



# Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich

Marion Schowalter, Matthias Richard, Sebastian Murken, Rolf Senst und Heinz Rüdell

Die vorliegende Studie untersucht den Einfluss der Integration individueller Religiosität in das Behandlungsangebot stationärer Psychotherapie auf das Therapieergebnis bei religiösen Patienten. Im Fokus standen dabei sowohl die Veränderung der psychischen Symptomatik als auch des spirituellen Wohlbefindens, das mit Hilfe eines aus dem Amerikanischen adaptierten Fragebogens erfasst wurde.

In einem Prä-Post-Design wurden insgesamt 465 Patienten aus zwei psychosomatischen Fachkliniken untersucht. Eine dieser Kliniken integriert explizit religiöse Elemente in die Therapie, die andere Klinik tut dies nicht. Zwischen den nach soziodemographischen Variablen und Religiosität parallelisierten Stichproben zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Symptomreduktion. Das spirituelle Wohlbefinden verbesserte sich bei den Patienten in der Klinik mit expliziter Integration der Religiosität jedoch deutlich.

This study investigated the effects of the integration of religious treatment elements on therapy outcome in religious patients in in-patient psychotherapy. Change in both, psychological symptoms and spiritual well-being of the patients was considered. To measure the latter, an English questionnaire, the “Spiritual Outcome Scale”, was translated into German which – even in its adaptation – showed satisfying psychometric properties. A total of 465 patients of two different psychosomatic hospitals were investigated in a pre-post design. One clinic explicitly integrates religious elements into their therapy programme, the other clinic does not. The patient populations were matched on sociodemographic variables and religiousness before analysis. No difference was found concerning symptom improvement. The spiritual well-being clearly improved more in the patients from the clinic with explicit integration of religious elements than in the other clinic.

## Einleitung

In den letzten Jahren gewinnen weltanschauliche Aspekte wie Spiritualität und Religiosität innerhalb der Psychologie und Psychotherapie zunehmend an Beachtung. Dieser Trend zeigt sich sowohl an der vermehrten Forschungsaktivität als auch an dem Angebot und der Nachfrage an Tagungen zu diesem Themenbereich. Während diese Entwicklung in den USA bereits seit einigen Jahren zu beobachten ist (vgl. Worthington, Kurusu,

McCollough, Michael & Sandage, 1996), wird sie inzwischen auch im deutschsprachigen Raum deutlich (Murken et al., 2002; Seefeldt, 2001).

Das wachsende Interesse ist insofern zu begrüßen, als Religiosität und Spiritualität im Leben vieler Menschen eine wichtige Bedeutung zukommt. So glauben z.B. 57% der Deutschen an eine „göttliche Kraft“, 33% stellen diese in Abrede, 10% sind unentschieden und nur 1% aller Befragten sind völlig indifferent (Kopp, 1997). Auch bei der eher

areligiös eingestuften Berufsgruppe der Psychotherapeuten findet sich eine erstaunlich hohe Religiosität. Eine Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten ergab, dass 77.5% der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und 78.5% der Psychologen sich als „religiös praktizierend“ oder „religiös eingestellt, aber nicht praktizierend“ bezeichneten (Demling, Wörthmüller & O’Connolly, 2001).

Dass der Glaube für viele Menschen eine wichtige psychische und soziale Ressource zur Prävention und Krankheitsbewältigung spielt, belegen eine erhebliche Anzahl empirischer Forschungsarbeiten (Übersicht bei Koenig, Larson & Larson, 2001). Allerdings werden auch die schädigenden Einflüsse von Religion auf die psychische Gesundheit diskutiert. So schreiben einige Autoren der strengen, religiös-motivierten Sexualmoral oder der rigiden religiösen Erziehung einen starken ätiologischen Einfluss bei der Entstehung von psychischen Problemen zu (vgl. Klosinski, 1994; Noll, 1989; Thomas, 1989). Der Zusammenhang zwischen einem negativen Gottesbild und niedriger psychischer Gesundheit wurde in einer empirischen Studie an deutschen psychosomatischen Patienten nachgewiesen (Murken, 1998). Unabhängig von saluto- oder pathogenetischen Aspekten ist die Religiosität für das Verständnis eines religiösen Patienten sehr wichtig. Glaubensaspekte sind mit psychischen Symptomen verzahnt und sollten daher auch in der Therapie berücksichtigt werden. Die Ergebnisse von Murken (1998) lassen z.B. den Schluss zu, dass eine Integration religiöser Aspekte in die psychotherapeutische Behandlung die Erfolgsaussichten erhöht, da die affektive Qualität der Gottesbeziehung einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage der psychischen Gesundheit leistete. Aus dieser Studie kann

die Hypothese abgeleitet werden, dass Interventionen, die die Veränderung eines negativ getönten Gottesbildes zum Ziel haben, bei religiösen Menschen eine günstigere Therapieprognose ermöglichen.

Entgegen früherer Angaben scheinen sich heute deutsche Psychotherapeuten der Wichtigkeit der Integration des Glauben ihrer Patienten bewusst zu sein. Demling et al. (2001) fanden, dass 11.5% bzw. 8.9% der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen den Problemerkis „Glaube/Religion“ stets thematisierten, 68% bzw. 62% täten dies manchmal. Bergin und Richards beschreiben beispielsweise, wie die Religiosität in die Psychotherapie einbezogen werden kann und worauf in Psychotherapien mit religiösen Menschen bestimmter Religionen und Denominationen zu achten ist (Bergin & Richards, 1997; Richards & Bergin, 1999).

Die Auswirkung der Berücksichtigung und Einbeziehung der Religion wurde im deutschen Sprachraum bislang kaum untersucht (Dörr, 2001). Im englischen Sprachraum gibt es einige Ansätze, die Religiosität systematisch in bestehende psychotherapeutischen Konzepte integrieren. So entwickelten Nielsen und Mitarbeiter z.B. eine Rational-Emotive Therapie für religiöse Patienten, die besonderen Schwerpunkt auf die irrationalen religiösen Überzeugungen legt (Nielsen, Ridley & Johnson, 2000; Nielsen, Johnson & Ellis, 2001; Probst et al., 1992). Die Effektivitätsprüfung dieser religiösadaptierten Konzepte lieferte einheitliche Ergebnisse. Propst und Mitarbeiter (1992) konnten einen Vorteil der Integration von Religiosität bei christlichen Patienten belegen und auch bei islamischen Patienten zeigten sich positive Effekte der Einbeziehung von religiösen Aktivitäten auf das Therapieergebnis

(Azhar & Varma, 1995). Dagegen fand McCullough (1999) in einer Metaanalyse über die Wirkung von religiös-adaptierten Counseling-Programmen bei depressiven Patienten keinen Vorteil gegenüber einem Standardprogramm.

### Fragestellungen und Ziele

Der inhaltliche Schwerpunkt der Studie galt der Frage, ob die Berücksichtigung der individuellen Religiosität durch die Integration spiritueller Elemente in die psychotherapeutische Behandlung Auswirkungen auf das Therapieergebnis religiöser Patienten hat. Für diese Studie sind dabei zwei wichtige Ebenen des Therapieerfolges zu unterscheiden: einerseits die Veränderung der psychopathologischen Symptomatik und andererseits die Veränderung der Religiosität in Richtung einer positiven Ressource. Als sinnvolles Konzept zur Erfassung der Religiosität bzw. deren Veränderung bot sich das Konzept des „spiritual well-being“ oder der „spiritual health“ an (Ellison, 1983; Ellison & Smith, 1991). Hier wird davon ausgegangen, dass die Spiritualität großen Einfluss auf das alltägliche Leben haben kann und religiöse Menschen neben dem allgemeinen Wohlbefinden auch ein spirituelles Wohlbefinden bzw. spirituelles Missempfinden erleben, das entscheidend zu dem allgemeinen Wohlfühl beiträgt. Dieses spirituelle Wohlbefinden sollte daher ebenfalls als therapierelevanter Aspekt angesehen werden. Da es bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung im deutschen Sprachraum kein Verfahren gab, das das spirituelle Wohlbefinden bzw. deren Veränderung über die Zeit hinweg erfassete, wurde die von Bergin, Richards und Smith im englischen Sprachraum entwickelte *Spiritual Outcome Scale* (SOS; Richards & Smith, 2000) ins Deutsche

übersetzt (dt. Version: Fragebogen zum religiösen Erleben, FRE). Dieser wurde dem bereits etablierten Fragebogen, der *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS; Paloutzian & Ellison, 1991) vorgezogen, da der SOS erstens im Gegensatz zum SWBS keinen Deckeneffekt bei sehr religiösen Personen aufweist, so dass das spirituelle Wohlbefinden in dieser speziellen Population differenziert erfasst werden kann und er zweitens eine hohe Änderungssensitivität besitzt.

Daher berichtet dieser Beitrag zunächst kurz die psychometrischen Eigenschaften des FRE und anschließend die Ergebnisse der Hauptfragestellung. Folgende Fragen wurden im Einzelnen untersucht:

1. Voraussetzung für die Untersuchung der Hauptfragestellung war die Überprüfung der Übereinstimmung der deutschen Version der SOS (FRE) mit der englischen Originalversion und eine Abklärung der divergenten Validität zu den Konstrukten Lebenszufriedenheit und allgemeine Symptombelastung.
2. Das Hauptinteresse lag auf der Überprüfung der Hypothese, dass religiöse Patienten von einer Behandlung mit expliziter Integration der Religiosität mehr profitieren als von einer Standardbehandlung. Die Veränderungen sollten daher bei expliziter Integration der Religiosität sowohl hinsichtlich des spirituellen Wohlbefindens als auch hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik günstiger ausfallen.

Zur Klärung dieser Fragestellung wurden religiöse Patienten aus zwei psychosomatischen Fach-Kliniken mit unterschiedlichem Behandlungs-Setting verglichen (s.u.): die eine berücksichtigt explizit die religiöse Orientierung ihrer (zum größten Teil) christlichen Klientel

in ihrem Behandlungsprogramm und bietet religiöse Interventionen an – die andere integriert dies nicht explizit, bis auf die Möglichkeit, einen Seelsorger aufzusuchen.

## **Methodik**

### *Beschreibung der Behandlungskonzepte*

Bei der ersten Klinik, die explizit Religiosität integriert, handelt es sich um die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Egenhausen (DE'IGNIS, Nordschwarzwald) mit 73 Behandlungsplätzen. Sie ist Vertragsklinik der BfA, andere Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger (LVA), Beihilfestellen und Privatkassen. Die Behandlung besteht sowohl aus einer tiefenpsychologisch fundierten Einzel- und Gruppentherapie (psychoanalytisch-interaktionell) als auch aus verhaltenstherapeutischen Angeboten. Die Klinik wendet sich insbesondere (aber nicht ausschließlich) an bewusst christliche, meist freikirchliche Patienten, wobei das Team ebenfalls aus Personen mit christlichem, überkonfessionellen Hintergrund besteht. Um die der Religiosität innewohnenden positiven Ressourcen zu aktivieren, findet ein tägliches, freiwilliges Rahmenprogramm mit morgendlichen (z.T. musikalisch gestalteten) Andachten sowie abendlicher Tagesreflexion unter Einschluss von Gebet statt. In Einzel- und Gruppentherapie kommen, so es die Patienten wünschen, religiöse Themen und Probleme zur Sprache. Die Ergebnisse einer Befragung zeigten, dass 78% der Patienten diese Klinik speziell wegen des religiösen Angebotes ausgesucht hatten (Schadtwald, 2001). Sie erwarten dort, dass ihr christlicher Glaube ernstgenommen und berücksichtigt wird. Ferner gehen sie da-

von aus, dass die Behandlungsmethoden und die nahegelegten Veränderungsschritte mit ihren christlichen Grundwerten in Einklang stehen.

Bei der zweiten Klinik handelt es sich um die psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift (Bad Kreuznach) mit 180 Behandlungsplätzen. Das Behandlungsangebot umfasst innerhalb einer verhaltensmedizinischen und einer tiefenpsychologisch orientierten Abteilung alle gängigen stationären Therapieverfahren mit einem Schwerpunkt auf Gruppenarbeit. Ein wichtiger Unterschied zur ersten Klinik besteht darin, dass sich die Patienten die Klinik in aller Regel nicht ausgesucht haben, sondern von den Kostenträgern (BfA, LVA, KK) zugewiesen werden. Die Klinik verfügt über ein Seelsorgeangebot, das freiwillig wahrgenommen werden kann. Ansonsten wird die Religiosität der Patienten nicht systematisch in die Behandlung integriert.

### *Vorgehen und Erhebungsinstrumente*

Im Zeitraum von Februar 2000 bis Dezember 2000 füllten alle aufgenommenen Patienten in beiden Kliniken jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung die unten beschriebenen Selbstbeurteilungsfragebogen aus. Für diesen Zeitraum wurden die im Rahmen des jeweiligen Qualitätsmanagements ausgegebenen Fragebogenbatterien um die für diese Studie notwendigen Bögen ergänzt. Folgende Fragebogen kamen zum Einsatz:

Die *Symptom Checkliste von Derogatis* (SCL-90R; Franke, 1995) erfasst die allgemeine Symptombelastung und besteht aus 90 Items. Sie liefert Selbsteinschätzungen auf den Dimensionen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus.

Neben den neun Skalenwerten wird zusätzlich ein Wert der mittleren Symptomausprägung berechnet (General Symptom Index, GSI). Zur Erfassung der Lebenszufriedenheit bot sich die Unterskala „Lebenszufriedenheit“ des *Freiburger Persönlichkeitsinventars* (FPI-R; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994) an. Sie fasst mit Hilfe von neun Items die allgemeine Lebenszufriedenheit bzw. das allgemeine Wohlbefinden zu einem Summenscore zusammen. Diese Skala wurde in den Versuchsplan eingeführt, um das allgemeine Wohlbefinden von dem spirituellen Wohlbefinden zu differenzieren. Eine hohe Korrelation des allgemeinen Wohlbefindens mit dem religiösen Wohlbefinden würde auf eine Redundanz und ggf. mangelnde Konstruktvalidität des Fragebogens zum religiösen Erleben hinweisen. Die deutsche Übersetzung der *Spiritual Outcome Scale* (SOS; Richards & Smith, 2000), der *Fragebogen zum religiösen Erleben* (FRE), operationalisiert spirituelles Wohlbefinden durch die drei Skalen „Nähe zu Gott“ („Closeness to God“), „Selbstakzeptanz“ („Love to Self“) und „Liebe zu den Mitmenschen“ („Love to others“). Die Vor- und Rückübersetzung erfolgte unter der Mitarbeit eines „Native Speakers“<sup>1</sup>. Weiterhin beantworteten die Patienten 6 Fragen zu ihrer allgemeinen Religiosität (Wichtigkeit des persönlichen Glaubens, Bedeutung des Glaubens als Ressource etc.). Diese Items entsprechen den Screeningfragen zur Religiosität aus dem *Münchener Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventar* (MMRI; Grom, 1998).

#### Statistische Auswertungen

Zur Berechnung der psychometrischen Eigenschaften des FRE wurden die inter-

ne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) und die Faktorenstruktur (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) überprüft, weiterhin die Korrelationen der Unterskalen untereinander sowie zu anderen Konstrukten (Lebenszufriedenheit, Symptombelastung).

Die Analyse der Hauptfragestellung erfolgte durch eine Kovarianzanalyse mit Blockdesign. Abhängige Variablen waren (1) die Veränderung der allgemeinen Symptombelastung zwischen Behandlungsbeginn und -ende (SCL-90R) und (2) die Veränderung des spirituellen Wohlbefindens (FRE). Da es sich bei dieser Untersuchung um keine randomisierte kontrollierte Studie handelt und sich die Klientel beider Kliniken unterscheiden, fand eine Parallelisierung der Patienten hinsichtlich 4 wichtiger Variablen statt (s.u.). Diese Parallelisierung ging als Blockfaktor in die Varianzanalyse zusätzlich zu den Faktoren „Klinik“ und „Religiosität“ sowie den Kovariaten „Symptombelastung bei Behandlungsbeginn“ und „spirituelles Wohlbefinden bei Behandlungsbeginn“ ein. Hinsichtlich der Hauptfragestellung waren der Unterschied zwischen den Kliniken (Hauptfaktor) von Interesse; zusätzlich wurden die Interaktion zwischen Religiosität und Klinik getestet, um eventuelle Unterschiede zwischen den Kliniken für verschieden stark religiöse Patienten zu entdecken. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SAS.

#### Parallelisierung

Die Unterschiede zwischen beiden Klinik-Klientelen (vgl. Tabelle 1 und 2) lassen einen Vergleich beider Kliniken zunächst fraglich erscheinen. Um ein aus-

<sup>1</sup> Wir danken Frau Bronwyn Jones Bosse für ihre Unterstützung.

reichendes Maß an Vergleichbarkeit herzustellen, wurden systematisch nur solche Personen miteinander verglichen, die hinsichtlich Geschlecht, Alter, Symptomschwere und Religiosität gleiche bzw. ähnliche Ausprägungen hatten. Das heißt, es wurden pro Klinik Gruppen gebildet, die jeweils Patienten des gleichen Geschlechts, gleicher Altersgruppe, gleicher Ausprägung der Religiosität sowie ähnlichen Symptomschweregrades enthielten. Der Vergleich der Kliniken fand dann nur mit solchen Patienten statt, die die gleiche Variablenkombination aufwiesen. So blieben von den 465 Patienten noch 303 zum Klinikvergleich übrig (175 [von 280] Personen aus der Klinik mit expliziter Integration der Religiosität und 128 [von 185] aus der Klinik ohne explizite Integration). Für Patienten mit geringer Religiosität ließen sich aufgrund der geringen Anzahl von wenig religiösen Personen in der Klinik mit expliziter Integration keine Paarungen finden (vgl. Tabelle 2). Die Variable „Wichtigkeit des Glaubens“ wurde anschließend in zwei Kategorien zusammengefasst: die Kategorien „außerordentlich wichtig“ und „ganz wichtig“ repräsentieren hoch religiöse Patienten, in den Kategorien „ziemlich wichtig“ und „etwas wichtig“ befinden sich Personen mit moderater Religiosität. Nach dem Parallelisieren lag der Anteil an hoch religiösen Patienten zu moderat religiösen in der Klinik mit expliziter Integration bei 75% zu 25%, in der Klinik ohne expliziter Integration bei 30% zu 70%.

## Ergebnisse

### *Stichprobenbeschreibung*

Aus der Klinik mit expliziter Integration der Religiosität (im Folgenden immer abgekürzt mit „eIR“) nahmen 300 Patien-

ten an der Untersuchung teil. Aufgrund von nicht vollständig ausgefüllten Fragebogen reduzierte sich deren Anzahl um 20 auf  $n = 280$ . Die Stichprobengröße der Klinik *ohne eIR* reduzierte sich aufgrund von fehlenden Daten von insgesamt  $n = 291$  Patienten um 106 Personen auf  $n = 185$ . Die ausgeschlossenen Patienten unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, der mittleren Symptomausprägung (SCL-90R) und der Lebenszufriedenheit (FPI) von der Untersuchungstichprobe. In der Klinik *ohne eIR* mussten Patienten mit geringer Religiosität aufgrund vieler fehlender Angaben ausgeschlossen werden. Dieses Muster hat einen insgesamt durchaus erwünschten homogenisierenden Effekt auf die Stichprobenszusammensetzung. Die jeweiligen Mittelwerte des spirituellen Wohlbefindens beider Kliniken unterscheiden sich nach dem Ausschluss der Patienten weniger als vorher und werden damit vergleichbarer. Somit gingen in die nachfolgenden Analysen die Daten von insgesamt  $n = 465$  Patienten ein.

Wie aus Tabelle 1 und 2 ersichtlich, unterschieden sich beide Kliniken in fast allen untersuchten Stichprobenmerkmalen – lediglich bei der Geschlechterverteilung fand sich kein Unterschied. Die Verteilung der Religionszugehörigkeit in der Klinik *ohne eIR* entsprach weitgehend dem Bundesdurchschnitt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2001). Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass sich bei den Patienten der Klinik *mit eIR* um eine ausgesucht freikirchlich-christliches Klientel mit ausgeprägter religiöser Orientierung handelt. Überraschend hoch fiel die Einschätzung der Bedeutung des religiösen Glaubens in der Klinik *ohne eIR* aus. Hier zeigte sich, dass die Hälfte (50.3%) aller Patienten ihrem religiösen Glauben eine extrem bis ziemlich wich-

## Integration von Religiosität

Tabelle 1. Stichprobenmerkmale der beiden Untersuchungsstichproben.

Merkmale		Klinik mit eIR	Klinik ohne eIR	p
N		280	185	
Alter	<i>M (SD)</i>	39.0 (10.9)	43.0 (10.4)	p<.001
Geschlecht	weiblich, % ( <i>n</i> )	74.3 (208)	71.4 (132)	n.s.
Behandlungsdauer	in Tagen, <i>M (SD)</i>	52.2 (17.5)	44.9 (13.3)	p<.001
Familienstand	ledig	41.0%	20.1%	p<.001
	verheiratet	48.2%	60.3%	
	geschieden/ getrennt	8.3%	15.2%	
	verwitwet in	2.5%	4.4%	
Hauptdiagnose (%)	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung	10.4%	0.5%	p<.001
	F3 Affektive Störungen	44.3%	40.0%	
	F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	29.3%	40.5%	
	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	6.8%	11.9%	
	F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8.6%	2.7%	

Anmerkungen: eIR: explizite Integration der Religiosität

Tabelle 2. Denomination und Wichtigkeit des religiösen Glaubens der Untersuchungsstichproben.

Merkmale		Klinik mit eIR in % (n)	Klinik ohne eIR in % (n)	Sign.
Denomination (Missings = 13)	Evangelisch	12.1 (34)	45.4 (84)	p<.001
	Katholisch	30.4 (85)	35.1 (65)	
	Ev. Freikirchlich	41.3 (116)	1.6 (3)	
	Andere christliche Kirche	11.8 (33)	3.8 (7)	
	Sonstige	0.4 (1)	1.6 (3)	
	Keine	–	11.4 (21)	
Glaube an eine höhere Wirklichkeit (Missings = 18 bzw. 6)	Ja	91.8 (257)	64.3 (119)	p<.001
	Nein	–	8.7 (16)	
	Unsicher	1.80 (5)	24.3 (45)	
Subjektive Wichtigkeit des eigenen Glaubens	außerordentlich wichtig	50.0 (140)	9.2 (17)	p<.001
	ganz wichtig	34.3 (96)	11.9 (22)	
	ziemlich wichtig	12.9 (36)	29.2 (54)	
	etwas wichtig	2.1 (6)	28.7 (53)	
	kaum wichtig	0.4 (1)	10.8 (20)	
	nicht wichtig	0.4 (1)	10.3 (19)	

tige Bedeutung beimaßen – für 28.7% war er „wenig wichtig“ und für 21.1% hatte er kaum bis keine Bedeutung (vgl. Tabelle 2). Die mit Abstand häufigste Nennung bei der offenen Frage nach dem Begriff, der den eigenen Glauben am ehesten charakterisiere (vor z.B. „spirituell“ mit 3.9 % oder „religiös“ mit 5.0 %) war der Begriff „gläubig“ (67.2%), in der Klinik mit eIR mit 76%, in der Klinik ohne eIR mit 54% der Nennungen – allerdings wurde zu dieser Frage in beiden Kliniken häufig keine Angabe gemacht (43.0% bzw. 48.1%).

*Psychometrische Eigenschaften des FRE*

Die Faktorenanalyse zur Überprüfung der Skalenbildung des FRE konnte die 3-Faktorenlösung der englischen Version mit guten bis zufriedenstellenden internen Konsistenzen der Subskalen exakt replizieren (61.7% Varianzaufklärung): Nähe zu Gott ( $\alpha = .91$ ), Liebe zu den Mitmenschen ( $\alpha = .76$ ) und Selbstakzeptanz ( $\alpha = .86$ ). Die Skalen korrelierten untereinander in moderater Höhe (zwi-

schen  $r = .45$  und  $r = .55$ ). Um sicherzustellen, dass der FRE inhaltlich ein anderes Konstrukt abbildet als die „allgemeine Lebenszufriedenheit“ und nicht zu viel Gemeinsamkeiten mit der „Symptombelastung“ aufweist, wurden die Zusammenhänge zwischen diesen Konstrukten berechnet (siehe Tabelle 3). Es zeigten sich insgesamt niedrige Korrelationen zwischen spirituellem Wohlbefinden und Symptombelastung bzw. Lebenszufriedenheit. Lediglich die Skala „Selbstakzeptanz“ korrelierte in erwähnenswertem Ausmaß mit beiden Konstrukten. Die Antwort auf die religiöse Screeningfrage aus dem MMRI nach der Wichtigkeit des religiösen Glauben wies einen deutlichen positiven Zusammenhang mit der FRE-Skala „Nähe zu Gott“ ( $r = .64$ ) auf. Dieses Muster an Korrelationen lässt erkennen, dass die Unterskalen des FRE zwar gemeinsame Anteile haben, aber jeweils mit unterschiedlichen Konstrukten korrelieren. Die Skala „Nähe zu Gott“ hat dabei die größten Überschneidungen mit allgemeiner Religiosität. Die Skala „Selbstakzeptanz“ hat

Tabelle 3. Zusammenhang des Spirituellen Wohlbefindens (FRE) und seiner Subskalen mit allgemeiner Symptomschwere (SCL-90R-GSI), der allgemeinen Lebenszufriedenheit (FPI-Lebenszufriedenheit) und der Religiosität, N = 465.

	FRE-Gesamtwert	„Nähe zu Gott“	„Liebe zu Mitmenschen“	„Selbstakzeptanz“
Allgemeine Symptomschwere (SCL-90R – GSI)	-0.24**	-0.08	-0.14**	-0.49**
Allgemeine Lebenszufriedenheit (FPI-Lebenszufriedenheit)	0.32**	0.16**	0.35**	0.47**
Bedeutung des persönlichen Glaubens		0.64**	0.10**	0.08
Der persönliche Glaube als Kraftquelle		0.73**	0.27**	0.25**

Anmerkungen: \*\* $p < .01$ ; aufgrund der Stichprobengröße überschritten auch geringe Korrelationen das Signifikanzniveau, daher sind nur Werte über 0.50 als substantiell einzuordnen.



mit dem Fokus auf dem Erleben der eigenen Person die höchsten Überlappungen mit der allgemeinen Symptombelastung und der Lebenszufriedenheit. Der FRE erfasst somit das eigenständige Konstrukt „spirituelles Wohlbefinden“, welches in moderatem Ausmaß mit Aspekten sowohl des religiösen als auch des psychischen Erlebens zusammenhängt.

*Vergleich der Kliniken mit expliziter bzw. impliziter Integration der Religiosität*

Tabelle 4 gibt für jede Klinik die Mittelwerte der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90R) und des spirituellen Wohlbefindens (FRE) zu Behandlungsbeginn und -ende wieder. In der Kovarianzanalyse der parallelisierten Stichprobe erbrachte der Faktor „Klinik“ einen signifikanten Effekt nur hinsichtlich der Veränderung des spirituellen Wohlbefindens ( $F = 15.24, df = 1, p < 0.001$ ), nicht jedoch hinsichtlich der Veränderung der Symptombelastung ( $F = 1.40, df = 1, p = 0.23$ ). Dies bedeutet, dass sich die Kliniken nicht im Ausmaß der Reduktion der Symptombelastung unterschieden, wohl

aber im Hinblick auf die Verbesserung des spirituellen Wohlbefindens. Die Schätzung der durchschnittlichen Verringerung der Symptombelastung aus dieser Analyse ergab, dass die Patienten der Klinik *mit eIR* sich im Mittel um 0.46 Punkte (95% Konfidenzintervall, KI = 0.36, 0.56) verbesserten und die Patienten der Klinik *ohne eIR* um 0.39 Punkte (95% KI = 0.28, 0.50). Die Veränderungen des spirituellen Wohlbefindens lagen in der Klinik *mit eIR* bei durchschnittlich 0.43 Punkten (95% KI = 0.31, 0.55), für die Klinik *ohne eIR* um 0.20 Punkte (95% KI = 0.081, 0.32). Eine genauere Analyse der Subskalen des FRE zeigte, dass die Unterschiede der Veränderung im spirituellen Wohlbefinden in erster Linie auf den Bereich „Nähe zu Gott“ zurückzuführen sind. In der Skala „Liebe zu den Mitmenschen“ fanden sich in beiden Kliniken kaum Veränderungen, in der Skala „Selbstakzeptanz“ dagegen fanden sich in beiden Kliniken ungefähr gleichstarke Veränderungen. In der Skala „Nähe zu Gott“ verbesserte sich das Wohlbefinden der Patienten aus der Klinik *mit eIR* um durchschnittlich 0.49 Punkte (95% KI = 0.34, 0.64), in der Kli-

*Tabelle 4.* Durchschnittliche Symptombelastung und spirituelles Wohlbefinden zwischen den Kliniken im Prä-Post-Vergleich.

	Klinik mit eIR (n = 175)		Klinik ohne eIR (n = 128)	
	prä	post	prä	post
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Allgemeine Symptom-schwere (SCL-90R)	1.19 (0.68)	0.65 (0.49)	1.18 (0.68)	0.75 (0.60)
Spirituelles Wohlbefinden (FRE)	2.25 (0.72)	2.65 (0.66)	2.10 (0.68)	2.34 (0.62)
„Nähe zu Gott“	2.46 (0.90)	2.86 (0.79)	1.93 (1.01)	2.09 (0.99)
„Liebe zu Mitmenschen“	2.26 (0.70)	2.50 (0.64)	2.36 (0.75)	2.45 (0.65)
„Selbstakzeptanz“	1.98 (0.88)	2.57 (0.80)	1.97 (0.84)	2.48 (0.78)

Anmerkungen: eIR = explizite Integration der Religiosität in die Behandlung

nik *ohne eIR* ist die durchschnittlich Veränderung um 0.05 Punkte statistisch nicht bedeutsam (95% KI = -0.11, 0.20).

Die Interaktion zwischen Klinik und Religiosität erbrachte sowohl in Bezug auf die Reduktion der Symptombelastung ( $F = 2.84, df = 1, p = 0.09$ ) als auch bezüglich der Veränderung des spirituellen Wohlbefindens ( $F = 0.29, df = 1, p = 0.59$ ) keinen signifikanten Effekt. Dies deutet darauf hin, dass in keiner der beiden Kliniken die sehr religiösen oder moderat religiösen Patienten einen Vorteil bzgl. Symptomverbesserung bzw. spirituellem Wohlbefinden hatten. Die Abbildung 1 veranschaulicht diese Ergebnisse. Sie stellt die durchschnittlichen Veränderungen (Differenzwerte) der stark religiösen und moderat religiösen Patienten in beiden Kliniken dar. Die linke Seite der Abbildung zeigt, dass der Unterschied in der Verbesserung des spirituellen Wohlbefindens (Subskala „Nähe zu Gott“) zwischen der Klinik *mit eIR*

und der Klinik *ohne eIR* sowohl bei stark religiösen wie auch bei moderat religiösen Patienten ungefähr gleich groß ist. In der Klinik *ohne eIR* lassen sich hier keine bedeutsamen Veränderungen erkennen. Auf der rechten Seite der Abbildung ist zu sehen, dass moderat religiöse Patienten in beiden Kliniken ein gleich großes Ausmaß an Symptomreduktion aufweisen, während stark religiöse Patienten in der Klinik *mit eIR* etwas mehr zu profitieren scheinen. Allerdings ist dieser Unterschied statistisch nicht bedeutsam, wie auch die sich überlappenden Konfidenzintervalle zeigen.

### Diskussion

Ziel der vorliegenden Therapievergleichsstudie war es, die Auswirkungen der Integration von Religiosität in das Behandlungsangebot auf das Therapieergebnis bei religiösen Patienten zu untersuchen. Dabei wurden einerseits die Ver-

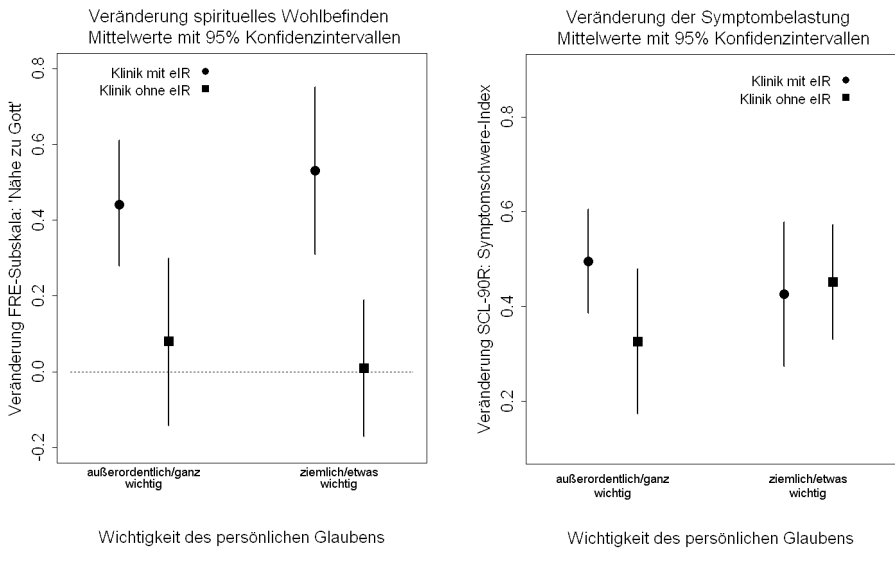


Abbildung 1. Veränderung des spirituellen Wohlbefindens und der Symptombelastung.

änderung auf Symptomebene aber auch die Veränderung hinsichtlich des spirituellen Wohlbefindens berücksichtigt.

Als erstes Hauptergebnis lässt sich festhalten, dass sich religiöse Patienten auf *symptomatischer Ebene* in vergleichbarem Ausmaß verbesserten, unabhängig davon, ob sich in der Behandlung religiöse Elemente befanden oder nicht. Beide Kliniken wiesen in dieser Studie einen vergleichbar guten Behandlungserfolg auf. Aus dieser Sicht stellt die Integration religiöser Elemente in die Behandlung nicht notwendigerweise einen Vorteil dar. Die Gründe hierfür lassen sich aus dieser Studie nicht direkt ableiten. Erklärungsansätze dafür wären, dass die Behandlungsprinzipien nicht mit den Werten der religiösen Patienten kollidierten, die Therapeuten angemessen mit den religiösen Patienten umgingen oder, dass religiöse Themen für die Besserung der symptomatischen Beschwerden nicht von Bedeutung waren. Zielt man in erster Linie auf eine symptomatische Besserung, so scheint im Lichte dieser Ergebnisse eine explizite Integration religiöser Behandlungselemente nicht notwendig zu sein – entweder weil religiöse Elemente nicht relevant sind oder weil die Therapeuten ihre Interventionen ohnehin schon an den Einzelfall anpassen. Genauere Untersuchungen über die Bedeutung religiöser Behandlungselemente wären hier nötig, um ihren speziellen Beitrag zum Therapieerfolg zu eruieren. Die Vermutung, dass hoch religiöse Personen bei Integration religiöser Elemente in die Behandlung stärkere Besserungen auf psychischer Ebene aufweisen als moderat religiöse, konnte hier nicht bestätigt werden. Zwar deuten die Ergebnisse (vgl. Abbildung 1) eine leichte Überlegenheit der Behandlung *mit eIR* bei hoch religiösen Patienten an, jedoch ist der Effekt nicht groß

genug und die methodischen Einschränkungen der Studie zu zahlreich, um diesen Effekt als gesichertes Resultat zu interpretieren.

Als zweites Hauptergebnis profitierten religiöse Patienten im Hinblick auf das *spirituelle Wohlbefinden* in der Klinik *mit eIR* mehr. Dies mag auf den ersten Blick trivial erscheinen, da in dieser Klinik die religiöse Ebene – zumindest was das gesamte Behandlungs-Setting anbelangt – im Fokus der Aufmerksamkeit stand. Dieser Unterschied gilt insbesondere für den Aspekt der „Nähe zu Gott“, weniger für diejenigen Bereiche des religiösen Erlebens, die auch den psychologischen Konstrukten wie z.B. Selbstwertgefühl oder interpersonelles Erleben näher stehen („Selbstakzeptanz“, „Liebe zu den Mitmenschen“). Neben der Erklärung, dass sich das spirituelle Wohlbefinden vor allem durch das spirituelle Angebot der Klinik (z.B. Andachten) veränderte, könnte auch der Kontakt mit religiösen Mitpatienten und das Thematisieren von Glaubensinhalten in der Therapie eine Rolle spielen. Ferner wäre es denkbar, dass in einem Therapie-Setting, in dem die Beschäftigung mit dem religiösen Erleben und die Bearbeitung von psychischen Problemen zusammen stattfindet, der Transfer von Therapiefortschritten auf den Bereich des religiösen Erlebens und Verhaltens – und umgekehrt – erleichtert wird. So könnte sich z.B. eine Stimmungsaufhellung bei einer Depression durchaus in einer vermehrten Wahrnehmung der positiven Aspekte des religiösen Erlebens (z.B. in Heilszusagen und Trostworten) niederschlagen und auf diesem Wege eine Besserung des religiösen Wohlbefindens bewirken. Umgekehrt kann z.B. eine tröstende religiöse Erfahrung die depressive Symptomatik verbessern. Vielleicht liegt gerade darin der Wert der Integrati-

on spiritueller Behandlungselemente für religiöse Patienten: Sie machen die für die Patienten anscheinend nicht so offensichtliche Verzahnung zwischen psychischer Symptomatik und Glaubenserleben transparent und ermöglichen damit eine Veränderung in beiden Bereichen. Dies schließt sowohl positive als auch negative Veränderungen ein.

Diese Ergebnisse entsprechen denen der Metaanalyse von McCullough (1999), der aufgrund eines fehlenden Unterschieds hinsichtlich der differentiellen Effektivität annahm, dass der Grund für eine Integration der Religiosität in die Therapie wohl eher durch die Präferenz des religiösen Patienten begründet ist als durch positivere Therapieergebnisse. Im Unterschied dazu konnte diese Studie zeigen, dass es Unterschiede auf der Ebene des spirituellen Wohlbefindens gab, was die anderen Studien nicht mit untersuchten. Welche Vorteile könnten mit der zusätzlichen Verbesserung des spirituellen Wohlbefindens verbunden sein? Eine Vermutung ist, dass ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden als aktivierte persönliche Ressource (z.B. als Intensivierung von sozialen Kontakten in der Gemeinde oder Stärkung der eigenen Person durch positiven Selbstwert vermittelnde Gottesbilder) langfristig mit einem geringeren Rückfall- oder Wiedererkrankungsrisiko verbunden sein kann. Um dieser Hypothese nachzugehen, sollten Katamnesen durchgeführt werden. Die Erweiterung des Fokus auf spirituelles Wohlbefinden berücksichtigt damit einen potenziellen protektiven Faktor im bio-psycho-sozialen Modell von psychischer Krankheit, der gerade für die Population religiöser Menschen von Bedeutung ist.

Ein interessanter Nebenbefund der Studie liegt in der Tatsache, dass die mit Abstand häufigste Nennung in beiden

Kliniken bei der offenen Frage nach dem Begriff, der den eigenen Glauben am ehesten charakterisiere, der Begriff „gläubig“ war. Dies ist insofern von Interesse, als in den meisten empirischen Untersuchungen bisher danach gefragt wird, ob sich eine Person als „religiös“ oder „spirituell“ empfindet. Wenn aber für die meisten Menschen dieser Bereich am ehesten mit dem Begriff „gläubig“ abgedeckt wird, sollte er auch in den entsprechenden Fragen eingesetzt werden. Dadurch würde verhindert, dass man Begriffe verwendet, die subjektiv nicht als relevant erachtet werden und den Gegenstand unzureichend abbilden.

#### *Schwächen der Studie*

Besonders problematisch sind die Unterschiede in der Zusammensetzung des Klientels beider Kliniken. Während die hoch religiöse Einstellung der Patienten in der Klinik *mit eIR* in den meisten Fällen auf eine Selbstselektion zurückzuführen ist (Patienten beantragen explizit einen Therapieaufenthalt in dieser Klinik), werden die Patienten der Klinik *ohne eIR* durch ein reguläres Zuweisungsverfahren der Kostenträger zugeteilt. Dies hat Implikationen für die Motivation zur Therapie. Patienten, die unter Umständen erst nach langwierigen Verhandlungen mit den Kostenträgern in die Klinik ihrer Wahl kommen, nehmen wahrscheinlich die therapeutischen Angebote mit einer deutlich höheren Motivation wahr als Patienten, die im „Normalverfahren“ ihre Behandlung antreten. Dies zeigt sich auch in den unterschiedlichen Abbruchraten beider Kliniken, wobei die Klinik *mit eIR* kaum Abbrecher zu verzeichnen hat. So könnten für den sich andeutenden Unterschied bei den hoch religiösen Patienten im Therapieerfolg auf der Symptomebene auch Unterschiede in der Motivation verant-

wortlich sein. Die deutlichen Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten konnte auch die Parallelisierung nicht vollständig ausgleichen, was sich auch schon im umgekehrten Mengenverhältnis beider Kliniken von hoch zu moderat religiösen Patienten ablesen lässt. Dennoch ist mit der Parallelisierung und dem Einbezug anderer Kovariaten das unter den gegebenen Umständen maximal mögliche Ausmaß an Kontrolle von Störvariablen angestrebt worden. Trotzdem sind noch eine Vielzahl weiterer unkontrollierter Einflussmöglichkeiten denkbar, z.B. das Behandlungskonzept, organisatorische Bedingungen usw. Aufgrund der Stichprobenunterschiede bleibt ebenfalls unklar, ob nicht-religiöse Patienten in einer Behandlung mit expliziter Integration der Religiosität weniger gut oder genau so gut profitieren wie ohne explizite Integration.

Aus der Sicht der Kostenträger wäre eine Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit der Behandlung als ein Teil der Ergebnisqualität wünschenswert gewesen, was hier leider nicht erfasst und verglichen wurde.

### Fazit

Die Tatsache, dass diese Untersuchung mehr Fragen aufwirft als sie beantworten kann, zeigt, wie groß der Bedarf nach differenzierter Forschung in dem Schnittbereich von Psychotherapie und Religiosität ist. Hinsichtlich der Verbreitung von Glaube und Spiritualität unterstreicht die Studie, dass für einen großen Teil der „normalen“ Patientenstichprobe der persönliche Glaube durchaus wichtig ist. Diese Studie legt es ebenfalls nahe, in Zukunft zu untersuchen, ob und inwiefern religiöse Elemente in der psychotherapeutischen Behandlung eine gegenseitige Beeinflussung von Veränderungen in der psychischen Symptomatik

und dem religiösem Erleben erleichtern. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine genauere Erfassung der vermittelnden Konstrukte wie z.B. die ungünstigen Anteile des persönlichen Glaubens (affektive Qualität des Gottesbildes, Coping-Strategie zur Kontingenzbewältigung) und ebenso weitere vermittelnde Variablen wie Selbstöffnung, therapeutische Beziehung, Therapiemotivation oder Erfassung des differentiellen Behandlungskonzepts notwendig ist. Eine randomisierte Zuteilung zu explizit religiöser bzw. nicht explizit religiöser Behandlung zu diesem Zwecke wäre wünschenswert, ist aber wohl eher im ambulanten Kontext realisierbar. Religiosität ist zweifelsohne wichtig, unter welchen Bedingungen es jedoch günstiger ist, diese bei religiösen Personen einzubeziehen und worin genau der Vorteil besteht, ist noch nicht ausreichend geklärt.

### LITERATUR

- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 63, 165-168.
- Bergin, A. E. & Richards, P. S. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Demling, J. H., Wörthmüller, M. & O'Connolly, T. A. (2001). Psychotherapie und Religion – eine repräsentative Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychotherapie*, 51, 76-82.
- Dörr, A. (2001). *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Ellison, C. W. & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-be-

## Integration von Religiosität

- ing. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 35-48.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Freiburger Persönlichkeitsinventar – FPI*. (Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.-H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Weinheim: Beltz.
- Grom, B. (1998). Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI). Entwicklung eines neuen Messinstruments für die religionspsychologische Forschung. In C. Henning & E. Nestler (Eds.), *Religion zwischen Theologie und Psychologie* (pp. 181-203). Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Klosinski, G. (Hrsg.) (1994). *Religion als Chance oder Risiko*. Bern: Hans Huber.
- Koenig, H. G., Larson, D. B. & Larson, S. S. (2001). Religion and Coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35, 352-359.
- Kopp, E. (1997). Sonntagsblatt-Umfrage „Was glauben die Deutschen?“. *Sonntagsblatt*, 25, 3-6.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counselling: review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 92-98.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxman.
- Murken, S., Rüdell, H. & Laux, U. (Hrsg.) (2002). *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge*.
- CD-ROM Dokumentation der Tagung am 21./22. September 2001 in Bad Kreuznach. Marburg: Diagonal Verlag.
- Nielsen, S. L., Johnson, W. B. & Ellis, A. (2001). *Counselling and psychotherapy with religious persons: a rational emotive behavior therapy approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nielsen, S. L., Ridley, C. R. & Johnson, W. B. (2000). Religiously sensitive rational emotive behavior therapy: theory, techniques, and brief excerpts from a case. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (1), 21-28.
- Noll, W. (1989). *Wenn Frommsein krank macht*. Planegg: Socio medico.
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1991). *Manual for the spiritual well-being scale*. Nyack, NY: Life Advances.
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and non religious cognitive behavioral-therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Richards, P. S. & Bergin, A. E. (Eds.). (1999). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S. & Smith, T. B. (2000). *Development and validation of the Spiritual Outcome Scale (SOS)*. Paper presented at the Annual convention of the Society for Psychotherapy Research, Chicago.
- Schadtwald, R. (2001). *Bedeutung religiöser Inhalte in der Psychotherapie: Eine klinische Studie zu Möglichkeiten der Integration und Auswirkungen auf die Therapiebeziehung*. Marburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Seefeldt, D. (Hrsg.) (2001). *Spiritualität und Psychotherapie*. Lengerich: Papst.
- Thomas, K. (1989). Sexualstörungen infolge „ekklesiogener“ Neurosen. *Sexualmedizin*, 18, 382-387.
- Statistische Bundesamt (Hrsg.) (2001). *Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Worthington, E. L., Kuru, T. A., McCullough, M. E., Michael, E. & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119(3), 448-487.

Korrespondenzadresse:  
Dr. Marion Schowalter  
Institut für Psychotherapie und  
Medizinische Psychologie der  
Universität Würzburg  
Klinikstr. 3  
97070 Würzburg