SEELISCHE GESUNDHEIT UND SPIRITUALITÄT

Ein Überblick über empirische und existenzanalytische Ergebnisse

René Hefti

Eine stetig wachsende Zahl von empirischen Untersuchungen zeigt günstige Auswirkungen von Religiosität und Spiritualität auf die seelische Gesundheit. Menschen mit höherem religiösem Engagement haben besseres Wohlbefinden, weniger Depression und Angst und bewältigen kritische Lebensereignisse besser. In der Existenzanalyse wird Spiritualität als eine immanente, dem Menschen und der Welt innewohnende Dimension verstanden, die sich im Existenzvollzug permanent realisiert. In einer klinischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Existenzskala dementsprechend auch Spiritualität abbildet. Der Einbezug der existentiellen Dimension in die Therapie mobilisiert spirituelle Ressourcen und fördert damit seelische Gesundheit. Darüber hinaus wird die Wirksamkeit religiöser Therapieansätze aufgezeigt und diskutiert. Für die Integration von Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapie ergibt sich insgesamt ein Drei-Stufen-Schema.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, Religiosität/Spiritualität, seelische Gesundheit, Drei-Stufen-Modell

MENTAL HEALTH AND SPIRITUALITY
An overview of empirical and existential analytical results

A growing number of scientific publications show beneficial effects of religiosity and spirituality on mental health. People with higher levels of religious involvement have better well-being, less depression and anxiety and cope better with critical life events. In Existential Analysis spirituality is understood as an anthropological and existential disposition (indwelling human nature). Therefore we conclude that the existential scale is measuring aspects of spirituality, which could be demonstrated in a clinical investigation. The implementation of the existential dimension into therapy mobilizes spiritual resources and therefore improves mental health. The effectiveness of religious psychotherapy is shown and discussed. Overall a three-step model can be designed for the integration of religion and spirituality into psychotherapy.

KEY WORDS: Existential Analysis, Religiosity, Spirituality, Mental health, New Integrative Model

EINLEITUNG

Die empirische Literatur enthält zunehmend Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Spiritualität und seelischer Gesundheit. Menschen mit höherer Spiritualität oder Religiosität haben besseres Wohlbefinden, weniger Depression und Angst und bewältigen kritische Lebensereignisse besser (Bergin 1983; Gartner et al. 1991; Koenig et al. 2001; Seybold et al. 2001; Hackney & Sanders 2003; Grom 2004). Nach einer langen Periode der kritischen Auseinandersetzung mit Religion im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext (Freud 1927; Schätzing 1955) äussern sich nun auch namhafte Vertreter des Faches wie Prof. Daniel Hell, ehemaliger ärztlicher Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, positiv zur Religiosität. In der Zeitschrift „Leben und Glauben" schreibt Hell:

„*Ich bin davon überzeugt, dass die Religiosität eine Kraft darstellt, die zur Gemeinschaftsbildung beiträgt und den einzelnen Menschen stärken kann" und „deshalb sollen die religiösen Weisen des Erlebens im therapeutischen Gespräch unbedingt ernst genommen werden und offen zur Sprache kommen können*". (Hell 2004)

EMPIRISCHE BEFUNDE

Die empirische Literatur zum Thema „Spiritualität und Seelische Gesundheit" ist in den letzten Jahren so stark angewachsen, dass es nicht mehr möglich ist, sie in einem einzelnen Beitrag umfassend darzustellen. Ich werde mich deshalb im Folgenden exemplarisch auf einige ausgewählte Arbeiten beschränken. Zudem möchte ich darauf hinweisen, dass die quantitativ orientierte Forschung bevorzugt Religiosität untersucht hat, da Religiosität gegenüber Spiritualität klarer definiert und abgrenzbar ist und sich so besser operationalisieren lässt (Koenig 2008).

Aus der Patientenperspektive werden die Begriffe Religiosität und Spiritualität oft synonym verwendet (Büssing 2004). In der religionspsychologischen Literatur hingegen wurde eine Vielzahl von Konzepten entwickelt, um Religiosität und Spiritualität sowie ihr Verhältnis zueinander zu bestimmen (Zinnbauer et al. 1999).

Religiosität und psychisches Wohlbefinden

Ich beginne mit einer Arbeit über Religiosität und psychisches Wohlbefinden (Koenig et al. 1988). In dieser Studie wurden 836 ältere Menschen untersucht. Als religiöse Maße wurden die Häufigkeit des Gottesdienstbesuches und die intrinsische Religiosität erfasst. Dabei zeigte sich sozusagen eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der Häufigkeit des Gottesdienstbesuches, der Ausprägung der intrinsischen Religiosität und dem psychischen Wohlbefinden (siehe Diagramm 1), d.h. je höher die Religiosität, umso höher das Wohlbefinden.

Intrinsische Religiosität (Allport & Ross 1967) meint eine „innerlich begründete religiöse Haltung", ein „aus Überzeugung praktizierter Glaube". Insofern lässt sich die Parallelität von intrinsischer Religiosität und Gottesdienstbesuch nachvollziehen. Ein intrinsisch religiöser Mensch hat das Bedürfnis, den Glauben zu praktizieren und so auch den Gottesdienst zu besuchen. Existenzanalytisch könnte man intrinsische Religiosität als einen in der Person und in der Existenz verankerten Glauben, also als authentische Religiosität verstehen.

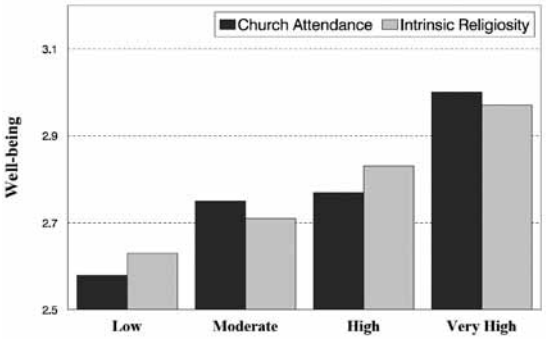


Diagramm 1: Zeigt den Zusammenhang zwischen Gottesdienstbesuch, intrinsischer Religiosität und Wohlbefinden. Mit zunehmender Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs und wachsender intrinsischer Religiosität steigt das Wohlbefinden an. Es besteht sozusagen eine Dosis-Wirkungs-Kurve.

Damit ergeben sich interessante Parallelen zwischen der existenzanalytischen Anthropologie und dem Konzept der intrinsischen religiösen Orientierung.

Religiosität und Depression aus epidemiologischer Perspektive

Zwei grosse Reviews (McCullough & Larsen 1999; Smith & McCullough 2003) sind der Frage nachgegangen, ob religiöse Menschen weniger Depressionen haben. McCullough und Larson, deren Review 80 (auch unpublizierte) Arbeiten umfasst, kommen zum Schluss, dass Menschen mit höherem religiösen Engagement und intrinsischer religiöser Orientierung ein geringeres Risiko haben, an Depressionen zu erkranken (r = -0.07 bis -0.40). Andererseits haben Menschen mit hoher extrinsischer Religiosität ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Depressionen.

Eine Metaanalyse von Smith und McCullough, die 2003 im Psychological Bulletin publiziert wurde, umfasste 147 Studien mit einem Total von 98.975 Patienten. Religiosität war insgesamt mit einer mäßigen, aber signifikanten Reduktion depressiver Symptome assoziiert (-0.096, gewichtete mittlere Effektstärke). Entsprechend fand sich bei 113 (77%) der 147 Studien ein günstiger Einfluss der Religiosität auf die depressive Symptomatik, bei 7 (5%) Studien ein Null-Effekt und bei 27 (18%) ein ungünstiger Einfluss, also ein höherer Anteil depressiver Symptome bei religiösen Personen. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Religiosität in beide Richtungen wirken kann und sich die Effekte in der Metaanalyse teilweise aufheben. Interessant ist, dass die protektive Wirkung der Religiosität auf die Entwicklung depressiver Symptome unter psychosozialen Belastungssitationen, also unter Stressbedingungen, zunahm (-0.152, gewichtete mittlere Effektstärke). Diese Tatsache bestätigt die "Stress-Buffering-Hypothese" (Cohen & Wills 1985), die Religiosität als wirksame Coping-Ressource versteht.

Religiosität und Depression im klinischen Kontext

Baetz und Mitarbeiter (2002) von der Universität in Saskatchewan in Kanada untersuchten psychiatrisch hospitalisierte Patienten. Ca. 2/3 der Patienten glaubten an einen Gott, der belohnt oder bestraft, 27% besuchten mindestens wöchentlich den Gottesdienst und 35% beteten täglich. Baetz fand, dass wöchentlicher Gottesdienstbesuch mit weniger schweren depressiven Symptomen, kürzerer Aufenthaltszeit und größerer Lebenszufriedenheit verbunden war. Einen günstigen Einfluss zeigten wiederum intrinsische Religiosität und positives religiöses Coping. In einer Längsschnittuntersuchung (Bosworth 2003) wurden 114 ältere, psychiatrisch hospitalisierte Patienten mit einer schweren Depression über 6 Monate beobachtet. Unter anderem wurde positives religiöses Coping gemessen. Dieses beinhaltete eine partnerschaftliche Beziehung zu Gott, die Suche nach Gottes Liebe und Fürsorge und das Stoppen von sorgenvollen Gedanken aus dem Glauben heraus. Patienten mit höherer Ausprägung von positivem religiösen Coping hatten nach 6 Monaten signifikant niedrigere Depressionswerte und damit den besseren Heilungsverlauf, und zwar unabhängig von sozialer Unterstützung, Demographie und früheren depressiven Episoden.

EXISTENZANALYSE UND SPIRITUALITÄT

Das Verständnis von Spiritualität in der Existenzanalyse

In der Logotherapie und Existenzanalyse wird Spiritualität als eine immanente, dem Menschen und der Welt innewohnende Dimension verstanden. In der dialogischen Auseinandersetzung mit dem Leben vollzieht sich permanent ein geistiger („spiritueller") Prozess. In jeder der vier Grundbedingungen erfüllter Existenz, die im Strukturmodell der Existenzanalyse zusammengefasst sind (Längle 2001a), finden sich in der Tiefe Transzendenzbezüge – so im Seinsgrund, im Wertempfinden, im Selbstbezug und in der Sinnorientierung (Längle 2001b). „Das Sein bleibt für uns ungeschlossen; es zieht uns nach allen Seiten ins Unbegrenzte" formulierte Jaspers (1974, 13). Das Berühren dieser Tiefendimensionen stärkt das Gefühl existentieller Erfüllung und fördert damit seelische Gesundheit.

Diese Tiefenbezüge der Existenz erschließen sich auch im Kranksein und im Leiden. So formulierte der deutsche Theologe Romano Guardini (2003) für die Depression: „Die Schwermut ist etwas zu Schmerzliches, und sie reicht zu tief in die Wurzeln unseres menschlichen Daseins hinab, als dass wir sie alleine den Psychiatern überlassen dürften." Kranksein rührt in diesem Sinne an die Transzendenz und beinhaltet so immer auch eine spirituelle Dimension.

Existenzskala als Messinstrument für Spiritualität?

Auf dem Hintergrund der existenzanalytischen Anthropologie muss man postulieren, dass die Existenzskala (Längle et al. 2000) auch „Spiritualität" misst. Um dieser Frage nachzugehen, haben wir im Rahmen einer klinischen Untersuchung die Existenzskala mit einem etablierten Religionsfragebogen verglichen. 753 psychosomatische und psy-

chiatrische Patientinnen und Patienten haben zum Zeitpunkt des Eintritts in unsere Klinik nebst anderen Instrumenten die Existenzskala (Tabelle 1) und den Religions-Struktur-Test (Tabelle 2) ausgefüllt.

	Existenzskala						
Subskalen	SD	ST	F	V	P	E	G
N	753	753	753	753	753	753	753
Mittelwert	33.80	61.63	42.10	50.24	95.43	92.34	187.77
SD	6.81	13.11	10.75	12.28	18.29	22.07	38.54
Minimum	11.00	14.00	11.00	13.00	41.00	28.00	81.00
Maximum	48.00	84.00	66.00	78.00	132.00	144.00	276.00

Tab. 1: Zeigt Mittelwerte, Standardabweichungen (SD) sowie Minimum und Maximum der Sub- und Summenskalen der Existenzskala (ESK) des Klinikeintritt bei Selbstdistanzierung (SD), Selbsttranszendenz (ST), Freiheit (F), Verantwortung (V), Personalität (P), Existentialität (E) und Gesamtwert (G).

	Zentralitätsskala des Religions-Struktur-Test					
Subskalen	Interesse	Ideologie	Erfahrung	Gebet	Gottes-dienst	Zentralität
N	753	753	753	753	753	753
Mittelwert	2.79	3.53	1.99	2.96	2.55	2.76
SD	0.95	0.82	0.93	0.94	1.11	0.75
Minimum	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maximum	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00

Tab. 2: Zeigt Mittelwerte, Standardabweichungen (SD) sowie Minimum und Maximum der Zentralität und ihrer Subskalen Interesse, Ideologie, Erfahrung, Gebet und Gottesdienst zum Zeitpunkt des Klinikeintritts.

Der Religions-Struktur-Test (Huber 2008) gliedert sich in Zentralität (→ Stärke) und Inhalte (→ Richtung) der Religiosität. Die Zentralitätsskala, welche aus 10 Items besteht, erfasst die Position der Religion im Persönlichkeits- und Lebenskonstrukt eines Menschen. Die Religiosität wird mit je 2 Items für die 5 Kerndimensionen nach Glock (Intellekt, Ideologie, Devotion, Erfahrung und Ritus) in einer 5-stufigen Likert-Skala abgefragt. Der Inhaltsteil ist breit gefächert und besteht aus Modulen zu religiöser Sozialisation, religiöser Suche, Gottesbildern, Leidensverständnis, Gefühlen gegenüber Gott, religiösem Coping und religiöser Gemeinschaft als Ressource. In der vorliegenden Untersuchung wurden nur die Zentralität und das Modul „Gefühle gegenüber Gott" verwendet. Auf Grund der Ausprägung der Zentralität können nicht-religiöse (0-1.5), mittel-religiöse (1.6-2.9) und hoch-religiöse (3.0-4.0) Personen unterschieden werden. Der Mittelwert der Zentralität im untersuchten Patientenkollektiv liegt bei 2.76, also im oberen Bereich einer mittelstark ausgeprägten Religiosität.

Der Vergleich der Existenzskala (ESK) mit dem Religions-Struktur-Test (RST) ergibt eine beachtliche Anzahl signifikanter Korrelationen (Tabelle 3). Die höchsten Korrelationskoeffizienten bestehen zwischen der Existenzskala und den Gefühlen gegenüber Gott, wobei hohe Existentialität mit positiven Gefühlen (0.321) und niedere Existentialität mit negativen Gefühlen (-0.479) einhergeht. Erfüllte Existenz und eine emotional positiv gefärbte Gottesbeziehung scheinen also zusammenzuhängen, wobei die Richtung des Zusammenhangs hier nicht identifiziert werden kann. Weitere Korrelationen fanden sich zwischen Personalität und Zentralität (0.215). Bei der Zentralität waren es die Subskalen Erfahrung (0.267) und Gebet (0.256) und bei

	Zentra-lität	Inte-resse	Ideolo-gie	Erfah-rung	Gebet	Gottes-dienst	Positive Gefühle	Nega-tive Gefühle
Gesamtwert	.138(**)	0.034	0.057	.196(**)	.204(**)	0.058	.321(**)	-.479(**)
	0.000	0.354	0.117	0.000	0.000	0.114	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Personalität	.215(**)	.109(**)	.107(**)	.267(**)	.256(**)	.110(**)	.391(**)	-.422(**)
	0.000	0.003	0.003	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Existentialität	0.064	-0.031	0.011	.121(**)	.144(**)	0.010	.237(**)	-.486(**)
	0.081	0.392	0.761	0.001	0.000	0.791	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Selbst-Distanzierung	.179(**)	.098(**)	.132(**)	.163(**)	.209(**)	.108(**)	.282(**)	-.321(**)
	0.000	0.007	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Selbst-Transzendenz	.206(**)	.101(**)	.080(*)	.287(**)	.249(**)	.097(**)	.399(**)	-.422(**)
	0.000	0.006	0.028	0.000	0.000	0.008	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Freiheit	0.070	-0.034	-0.002	.166(**)	.141(**)	0.007	.279(**)	-.464(**)
	0.055	0.357	0.949	0.000	0.000	0.843	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
Verantwortung	0.053	-0.027	0.022	0.071	.136(**)	0.011	.182(**)	-.468(**)
	0.145	0.464	0.546	0.051	0.000	0.762	0.000	0.000
	753	753	753	753	753	753	753	753
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.								
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.								

Tab. 3: Korrelationen der Existenskala (ESK) mit dem Religions-Struktur-Test (RST), insbesondere der Zentralität und den Gefühlen gegenüber Gott.

der Personalität die Subskala Selbsttranszendenz (0.206), die die höchsten Korrelationswerte aufwiesen. Hohe Religiosität im Sinne der Zentralität hängt also mit Personalität zusammen, so wie es Prof. Hell postuliert hat: „eine das Individuum stärkende Kraft". Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass die Existenzskala Aspekte von Religiosität/Spiritualität abbildet.

KONSEQUENZEN FÜR DIE THERAPIE

Spiritualität als existentielle Dimension in der Psychotherapie

Spiritualität kann als „Tiefendimension" in der Psychotherapie verstanden werden, welche den Menschen in seiner Ganzheit und seinen existentiellen Bezügen erfasst. In der Frankl'schen Anthropologie war die noetische, personalgeistige Dimension des Menschen von Beginn weg von zentraler Bedeutung (Frankl 1982). Auch die phänomenologische Haltung fördert die Wahrnehmung des „Geistigen", des „Wesentlichen". In diesem Sinne erschließt die Existenzanalyse spirituelle Ressourcen der Person und der Existenz, was die therapeutische Wirksamkeit unterstützt und seelische Gesundheit fördert. Ähnliches gilt für andere Therapierichtungen, die die existentielle Dimension mit einschliessen.

Immanente Spiritualität ist aber nicht mit transzendenter Spiritualität gleichzusetzen, welche über die unmittelbare Seinserfahrung hinausgereift und in einer Transzendenz wurzelt. Dies gilt typischerweise für Religiosität, die auf transzendente Erkenntnis und Erfahrung aufbaut. Im christlichen Kontext ist dies die Dimension des „pneuma" (Längle 2001b), des Geistes Gottes, der in die Immanenz hineinwirkt und Heilungsprozesse unterstützt. Auch solche religiösen und transzendenten Bezüge können als Ressourcen in die Psychotherapie miteinbezogen werden.

Offener Umgang mit Religiosität und Spiritualität

Um den religiösen und spirituellen Erfahrungen der Hilfesuchenden gerecht zu werden, ist eine offene und respektvolle Haltung notwendig, wie sie ein phänomenologisches Arbeiten „gebietet". Im Zusammenhang mit Religiosität und Spiritualität besteht aber eine besondere Gefährdung, die phänomenologische Position zu verlassen und in eigene Vorerfahrungen und Vorurteile „hineinzufallen".

Hier sind wir als Therapeuten gefordert, uns mit unseren eigenen expliziten und impliziten religiösen und spirituellen Haltungen auseinanderzusetzen. Das bedingt eine angemessene Berücksichtigung dieser Thematik in Aus-, Weiter- und Fortbildung, wie auch in Selbsterfahrung und Supervision. Dazu hat der Kongress in Lindau einen wertvollen und beispielhaften Beitrag geleistet.

Hilfreich sind zudem Grundkenntnisse zu einzelnen Religionen, religiösen Gemeinschaften sowie zum Zusammenwirken von Religiosität, Spiritualität und seelischer Gesundheit. An dieser Stelle möchte ich auf die ausgezeichnete Übersichtsarbeit von Constantin Klein hinweisen, die in der psychiatrischen Praxis publiziert wurde. Klein et al. (2007) legen in ihrer Arbeit die theoretischen Erklärungsansätze dar, die den Zusammenhang zwischen Religiosität und seelischer Gesundheit nachvollziehbar machen. Dabei nennt Klein: soziale Unterstützung, Verhaltensregulierung, kognitive Orientierung und Kohärenz (Antonovsky 1993), alternative Werte, positive Emotionen/Selbstwert sowie religiöses Coping (Pargament 1997).

Im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit religiösen Patienten habe ich die Erfahrung gemacht, dass man auf der Basis einer tragenden therapeutischen Beziehung und einer grundsätzlich positiven Haltung religiöse Überzeugungen und Erfahrungen durchaus auch kritisch anfragen darf, wenn sie mir als Therapeut nicht plausibel oder hilfreich erscheinen. Unheilvoll kann die Vermischung von psychopathologischen Zuständen mit religiösen Wahrnehmungen sein. So berichtete mir ein manischer Patient, wie er sich von Gottes Energie und Gegenwart durchdrungen fühle und er diesen Zustand nicht mit Medikamenten dämpfen wolle. Ich konfrontierte ihn mit der Frage, ob diese „religiöse Wahrnehmung" nicht auch mit seiner manischen Verfassung zu tun haben könnte, ohne dem Patienten dabei sein religiöses Empfinden in Abrede zu stellen (was auch nicht korrekt wäre, da ein manischer Zustand das Erfülltsein mit Gottes Gegenwart nicht ausschließt). Wir einigten uns schliesslich auf einen Kompromiss, der für beide Seiten akzeptabel war.

Religiöse Behandlungsansätze in der Psychotherapie

Auf Grund des mehrheitlich positiven Zusammenhangs zwischen Religiosität, Spiritualität und seelischer Gesundheit muss man sich die Frage stellen, ob die Integration religiöser und spiritueller Elemente in die Therapie die Wirksamkeit der Behandlung verstärken kann. Genau dieser Frage ist Rebecca Propst vom Department of Counseling Psychology am Lewis and Clark College in Portland bereits 1992 im Rahmen einer Therapiestudie nachgegangen (Propst et al. 1992).

Propst untersuchte die Wirksamkeit von „religious cognitive-behavioral therapy" im Vergleich zu „secular cognitive-behavioral therapy", „pastoral counseling" und einer „waiting-list control" bei 59 religiösen Patienten mit anhaltenden Depressionen, die durchschnittlich 12 Monate dauerten. Die Patienten erhielten achtzehn 50-minütige Therapiesitzungen in einem Zeitraum von drei Monaten, die durch religiöse und nicht-religiöse Psychotherapeuten nach einem standardisierten Manual (Propst 1988) durchgeführt wurden. Hauptfokus der kognitiven Verhaltenstherapie war die kognitive Umstrukturierung. Bei der religiösen Form der Therapie geschah dies unter Berücksichtigung eines religiösen Bezugsrahmens.

Die Patienten, die religiöse kognitive Verhaltenstherapie erhielten (RCT), hatten bei Therapieabschluss eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik von durchschnittlich 12 Punkten im Beck Depression Inventar (BDI). Die ebenfalls signifikante Verbesserung in der Gruppe der Patienten mit nicht religiöser kognitiver Verhaltenstherapie (NRCT) betrug10 Punkte im BDI, war also etwas geringer als beim religiös erweiterten Therapieansatz (Tabelle 4). Der Unterschied verschwand im 3-Monats-Follow-up, war aber im 2-Jahres-Follow-up mit 12.5 Punkten (RCT) gegenüber 11.3 Punkten (NRCT) wieder nachweisbar.

Interessant war auch die Interaktion zwischen Therapieform und Therapeut, wobei bei den Therapeuten zwischen religiösen (RT) und nicht-religiösen (NT) unterschieden wurde (Tabelle 4). Die nicht religiösen Therapeuten

	n	BDI Pretest	BDI Posttest	BDI 3-m follow-up	BDI 2-y follow-up	Δ BDI Pretest - 2-year
RCT-NT	9	17.4 (11.0)	3.1 (5.6)	5.7 (6.7)	4.4 (4.3)	-13.0
RCT-RT	10	16.5 (6.3)	6.7 (6.4)	6.5 (4.7)	4.5 (4.6)	-12.0
NRCT-NT	10	20.5 (7.5)	10.3 (4.3)	7.1 (4.2)	7.6 (4.6)	-12.9
NRCT-RT	9	14.5 (6.4)	5.0 (4.7)	3.1 (3.1)	4.8 (4.6)	-9.7
P-Care	10	19.1 (9.1)	7.8 (6.1)	4.6 (3.2)	3.5 (3.4)	-15.6
WLC	11	17.2 (7.1)	13.5 (8.0)	-	-	-3.7

Tab. 4: Zusammenstellung der Verläufe in der Probst-Studie über die vier Messzeitpunkte (Pretest = Behandlungsbeginn, Posttest = Behandlungsende, 3-Monats-Follow up und 2-Jahres-Follow up), für die vier verschiedenen Therapieformen (RCT = religious cognitive-behavioral therapy, NRCT = non-religious cognitive-behavioral therapy, P-Care = pastoral care, WLC = waiting-list control) sowie die zwei Therapeutenkategorien (NT = nicht religiöse Therapeuten, RT = religiöse Therapeuten). Es wurden jeweils die Mittelwerte und die Standardabweichungen (SD) dargestellt. Δ BDI zeigt die Reduktion der BDI-Werte über die gesamte Beobachtungsperiode.

erzielten mit der religiösen kognitiven Verhaltenstherapie (RCT-NT) einen besseres Ergebnis als die religiösen Therapeuten (RCT-RT). Das überraschte, weil es dem Modell der „weltanschaulichen Übereinstimmung" oder „Passung" von Patient und Therapeut widerspricht. Ebenfalls überraschte, dass die Pastoral-Care-Gruppe über die gesamte Beobachtungszeit von 2 Jahren den stärksten Effekt auf die Reduktion der depressiven Symptomatik erzielte, also die Verhaltenstherapie in ihrer Wirkung übertraf. Pastoral Care (Seelsorge) scheint also bei religiösen Patienten auch hinsichtlich der klinischen Symptomatik eine gute Wirkung zu zeigen.

Die Propst-Studie sowie zwei ähnliche Untersuchungen von Azahr et al. (1994) und Azahr & Varma (1995) zeigen

günstige Effekte einer religiös erweiterten Psychotherapie bei religiösen Patienten und unterstützen damit die Entwicklung spiritueller Therapieansätze. Es sind aber weitere klinische Studien notwendig, um die Überlegenheit religiöser Therapieansätze bei religiösen Patienten definitiv zu belegen. Eine aktuelle, multizentrische Untersuchung läuft zurzeit in den USA (Koenig 2011).

Die Propst-Studie zeigt zudem, dass religiöse Elemente auch durch nicht religiöse Therapeuten in die Psychotherapie integriert werden können, und das mit gutem Erfolg. Dieses Ergebnis ist ermutigend und relativiert die vorherrschende Meinung, dass eine weltanschauliche Übereinstimmung („Passung“) von Patient und Therapeut zwingende Voraussetzung für eine gelingende Therapie ist.

Ein Drei-Stufen-Modell zur Integration von Spiritualität in die Psychotherapie

Auf Grund der dargestellten Überlegungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapie lässt sich ein Drei-Stufen-Modell formulieren. Die drei Stufen beinhalten keine Bewertung, sondern bilden das Kontinuum von impliziter Spiritualität zu expliziter Religiosität ab, wie es uns bei den Hilfesuchenden begegnet. Die drei Stufen greifen ineinander und ergänzen sich. Die nachfolgenden Bezeichnungen für die drei Integrationsstufen stellen einen Versuch dar, die dargelegten Sachverhalte in Begriffe zu fassen.

	Bezeichnung	Beschreibung
S 1	*Existentiell orientierte Psychotherapie*	Die existentiellen Bezüge werden in die Psychotherapie integriert.
S 2	*Spirituell sensibilisierte Psychotherapie (Ärztliche Seelsorge)*	Spirituelle und religiöse Aspekte werden wahrgenommen, gewürdigt und punktuell thematisiert.
S 3	*Religiös erweiterte Psychotherapie*	Im Einvernehmen werden religiöse und spirituelle Elemente in die Psychotherapie integriert.

Tab. 5: Drei-Stufen-Modell der Integration von Religiosität und Spiritualität in die Psychotherapie (nach Hefti 2011).

Zum Schluss möchte ich den Bogen zu den Anfängen der Logotherapie und Existenzanalyse spannen. Viktor Frankl bezeichnete seinen Therapieansatz damals als „Ärztliche Seelsorge“, dies in Ergänzung und Abgrenzung zu den vorherrschenden Psychotherapierichtungen, die im Wesentlichen aus der Psychoanalyse nach Sigmund Freud und Individualtherapie nach Alfred Adler bestanden, und die geistige (spirituelle) Dimension des Menschen ausser acht liessen. Frankl positionierte sich damit mitten in das von mir dargelegte Kontinuum zwischen existentiell orientierter und religiös erweiterter Psychotherapie (Frankl 1982).

Literatur

Antonovsky A (1993) The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science and Medicine 36, 725-733

Allport GW, Ross JM (1967) Personal religious orientation and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology 5, 432-443

Azahr M, Varma SL, Dharap AS (1994) Religious psychotherapy in anxiety disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 90, 1-3

Azahr M, Varma SL (1995) Religious psychotherapy in depressive patients. Psychotherapy and Psychosomatics 63, 165-168

Baetz M (2002) Canadian psychiatric inpatient religious commitment: an association with mental health. Canadian Journal of Psychiatry 47(2), 159-166

Bergin AE (1983) Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta−analysis. Professional Psychology: Research and Practice 14, 170-184

Bosworth HB (2003) The impact of religious practice and coping on geriatric depression recovery. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 905-914

Büssing A (2004) Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). In: Forschende Komplementärmedizin und klassische Naturheilverfahren. Basel: S. Karger AG, 11, 346-353

Cohen S, Wills TA (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98, 310–357

Frankl VE (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Franz Deuticke

Freud S (1927) Die Zukunft einer Illusion. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J Sigmund Freud - Studienausgabe. Frankfurt/M: Fischer, 1927/2000, 135-190

Gartner J, Larson DB, Allen GD (1991) Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. J Psychol Theol 1991,19, 6-25

Grom B (2004) Religiosität - psychische Gesundheit - subjektives Wohlbefinden: Ein Forschungsüberblick. In: Zwingmannn C, Moosburger H (Eds.) Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Münster: Waxmann, 187±214

Guardini R (2003) Vom Sinn der Schwermut. Ostfieldern: Matthias-Grünewald

Hackney CH, Sanders GS (2003) Religiosity and mental health: a meta−analysis of recent studies. J Sci Study Relig 42, 43-55

Hell D (2004) Leben und Glauben

Huber S (2008) Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. In: Gräb W & Charbonnier L (Eds.) Individualisierung und die pluralen Ausprägungsformen des Religiösen. Studien zu Religion und Kultur. Münster: Lit-Verlag 1, 109-143

Jaspers K (1974) Existenzphilosophie. Berlin: de Gruyter, 13

Klein C, Albani C (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. Psychiatrische Praxis 34, e2-e12

Koenig HG (2008) Concerns about measuring „spirituality” in research. Journal of Nervous & Mental Disease 196(5), 349-355

Koenig HG (2011) Conventional vs. religious psychotherapy for major depression in patients with chronic illness, Proposal

Koenig HG, Kvale JN, Ferrel C (1988) Religion and well-being in later life. Gerontologist 28, 1, 18-27

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001) Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press

Längle A (2001a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Hofmann P, Lux M, Probst Ch, Steinbauer M, Zapotoczky HG, Zeiringer H (Hg) Klinische Psychotherapie Update 2001. Linz: Univ.-Verlag Trauner, 59–70

Längle A (2001b) Psychotherapie – Methode oder Spiritualität? Zum Verhältnis von Immanenz und Transzendenz am Beispiel der Existenzanalyse. In: Schmidinger H (Hg) Geist – Erfahrung – Leben. Spiritualität heute. Innsbruck: Tyrolia, 177-206

Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Hogrefe

McCullough ME, Larson DB (1999) Religion and depression: a review of the literature. Twin Research 2, 126-136

Pargament KI (1997) The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. New York: Guilford

Propst LR, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D (1992) Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology 60, 94-103

Propst LR (1988) Psychotherapy in a religious framework: Spirituality in the

emotional healing process. New York: Human Sciences Press

Schätzing E (1955) Die ekklesiogene Neurose. Wege zum Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Seybold KS, Hill PC (2001) The role of religion and spirituality in mental and physical health. Current Directions in Psychological Science 10, 21-24

Smith TB, Mc Cullough ME (2003) Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, Psychological Bulletin 126, 614-636

Zinnbauer BJ, Pargament K I, Scott AB (1999) The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. Journal of Personality 64, 889-919.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. René Hefti

Chefarzt Psychosomatik Klinik SGM Langenthal

Leiter des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit

Weissensteinstrasse 30

CH-4900 Langenthal

rene.hefti@klinik-sgm.ch

www.klinik-sgm.ch , www.fisg.ch