

Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis

Religiousness and Mental Health. An Overview About Findings, Conclusions, and Consequences for Clinical Practice

Autoren

Constantin Klein¹, Cornelia Albani²

Institute

¹ Universität Leipzig Institut für Psychologie II, Leipzig

² Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Schlüsselwörter

- Religion
- Religiosität
- Spiritualität
- psychische Gesundheit
- Wohlbefinden

Key words

- religion
- religiosity
- spirituality
- mental health
- well-being

Zusammenfassung

Anliegen Überblick über die Bedeutung von Religiosität für die psychische Gesundheit.
Methode Begriffliche Einführung, Übersicht über demografische Befunde zur Religiosität, Darstellung von Befunden zum Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit und von Wirkmechanismen dieses Zusammenhangs.

Ergebnisse Religiosität ist eine potenzielle Gesundheitsressource, v. a. für Hochreligiöse.

Schlussfolgerungen Votum für eine Grundhaltung von Wertoffenheit, Wissen um Zusammenhänge von Religiosität und Gesundheit und weltanschauliche Kompetenz, um Religiosität sensibel explorieren und ggf. in der Behandlung nutzen zu können.

Einleitung

Religiosität gilt in jüngerer Zeit ein zunehmendes Interesse in Psychologie (z. B. [1,2]) und Neurowissenschaft (z. B. [3,4]), aber auch in der somatischen Medizin [5,6]. In dieser Arbeit soll eine Übersicht über die Bedeutung von Religiosität für die psychische Gesundheit gegeben werden, wobei der Schwerpunkt der Darstellung nicht auf „religionspsychopathologischen“ Phänomenen i. S. krankhafter Erscheinungen des religiösen Lebens (z. B. Schätzings Konzept der „ekklesiogenen Neurose“ [7]) oder Manifestationen „religiöser Symptome“ im Kontext klinischer Störungen (z. B. [8,9]) liegt. Ebenso wenig kann und soll die psychopathologische Bedeutung von Religiosität im kulturell-historischen Kontext untersucht werden, wie z. B. Schlimme dies für Abhängigkeitserkrankungen unternimmt [10]. Vielmehr geht es darum, das breite Spektrum der wachsenden (v. a. US-amerikanischen) Forschung zum Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf die psychische Gesundheit aufzuzeigen und vor dem Hintergrund der deutschen Situation zu diskutieren.

sprünglich nur innerhalb der römischen und dann der christlichen Religion gebraucht wurde [11]. Die heutige Semantik des Religionsbegriffs zur Bezeichnung mehr oder weniger stark institutionalisierter Überzeugungssysteme, die inhaltlich durch die Bezugnahme auf etwas letztgültiges, unbedingtes Transzendentes gekennzeichnet sind, entwickelte sich erst seit der frühen Neuzeit [12,13]. Diese Begriffserweiterung erlaubte es, auch Phänomene in fremden Kulturen, die als den bekannten Religionen Christentum, Judentum und Islam analog wahrgenommen wurden, „Religion“ zu nennen, wiewohl in vielen außereuropäischen Sprachen ein wirklich synonymes Begriff nicht existiert [14,15]. Parallel zur Bedeutungserweiterung verbreiteten sich bald auch das Adjektiv „religiös“ und das Lehnwort „Religiosität“, das die individuelle Seite des Religiösen im Unterschied zu professionellen Theologien, Dogmen und Lehrmeinungen oder religiösen Institutionen, Kirchen und Religionsgemeinschaften betont [16].

Schon die antike Semantik des Religionsbegriffs war uneinheitlich, und ihre moderne Ausweitung hat eine allgemein gültige Definition von Religion und Religiosität unmöglich gemacht, obwohl die Versuche – den o. g. inbegriffen – Legion sind [17–19]. Das trifft auch für den ebenfalls zunächst ausschließlich christlichen Spiritualitätsbegriff zu: Abgeleitet von „spiritus“ (Atem), artikuliert das Adjektiv „spiritualis“ im frühen

Zur Terminologie

Der Begriff „Religion“ leitet sich etymologisch vom lateinischen Ausdruck „religio“ ab, der ur-

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-940095
 Psychiat Prax 2007; 34: e2 – e12
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Dipl.-Theol.

Constantin Klein

Universität Leipzig ·
 Institut für Psychologie II
 Seeburgstraße 14 – 20
 04103 Leipzig
 klein@rz.uni-leipzig.de

Christentum das Wirken des Heiligen Geistes und ab dem 5. Jh. das Substantiv „spiritualitas“ die vom Heiligen Geist bestimmte christliche Lebenspraxis [20]. In der Neuzeit v.a. zur Benennung spezifischer Frömmigkeitsstile innerhalb katholischer Ordensgemeinschaften verwendet, bürgerte sich „Spiritualität“ erst im 20. Jh. im Sprachgebrauch ein; zunächst innerhalb des Katholizismus, dann im Protestantismus und schließlich über Christentum und religiöse Sphäre hinaus [21,22]. In den letzten Jahren erfreut sich der Spiritualitätsbegriff auch in der medizinischen (z.B. [23,24]) und psychologischen Literatur (z.B. [25,26]) wachsender Popularität.

Sofern bewusst von Religiosität unterschieden, soll Spiritualität Authentizität, persönliche Bedeutung und eigene Erfahrungen zum Ausdruck bringen, während Religiosität mit starren, verkrusteten und hierarchischen religiösen Institutionen und Dogmen assoziiert wird [27]. Spiritualität kann so eine besondere Innerlichkeit und die Lösung von (traditionellen) Institutionen betonen und sich in einer Affinität zu religiösem Eklektizismus, zu neuen religiösen Bewegungen (NRB) oder aber zu inhaltlich konservativen, pfingstlerischen oder charismatischen evangelisch-freikirchlichen Gemeinschaften niederschlagen [28]. All diesen Strömungen gemeinsam ist das Interesse an einer neuen, unbelasteten Religiosität, was sich in analogen Bewegungen innerhalb und außerhalb der Volkskirchen auch in Deutschland beobachten lässt [29].

Demnach prosperiert der Spiritualitätsbegriff v.a. in bestimmten Milieus. US-amerikanische wie deutsche Studien belegen jedoch, dass Religiosität nach wie vor der gebräuchlichere Begriff ist. Der Anteil der US-Bevölkerung etwa, der sich als spirituell, aber nicht religiös bezeichnet, wird auf 15–20% [30,31] geschätzt, während bis zu 88% befragter Klinikpatienten sich als religiös *und* spirituell sehen [32]. Auch in einer Befragung unter deutschen Klinikpatienten beschrieben sich die Befragten zumeist als ausschließlich religiös (35%) oder als sowohl religiös als auch spirituell (32%); nur 9% der Befragten bezeichneten sich als spirituell, jedoch nicht religiös [33]. Eine andere Patientenbefragung [34] ergab, dass v.a. stärker religiöse christliche Probanden zur Selbstbeschreibung den Begriff „gläubig“ (67%) den Formulierungen „religiös“ (5%) und „spirituell“ (4%) vorzogen.

Angesichts dieser Befunde ist die zu beobachtende Vorliebe für den alternativen Spiritualitätsbegriff in medizinischer und psychologischer Literatur wohl ebenfalls milieuspezifisch. Eventuell existiert hier z.T. das Bedürfnis, auch nichtkonfessionellen und mitunter auch gänzlich nichtreligiösen Haltungen einen quasi-religiösen existenziellen Mehrwert zuzusprechen. Historisch-theoretische wie sprachlich-empirische Gründe legen es jedoch eher nahe, stärker mit dem Religiositätsbegriff zu operieren. Insofern wird er im Folgenden als übergeordnet verstanden und den weiteren Ausführungen zugrunde gelegt.

In klinischen Explorationen wird es wichtig sein, aufmerksam das Vokabular von Patienten wahrzunehmen und dessen subjektive Bedeutung zu ermitteln: Eine bevorzugte oder exklusive Rede von Spiritualität kann sowohl bewusste *Abgrenzung von* traditionellen Religionen wie auch das Bedürfnis nach restaurativer oder progressiver *Erneuerung in* diesen Religionen ausdrücken. Ein betonter Gebrauch des Glaubensbegriffs kann ein Hinweis auf ein bewusstes, ggf. konservatives Verständnis des Christentums sein.

Demografische Befunde zu Religiosität

Umfangreichere Studien zur Relevanz von Religiosität für Gesundheit und Wohlbefinden liegen bisher fast nur aus den USA vor, wo Religion eine große Bedeutung hat: 95% der US-Amerikaner glauben fest an Gott oder ein höheres Wesen, 66% gehören einer religiösen Gemeinschaft an, 44% besuchen regelmäßig wenigstens einmal wöchentlich einen Gottesdienst und 55% beurteilen Religion als „sehr wichtig“ in ihrem Leben [35]. Demgegenüber ergibt sich für die Bundesrepublik ein deutlich anderes Bild, dessen charakteristische Merkmale im Folgenden kurz skizziert werden sollen.

Angaben zur Religionszugehörigkeit lassen sich für die als Körperschaften öffentlichen Rechts anerkannten Religionsgemeinschaften über das Statistische Bundesamt ermitteln. Für Angaben zu den übrigen, vielfach kleineren religiösen Gruppierungen muss hingegen auf Selbstauskünfte der Gemeinschaften und religionswissenschaftliche Studien zurückgegriffen werden; hier sind vielfach nur Schätzungen möglich. **Tab. 1** gibt einen Überblick über die Verbreitung der verschiedenen Religionsgemeinschaften in der BRD.

Die Gesamtzahl religiös Gebundener ist leicht rückläufig, weil beide Großkirchen seit den 70er-Jahren einen konstanten Mitgliederschwund verzeichnen [36,37]. V.a. der Islam [38] sowie auch einige – oft ethnisch konfigurierte – freikirchliche Gemeinschaften [39] wachsen hingegen konstant, wobei das Wachstum in beiden Fällen vorwiegend durch Zuwanderung zustande kommt.

Die Religionszugehörigkeit hat nur eine begrenzte Aussagekraft über die persönliche Bedeutung, die Religiosität für jemanden hat, und über den Inhalt seiner religiösen Überzeugungen, Aktivitäten und Erfahrungen [40,41]. So liegt der wöchentliche Kirchgang in der katholischen Kirche nur bei 15% [42], in der evangelischen Kirche lediglich bei 4% [43], und nur 20% der Deutschen betrachten ihren persönlichen Glauben als sehr wichtigen Wert [44]. Während traditionelle christliche Bekenntnisaussagen nur noch eingeschränkt Zustimmung erfahren [45,46], hat sich jedoch eine Vielzahl alternativer Weltbilder entwickelt, aus denen einzelne Versatzstücke eklektisch ausgewählt und individuell in die eigenen Überzeugungen integriert werden – innerhalb wie außerhalb bestehender Konfessionen [47–51].

In ländlichen Regionen ist die Kirchlichkeit tendenziell höher, in den Städten findet sich jedoch nicht nur eine höhere Religionslosigkeit, sondern zugleich auch eine größere konfessionelle und religiöse Vielfalt. In den neuen Bundesländern überwiegt, v.a. infolge der repressiven Religionspolitik der SED, die Zahl der Konfessionslosen [52–54], und es ist Common Sense, Religionslosigkeit als Normalität aufzufassen [36,55,56]. 54% der Ostdeutschen lehnen jegliche Gottesvorstellung ab – ein weltweit (!) einzigartiger Wert [52] – während ein solch entschlossener Atheismus nur von 12% der Westdeutschen vertreten wird. Da also je nach Herkunft die weltanschaulichen Vorstellungen erheblich variieren können, ist Sensibilität im Hinblick auf vermeintliche Selbstverständlichkeiten angebracht.

Der Vergleich der deutschen mit der amerikanischen Situation ergibt, dass allgemein geteilte religiöse Überzeugungen und Aktivitäten in den USA deutlich stärker vorhanden sind. Dies gilt es im Hinblick auf die im Folgenden dargestellten, vorwiegend in den USA ermittelten Befunde mit zu bedenken.

Religions- und Konfessionsgemeinschaften	Mitglieder [*]	% der Bevölkerung	% der religiös gebundenen Bevölkerung
Großkirchen	52 001 000	63,00 %	89,28 %
römisch-katholische Kirche	26 165 000	31,70 %	44,92 %
evangelische Landeskirchen	25 836 000	31,30 %	44,36 %
weitere Kirchen **	1 711 000	2,07 %	2,94 %
übrige Weltreligionen	3 702 000	4,49 %	6,35 %
Islam	3 172 000	3,84 %	5,45 %
Buddhismus	245 000	0,30 %	0,42 %
Judentum	189 000	0,23 %	0,32 %
Hinduismus	95 000	0,12 %	0,16 %
andere religiöse und weltanschauliche Gemeinschaften ***	829 000	1,01 %	1,43 %
mit religiöser Zugehörigkeit insgesamt	58 243 000	70,57 %	100,00 %
ohne religiöse Zugehörigkeit	24 289 000	29,43 %	
insgesamt	82 532 000	100,00 %	

* Die Angaben beziehen sich auf die Zahlen des Statistischen Bundesamts [155] sowie die Zahlen des Religionswissenschaftlichen Medien- und Informationsdienstes e. V. [156]; ** Orthodoxe und orientalische sowie Freikirchen (Adventisten, Baptisten, Methodisten, Mennoniten, Pfingstgemeinden u. a.), sofern sie Mitglieder oder Gastmitglieder im Ökumenischen Rat der Kirchen, in der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen oder in der Vereinigung Evangelischer Freikirchen sind.

*** Hierzu gehören sowohl Gemeinschaften mit christlichem Hintergrund (Christengemeinschaft, Mormonen, Neuapostolische Kirche, Zeugen Jehovas), die mit über 700 000 Anhängern den überwiegenden Teil ausmachen, als auch sonstige religiöse und weltanschauliche Gemeinschaften; darunter so unterschiedliche Gruppierungen wie Baha'i, freireligiöse Gemeinden und Scientology. Insgesamt handelt es sich vorwiegend um neuere religiöse Bewegungen

Tab. 1 Religionszugehörigkeit in der BRD

Empirische Befunde zum Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit

Im Selbstverständnis vieler Religionen werden religiöses Heil und Heilung i. S. physischer und psychischer Gesundheit eng zusammen gedacht [57]. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Verständnis dagegen besteht hier traditionell eher Skepsis. Freud zufolge ist Religion „kollektive Zwangsneurose, Ausdruck des regressiven Wunsches nach dem Schutz eines übermächtigen Vaters“ [58–60] und fördert neurotische Erkrankungen. Ältere Studien bis Ende der 60er-Jahre ermittelten auch vorwiegend positive korrelative Zusammenhänge zwischen Religiosität und Negativindikatoren psychischer Gesundheit (Ängstlichkeit, Dependenzneigung, Depressivität und geringe soziale Integration) wie auch zu Autoritarismus und Vorurteilsneigung.

Dagegen wird seit den 80er-Jahren überwiegend ein schwacher positiver Effekt von Religiosität für die psychische und physische Gesundheit ermittelt [30, 61, 62]. So geht Religiosität tendenziell mit besserer psychischer Gesundheit allgemein [63, 64], mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit und Selbstaktualisierung [65], geringerer Depressivität [66], größerer Zufriedenheit in Ehe und Familie [67] und mit längerem Leben [68] einher. Anhand ihres Reviews von ca. 1200 Studien resümieren Koenig et al. [30], dass Religiosität mit weniger Bluthochdruck, weniger Herzerkrankungen, weniger Substanzmissbrauch, geringerer Suizidalität und mehr Wohlbefinden und Lebenssinn assoziiert ist.

Der insgesamt nur schwach positive Zusammenhang erklärt sich durch im Detail teils negative Befunde [69, 70]. V. a. viele ältere Befunde wurden zudem nur querschnittlich und korrelativ sowie teilweise auch unkontrolliert ermittelt. Schließlich stellen sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit komplexe Phänomene dar, die sehr variabel operationalisiert werden [71, 72]. Ein positiver Zusammenhang scheint umso deutlicher vorzuliegen, je verinnerlichtere, persönlich relevantere Indikatoren für Religiosität (intrinsisch motivierte, d. h. um ihrer selbst geübte vs. extrinsische, d. h. nur äußerliche, z. B. Kirchgang) und

für Gesundheit (Selbstaktualisierung und Lebenszufriedenheit vs. Abwesenheit von Stress) verwendet werden. Ausschlaggebend für die gesundheitliche Relevanz sind v. a. eine verinnerlichte religiöse Sozialisation und bewusst gelebte Religiosität [73, 74].

Studien über Zusammenhänge zwischen Religiosität und spezifischen psychischen Störungsbildern, die gezielt anhand von ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien operationalisiert werden, liegen erst seit den 90er-Jahren vor [75]. Bisher wurde Religiosität häufig mit Schizophrenie, affektiven, Angst- und Zwangsstörungen sowie Substanzmissbrauch assoziiert und erforscht:

1. Substanzmissbrauch

Zwischen Religiosität und dem Missbrauch psychotroper Substanzen finden sich negative Korrelationen [76–78]. Dementsprechend ist die Prävalenz für Alkoholabhängigkeit bei regelmäßigen Kirchgängern sowie Angehörigen bestimmter Religionsgemeinschaften signifikant niedriger als bei anderen Personen [79, 80]. Ursächlich dafür sind vermutlich sowohl direkte Verhaltensnormen, die relative oder völlige Abstinenz fordern, als auch indirekt wirkende religiös geprägte Ideale (familiäre Harmonie, prosoziale Orientierung), die mit übermäßigem Konsum unvereinbar sind [71]. Bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit kann – gerade bei religiösen Patienten – ein religiöser Bezug eine hilfreiche Ressource sein, um Hilfe jenseits der eigenen Hilflosigkeit wahrzunehmen [81].

2. Depression/Depressivität

Religiosität scheint tendenziell mit geringerer Depressivität einherzugehen [66]. V. a. nach kritischen Lebensereignissen kann sich Religiosität als hilfreiche Ressource erweisen [82], sich allerdings auch negativ auswirken: Während intrinsische Religiosität und konstruktive religiöse Bewältigungsformen (Wahrnehmung menschlicher wie auch göttlicher Hilfe, bewusste eigene Auseinandersetzung) Depressivität entgegenwirken, korrelieren extrinsische Religiosität und negatives Coping (Vorwürfe gegen Gott, Vermeidung von Auseinandersetzung) mit einer erhöhten

depressiven Symptomatik [83]. Auch in Deutschland ließ sich eine höhere Depressivität bei extrinsisch Religiösen gegenüber nicht Religiösen wie auch intrinsisch motivierten Hochreligiösen zeigen [84]. Intrinsisch motivierte Religiosität scheint die Remission von depressiven Episoden zu erleichtern [85], während bei zunehmendem Schweregrad depressiver Störungen auch religiöse Überzeugungen und Empfindungen abnehmen [71] und eine emotionale Entleerung des Glaubens eintreten kann [86].

Im Zusammenhang mit geringer Depressivität steht auch eine niedrigere Suizidalität bei konfessionell Gebundenen bzw. religiös Aktiveren [30]. Stack [87] zufolge liegt hier – neben religiösen Lehren, die Suizid dezidiert ablehnen – eine mittelbare Ursache auch darin, dass unter Religiösen die Ehezufriedenheit und die Scheidungsrate, die wesentliche Prädiktoren für Suizidalität darstellen, höher bzw. geringer sind.

3. Angststörungen

Während eine intrinsisch motivierte Religiosität häufig einen negativen Zusammenhang zu Angstsymptomen und -störungen aufweist, kann extrinsische Religiosität in positivem Zusammenhang dazu stehen [75,88,89]. Dieser Befund konnte auch über christliche Patienten hinaus, an denen bisher die überwiegende Zahl von Studien zu Religiosität und Gesundheit vorgenommen wurde, an einer buddhistischen Stichprobe repliziert werden [90]. Ferner scheint die Art der Angststörung – und der Religiosität – relevant zu sein: Während Religiosität allgemein mit einem leicht erhöhten Risiko für eine Panikstörung korrespondiert, gehen religiös bedingte soziale Eingebundenheit, Distanzierung von Rachegefühlen und Dankbarkeit mit einem verminderten Risiko, an einer generalisierten Angststörung oder einer Phobie zu erkranken, einher [91].

4. Zwangsstörungen

Patienten mit Zwangsstörungen berichten etwas häufiger als andere Patienten Konflikte aus dem religiösen Bereich [92,93]. Bei hochreligiösen Zwangspatienten äußern sich die Symptome tendenziell häufiger auch in religiösen Vorstellungen und Handlungen [94].

5. Schizophrenie und schizotype Störung

Es scheint kein systematischer Zusammenhang zwischen der Intensität der Religiosität schizophrener Patienten und religiösen Elementen in ihrer Symptomatik zu bestehen [95]. Bisherige Untersuchungen zu den – weniger intensiven – Symptomen der schizotypen Störung weisen darauf hin, dass Religiosität eine Affinität zu auch für Schizotypie veranschlagtem introvertiertem Genussverzicht aufweist. Schizotypem Verhalten entgegen steht jedoch eine höhere prosoziale Bereitschaft intrinsisch Religiöser. Außeralltägliche Erfahrungen scheinen ggf. von der Spezifik der Religiosität (affekt- und erfahrungsbetont) mit abzuhängen, ohne aber ihrer Qualität nach mit schizotyper Symptomatik gleichsetzbar zu sein, da es in aller Regel nicht zu Konflikten mit dem sozialen Umfeld kommt [96–98].

Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit



Hinsichtlich der beschriebenen Befunde stellt sich die Frage, wie Religiosität in Zusammenhang mit Gesundheit stehen und darauf ggf. positiv oder negativ Einfluss nehmen kann. Verschiede-

ne theoretische Erklärungsansätze wurden von Murken [72,99] – erweitert durch Dörr [82] – systematisiert, wobei die insgesamt sechs Theorien einander nicht ausschließen, sondern jeweils eine andere Perspektive akzentuieren:

1. Theorie der sozialen Unterstützung/Kohäsion

Soziale Unterstützung innerhalb religiöser Gemeinden steht aufgrund hoher Kohäsion und Hilfsbereitschaft mit besseren Gesundheitswerten in Zusammenhang (z. B. [100]), sodass religiöse Gemeinschaften eine Quelle von Hilfe, Trost und Anteilnahme sein können. Gefahr besteht, wenn soziale Unterstützung zum sozialen Druck wird und die Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppierung zu gesellschaftlicher Isolation führt. So kann Ablehnung durch Nicht- oder Andersgläubige Konflikte hervorrufen [101] und ggf. weiter in Isolation und Gruppenhörigkeit treiben [82].

2. Theorie der Verhaltensregulierung

Religiöse Überzeugungen enthalten konkrete Handlungsanweisungen (zu Körperpflege, körperlicher Aktivität, Ruhezeiten, Sexualverhalten, Ernährung und Substanzkonsum bzw. Abstinenz) und Verhaltensregeln, die zu Vergebungsbereitschaft, Altruismus und Nächstenliebe auffordern. Die geringeren Alkoholismusprävalenzen, niedrigeren Scheidungsraten und die höhere Ehezufriedenheit unter Religiösen lassen sich als Folge solcher durch religiöse Wertsysteme geregelter Verhaltensweisen erklären. Dass religiöse Überzeugungen das Gesundheitsverhalten auch schädlich leiten können, zeigen Beispiele religiös motivierter Ablehnung medizinischer Interventionen in einigen Sondergemeinschaften, z. B. aufgrund der Erwartung von Glaubensheilungen, die im Extremfall – aus medizinischer Sicht vermeidbare – Todesfälle nach sich ziehen [102].

3. Theorie der kognitiven Orientierung/der Kohärenz

Zahlreiche religiöse Überzeugungssysteme enthalten umfassende Erklärungsmodelle darüber, warum die Welt so ist, wie sie ist. Damit können sie Orientierung in einer Welt geben, die in ihrer Komplexität und ihrem Wandel undurchschaubar [18,49] und bedrohlich [103] erscheinen kann, und somit Lebenssinn generieren [104]. Religiöse Wirklichkeitsdeutung zielt als spezifische Attributionsform auf die Vermittlung von Selbstwert, Kontrolle und Sinn [105,106], ermöglicht also ein unter salutogenetischer Sichtweise wichtiges Gefühl von Kohärenz [107]. V. a. bei kritischen Lebensereignissen kann diese sinnstiftende Funktion relevant werden. Religiöse Traditionen weisen häufig einen umfangreichen Erfahrungsschatz von Leidenserfahrungen wie auch Bewältigungsverhalten auf und können dadurch externe Schemata anbieten, die persönlich adaptierbar sind [108] – so kann der Verlust eines Kindes als Resultat eines göttlichen Plans interpretiert werden, was dann gegenüber alternativen Interpretationen mit einer geringeren Depressivität der betroffenen Eltern einhergeht [109]. Eine Gefahr religiöser Wirklichkeitsdeutungen kann darin liegen, dass sie sich zu starren, perfektionistischen Überzeugungen verdichten können, die rigide auf alten Strukturen beharren und Alternativen ausschließen [72,82].

4. Theorie der alternativen Werte

Religiöse Überzeugungssysteme beinhalten häufig eine gesellschaftskritische Tendenz, die alternative Werte (Demut, soziales Engagement, Verzicht statt Macht, Selbstverwirklichung, Genuss) formuliert. Dadurch können sie von Erfolgs- und Konformitätsdruck und somit von Stress befreien [72] und bei gesund-

heitlicher Beeinträchtigung die Bewältigung erleichtern. Viele Religionen betonen explizit die Würde des Leidenden [82] und helfen so, persönliches Leid nicht als Unrecht zu empfinden. So lässt sich z. B. erklären, warum schwer und todkranke religiöse Patienten teils über ein adaptiveres Bewältigungsverhalten verfügen als nichtreligiöse Patienten [110,111]. Problematisch werden alternative Werte, wenn sie übersteigert idealisiert und verabsolutiert werden.

5. Theorie der positiven Emotionen/des Selbstwerts

Zahlreiche Religionen sehen den Menschen in enger Beziehung zu einem oder mehreren Göttern. Diese Gottesbeziehung kann psychologisch als spezifische Form von Bindung verstanden werden [112,113] und im günstigen Fall ein Gefühl des Vertrauens, unbedingten Angenommenseins und fürsorglicher Liebe hervorrufen [71], das Selbstwert vermittelt [72]. Bei einer missglückten Gottesbeziehung können jedoch beeinträchtigende religiöse Ängste (vor Versuchung, Versündigung, göttlichem Gericht) und negative Gefühle Gott gegenüber beherrschend sein [114,115].

6. Theorie des göttlichen Handelns/Copingtheorie

Religiöses Bewältigungsverhalten kann als „meaning-based coping“ [116] verstanden werden [117], da der Glaube an einen fürsorglichen, liebevoll und hilfreich handelnden Gott das Gefühl, widrigen Schicksalsschlägen hoffnungslos ausgeliefert zu sein, verringern und Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann [72,82]. Für den Menschen bestehe die Möglichkeit, von sich aus in Gebeten Gottes helfendes Handeln zu erbitten. Pargament et al. [118] haben drei verschiedene Copingstile unterschieden: einen „selbstdirektiven Stil“, bei dem keine unmittelbare Hilfe von Gott erwartet, sondern ausschließlich eigene Aktivität als relevant erachtet wird, einen „kollaborativen Stil“, bei dem von einer Unterstützung Gottes für das eigene Tun ausgegangen wird, und einen „delegierenden Stil“, bei dem ausschließlich von Gott Hilfe erhofft wird, während der Mensch selbst passiv bleibt. V. a. der kollaborative Copingstil scheint zu besserer Stressbewältigung beizutragen [81]. Bei geringeren Belastungen kann sich auch der „selbstdirektive Stil“ als hilfreich erweisen, allerdings in Situationen, in denen kaum noch Möglichkeiten zur Kontrolle gegeben sind, auch maladaptiv sein: Für Alkoholiker kann beispielsweise der ansonsten wenig erfolgreiche delegierende Stil, der die Angewiesenheit auf externe Hilfe Gottes unterstreicht (vgl. „Gott, wie wir ihn verstehen“ bzw. „eine Macht, größer als wir“ im 12-Schritte Programm der Anonymen Alkoholiker [119,120]), eine bessere Strategie darstellen. Eine Reihe weiterer religiöser Copingstile wurde summarisch zu Formen positiven (aktive Auseinandersetzung mit Belastungen und dabei wahrgenommene Unterstützung Gottes und der religiösen Gemeinschaft) und negativen (Passivität sowie Enttäuschung durch und Hadern mit Gott und religiöser Gemeinschaft) Copings zusammengefasst [121,122]. Positives religiöses Coping geht mit besserer und negatives mit schlechterer Stressbewältigung einher [123].

Allen sechs Erklärungsmodellen ist gemeinsam, dass die adaptiven psychischen Mechanismen das Stressniveau absenken und positive Emotionen hervorrufen können, was mit gesundheitsdienlichen neuroimmunologischen und physiologischen Effekten einhergeht [74,124]. Darin liegt vermutlich die unmittelbarste Ursache für die positiven Zusammenhänge, die auch zwischen Religiosität und körperlicher Gesundheit beobachtet wurden.

Empirische Befunde zur Bedeutung von Religiosität für die Behandlung



Die heterogene Datenlage bezüglich der Zusammenhänge zwischen Religiosität und dem Behandlungsergebnis erlaubt bisher noch kein tieferes Verständnis, in welcher Weise eine Behandlung durch die Religiosität der Beteiligten beeinflusst wird [125]. Nachfolgend werden die bisher vorliegenden empirischen Befunde referiert.

Religiöse Überzeugungen beeinflussen Laienätiologien und therapeutisch relevante Entscheidungen von Patienten z. T. maßgeblich [126,127]. Es gibt Hinweise dafür, dass Menschen mit intrinsischer Religiosität für Veränderungen offener sind als Menschen mit extrinsischer Religiosität oder nichtreligiöse Menschen [128]. Ausgeprägte Religiosität erlaubt Vorhersagen bezüglich der Präferenz für einen Therapeuten der gleichen Glaubensrichtung [129], negativer Erwartungen an die Therapie bei nichtreligiösen Therapeuten [130] und positiver Erwartungen an Therapeuten der eigenen Glaubensrichtung [131]. Je ausgeprägter die christliche Identifikation eines Patienten und je wörtlicher sein Bibelverständnis, umso kritischer ist der Patient bezüglich des Verhaltens des Therapeuten und erwartet, dass religiöse Praktiken (Beten, Bibelzitate) Bestandteil der Therapie sind [129].

Religiöse und nichtreligiöse Therapeuten können christliche Patienten effektiv behandeln, wenn ihre Interventionen religionskongruent sind [132]. Martinez [133] ermittelte, dass die Ähnlichkeit religiöser Einstellungen von Therapeut und Klient negativ mit dem von Patienten eingeschätzten Therapieerfolg korreliert, während stärkere Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut in der Bewertung von „Erlösung“ mit größerem Therapieerfolg einhergehen kann [134].

Behandlungsformen mit explizit religiösen Inhalten

Anders als in den USA, wo „religious counseling“, „spiritual counseling“ oder „pastoral psychotherapy“ weithin akzeptiert sind, etablieren sich im deutschsprachigen Raum erst allmählich Einrichtungen, die gezielt religiöse Inhalte in ihr Behandlungskonzept einbeziehen, z. B. die Fachklinik Heiligenfeld in Bad Kissingen oder die DE'IGNIS-Klinik in Egenshausen.

Schwalter et al. [34] verglichen Patienten, die sich selbst als religiös einschätzten, aus einer psychosomatischen Klinik mit explizit religiösem Angebot (morgendliche Andachten und abendliche Tagesreflexion) mit denen einer psychosomatischen Klinik ohne ein solches Angebot. Bezüglich der symptomatischen Besserung unterschieden sich beide Stichproben am Therapieende nicht. Das „spirituelle Wohlbefinden“ (erfasst mit dem „Fragebogen zum religiösen Erleben“) war in beiden Gruppen zum Therapieende höher als zu Therapiebeginn, wobei die Patienten mit explizit religiösem Angebot v. a. auf der Skala „Nähe zu Gott“ Veränderungen angaben.

Eine Studie in einer Schweizer Klinik für Psychosomatik, in der religiöse Angebote explizit in die Behandlung einbezogen werden, konnte zeigen, dass religiöse Patienten ihrem Glauben eine große Bedeutung bei der Bewältigung schwieriger Lebensphasen zumessen und dass religiöse Bewältigungsstrategien teilweise zu mehr subjektivem Wohlbefinden verhelfen können [135].

Zum Ergebnis expliziter Einbeziehung christlicher und muslimischer Elemente in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung liegen bisher nur US-amerikanische Studien vor. Christlich adaptierte Formen der kognitiven Depressionsbe-

handlung nach Beck und der „Rational Emotiven Therapie“ nach Ellis scheinen für die Behandlung depressiver Patienten ähnlich effektiv wie die Standardbehandlung zu sein [136]. Azahr et al. [137, 138] ermittelten, dass gläubige Muslime, die sich wegen depressiver und Angststörungen in Behandlung befanden, unter Einbeziehung religiöser Elemente (Lesen in heiligen Schriften, Gebete, Diskussionen über Glaubensinhalte) stärker von der Behandlung profitierten als weniger religiöse Patienten.

Gerade im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung ist eine umfangreichere empirische Überprüfung religionsadaptierter Behandlungsformen bei verschiedenen Störungsbildern noch weitgehend ein Desiderat. Angesichts des boomenden esoterischen und (pseudo-)religiösen Behandlungsmarktes ist bezüglich religionsadaptierter Behandlungsformen jedoch eine gewissenhafte Trennung von wissenschaftlich fundierter Behandlungstechnik und alternativen Heilungs- und Lebenshilfeangeboten geboten [139].

Religiosität in der klinischen Praxis



Die folgenden Überlegungen sollen als Anregungen für den eigenen Umgang mit Religiosität in der klinischen Arbeit verstanden werden.

1. Wertoffenheit und Bedachtsamkeit

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung findet nicht im wertfreien Raum statt – gerade deshalb ist es notwendig, sich als Behandler des eigenen kulturellen Erbes sowie der eigenen weltanschaulichen Überzeugungen und Werte bewusst zu sein und ihren Einfluss auf die klinische Arbeit zu reflektieren. Es besteht stets das Risiko, durch eigene Stereotype Vorverurteilungen zu treffen und andere als die eigenen Überzeugungen zu pathologisieren. Respekt für von den eigenen divergierende ethnische, kulturelle und weltanschauliche Wertsysteme ist keine Frage von „political correctness“ i.S. sozial erwünschten Verhaltens, sondern Ausdruck einer intrinsisch motivierten ethischen Grundhaltung in der therapeutischen Arbeit. Statt – utopischer – Neutralität fordern Thomä u. Kächele [140] deshalb eine Grundhaltung von „Wertoffenheit und Bedachtsamkeit“.

Nichtsdestotrotz können innerhalb und außerhalb der Behandlung Grenzen von Wertoffenheit überschritten werden, wenn Patienten grob rücksichtslos sich selbst oder anderen gegenüber handeln [140]. Hier müssen Grenzen gesetzt werden, bis der Patient von sich aus die Verzerrung seiner Wertsysteme zu erkennen und zu korrigieren in der Lage ist.

2. Weltanschauliche Kompetenz

Zu einer von Behandlern geforderten weltanschaulichen Kompetenz gehört neben einem bewusst reflektierten, gefestigten und offenen eigenen Weltbild auch spezifisches Wissen über religiöse und weltanschauliche Gruppen und deren Überzeugungen [141], da sonst Authentizität in der Kommunikation über „Leid, Ungerechtigkeit, Schuld, Sinn oder Tod“ ([139], S. 249) kaum möglich ist. Eine Übersicht über Informationsmöglichkeiten findet sich im Anhang.

3. Wissen über die Bedeutung von Religiosität

Behandler sollten die positiven und negativen Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit kennen, um sie ressourcenorientiert für Heilungsprozesse nutzen zu können bzw. sie als die Störung mitverursachende und/oder aufrechter-

haltende Bedingungen in die klinische Arbeit einzubeziehen (für eine Übersicht s. [142]).

4. Exploration religiöser Wertsysteme

Bei der Exploration religiöser Wertsysteme geht es neben der Abgrenzung wahnhafter Phänomene v.a. darum zu verstehen, wie Überzeugungen, Werte und Praktiken Weltansicht und Identitätsgefühl der Patienten beeinflussen. Es scheint ratsam, Religiosität von Patienten ggf. explizit anzusprechen und zu explorieren [141]. Fitchett u. Handzo [143] plädieren für ein „Spiritual Screening“ mit dem Ziel, Patienten mit Risiko für eine „spirituelle Krise“ zu ermitteln, um ggf. spirituelle Hilfe anbieten zu können. Die Aufnahme der diagnostischen Kategorie „Religiöses oder spirituelles Problem“ in das DSM-IV (V62.89, Z71.8, [144]) unterstreicht die zunehmende Sensitivität für diese Thematik [145].

Als entscheidende Parameter von Religiosität sollten ihre Zentralität und ihre charakteristischen Inhalte ermittelt werden [41]. Die *Zentralität* ist ausschlaggebend dafür, wie stark sich die Religiosität im Erleben und Verhalten eines Patienten niederschlägt: Ein Mensch, für den seine Religiosität zentral ist, wird auch politische, ökonomische oder eben gesundheitsbezogene Entscheidungen vor dem Hintergrund seiner religiösen Überzeugungen treffen. Die spezifischen religiösen *Inhalte* und Deutungsmuster können hingegen die Richtung des Erlebens und Verhaltens bestimmen: Während die Vorstellung eines liebevollen, gütigen Gottes eine Ressource darstellen kann, wird das Bild eines strengen, strafenden göttlichen Richters eher Ängste und depressive Symptome hervorrufen. Ausgehend von Inhalten und Zentralität, können die folgenden Fragen als Leitfaden für die Exploration von Religiosität dienen [141, 146, 147]:

- ▶ Welche religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen und Werthaltungen hat der Patient? (Inhalte)
- ▶ Welche Bedeutung haben sie für Denken, Fühlen und Handeln des Patienten, für sein Selbstbild und seine Beziehungssysteme? (Zentralität)
- ▶ Wie sind sie in Zusammenhang mit bestimmten Motiven und Bedürfnissen (Selbstwertregulation, Angstreduktion, soziale Integration) zu verstehen, welche Funktionen erfüllen sie?
- ▶ Ist diese Haltung gesundheitsdienlich? Wie beeinflusst sie die subjektive Krankheitstheorie und die gegenwärtigen Probleme und Störungen?
- ▶ Welche Erfahrungen wurden mit Mitgliedern religiöser Gruppen bzw. der Institution Kirche und ihren Repräsentanten gemacht? Gibt es religiöse Bezugspersonen?
- ▶ Können die religiösen/spirituellen Überzeugungen und/oder eine religiöse Gemeinschaft bzw. religiöse Spezialisten als Bewältigungshilfe und zur Unterstützung eingesetzt werden? Welche religiösen Interventionen könnten nützlich und effektiv, welche eher hinderlich sein?
- ▶ Welche Bedeutung sollten die religiösen Anliegen und Bedürfnisse des Patienten in der Behandlung somit insgesamt haben?

Informationen über die subjektive Bedeutung von Religiosität erlauben im Austausch mit dem Patienten individuelle Therapievereinbarungen und Behandlungsformen [148].

5. Religiosität als Ressource

Mitunter fühlen sich Behandler angegriffen oder entwertet, wenn Patienten neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auch andere, ihren religiösen Überzeugungen entsprechende Hilfsangebote in Anspruch nehmen (Seelsorger,

Heilpraktiker u.a.), die im günstigen Fall aber Ressourcen und nützliche Bewältigungsstrategien sind und in die Behandlung einbezogen werden können.

6. Religiöse Selbstöffnung

Koenig [149,150] plädiert mit Blick auf eine Selbstöffnung der Behandler bezüglich persönlicher Glaubenshaltungen für Zurückhaltung, bis deutlicher geworden ist, was diese Themen für den Patienten bedeuten, weil erst dann eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte, angemessene Äußerung möglich sei. Eine solche Meinungsäußerung sollte aber stets mit dem Hinweis erfolgen, dass auch der Behandler selbst auf dem Weg zu einem reiferen Weltbild sei und keine absoluten Wahrheiten vertrete.

7. Supervisionsbedarf

Richards u. Bergins [146] Forderung nach Supervision bei der Behandlung von Patienten einer bestimmten religiösen Gruppe und bei Verwendung religiöser Interventionen kann ebenso nachdrücklich unterstrichen werden wie ihr Plädoyer für wechselseitigen Respekt, Offenheit und Austausch zwischen Vertretern der Standesorganisationen von Behandlern und Vertretern religiöser Gruppen [142] und die Betonung der Notwendigkeit gezielter Ausbildung bezüglich religiöser Themen [151].

8. Beschränkung auf die Behandlungsaufgabe

Eine generelle Thematisierung von Religiosität ist Behandlern möglich, doch sie sind im Allgemeinen keine religiösen Spezialisten und für religiöse Lebenshilfe nur begrenzt kompetent [152]. Zur Beschränkung auf die Behandlungsaufgaben gehört auch die Beachtung des „Ausschlusses der Transzendenz“ [153,154] im Hinblick auf das eigene klinische Handeln. Ob ein Gott oder andere transzendente Mächte dessen Gelingen beeinflussen, kann und soll nicht Gegenstand eines verantwortlichen, auf empirische Befunde gestützten klinischen Handelns sein. Die Frage nach religiöser Wahrheit ist nur in individueller Verantwortung zu klären und insofern nicht Gegenstand der therapeutischen Behandlungsaufgabe.

In der klinischen Behandlung ist eine sensible Wahrnehmung und behutsame Beurteilung religiöser wie überhaupt aller Überzeugungssysteme notwendig. Eigene Überzeugungen beeinflussen die persönlichen Positionen, was auch im klinischen Alltag unvermeidbar ist, aber gerade darum besondere Achtsamkeit erfordert. Die lückenhafte Forschungslage v.a. für den deutschsprachigen Raum macht diese Aufgabe nicht leichter: Eine umfassende psychologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Berücksichtigung der diversen Spielarten von Religiosität im Konzert vielfältiger patho- aber auch salutogenetischer Mechanismen ist derzeit noch Zukunftsmusik.

Anhang

Für folgende Städte liegen Religionsführer vor, in denen ein Überblick über die ansässigen Religionsgemeinschaften gegeben wird und deren lokale Gemeinden vorgestellt werden:

- ▶ **Berlin:** Grübel, N. & Rademacher, S. (Hg.) (2003). Religion in Berlin – ein Handbuch. Ein Projekt der „Berlin-Forschung“ der Freien Universität Berlin. Berlin: Weissensee.
- ▶ **Bonn:** Ostenrath, K. & Schneemelcher, W.-P. (Hg.) (2003). Glaubenssache. Religion in Bonn. Bonn: Wissenschaftsladen.

- ▶ **Bremen:** Meier-Hüsing, P. & Otten, D. (2003). Handbuch der religiösen Gemeinschaften in Bremen. Bremen: Edition Temmen.
- ▶ **Erlangen:** Koch, O. (1999). Sehnsucht nach Heil. Neben den Kirchen. Neue Religiosität, Esoterik, Sekten und Psychogruppen in Erlangen. Eine Publikation in Zusammenarbeit mit dem Evangelischen und Katholischen Bildungswerk Erlangen. Neuendettelsau: Erlanger Verlag für Mission und Ökumene.
- ▶ **Essen:** Gantzel, C., Kimmeskamp, W. & Ventur, R. (1994). Religiöse Gemeinschaften in Essen. Die religiöse Landschaft neben den großen Kirchen. Marburg: Diagonal.
- ▶ **Frankfurt/M.:** Bernasko, A. & Rech, S. (2003). Religionen der Welt. Gemeinden und Aktivitäten in der Stadt Frankfurt am Main (2. Aufl.). Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag.
- ▶ **Freiburg:** Körbel, T., Lampe, A. & Valentin, J. (Hg.) (2000). Heilssuche und Erlösungssehnsucht. Esoterische und christliche Landschaften, exemplifiziert am Raum Freiburg. Münster: Lit.
- ▶ **Halle/S.:** Cyranka, D. & Obst, H. (Hg.) (2001). „... mitten in der Stadt“. Halle zwischen Säkularisierung und religiöser Vielfalt. Halle/S.: Verlag der Franckeschen Stiftungen zu Halle.
- ▶ **Hamburg:** Grünberg, W., Slabaugh, D. & Meister-Karanikas, R. (Hg.) (1995). Lexikon der Hamburger Religionsgemeinschaften. Religionsvielfalt von A bis Z (2. Aufl.). Hamburg: Dölling & Galitz.
- ▶ **Hannover:** World Conference on Religion and Peace/Aktionskreis der Religionen und Kulturen (Hg.) (1997). Religionen in Hannover. Hannover: World Conference on Religion and Peace/Aktionskreis der Religionen und Kulturen.
- ▶ **Leipzig:** re.form Leipzig e. V. (Hg.) (2003). Religionen in Leipzig. Leipzig: Leipziger Campusverlag.
- ▶ **Marburg:** Ruttmann, H. & Schlierbach, K. H. (1995). Vielfalt der Religionen. Am Beispiel der Glaubensgemeinschaften im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Marburg: Diagonal.

Informationsmöglichkeiten und -materialien über religiöse und weltanschauliche Gemeinschaften und Beratungsangebote bieten die folgenden Institutionen:

Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW)

Auguststraße 80
10117 Berlin
Tel.: 030/28395211
Internet: www.ezw-berlin.de
E-mail: info@ezw-berlin.de

Katholische Sozialethische Arbeitsstelle (KSA)

Jägerallee 5
59071 Hamm
Tel.: 02381/980200
Internet: www.ksa-hamm.de
E-mail: info@ksa-hamm.de

Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst e. V. (REMID)

Universitätsstraße 55
35037 Marburg
Tel.: 06421/64270
Internet: www.remid.de
E-mail: remid@t-online.de

Das folgende Buch von Michael Utsch enthält elf kurze Stellungnahmen und Erfahrungsberichte von PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Schulrichtungen und religiös-weltanschaulicher Orientierungen zum Umgang mit Religiosität in der Psychotherapie: Utsch M. (2005). *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 257–296).

Kernaussagen

Aus der Literatur ist bekannt, dass

- ▶ Religiosität von Einfluss auf die psychische Gesundheit sein kann,
- ▶ v. a., wenn sie große persönliche Bedeutung hat und
- ▶ dabei differenzielle Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit aufweist.

Unsere Untersuchung zeigt, dass

- ▶ insgesamt Religiosität eher positiv mit psychischer Gesundheit assoziiert ist,
- ▶ je nach Art der Religiosität und psychischer Leiden jedoch deutliche Unterschiede bestehen,
- ▶ Religiosität also im therapeutischen Prozess eine potenzielle Ressource darstellen kann, wenn sie behutsam und unter Wahrung bestimmter Grenzen berücksichtigt wird.

Abstract

Religiousness and Mental Health. An Overview About Findings, Conclusions, and Consequences for Clinical Practice

Objective The article gives an overview over the relevance of religiousness for mental health.

Methods After a short terminological introduction some characteristics of the demographic situation of religion in the Federal Republic of Germany are presented, and the differences to the situation in the US are discussed. Furthermore, chosen results of empirical studies about the connection between religiousness and health are summarised, and the possible modes of working of this connection are explained.

Results There is some evidence, that religion might be a possible resource for mental health in many cases, while some forms of religious beliefs also might have an impairing, destructive potential. The more religious someone is, the more relevant are his beliefs for his health.

Conclusions An attitude of openness and consideration, knowledge about the relations between religion and mental health, and ideological competence allow a sensible exploration of patients' religious beliefs, a cautious integration of religious issues and, if possible, the use of the beliefs as a resource for treatment. Thereby, medical caregivers should be aware of the limitations of their treatment.

Literatur

- 1 Huber S. Dimensionen der Religiosität. Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie. Freiburg/CH & Bern: Universitätsverlag & Hans Huber, 1996
- 2 Heine S. Grundlagen der Religionspsychologie. Modelle und Methoden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2005
- 3 Azari NP, Nickel J, Wunderlich G, Niedeggen M, Hefter H, Tellmann L, Herzog H, Stoerig P, Birnbacher D, Seitz R. Neural correlates of religious experience. *Eur J Neurosci* 2001; 13: 1649–1652
- 4 Newberg A, D'Aquili E, Rause V. Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht. (Original erschienen 2001: Why God won't go away.). München: Pieper, 2003
- 5 Sloan RP, Bagiella E, Creek L Van de, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ, Hansan Y, Kreger R, Poulos P. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med* 2000; 342: 1913–1916
- 6 Koenig HG, Nicklin DE, Kaufman AS, Hite RW, Cameron JR, Hall DE, Suchman AL, Castro D, Loo LK, Stottlemeyer DL, Sloan RP, Creek L Van de, Hover M. Medicine and religion (correspondence). *N Engl J Med* 2000; 343: 1339–1342
- 7 Schätzung E. Die ekklesiogene Neurose. Wege zum Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1955
- 8 Berhe T. BUDDA-Syndrom/Hmam Buddha. *Psychiat Prax* 2005; 32: 93–98
- 9 Haude V. Der „Schlaganfall“ bei einer türkischen Patientin – Ein Fallbericht. *Psychiat Prax* 2004; 31: 316–317
- 10 Schlimme J, Emrich H. Das ursprüngliche Paradigma der Abhängigkeit – historische und kulturelle Aspekte. *Psychiat Prax* 2004; 31: 78–82
- 11 Feil E. Religio. Bd. 1: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs vom Frühchristentum bis zur Reformation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1986
- 12 Feil E. Religio. Bd. 2: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs zwischen Reformation und Rationalismus (ca. 1540–1620). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997
- 13 Feil E. Religio. Bd. 3: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs im 17. und frühen 18. Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2001
- 14 Ahn G. Religion I. Religionsgeschichtlich. In: Theologische Realenzyklopädie. Berlin: de Gruyter, 1997: 513–522
- 15 Schmitz B. „Religion“ und seine Entsprechungen im interkulturellen Bereich. Marburg: Tectum, 1996
- 16 Bochsinger C. Religiosität. In: Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Tübingen: Mohr Siebeck, 2004: 413–414
- 17 Bianchi U. Concluding Remarks: The History of Religions, today. In: Bianchi U: The Notion of „Religion“ in Comparative Research. Selected Proceedings of the XVIth Congress of the International Association for the History of Religions, Rome, 3rd–8th September, 1990. Rom: Bretschneider, 1994: 919–921
- 18 Pollack D. Was ist Religion? Probleme der Definition. *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 1995; 3: 163–190
- 19 Yinger JM. Pluralism, religion, and secularism. *J Sci Study Relig* 1967; 6: 17–28
- 20 Wiggermann KF. Spiritualität. In: Theologische Realenzyklopädie. Berlin: de Gruyter, 2000: 708–717
- 21 Köpf U. Spiritualität I. Zum Begriff. In: Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Tübingen: Mohr Siebeck, 2004: 1589–1591
- 22 Köpf U. Spiritualität II. Kirchengeschichtlich. In: Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Tübingen: Mohr Siebeck, 2004: 1591–1593
- 23 Möller A, Reimann S. Spiritualität und Befindlichkeit – subjektive Kontingenz als medizinspsychologischer und psychiatrischer Forschungsgegenstand. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 2003; 71: 609–616
- 24 Ross L. The spiritual dimension: its importance to patient's health, well-being, and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* 1995; 32: 457–468
- 25 Piedmont RL. Does spirituality represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual transcendence and the Five Factor Model. *Journal of Personality* 1999; 67: 985–1013
- 26 Walach H, Kohls N, Belschner N. Transpersonale Psychologie – Psychologie des Bewusstseins: Chancen und Probleme. *Psychother Med Psychol* 2005; 55: 405–415

- 27 Zinnbauer B, Pargament KI, Cole B, Rye M, Butter E, Belavich T, Hipp K, Scott A, Dadar J. Religion and spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *J Sci Study Relig* 1997; 36: 549–564
- 28 Roof WC, Carroll JW, Roozen DA (eds). *The post-war generation and establishment religion: cross-cultural perspectives*. Westview Press: Boulder, 1995
- 29 Fahlbusch E. Spiritualität I. Wort und Geschichte. In: Fahlbusch E: *Taschenlexikon Religion und Theologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1983: 84–85
- 30 Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 2001
- 31 Fuller R. *Spiritual, but not religious. Understanding unchurched America*. New York: Oxford University Press, 2001
- 32 Koenig HG. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52: 554–562
- 33 Ostermann T, Büssing A, Matthiessen PF. Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung um des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilverfahren* 2004; 11: 346–353
- 34 Schowalter M, Richard M, Murken S, Senst R, Rüdell H. Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2003; 51: 361–374
- 35 *The Gallup Organization*. *The Gallup Poll. Religion*. Princeton: The Gallup Organization, (<http://poll.gallup.com/topics/>) 2005
- 36 Terwey M. Sind Kirche und Religion auf der Verliererstraße? Vergleichende Analysen mit ALLBUS- und ISSP-Daten. In: *ZA-Information*, 1993: 95–112
- 37 Terwey M. Kirchen weiter auf der Verliererstraße – Inferno und Aberglauben im Aufwind. In: *ZA-Information*, 2003: 93–119
- 38 *Zentralinstitut Islam-Archiv-Deutschland Stiftung e.V.*. *Umfragen*. Soest: Zentralinstitut Islam-Archiv-Deutschland Stiftung e.V., (<http://www.islamarchiv.de>) 2005
- 39 Hempelmann R. *Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften in Deutschland – eine Auswahl*. Materialdienst der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen 2005; 68: 265–269
- 40 Hoge DR. *Religion in America: The Demographics of Belief and Affiliation*. In: Shafranske EP: *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington DC: American Psychological Association, 1996: 21–41
- 41 Huber S. *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messinstrument der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich, 2003
- 42 *Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.)*. *Katholische Kirche in Deutschland. Statistische Daten 2003. Arbeitshilfen 193*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2005
- 43 *Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.)*. *Evangelische Kirche in Deutschland. Zahlen und Fakten zum kirchlichen Leben. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und MediaForce Hannover: Niels Hahlbrock e.K., 2005*
- 44 *Statistisches Bundesamt (Hrsg.)*. *Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2002
- 45 Zwingmann C, Moosbrugger H, Frank D. Der gemeinsame Glaube der Christen: Empirische Analysen zum Apostolischen Glaubensbekenntnis. In: Moosbrugger H, Zwingmann C, Frank D: *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann, 1996: 37–57
- 46 Zwingmann C, Moosbrugger H, Frank D. Der gemeinsame Glaube der Christen: Empirische Analysen zum Apostolischen Glaubensbekenntnis. In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann, 2004: 107–130
- 47 Friesl C, Polak R. Teil I: Theoretische Weichenstellungen In: Polak R: *Megatrend Religion? Neue Religiositäten in Europa*. Ostfildern: Schwabenverlag, 2002: 25–106
- 48 Luckmann T. *Die unsichtbare Religion*. (Original erschienen: 1967 *The invisible Religion*.) Frankfurt/M: Suhrkamp, 1991
- 49 Luhmann N. *Die Religion der Gesellschaft*. Hrsg. von André Kieserling. Frankfurt/M: Suhrkamp, 2000
- 50 Pollack D. *Säkularisierung – ein moderner Mythos? Studien zum religiösen Wandel in Deutschland*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2003
- 51 Wolf C. Empirische Befunde zum Prozess der religiösen Pluralisierung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Klöcker M, Tworuschka U: *Handbuch der Religionen. Kirchen und andere Glaubensgemeinschaften in Deutschland*. München: OLZOG, 2001: 1–20
- 52 Bogensberger H. *Atheismus heute? Ein religionssoziologisches Fragment*. In: Baier K, Mühlberger S, Schelkshorn H, Wucherer-Huldenfeld AK: *Atheismus heute? Ein Weltphänomen im Wandel*. Leipzig: EVA, 2001: 15–35
- 53 Pollack D. *Kirche in der Organisationsgesellschaft. Zum Wandel der gesellschaftlichen Lage der evangelischen Kirche in der DDR*. Stuttgart: Kohlhammer, 1994
- 54 Storch K. *Konfessionslosigkeit in Ostdeutschland*. In: Gärtner C, Pollack D, Wohlrab-Sahr M: *Atheismus und religiöse Indifferenz*. Opladen: Leske & Budrich, 2003: 231–245
- 55 Pickel G. *Konfessionslose in Ost- und Westdeutschland – ähnlich oder anders? In: Pollack D, Pickel G: Religiöser und kirchlicher Wandel in Ostdeutschland 1989–1999*. Opladen: Leske & Budrich, 2000: 206–235
- 56 Wohlrab-Sahr M. *Säkularisierungsprozesse und kulturelle Generationen. Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Westdeutschland, Ostdeutschland und den Niederlanden*. In: Burkart G, Wolf J: *Lebenszeiten. Erkundungen zur Soziologie der Generationen*. Opladen: Leske & Budrich, 2002: 209–228
- 57 Hoheisel K, *Klimkeit H-J (Hrsg.)*. *Heil und Heilung in den Religionen*. Wiesbaden: Harrassowitz, 1995
- 58 Freud S. *Zwangshandlungen und Religionsübungen*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J: *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Frankfurt/M: Fischer, 1907/2000: 11–21
- 59 Freud S. *Totem und Tabu*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J: *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Frankfurt/M: Fischer, 1913/2000: 287–444
- 60 Freud S. *Die Zukunft einer Illusion*. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J: *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Frankfurt/M: Fischer, 1927/2000: 135–190
- 61 Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health. Evidence for an association. *Int Rev Psychiat* 2001; 13: 67–78
- 62 Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10: 21–24
- 63 Bergin AE. Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* 1983; 14: 170–184
- 64 Bergin AE. Values and religious Issues in Psychotherapy and mental Health. *American Psychologist* 1991; 46: 394–403
- 65 Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *J Sci Study Relig* 2003; 42: 43–55
- 66 Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiosity and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 614–636
- 67 Mahoney A, Pargament KI, Tarakeshwar N, Swank AB. Religion in the home in the 1980s and 1990s: a meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology* 2001; 15: 559–596
- 68 McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religion involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol* 2000; 19: 211–222
- 69 Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. *Religion and the Individual. A social-psychological Perspective*. New York: Oxford University Press, 1993
- 70 Gartner J, Larson DB, Allen GD. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. *J Psychol Theol* 1991; 19: 6–25
- 71 Grom B. *Religiosität – psychische Gesundheit – subjektives Wohlbefinden: Ein Forschungsüberblick*. In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann, 2004: 187–214
- 72 Schowalter M, Murken S. Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning C, Murken S, Nestler E: *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh, 2003: 139–162
- 73 Greenberg D, Witzum E. Content and Prevalence of Psychopathology in World Religions. In: Schumaker JF: *Religion and mental Health*. New York: Oxford University Press, 1992: 300–314
- 74 Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: linkages to physical health. *American Psychologist* 2003; 58: 36–52
- 75 Koenig HG, Ford S, George LK, Blazer DG, Meador KG. Religion and anxiety disorder: an examination and comparison of associations in

- young, middle-ages, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders* 1993; 7: 321–342
- 76 Benson PL. Religion and Substance Use. In: Schumaker JF: Religion and mental Health. New York: Oxford University Press, 1992: 211–220
- 77 Gorsuch RL. Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues* 1995; 51: 65–83
- 78 Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003; 17: 24–31
- 79 Moore RD, Mead L, Pearson TA. Youthful precursors of alcohol abuse in physicians. *American Journal of Medicine* 1990; 88: 332–336
- 80 Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM. The relationship between religion and alcoholism in a sample of community-dwelling adults. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 225–231
- 81 Pargament KI. *The Psychology of Religion and Coping. Theory, Research, Practice.* New York: Guilford, 1997
- 82 Dörr A. Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Hamburg: Kovac, 2001
- 83 McCullough ME, Larson DB. Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research and Human Genetics* 1999; 2: 126–136
- 84 Dörr A. Religiosität und Depression. Eine empirisch-psychologische Untersuchung. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag, 1987
- 85 Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 536–542
- 86 Hole G. *Der Glaube bei Depressiven.* Stuttgart: Enke, 1977
- 87 Stack S. Religiosity, Depression, and Suicide. In: Schumaker JF: Religion and mental Health. New York: Oxford University Press, 1992: 87–97
- 88 Baker M, Gorsuch RL. Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *J Sci Study Relig* 1982; 21: 119–122
- 89 Bergin AE, Masters KS, Richards PS. Religiousness and mental health reconsidered: a study of intrinsically religious sample. *J Counsel Psychol* 1987; 34: 197–204
- 90 Tapanya S, Nicki R, Jarusawad O. Worry and intrinsic/extrinsic religious orientation among Buddhist (Thai) and Christian (Canadian) elderly persons. *International Journal of Aging and Human Development* 1997; 44: 73–83
- 91 Kendler K, Liu X-Q, Gardner C, McCullough M, Larson D, Prescott C. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 496–503
- 92 Steketee G, Quay S, White K. Religion and Guilt in OCD Patients. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5: 359–367
- 93 Higgins NC, Pollard CA, Merkel WT. Relationship between religion-related factors and obsessive compulsive disorder. *Current Psychology: Research and Reviews* 1992; 11: 79–85
- 94 Greenberg D, Witzum E. The influence of cultural factors on obsessive compulsive disorder: religious symptoms in a religious society. *Israel Journal Psychiatry and Related Sciences* 1994; 31: 211–220
- 95 Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly* 2004; 134: 369–376
- 96 Day S, Peters E. The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences* 1999; 27: 55–67
- 97 White J, Joseph S, Neil A. Religiosity, psychoticism, and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences* 1995; 19: 847–851
- 98 Hillstrom EL, Strachan M. Strong commitment to traditional Protestant religious beliefs is negatively related to beliefs in paranormal phenomena. *Psychological Reports* 2000; 86: 183–189
- 99 Murken S. Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie? In: Klinkhammer GM, Rink S, Frick T: Kritik an Religionen. Religionswissenschaft und der kritische Umgang mit Religionen. Marburg: Diagonal, 1997: 157–172
- 100 Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled elderly persons: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology* 1997; 52B: 300–305
- 101 Murken S, Namini S. Psychosoziale Konflikte im Prozess des selbst gewählten Beitritts zu neuen religiösen Gemeinschaften. *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 1994; 12: 141–187
- 102 Asser SM, Swan R. Child fatalities from religion-motivated medical neglect. *Pediatrics* 1998; 101: 625–629
- 103 Greenberg J, Simon L, Pyszczanski T, Solomon S. A Terror Management Theory of social Behavior: The psychological functions of Self-Esteem and cultural Worldviews. In: Zanna MP: *Advances in Experimental Social Psychology.* San Diego: Academic Press, 1991: 93–160
- 104 Meadow MJ, Kahoe RD. *Psychology of Religion. Religion in individual Lives.* New York: Harper & Row, 1984
- 105 Spilka B, Shaver P, Kirkpatrick LA. A general attribution theory for the psychology of religion. *J Sci Study Relig* 1985; 24: 1–20
- 106 Spilka B, Hood RW, Hunsberger B, Gorsuch RL. *The Psychology of Religion. An empirical Approach.* New York: Guilford, 2003
- 107 Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine* 1993; 36: 725–733
- 108 Koenig HG. Religion as a cognitive schema. *The International Journal for the Psychology of Religion* 1995; 5: 31–37
- 109 Znoj H, Morgenthaler C, Zwingmann C. Mehr als nur Bewältigen? Religiosität, Stressreaktionen und Coping bei elterlicher Depressivität nach dem Verlust eines Kindes. In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung.* Münster: Waxmann, 2004: 277–297
- 110 Cartwright R. Is religion a help around the time of death? *Public Health* 1991; 105: 79–87
- 111 Mehnert A, Rieß S, Koch U. Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsverarbeitung maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2003; 24: 147–166
- 112 Kirkpatrick LA. Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion. New York: Guilford, 2004
- 113 Richard M. Religiosität als psychische Bindung: Die Struktur „innerer Arbeitsmodelle“ von Gottesbeziehung. In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung.* Münster: Waxmann, 2004: 131–155
- 114 Moser T. *Gottesvergiftung.* Frankfurt/M: Suhrkamp, 1976
- 115 Murken S. Gottesbeziehung und seelische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann, 1998
- 116 Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine* 1997; 45: 1207–1221
- 117 Zwingmann C. Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung.* Münster: Waxmann, 2004: 215–237
- 118 Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W. Religion and the problem-solving process. Three styles of coping. *J Sci Study Relig* 1988; 27: 90–104
- 119 Hopson RE. *The 12-Step Program.* In: Shafranske EP: *Religion and the Clinical Practice of Psychology.* Washington, DC: APA, 1996: 533–558
- 120 Murken S. Religiosität, Kontrollüberzeugung und seelische Gesundheit bei Anonymen Alkoholikern. Frankfurt/M: Lang, 1994
- 121 Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 1998; 37: 710–724
- 122 Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519–543
- 123 Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *J Clin Psychol* 2005; 61: 461–480
- 124 Thoresen CE. Spirituality and health: Is there a relationship? *Journal of Health Psychology* 1999; 4: 291–300
- 125 Beutler L, Malik M, Alimohamed S, Harwood M, Talebi H, Noble S, Wong E. Therapist Variables. In: Lambert M: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* New York: John Wiley & Sons, 2004: 227–306
- 126 Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine* 1999; 159: 1803–1806
- 127 Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, Nietert PJ. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal for Clinical Oncology* 2003; 21: 1379–1382
- 128 Bergin A, Jensen J. Religiosity of psychotherapists: a national survey. *Psychotherapy* 1990; 27: 3–7
- 129 Worthington EL, Kuru TA, McCullough ME. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: a 10-year re-

- view and research prospectus. *Psychological Bulletin* 1996; 119: 448–487
- 130 Ripley JS, Worthington EL, Berry JW. The effects of religiosity on preferences and expectations for marital therapy among married Christians. *American Journal of Family Therapy* 2001; 29: 39–58
- 131 Lewis KN, Epperson DL. Values, pretherapy information, and informed consent in Christian Counseling. *Journal of Psychology and Christianity* 1991; 10: 113–131
- 132 Propst L, Ostrom R, Watkins P, Deant T, Mashburn D. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consul Clin Psychol* 1992; 60: 94–103
- 133 Martinez F. Therapist-client convergence and similarity of religious values: their effect on client improvement. *Journal of Psychology and Christianity* 1991; 10: 137–143
- 134 Kelly TA, Strupp HH. Patient and therapist values in psychotherapy: perceived changes, assimilations, similarity, and outcome. *J Consul Psychol* 1992; 60: 34–40
- 135 Allemann M, Znoj H. Religiosität – eine wohlbefindensfördernde Ressource? In: Zwingmann C, Moosbrugger H: *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann, 2004: 239–260
- 136 McCullough ME. Research on religion-accommodative counseling: review and metaanalysis. *J Counsel Psychol* 1999; 46: 92–98
- 137 Azahr M, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 1–3
- 138 Azahr M, Varma SL. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995; 63: 165–168
- 139 Utsch M. Religiöse Fragen in der Psychotherapie. *Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005
- 140 Thomä H, Kächele H. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 2: Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer, 1997
- 141 Murken S. Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für die Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Murken S, Rüdell H, Laux U: *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge*. CD-ROM Dokumentation der Tagung am 21./22. September 2003 in Bad Kreuznach. http://www.psychology-of-religion.de/deutsch/aktuelles/cd_f.htm 2003
- 142 Richards SP, Bergin A. Toward Religious and Spiritual Competency for Mental Health Professionals. In: Richards SP, Bergin A: *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. Washington: American Psychological Association, 1999: 3–26
- 143 Fitchett G, Handzo G. Spiritual Assessment, Screening and Intervention. In: Holland J: *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998: 790–808
- 144 *American Psychiatric Association, dt. Bearb. u. Einf. Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K*. *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV)*. Weinheim: Beltz, 1996
- 145 Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 435–444
- 146 Richards SP, Bergin A. Religious Diversity and Psychotherapy: Conclusions, Recommendations, and Future Directions. In: Richards SP, Bergin A: *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. Washington: American Psychological Association, 1999: 469–489
- 147 Weber S, Frick E. Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. In: München T: *Manual Psychoonkologie*. München: Zuckschwerdt, 2002: 106–109
- 148 Worthington EL, Sandage SJ. Religion and Spirituality. In: Norcross JC: *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 2002: 383–400
- 149 Koenig HG. *Aging and God: Spiritual pathways to mental Health in midlife and later years*. New York: Haworth, 1994
- 150 Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*. Templeton: Foundation Press, 2002
- 151 Shafranske EP, Malony HN. Religion and the clinical Practice of Psychology: a Case for Inclusion. In: Shafranske EP: *Religion and the clinical Practice of Psychology*. Washington: American Psychological Association, 1996: 561–586
- 152 Handzo G, Koenig HG. Spiritual care: whose job is it anyway? *Southern Medical Journal* 2004; 97: 1242–1244
- 153 Flournoy T. Les principes de la psychologie religieuse. *Archives de Psychologie* 1903; 2: 33–57
- 154 Wulff DM. *Psychology of Religion. Classic and contemporary*. New York: Wiley, 1997
- 155 *Statistisches Bundesamt (Hrsg)*. *Statistisches Jahrbuch 2005 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2005
- 156 *Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst (REMID)*. *Religionen in Deutschland: Mitgliederzahlen (Stand: 25.07.2005)*. Marburg: REMID, (http://www.remid.de/remid_info_zahlen.htm) 2005