

René Hefti, Franz Fischer, Maria Teschner

Quantitative Erhebung von Religiosität und Spiritualität im klinischen Alltag

Anwendungserfahrungen, Ergebnisse und Perspektiven

Der Beitrag gibt eine Übersicht über die routinemäßige Erhebung von Religiosität und Spiritualität in einer Fachklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz. Beweggründe und konkrete Schritte der Umsetzung werden beleuchtet, die eingesetzten Instrumente und das eigens entwickelte Erhebungssystem vorgestellt. Die Datenauswertung fokussiert auf die Veränderung von Religiosität und Spiritualität im therapeutischen Prozess und ihre Bedeutung für das Therapieergebnis. Eine Aufgliederung des Patientenkollektivs in niedrig-, mittel- und hochreligiöse Patienten zeigt interessante Unterschiede. Überraschenderweise profitieren die niedrigreligiösen Patienten am stärksten vom ganzheitlichen Therapiekonzept. Mögliche Erklärungsansätze werden dargelegt. In einem letzten Teil werden die Erfahrungen mit der systematischen Erhebung von Religiosität und Spiritualität reflektiert und weitere Perspektiven skizziert.

Quantitative Erhebung, Religionsmaße, Therapieergebnis

Quantitative assessment of religiosity and spirituality in practice: experiences, results and perspectives

The contribution provides an overview on the systematic assessment of religiosity and spirituality in a clinic for psychosomatic medicine, psychiatry and psychotherapy in Switzerland. Motives and steps of implementation are described; questionnaires and computer programs used are presented. Data analysis focused on how religiosity and spirituality changed during therapy and on their role in moderating and predicting the outcome. Dividing patients into low, moderate and high religious subgroups gave further insight into the subgroups' characteristics and their interaction with therapy. Surprisingly, low religious patients derived the greatest benefit from holistic therapy integrating religious and spiritual aspects. Possible explanations are discussed. In the final part, experiences with the quantitative assessment of religiousness and spirituality are reflected and further perspectives outlined.

Quantitative assessment, religious measures, therapy outcome

1 Erhebung von Religiosität und Spiritualität in der Klinik SGM Langenthal

1.1 Beweggründe zur Erhebung von Religiosität und Spiritualität

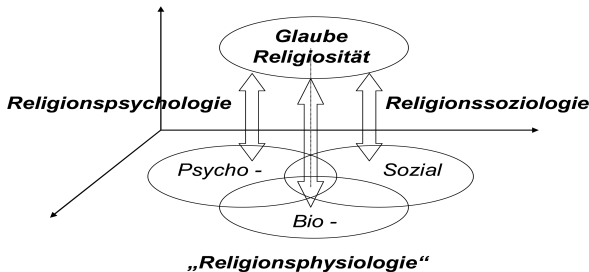
Die Klinik SGM Langenthal (Schweiz) ist eine Fachklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie mit stationärem, tagesklinischem und ambulatem Behandlungsangebot. Die Trägerschaft der Klinik ist die Stiftung für ganzheitliche Medizin (SGM), welche 1980 von dem Chirurgen Dr. Kurt Blatter gegründet wurde (Blatter, 1980). Damit hatte die Klinik, die 1987 mit 36 Betten eröffnet wurde, von Beginn an das Anliegen, einen ganzheitlichen Behandlungsansatz zu praktizieren. Ganzheitlichkeit wurde im Sinne eines dreidimensionalen Menschenbildes verstanden (Abb. 1), welches die religiöse Dimension des Patienten mit einschließt (Hefti, 1989). Dieses Menschenbild wurde in der Folge in einem erweiterten biopsychosozialen Behandlungsmodell konzeptualisiert (Hefti, 2003, 2009, 2010).

Das spirituell erweiterte Behandlungskonzept war in den 1980er-Jahren visionär und wurde in Fachkreisen kaum ernst genommen. Auch das biopsychosoziale Modell war zu diesem Zeitpunkt noch nicht etabliert. Es war uns deshalb ein Anliegen, unseren ganzheitlichen Therapieansatz wissenschaftlich zu evaluieren und die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im therapeutischen Prozess zu untersuchen.

1.2 Eine kurze Geschichte der Erhebung von Religiosität und Spiritualität

1991 wurde in Ergänzung zur Klinik die Stiftung für Religionspsychologie und Religionspsychopathologie (SRP) gegründet, die zum Ziel hatte, „Forschung auf dem Gebiet der Religionspsychologie und Religionspsychopathologie“ zu fördern. Pate standen damals die Arbeiten und das Engagement von Günter Hole (1977). Die Durchführung eigener Forschungsvorhaben scheiterte zunächst an den vorhandenen Ressourcen.

Abbildung 1: Das erweiterte biopsychosoziale Behandlungsmodell (nach Hefti, 2002)



1998 konnte mit dem Aufbau der Qualitätssicherung im therapeutischen Bereich auch das Forschungsanliegen wieder aufgegriffen werden. Mit dem Heidelberger-Stuttgarter Modell (Lutz, Stammer, Leeb, Dötsch, Bölle & Kordy, 1995) stand ein computergestütztes Instrument zur aktiven internen Qualitätssicherung und zur systematischen Ergebnismessung zur Verfügung, welches wir ab 1999 flächendeckend in der Klinik einsetzten. Gleichzeitig entwickelten Grom, Hellmeister und Zwingmann (1998) einen deutschsprachigen Religionsfragebogen, das Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar (MMRI), das wir in unsere routinemäßige Fragebogenerhebung integrierten und bis 2005 zur Erfassung der Religiosität unserer Patienten verwendeten. Damit war der Grundstein für die routinemäßige Erfassung der Religiosität gelegt.

1.3 Beschreibung der eingesetzten Religionsfragebogen

Um die für den therapeutischen Prozess relevanten Aspekte der Religiosität zu erfassen, wurden im Verlauf verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt. Dabei musste immer wieder zwischen Forschungsinteresse und Zumutbarkeit für die Patienten abgewogen werden. Tabelle 1 zeigt die eingesetzten Frageinstrumente in chronologischer Reihenfolge.

Das *Münchner Motivationspsychologische Religiositäts-Inventar* (MMRI; Grom et al., 1998) erfasst acht Grundmotive für intrinsisches religiöses Verhalten.

Dazu gehören moralische Selbstkontrolle, passive und kooperative Kontrolle, Verdienst- und Gerechtigkeitsstreben, positives Selbstwertgefühl, Dankbarkeit und Verehrung, prosoziales Verhalten und das Streben nach Erkenntnis und Kohärenz. In den nachfolgend dargestellten Analysen werden die MMRI-Daten nicht berücksichtigt. Diesbezüglich verweisen wir auf frühere Publikationen, in denen die Interaktion von Religiosität (MMRI), Wohlbefinden und Symptomreduktion untersucht wurde (Allemand & Znoj, 2004; Hefti, 2011).

Der *Religiositäts-Struktur-Test* (R-S-T; Huber, 2003, 2008a, 2008b) ist ein multidimensionales Messinstrument der Religiosität, welches wir seit 2005 bei uns in der Klinik einsetzen. Der R-S-T unterscheidet zwischen Zentralität und Inhalt der Religiosität und ist modular aufgebaut. In unserer routinemäßigen Datenerhebung werden zwei Versionen des R-S-T verwendet, nämlich eine komplette Version (RST_C) mit 91 Items und eine Kurzversion (RST_T) mit 26 Items. Die Kurzversion beinhaltet die Skalen Zentralität sowie positive und negative Gefühle gegenüber Gott und wird bei Patienten eingesetzt, die auf Grund ihres Gesundheitszustands nicht in der Lage sind, die Vollversion des R-S-T auszufüllen. Die *Dankbarkeits- und Verzeihensskala* (DKS-VZK) wurde von Mathias Allemand konzipiert. Die Dankbarkeitskala ist eine eigene Entwicklung, welche Items aus bestehenden Instrumenten integriert. Die Verzeihensskala ist eine Übersetzung der zehn Items umfassenden Verzeihensskala aus dem In-

Tabelle 1: Chronologische Aufstellung der eingesetzten Erhebungsinstrumente mit Angabe der jeweiligen Zeitperiode und der bis zum aktuellen Zeitpunkt erfassten Anzahl Patienten (Eintritt)

Rel/Spir-Test (Variablenbezeichnung)	Verwendete Skalen	Zeitraum	N
Münchner Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI)	Alle Skalen	1998–01 bis 2005–03	482
Religiositäts-Struktur-Test (RST_C, RST_T)	Zentralität Positive Gefühle g. Gott Negative Gefühle g. Gott	Seit 2005–03	1.438
Dankbarkeits- und Verzeihensskala (DKS VZS)	Dankbarkeit Verzeihen	2005–01 bis 2007–12	440
Systems of Belief Inventory (SBI-15R)	SBI-Gesamt	2005–01 bis 2007–12	431
Religious Problem-Solving Scale (RPS)	RPS-Gesamt	2005–01 bis 2006–08	231
Religious Coping (RCOPE, Brief RCOPE)	Pos. religiöses Coping Neg. religiöses Coping	Seit 2006–08	775
WHO-Lebensqualität (WHOQOL)	Spiritualität	Seit 2007–07	1.162

ventar zur Erfassung von Stärken (*Inventary of Strenghts*, VIA-IS; Peterson, Park & Seligman, 2004) und zwei neuen Items. Während die Dankbarkeitsskala noch kein validiertes Instrument darstellt, wurde die Verzeihensskala mittlerweile validiert und publiziert (Allemand, Sassin-Meng, Huber & Schmitt, 2008).

Das *Systems of Belief Inventory* (SBI-15R; Holland, Kash, Passik und Russak, 1998, deutsch: Albani et al., 2002) misst religiöse und spirituelle Überzeugungen und Praktiken sowie die soziale Unterstützung durch eine religiöse oder spirituelle Gemeinschaft, besteht also aus zwei Subskalen. In unsere Auswertung wurde nur der Gesamtwert einbezogen.

Um das religiöse Coping zu messen, setzten wir zuerst die *Religious Problem Solving Scale* (RPS; Pargament et al., 1988, deutsch: Dörr 2001) ein. Nach der Validierung einer deutschen Version des *RCOPE* (Lehr, Fehlberg, Hess & Fix, 2007, englische Originalversion: Pargament, Koenig und Perez, 2000) stellten wir auf dieses Instrument um. Der RCOPE erfasst positives und negatives religiöses Coping. Es existiert eine Kurzversion, der Brief-RCOPE, mit nur 14 Items.

Der *Fragebogen der WHO zur Lebensqualität WHOQOL* (Angermeyer, Kilian und Matschinger, 2000) misst die „individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Werte-

systems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“. Die Langversion mit 100 Items beinhaltet eine Skala „Spiritualität“. Diese erfasst, in welchem Maß die persönlichen Überzeugungen Sinn geben und bei der Bewältigung von Schwierigkeiten helfen.

1.4 Beschreibung des Erhebungssystems (XPsy)

1998 sind wir mit dem Heidelberger-Stuttgarter Modell (Lutz et al., 1995) und der zugehörigen Software AK-QUASI in die systematische Datenerhebung gestartet. Die Datenerfassung erfolgte mittels eines 12-seitigen Fragebogen-Sets auf Papier. Die Daten mussten anschließend in den Computer eingegeben werden, um die Ergebnisse darzustellen und für wissenschaftliche Auswertungen verfügbar zu machen.

Um den Aufwand zu reduzieren, die Datenqualität zu verbessern und den Nutzen für die Therapeuten zu erhöhen, beschlossen wir, auf direkte Dateneingabe am Computer umzustellen. Dazu benötigten wir einen Diagnostikraum mit drei Computerplätzen und eine Betreuung für die Patienten. Die Betreuung wurde von den Psychologiepraktikanten übernommen. Wir benötigten ein flexibles Erhebungssystem, das einfach und intuitiv zu bedienen war und das im Anschluss an die Datenerfassung die Ergebnisse so präsentiert, dass Therapeuten und Patienten den bestmöglichen Nutzen davon haben und für ihre Teilnahme unmittelbar belohnt werden.

Weil auf dem Markt kein solches System existierte und weil die Fragebögen zu Religiosität und Spiritualität nicht in bestehenden Computerprogrammen integriert waren, wurde ein eigenes System entwickelt, welches sich unter dem Namen XPsy etablierte. Seit Januar 2005 wird XPsy zur systematischen Datenerfassung in der Klinik SGM Langenthal eingesetzt. Das Programm wurde kontinuierlich verbessert und steht seit Januar 2012 als internetbasierte Version zur Verfügung. Mittlerweile wird XPsy auch in anderen Kliniken eingesetzt.

Die Kernfunktion von XPsy besteht in der Präsentation von Fragebögen und deren Ergebnissen. Dazu wurde eine Definition in XML entwickelt, die es ermöglicht, beliebige Fragen, Antwortmöglichkeiten (inklusive Mehrfachantworten und Texteingabe), Skalendefinitionen, Normwerte und Parameter für die Darstellung der Ergebnisse zu erfassen und innerhalb des Programms zu verwenden. Vor der Implementierung von Fragebögen müssen selbstverständlich Copyrightfragen geklärt und berücksichtigt werden.

Jede Datenerfassung wird einem Kontext zugeordnet, wie beispielsweise „Eintritt“, „Austritt“, „Prozess“ (zwischen Eintritt und Austritt) und „Kathamnese“. Damit können Messwiederholungen sinnvoll strukturiert werden. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die Kontexte farblich unterschieden. Beim Export der Daten für statistische Analysen können diese kontextbezogen miteinander verglichen werden. Dadurch eignet

sich XPsy optimal für Prozessforschung und systematische Outcome-Messungen.

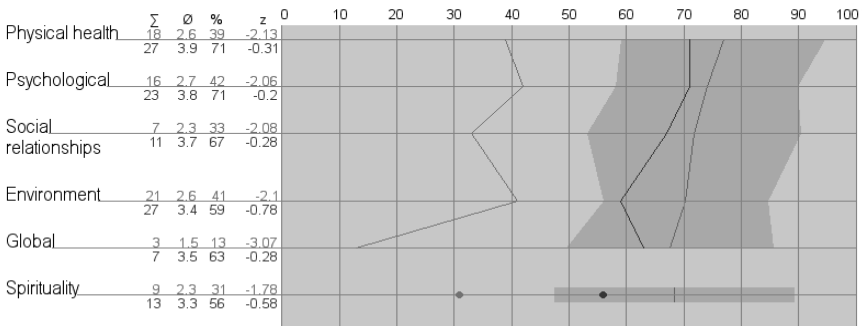
Die Ergebnisse werden auf drei Ebenen dargestellt. Auf Skalenebene werden die Werte der einzelnen Skalen als Diagramm ausgegeben. Falls vorhanden, lassen sich verschiedene Normierungen in den Hintergrund einblenden, so dass jeder Messwert im Verhältnis zu einer Referenzgruppe interpretiert werden kann. Um nachvollziehen zu können, wie die Skalenwerte zustande kommen, werden die Antworten auf Itemebene in Form einer Tabelle wiedergegeben. Die Tabelle lässt sich wahlweise nach der Reihenfolge der Items oder nach der Zuordnung der Items zu den Skalen sortieren. Auf einer dritten Ebene lassen sich auch die Normwerte in einem Diagramm abbilden. Jede Ergebnisdarstellung kann

als PDF ausgegeben und so in den Krankenakten abgelegt werden (Abb. 2).

Wie oben ausgeführt, können sämtliche Daten für statistische Analysen exportiert werden. XPsy erstellt dabei ein Datenpaket und ergänzend dazu die SPSS-Syntax zum Einlesen der Daten in SPSS. In der Syntax sind auch alle Metainformationen zu den Daten enthalten: Variablenamen, Beschriftungen der Variablen und Definitionen der fehlenden Werte.

Neben diesen Kernfunktionen bietet XPsy eine übersichtliche und intuitiv zu bedienende Verwaltung der Patienten und Behandlungsdaten mit allen nötigen Datenfeldern. Weitere Informationen zu XPsy wie auch ein Infolyer sind unter www.xpsy.eu zu finden.

Abbildung 2: Ergebnisdarstellung des WHOQOL auf Skalenebene mit Normierung. Die linke Kurve zeigt die Eintrittswerte, die mittlere Kurve die Austrittswerte und die „rechte Kurve“ den Mittelwert der Normierung. Die Graphik stellt die Prozenträge dar und gibt an, dass die Lebensqualität des Patienten zum Austrittszeitpunkt wieder in den Normbereich zurückgekehrt ist. Die den Skalen zugeordneten Zahlen im linken Teil der Graphik zeigen den Summenwert der Skala (Σ), den Durchschnittswert pro Item (\emptyset), den Prozentrang (%) und den Z-Wert (z). Oberhalb der Trennlinie finden sich die Eintrittswerte und unterhalb die Austrittswerte.



2 Ausgewählte Ergebnisse aus der Erhebung von Religiosität und Spiritualität

Die hier vorgestellten Auswertungen der Religionsfragebögen geben einen Überblick über die Ergebnisse der quantitativen Erhebung von Religiosität und Spiritualität. Zwei Fragestellungen waren für uns wegweisend:

1. Wie verändern sich Religiosität und Spiritualität im therapeutischen Prozess insgesamt und innerhalb der drei Gruppen von hoch-, mittel- und niedrigreligiösen Patienten?
2. Gibt es Zusammenhänge zwischen Religiosität/Spiritualität und dem Behandlungsergebnis, konkret der Verbesserung der psychischen Symptomatik? Oder anders formuliert: Gibt es religiöse Prädiktoren für den Behandlungserfolg?

Folgende Aspekte von Religiosität und Spiritualität wurden durch die eingesetzten Skalen operationalisiert: Zentralität der Religiosität im „psychischen System“ und Gefühle gegenüber Gott (R-S-T), Dankbarkeit und Verzeihen (DKS-VZK), religiöse/spirituelle Überzeugungen und Praktiken sowie soziale Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft (SBI), religiöse Problembewältigungsstile (RPS), positives und negatives religiöses Coping (RCOPE) und Sinnorientierung/Spiritualität (WHOQOL). Die Verbesserung der psychischen Symptomatik wurde durch die Differenz der GSI-Werte des *Brief Symptom Inventory* (Franke, 2002)

zwischen Ein- und Austritt definiert. Die Gruppen der Hoch-, Mittel- und Niedrigreligiösen bildeten wir anhand der Zentralitätsskala (Z) des Religiositäts-Struktur-Tests: Hochreligiöse: $Z \geq 32$, Mittelreligiöse: $32 > Z \geq 26$, Niedrigreligiöse: $Z < 26$. Die Cut-Offs wurden so gewählt, dass drei möglichst gleich große Gruppen entstanden. Damit weichen wir numerisch von den Kategorien Hubers ab, welche aber nicht einheitlich definiert sind. In „Zentralität und Inhalt – ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität“ (Huber, 2003) wurden die Kategorien wie folgt festgelegt: nicht religiös (0–12), religiös (13–27), hochreligiös (28–40). Damit sind die von uns gewählten Z-Gruppen in Richtung hochreligiös verschoben, d. h. die Kategorie der „Niedrigreligiösen“ reicht in die Gruppe der „Mittelreligiösen“ hinein.

2.1 Veränderungen von Religiosität und Spiritualität im therapeutischen Prozess

In der deskriptiven Analyse wurden Mittelwerte, Differenzwerte und Mittelwertvergleiche der verschiedenen Religionsmaße bei Ein- und Austritt berechnet. Die Veränderungen werden mittels Effektstärken (Cohens d) und Prozenträngen dargestellt, wobei bei den Prozentwerten das Verhältnis zur maximal möglichen Veränderung eruiert wurde.

Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 2. Die Veränderung der Religionsmaße ist trotz der kleinen Differenzwerte (ΔM) für alle errechneten

Tabelle 2: Deskriptive Analyse der Religionsmaße zu den Zeitpunkten Eintritt und Austritt

Religionsvariablen	N	Eintritt	Austritt	Differenz Eintritt-Austritt				
		M (SD)	M (SD)	ΔM (SD)	Range	%-Diff	d	p
Zentralität	976	27.9 (7.7)	28.8 (7.5)	0.9 (4.7)	0–40	2.2 %	0.11	.000
Pos. Gefühle	976	31.2 (7.3)	33.5 (7.1)	2.4 (5.6)	9–45	6.6 %	0.33	.000
Neg. Gefühle	976	18.0 (5.6)	16.4 (5.1)	-1.7 (4.7)	7–35	-5.9 %	-0.31	.000
Dankbarkeit	304	47.1 (8.5)	51.0 (7.7)	3.9 (6.6)	11–66	7.0 %	0.48	.000
Verzeihen	304	47.2 (5.8)	48.8 (6.3)	1.6 (5.2)	12–72	2.7 %	0.27	.000
Überzeugungen	296	33.6 (8.4)	36.0 (7.9)	2.4 (5.8)	0–45	5.3 %	0.29	.000
Problemlösung	159	60.9 (11.8)	64.2 (10.7)	3.3 (8.4)	18–108	3.7 %	0.29	.000
Pos. R-Coping	436	18.9 (4.2)	19.6 (4.0)	0.6 (3.5)	7–28	3.0 %	0.15	.000
Neg. R-Coping	436	14.7 (4.3)	13.2 (4.1)	-1.4 (3.2)	7–28	-6.9 %	-0.34	.000
Spiritualität	818	13.4 (4.1)	15.4 (3.5)	2.0 (3.7)	4–20	12.5 %	0.53	.000

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ΔM = Differenz der Mittelwerte, Range = Minimum-Maximum, %-Diff = mittlere Veränderung als prozentualer Anteil des theoretischen Range ($\Delta M \times 100 / \text{Range}$), d = Effektstärke nach Cohen, p = p-Wert

Parameter hochsignifikant und entspricht der erwarteten Richtung. Bei den positiven Skalen erhöhen sich die Werte bei Austritt, bei den negativen Skalen liegen die Werte bei Austritt tiefer. Die höchste prozentuale Veränderung (d. h. die höchste mittlere Veränderung als prozentualer Anteil des theoretischen Range) ergab sich bei der Spiritualität (12,5%), gemessen mit dem WHOQOL, gefolgt von Dankbarkeit (7,0%), negativer religiöser Bewältigung (6,9%) und den positiven Gefühlen gegenüber Gott (6,6%). Die Effektstärken (Cohens d) liegen im Bereich schwacher bis mittlerer Effekte mit einem Maximum von 0,53 wiederum für die Spiritualität (WHOQOL).

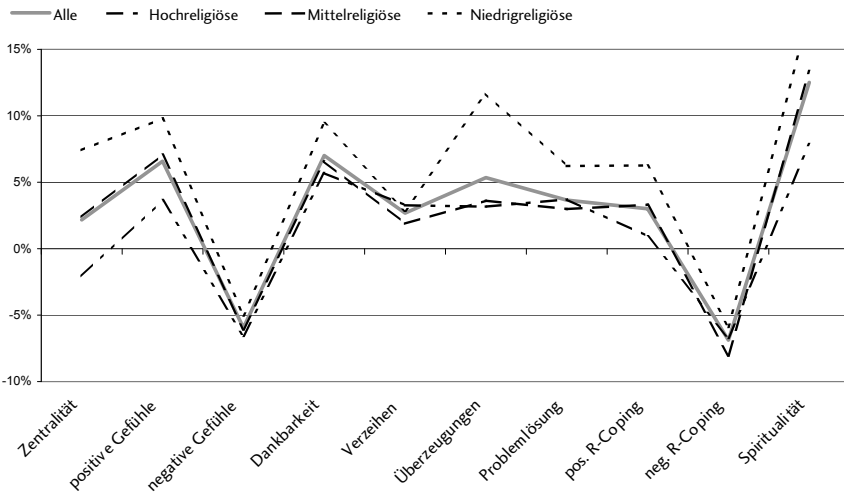
In der Folge interessierte uns, wie sich die Prä-Post-Veränderungen von Religiosität und Spiritualität auf die Gruppe der hoch-, mittel- und niedri-

greligiösen Patienten verteilen (Abb. 3). Bei niedrigreligiösen Patienten verändern sich Religiosität und Spiritualität am stärksten. Das gilt insbesondere für folgende Skalen: Zentralität, positive Gefühle gegenüber Gott, Dankbarkeit, religiöse Überzeugungen, Problemlösungsverhalten, positives religiöses Coping und Spiritualität, also für die positiven Aspekte der Religiosität.

Die Werte der mittelreligiösen Patienten entsprechen in etwa dem Durchschnitt aller Patienten, und bei den hochreligiösen Patienten verändern sich die positiven Aspekte von Religiosität am wenigsten. Keine nennenswerten Unterschiede zeigen sich bei den negativen Gefühlen gegenüber Gott, der negativen religiösen Bewältigung und beim Verzeihen.

Statistisch signifikant waren die Unterschiede für die Spiritualität (gemes-

Abbildung 3: Prozentuale Veränderung der Religionsmaße innerhalb der drei Zentralitätsgruppen



sen mit dem WHOQOL) und die positiven Gefühle gegenüber Gott (gemessen mit dem R-S-T).

Die dargestellten Ergebnisse lassen sich insofern nachvollziehen, als dass in der Gruppe der hochreligiösen Patienten die Ausgangswerte für Religiosität und Spiritualität bereits hoch sind und damit ein weiterer Zuwachs in schwächerem Maße zu erwarten ist. Bei den niedrig-religiösen Patienten

ist das Veränderungspotenzial deutlich größer. Dieses Ergebnismuster lässt sich auch als „Regression zur Mitte“ deuten (vgl. Zwingmann & Wirtz, 2005). Die signifikante Veränderung der Religionsmaße könnte mit unserem ganzheitlichen Behandlungskonzept zusammenhängen, das religiöse Angebote mit einschließt.

Interessanterweise zeigt sich bezüglich der negativ gepolten Maße wie nega-

Tabelle 3: Signifikante Unterschiede zwischen den Z-Gruppen bzgl. der Veränderung der Religionsmaße

Z-Gruppen	DKS	VZS	WHOQOL	pGgG	nGgG	pRCOPE	nRCOPE	SBI	RPS
Hoch-niedrig	.047*	.757	.000**	.000**	.273	.017*	.645	.000**	.208
Hoch-mittel	.555	.353	.006**	.002**	.687	.128	.438	.740	.695
Mittel-niedrig	.125	.449	.046*	.045*	.464	.199	.268	.000**	.113

* p < .05, ** p < .01; DKS = Dankbarkeits-Skala, VZS = Verzeihens-Skala, WHOQOL hier Spiritualitätsskala, pGgG = positive Gefühle gegenüber Gott, nGgG = negative Gefühle gegenüber Gott, pRCOPE = positives religiöses Coping, nRCOPE = negatives religiöses Coping, SBI = religiöse Überzeugungen und Praktiken, RPS = religiöses Problemlösungsverhalten

tive Gefühle gegenüber Gott und negatives religiöses Coping kein Unterschied zwischen den Zentralitätsgruppen. Auch bei hochreligiösen Patienten finden sich ungünstige Bewältigungsformen und negative Gefühle gegenüber Gott. Dies hängt möglicherweise mit psychopathologischen Einflüssen zusammen, die sich zwischen hoch-, mittel- und niedrigreligiösen Patienten nur bedingt unterscheiden. Die Bearbeitung negativer Haltungen, Kognitionen und Emotionen ist ein Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung.

2.2 Religiöse oder spirituelle Maße als Prädiktoren für das Therapieergebnis?

Uns interessierte, ob die Religionsmaße bei Eintritt in Zusammenhang mit dem Therapieergebnis stehen. Deshalb haben wir die Religionsmaße mit den möglichen Outcome-Maßen korreliert. Als Outcome-Maße haben wir die Differenz der Skalenwerte zwischen Ein- und Austritt definiert, konkret die Differenzmaße der Symptom-Checklist (Δ GSI), des Beck-Depressions-Inventars (Δ BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), des Gießener Beschwerdebogens (Δ GBB; Brähler & Scheer, 1995) und der Existenzskala (Δ ESK; Längle, Orgler & Kundi, 2000). Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt. Bis auf die Zentralität, den SBI-Gesamtwert (R-Überzeugungen) und das positive religiöse Coping zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit den Therapieergebnissen (p zwischen .05 und .001)

bei jedoch schwachen Korrelationen von durchschnittlich .144.

Überraschenderweise waren alle Korrelationen bis auf die beiden negativ gepolten Skalen (negative Gefühle gegenüber Gott, negatives religiöses Coping) negativ. Je geringer also die Religiosität oder Spiritualität zu Behandlungsbeginn, desto besser ist das Behandlungsergebnis. Niedrigreligiöse Patienten scheinen also stärker von unserem Behandlungskonzept zu profitieren. Wie lässt sich dieses überraschende Ergebnis erklären? Aus der weiteren Analyse der Daten ergeben sich folgende Erklärungsansätze:

1. Die niedrigreligiösen Patienten haben durchschnittlich eine höhere Symptombelastung zu Behandlungsbeginn (GSI von 67.27 bei den Niedrigreligiösen versus 58.73 bei den Hochreligiösen, $p = .001$). Dieses Phänomen ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt (Baetz, 2002). Die Symptombelastung zu Behandlungsbeginn korreliert hoch mit dem Behandlungsergebnis ($r = .656^{**}$) und ist damit ein starker Prädiktor (korr. R-Quadrat = .433) des Therapie-Outcomes.
2. In Abbildung 3 konnten wir zeigen, dass sich die Religionsmaße bei niedrigreligiösen Patienten im Behandlungsverlauf am stärksten verändern. Die Veränderung der Religionsmaße korreliert ihrerseits mit dem Therapie-Outcome, wie Abbildung 4 zeigt. Einzige Ausnahme ist das positive religiöse Coping. Die Korrelationskoeffizienten liegen zwischen .062 und .562 (durch-



Tabelle 4: Korrelationen zwischen den Religionsmaßen und dem Therapie-Outcome

Religionsvariablen Eintritt	Δ GSI		Δ BDI		Δ GBB		Δ ESK	
	N	r	N	r	N	r	N	r
Zentralität	750	-.020	598	-.056	749	.007	474	-.058
Positive Gefühle	750	-.072*	598	-.125**	749	-.001	474	-.137**
Negative Gefühle	750	.200**	598	.183**	749	.150**	474	.221**
Dankbarkeit	339	-.223**	189	-.234**	338	-.116*	308	-.300**
Verzeihen	339	-.178**	189	-.104	338	-.126*	308	-.203**
R-Überzeugungen	337	-.080	188	-.081	336	-.066	306	-.119*
R-Problemlösung	171	-.268**	39	-.391*	171	-.146	164	-.269**
Positives R-Coping	610	-.042	581	-.092*	609	.003	335	-.029
Negatives R-Coping	610	.189**	581	.203**	609	.085*	335	.155**
Spiritualität	857	-.235**	832	-.303**	853	-.064	229	-.208**

* $p < .05$, ** $p < .01$

schnittlich .319), also im mittleren Bereich.

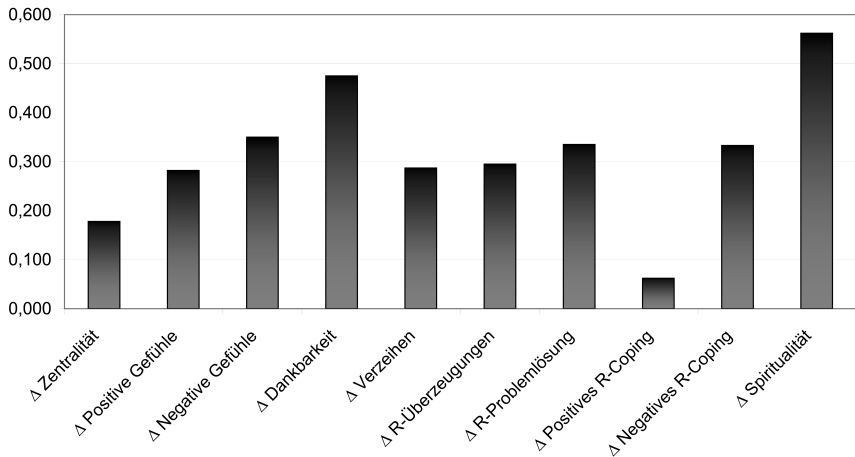
3. Möglicherweise bewirkt der Einbezug religiöser Aspekte in die Therapie bei niedrigreligiösen Patienten eine größere Veränderung, was hinsichtlich der Diskussion bezüglich der Interaktion von Patienten- und Therapiecharakteristika einen interessanten Beitrag darstellt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass es aufgrund der eher geringen Varianz der Religionsmaße schwierig ist, stärkere Zusammenhänge nachzuweisen. Das zeigt sich auch bei der Berechnung linearer Regressionsmodelle (Eingabe von Alter, Geschlecht, Zentralität und spezifischen Religionsmaßen), die durchwegs eine geringe Varianzaufklärung zeigen (korrigiertes R-Quadrat von maximal .062).

2.3 Die Evaluation spezifischer „religiöser Interventionen“

Um die Bedeutung religiöser Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu evaluieren, führten wir 2004 ein vergebungsspezifisches Gruppenprogramm (sieben Termine à 90 Minuten) durch, welches an das „Vier-Phasenmodell der Vergebung“ nach Enright und Fitzgibbons (2002) angelehnt war. Ziel dieses Programms war es, die therapeutische Wirksamkeit dieser Vergebungsentervention auf die psychische Belastung sowie die Lebenszufriedenheit zu untersuchen. Zudem wurden prozesshafte Aspekte der Vergebung wie Rache- und Vermeidungsmotivationen und gedankliche, emotionale und Verhaltenseinstellungen gegenüber dem Verursacher der Verletzung erfasst. Vierzehn Patienten nahmen an der Studie teil und wurden zufällig der Vergebungsgruppe oder der Kontrollgruppe zugeteilt.

Abbildung 4: Korrelationskoeffizienten zwischen der Veränderung der Religionsmaße (Δ) und dem Therapie-Outcome (GSI). Die Koeffizienten der Skalen „negative Gefühle gegenüber Gott“ und „negatives religiöses Coping“ wurden der besseren Darstellbarkeit wegen umgepolt.



Die Auswertung des Vergebungsprogramms (Teschner, 2004) ergab folgende Resultate: Sowohl bei den Teilnehmern der Vergebungsgruppe (VG) als auch bei denen der Kontrollgruppe (KG) nahmen die psychische Belastung ab (gemessen mit der SCL-90-R) und die Lebenszufriedenheit zu (gemessen mit dem FLZ; Fahrenberg, Myrtec, Schumacher & Brähler, 2000), wobei die Verbesserungen bei den Patienten in der Vergebungsgruppe deutlich größer waren.

Insbesondere klagten die Teilnehmer der Vergebungsgruppe weniger über körperliche Symptome, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Leeregefühle im Kopf und Entscheidungsschwierigkeiten. Auch waren sie weniger ängstlich und nervös. Zudem schätzten sie sich lebenszufriedener ein, und zwar hinsichtlich der eigenen

Person als auch im Bezug auf ihr soziales Umfeld (Bekannte), und fühlten sich gesünder.

Statistisch signifikante Veränderungen zeigten sich für die Teilnehmer der Vergebungsgruppe hinsichtlich negativ bindender Gedanken an den Verursacher der Verletzung. Sie konnten „neutral“ bis positiv an diese Person denken. Dies wiederum führte dazu, dass die negative Bindung an die verursachende Person aufgelöst werden konnte. Durch das Entstehen neuer, womöglich positiver Gedanken hat sich die betroffene Person selbst etwas Gutes getan. Auf Einzelfallebene fanden sich bei den Teilnehmern der Vergebungsgruppe zudem Veränderungen in den Rache- und Vermeidungsmotivationen. Die Auseinandersetzung mit der geschehenen individuellen Verletzung führte vorerst zu einem

Tabelle 5: Zusammenfassung der Regressionsanalysen für die einzelnen Religionsvariablen

Religionsvariablen	N	adj. R ²	Beta-Koeffizient	p-Wert
Positive Gefühle	1086	.020	-0.158	.000
Negative Gefühle	1086	.044	0.196	.000
Dankbarkeit	332	.055	-0.206	.001
Verzeihen	332	.046	-0.160	.005
Überzeugungen	330	.030	-0.127	.176
Problemlösung	166	.062	-0.241	.007
Pos. R-Coping	602	.010	-0.026	.633
Neg. R-Coping	602	.039	0.174	.000
Spiritualität	785	.059	-0.260	.000

Es wurden neun Regressionsmodelle in jeweils drei Schritten gerechnet. Im ersten Schritt wurden immer Alter und Geschlecht als basale soziodemografische Prädiktoren einbezogen. Im zweiten Schritt wurde die Zentralität als Maß allgemeiner Religiosität hinzugefügt. Im dritten Schritt wurde jeweils eine der in der Tabelle aufgeführten spezifischen Religionsvariablen zusätzlich eingeschlossen. In Spalte 3 ist das adjustierte R² für das jeweilige Gesamtmodell angegeben, in Spalte 4 der Beta-Koeffizient für die spezifische Religionsvariable und in Spalte 5 der zugehörige p-Wert.

Anstieg der Rachegefühle, im weiteren Verlauf aber zu einer Abnahme. Die Entscheidung zur Vergebung kann einen kognitiven Veränderungsprozess bewirken, aus dem sich eine emotional erfahrbare Vergebung entwickelt. Reli-

giöse Haltungen können diesen Vergebungsprozess fördern. Die detaillierten Ergebnisse dieser Vergebungsin-tervention sind in der Diplomarbeit von Maria Teschner (2004) nachzulesen.

Abbildung 5: Veränderung der Symptombelastung, spez. Somatisierung und Ängstlichkeit in der Vergebung- und Kontrollgruppe. Die Y-Achse wurde zur besseren Darstellung der Veränderung gekürzt (Beginn bei 0); VG: Vergebungsguppe; KG: Kontrollgruppe.

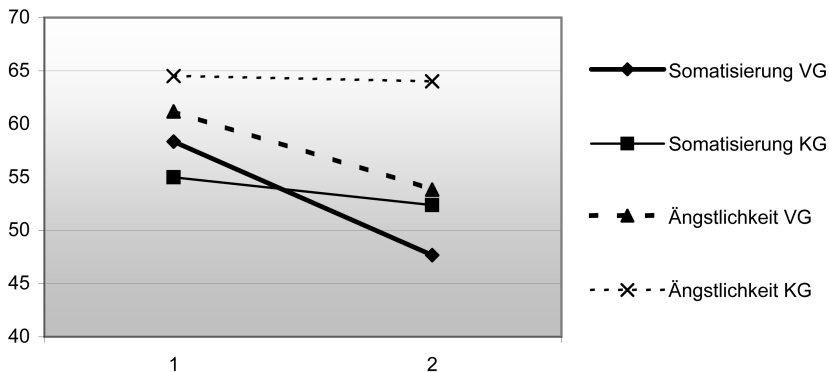
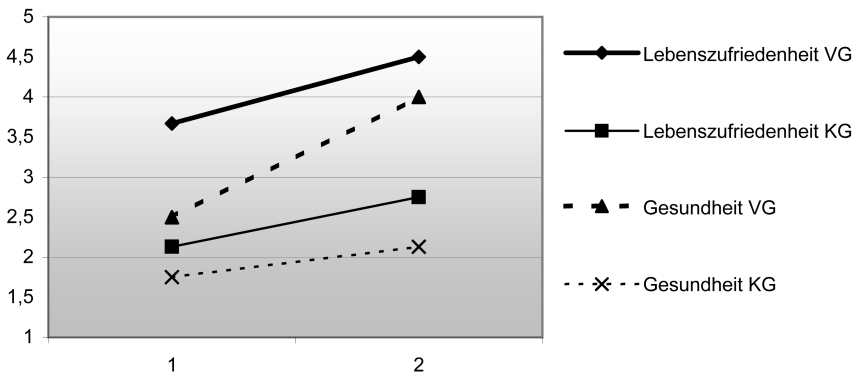


Abbildung 6: Veränderung der Lebenszufriedenheit (FLZ) und der Gesundheit in der Vergebungs- und Kontrollgruppe. Die Y-Achse wurde zur besseren Darstellung der Veränderung gekürzt (Beginn bei 0).



3 Fazit zur systematischen Erhebung von Religiosität und Spiritualität

3.1 Praktikabilität der Erhebung von Religiosität und Spiritualität im klinischen Kontext

Die routinemäßige Erhebung von Religiosität und Spiritualität im Rahmen unseres ganzheitlichen Therapiekonzeptes hat sich für uns als praktikabel und gewinnbringend erwiesen. Die eingesetzten Religionsskalen wurden im zeitlichen Verlauf unserem Kenntnisstand und den verfügbaren Instrumenten angepasst (siehe 1.3).

In jüngerer Zeit sind wir dazu übergegangen, Kurzversionen von Fragebögen einzusetzen. Das gilt für die Religionsskalen (Kurzversion des R-S-T mit Zentralität und Gefühlen gegenüber Gott, Kurzversion der RCOPE) wie auch für die weiteren psychometri-

schen Instrumente (Kurzversionen von SCL-90 und Existenzskala). Die Kurzversionen sind für die klinische Anwendung wie auch für die wissenschaftliche Auswertung hinreichend.

Auch die direkte Datenerfassung am Computer hat sich für uns sehr bewährt. Sie ermöglicht uns einen unmittelbaren therapeutischen Nutzen und eine gute Datenqualität für weitere Auswertungen. Dazu hat auch das von Franz Fischer entwickelte Erhebungssystem XPsy einen wichtigen Beitrag geleistet.

3.2 Gewinn für die klinische Arbeit, die Weiterentwicklung des Therapiekonzepts und das grundsätzliche Verständnis des Zusammenwirkens

Die quantitative Erfassung von Religiosität und Spiritualität ermöglicht es dem Therapeuten, seine spirituelle

Anamnese zu ergänzen, zu vertiefen und Veränderungen im Behandlungsverlauf zu objektivieren. Die eingesetzten Religionsfragebögen geben dem Therapeuten Hinweise auf wichtige religionsbezogene Haltungen, Überzeugungen, Coping, Belastungen und Ressourcen. Diese Hinweise kann er in Absprache mit dem Patienten in die therapeutische Arbeit integrieren.

Auf Ebene der Gesamtklinik ist die Erfassung von Religiosität und Spiritualität in die systematische Ergebnismessung eingebunden. Hier interessiert uns die Wirksamkeit unseres Therapiekonzepts. Der Befund, dass gerade niedrigreligiöse Patienten von unserem Angebot stärker profitieren, ist überraschend und ermutigend und hat für die strategische Ausrichtung unserer Klinik Implikationen. Das aktuell vorherrschende Paradigma lehrt die möglichst hohe Übereinstimmung von Patienten-, Therapeuten- und Klinikcharakteristika, obwohl bereits frühere Untersuchungen andere Ergebnisse gezeigt haben. In der klassischen Probst-Studie hatten die nicht-religiösen Therapeuten bei den religiösen Patienten die höchste Wirksamkeit (Probst, 1992). Relativierend muss man dazu sagen, dass à la longue die Seelsorger die höhere Wirksamkeit zeigten als die Psychotherapeuten.

Damit sind wir auf der „dritten Ebene“ angelangt, wo es um ein grundsätzliches Verständnis des Zusammenwirkens von Religiosität und Spiritualität im therapeutischen Prozess geht, also um eine im engeren Sinne wissenschaftliche Auseinandersetzung. Ei-

nige Fragen blieben offen, so z. B. was der Veränderung der Religiosität im Rahmen unseres ganzheitlichen Behandlungskonzepts letztlich zu Grunde liegt. Eine qualitative Erhebung bei depressiven Patienten ergab hinsichtlich der Religiosität als therapeutischer Wirkfaktor interessante Hinweise (Schmidt & Adami, 2008).

3.3 Grenzen der Erfassung von Religiosität und Spiritualität

Selbstverständlich müssen wir uns der Grenzen bewusst bleiben, wenn wir Religiosität und Spiritualität erfassen wollen. Was wir empirisch als „Religiosität“ und „Spiritualität“ messen, ist immer nur ein psychologisches Konstrukt, das nicht mit Religion oder Glauben gleichgesetzt werden darf. Hier gilt das Wort aus dem Hochgebet der katholischen Liturgie: „um deren Glauben niemand weiß als Du (Gott)“ (Katholisches Gebet- und Gesangbuch, 1975). Die Untersuchung von Religiosität und Spiritualität ist damit immer eine Annäherung an den Transzendenzbezug des Patienten und darf nie zu einer religiösen oder spirituellen Festschreibung führen.

Literatur

Albani C, Bailer H, Blaser G, Geyer M, Brähler E, Grulke N (2002) Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI I5R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölke-

- rungsstichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52:306–313.
- Allemand M, Znoj H (2004) Religiosität – eine wohlbefindensfördernde Ressource? In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.) *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann. S. 239–260.
- Allemand M, Sassin-Meng A, Huber S, Schmitt M (2008) Entwicklung und Validierung einer Skala der Bereitschaft zu verzeihen (SBV). *Diagnostica* 54:71–84.
- Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H (2000) WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Baetz M (2002) Canadian psychiatric inpatient religious commitment: An association with mental health. *Can J Psychiatry* 47:159–166.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 4:561–571.
- Bergin AE, Masters KS, Richards PS (1987) Religiousness and mental health reconsidered: A study of intrinsically religious sample. *J Counsel Psychol* 34:197–204.
- Blatter K (1980) *Medizin quo vadis?* Langenthal: Selbstverlag des Verfassers
- Brähler E, Scheer JW (1995) *Der Gießener Beschwerdebogen*. Bern: Huber.
- Derogatis LR (1975) *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dörr A (2001) *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhgangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovač.
- Enright RD, Fitzgibbons RP (2002) *Helping clients forgive. An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington DC: APA.
- Enright RD, Rique J, Coyle CT (2000) *The Enright Forgiveness Inventory (EFI). User's manual*. Madison, WI: The International Forgiveness Institute.
- Fahrenberg J, Myrteck M, Schumacher J, Brähler E (2000) *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke GH (2002) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Grom B, Hellmeister G, Zwingmann C (1998) *Münchener Motivationspsychologisches Religiositäts-Inventar (MMRI): Entwicklung eines neuen Messinstruments für die religionspsychologische Forschung*. In: Henning C, Nestler E (Hrsg.) *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie*. Bad Boll: Beiträge zur Religionspsychologie. Frankfurt/M.: Lang. S. 181–203.
- Hefti R (1989) *Psychosomatische Medizin auf biblischer Basis. Eine Tonbildschau-Dissertation unter Leitung von Prof. Dr. med. F. Nager*, eingereicht an der Universität Zürich.
- Hefti R (2003) *Unser Therapiekonzept*. Infomagazin der Klinik SGM Langenthal.
- Hefti R (2009) *Integrating spiritual issues into therapy*. In: Huguelet P, Koenig HG (Hrsg.) *Religion and spirituality in psychiatry – what clinicians need to know*. New York: Cambridge University Press. S. 244–267.
- Hefti R (2010) *Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell*. *Prim Care* 10:259–260.
- Hefti R (2011) *Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy*. *Religions* 2:611–627.
- Hole G (1977) *Der Glaube bei Depressiven*. Stuttgart: Enke.
- Holland JC, Kash KM, Passik SD, Russak SM (1998) *A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness*. *Psychooncology* 7:460–469.
- Huber S (2003) *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber S (2008a) *Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven*. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31:38–39.
- Huber S (2008b) *Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte*. In: Gräß W, Charbonnier L (Hrsg.)



Individualisierung und die pluralen Ausprägungsformen des Religiösen. Münster: Lit. S. 109–143.

Katholisches Gebet- und Gesangbuch (1975) Herausgegeben von den Bischöfen Deutschlands und Österreichs und der Bistümer Bozen-Brixen und Lüttich. Ostfildern: Schwanenverlag.

Längle A, Orgler C, Kundi M (2000) Existenz-Skala. Göttingen: Beltz Test.

Lehr D, Fehlberg E, Hess K, Fix C (2007) Wege religiöser Bewältigung – Bericht über die deutsche Adaptation des RCOPE. *Verhaltenstherapie* 17(S1):55.

Lutz W, Stammer H, Leeb B, Dötsch M, Bölle M, Kordy H (1995) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychother* 40:1–11.

Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Greven-goed N, Newman J, Jones W (1988) Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *J Sci Study Relig* 27:90–104.

Pargament KI, Koenig HG, Perez LM (2000) The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 56:519–543.

Peterson C, Park N, Seligman MEP (2004) Assessment of character strengths. In: Koocher GP, Norcross JC, Hill SS (Hrsg.) *Psychologists' desk reference*. 2. Aufl. New York: Oxford University Press. S. 93–98.

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. *J Consult Clin Psychol* 60:94–103.

Schmidt T, Adami S (2008) Depression und Glaube – eine qualitative Studie an der Universität Freiburg. Freiburg i. Br.: Unveröff. Diplomarbeit.

Teschner M (2004) Ist die in der Klinik SGM Langenthal angebotene Gruppenintervention zum Thema Vergebung wirksam? Eine Evaluationsstudie. Universität Magdeburg-Stendal: Unveröff. Diplomarbeit.

Zwingmann C (2004) Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.) *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann. S. 215–237.

Zwingmann C, Wirtz M (2005) Regression zur Mitte. *Rehabilitation (Stuttgart)* 44:244–251.

René Hefti

Dr.med, Dozent

Forschungsinstitut für Spiritualität und
Gesundheit

Klinik SGM Langenthal
rene.hefti@klinik-sgm.ch

Franz Fischer

Dipl. Psych., Dipl. Theol.

Forschungsinstitut für Spiritualität
und Gesundheit

Klinik SGM Langenthal
ff@xpsy.eu

Maria Teschner

Dipl. Psych.

Forschungsinstitut für Spiritualität
und Gesundheit

Klinik der SGM Langenthal
maria.teschner@klinik-sgm.de
