

Psychische Beanspruchung, Lebenszufriedenheit und Religiosität: Beeinflusst Religiosität den Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit psychischen Erkrankungen?

Barbara Heinemann und Viktoriya Wörmann

Zusammenfassung

Erkundung von Religiosität, als intrapsychische Abbildung von Religion, im Zusammenhang mit Gesundheit unterliegt einer langen Erfahrungs- und Forschungstradition. Die Ergebnisse sind sehr uneinheitlich: Einerseits konnte belegt werden, dass individuelle Religiosität bzw. Spiritualität zu psychischer Stabilität, physischer Gesundheit und Langlebigkeit beitragen kann. Andererseits offenbart die so genannte „Sektendebatte“, dass Religiosität auch schädliche psychosoziale Auswirkungen haben kann (Murken, 1998 a, b). In der vorliegenden Studie wurden die Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit, psychischer Beanspruchung und Religiosität in einer klinischen Stichprobe untersucht. Im Besonderen wurde geprüft ob sich positive Zusammenhänge zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit nachweisen lassen. Darüber hinaus wurde geschaut, ob Religiosität den negativen Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit moderierend beeinflusst.

Schlüsselwörter

Religiosität, Lebenszufriedenheit, psychische Beanspruchung

Abstract

Examination of religiousness as an intrapsychic mapping of religion in combination with healthiness has been subject of long experience- and research-tradition. The results are very heterogeneous: From the one hand it could be shown that individual religiousness respectively spirituality could lead to psychical stability, psychical health and longevity. From the other hand the so called „Sectdebate“ reveals itself and says that religiousness could have damaging psychosocial effect (Murken, 1998 a, b). In the present study there were analyzed the correlation between life satisfaction, psychical strain and religiousness in one clinical sample. In particular it was examined if positive correlations between religiousness and life satisfaction could be proved. Furthermore it was examined if religiousness has a moderator-effect on the negative correlation between life satisfaction and psychical strain.

Keywords

Religiousness, life satisfaction, psychical strain

1 Religion und Religiosität aus wissenschaftlich-psychologischer Sicht

„Dein Glaube hat Dich gesund gemacht“ (Mk 5, 34), sind die Worte Jesu nach der Heilung einer Frau (Bibel, Einheitsübersetzung nach Luther). Oft ist im christlichen Kontext vom „heilenden Glauben“ die Rede. Neben in Mode gekommenen charismatischen Heilungsseminaren, sind es traditionelle Gebete oder Wallfahrten,

denen heilende Wirkung zugesprochen wird – vorausgesetzt „man glaubt“. Und nicht zuletzt sind die Gläubigen selbst davon überzeugt, dass das Vertrauen in eine höhere Macht ihnen in Lebenskrisen und Krankheiten geholfen habe. Dem gegenüber wird gelegentlich aber auch von krankmachender Religiosität gesprochen. Bekannt ist Freud, der Religiosität jeder Art als „universelle Zwangsneurose“ bezeichnet. Moser (1976) spricht von „Gottesvergiftung“ durch das Bild eines bedrohlichen, strafenden Gottes. Als „ekklesiogene Neurose“ werden nach Hark (1994) „alle jene psychischen Störungen und seelischen Probleme verstanden, die durch Angst machende Gottesbilder und durch neurotisch gestörte Glaubensvorbilder erzeugt werden“ (Hark 1994, S. 152).

Das Verhältnis zwischen Religion und Psychologie hat sich in der Vergangenheit, je nach psychologischer Schule, unterschiedlich gestaltet. So war der Behaviorismus mit Religion unvereinbar. Religiöse Vorstellungen galten allenfalls als positive oder aversive Reize, die das Individuum mit einer operant oder klassisch konditionierten Reaktion beantwortete (Oser & Bucher, 1988). Sigmund Freud sorgte mit seiner antireligiösen Haltung dafür, dass auch die Psychoanalyse im Ursprung keinen Raum für religiöse Vorstellungen ließ. Da aber die Psychoanalyse immer noch eine größere Nähe zur christlichen Religion als zur Empirie aufwies, weckte sie dennoch das Interesse unter einigen Theologen (Argyle, 2000). Ebenso haben sich später einflussreiche Psychoanalytiker (Jung, 1971; Fromm, 1966) mit religiösen Inhalten und deren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten des Menschen beschäftigt. Ihr Urteil fiel deutlich positiver, als das von Freud, aus.

„Die moderne Religionspsychologie ist ein interdisziplinärer Bereich, der vorwiegend der Sozialpsychologie, aber teilweise auch der Pädagogischen, Differenziellen, Klinischen, Gesundheits- und Entwicklungspsychologie zugeordnet werden kann. Die von der Religionspsychologie behandelten Themen überschneiden sich mit Gebieten der Soziologie, der Theologie, der Kulturanthropologie und der Pädagogik“ (Maiello 2007, S. 22).

Während sich die religionspsychologische Forschung im angloamerikanischen Sprachraum seit Mitte des letzten Jahrhunderts großer Beliebtheit erfreut, was sich in zahlreichen Studien und Publikationen niederschlägt, lässt sich hierzulande ein zunehmendes Interesse an religionspsychologischen Themen etwa seit den 80er Jahren beobachten (Zwingmann, 2004). Das vergleichsweise geringe Interesse im deutschen Raum begründet Dörr (2001) folgendermaßen:

1. Religion ist in Deutschland vor allem eine private Angelegenheit.
2. Religion scheint begrifflich und methodisch wenig fassbar.
3. Deutschsprachige Psychologen sind generell weniger gläubig als andere Wissenschaftler.
4. Bei Beschäftigung mit Religion befürchten deutschsprachige Psychologen als unwissenschaftlich bewertet zu werden.

1.1 Religiosität als Ressource der Lebenszufriedenheit

Es wurde häufig angenommen, dass Religiosität für gläubige Menschen eine emotionale und kognitive Ressource darstellt. Diese Ressource fördere die Bereitschaft und Fähigkeit zu positiv empfundenen Erfahrungen und damit die Lebenszufriedenheit in besonderem Maße (Zwingmann, 1991).

„Religiously active persons appear to have both cognitive and emotional ‚maps‘ which help them to make sense out of the disordering experiences of death, suffering, and moral bafflement” (George & McNamara 1984, S. 351), “religion offers an individual a psychological resource” (Hadaway & Roof 1978, S. 306f.),

“religious faith adds something to an individual’s life” (Hadaway 1978, S. 637).

Basierend auf solchen Überlegungen wurde die stärkere Berücksichtigung religiöser Variablen seitens der Sozialindikatoren-Bewegung verlangt. Es wurde gefordert, den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit näher zu untersuchen (Moberg & Brusek, 1978).

Campbell et al. (1976) unterscheidet zwei Funktionen, die die christliche Religiosität im Bezug auf Lebenszufriedenheit hat.

1. Religion as meaning (inside perspective) – der religiöse Glaube stellt einen bedeutungstiftenden Interpretationsrahmen dar, der zu verstehen hilft, “what kind of person one is, the importance of the roles that one performs, the purpose of the events one participates in, and the significance of being who one is. A meaning system, in other words, makes sense of one’s identity and social being” (McGuire, 1981, S. 24).
2. Religion as belonging (outside perspective) bezieht sich auf die Integration des Individuums in die Gemeinde oder Glaubensgemeinschaft. Neben sozialem und emotionalem Kontakt ermöglicht die soziale Gruppe ihren Mitgliedern die Validierung ihres religiösen Interpretationsrahmens, nämlich durch soziale Verstärkung oder Rollenübernahme (Petersen & Roy 1985, S. 50f.).

Zwingmann (1991) weist darauf hin, dass die genannten Funktionen von Religiosität in der Regel hoch miteinander korrelieren. In ihrer empirischen Beziehung zum Konstrukt der Lebenszufriedenheit zeigen sich allerdings nur schwache Zusammenhänge.

In einer Meta-Analyse (Witter et al., 1985), in die 28 Studien zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit eingingen, wurde ein durchschnittlicher Korrelationskoeffizient von .16 errechnet.

Stärkere Zusammenhänge zeigen sich, wenn zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit nicht Selbsteinschätzungen der Religiosität, sondern die extrinsische religiöse Orientierung und die intrinsische religiöse Orientierung verwendet wurden. Die Daten zeigen, dass Lebenszufriedenheit negativ linear aus extrinsischer und positiv linear aus intrinsischer Religiosität vorhergesagt werden kann, wobei intrinsische Religiosität die Beziehung zwischen extrinsischer Religiosität und Lebenszufriedenheit moderiert. D.h. die geringste Lebenszufriedenheit zeigt sich bei Personen mit hoher extrinsischer und gleichzeitig niedriger intrinsischer religiöser Orientierung. Die selbsteingeschätzte Religiosität der jeweiligen Personen ließ sich positiv linear allein aus der intrinsischen religiösen Orientierung vorhersagen (Zwingmann, Moosbrugger & Frank, 1991).

1.2 Studien zum Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und Religiosität

In einer Zusammenfassung der Literatur betrachten Cox & Hammonds (1988) die Korrelationen von Religiosität mit den Variablen Gottesdienst, Glaube, soziale Integration und Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit vom Alter der Probanden. Es zeigt sich, dass 18- bis 25-jährige Probanden die niedrigsten Korrelationen aufweisen, während die Ausprägungen bei 25- bis 54-jährigen etwas höher und stabil ausfallen. Ab dem 54. Lebensjahr lässt sich ein deutlicher Anstieg im Zusammenhang der Variablen feststellen, der ab dem 80. Lebensjahr wieder abfällt (Cox & Hammonds, 1988). Diese Ergebnisse entsprechen der Entwicklung der Religiosität über die Lebensspanne.

Im Rahmen der Untersuchungen des General Social Survey 1988 wurde ein direkter Einfluss von religiöser Sicherheit auf das Wohlbefinden festgestellt. Für Hochgläubige werden höhere Werte in den Variablen Lebens-

zufriedenheit und Freude sowie niedrigere Werte in der Variablen psychosoziale Konsequenzen nach traumatischen Lebenserfahrungen berichtet. Die zuletzt genannten positiven Korrelationen zeigen sich besonders deutlich bei älteren und weniger gebildeten Probanden (Ellison, 1991).

Untersuchungen von Zimmermann (1995) zum Zusammenhängen von Spiritualität und positivem Denken brachten folgende Ergebnisse hervor: Zum einen zeigt sich die Unabhängigkeit der Lebenskonzepte, zum anderen korrelieren beide Konzepte positiv mit Lebenszufriedenheit und sozialer Orientierung. Darüber hinaus sind positive Zusammenhänge zu Spiritualität einerseits und psychischer Gesundheit im Alter andererseits nachweisbar. Meulemann (2001) zeigte positive Korrelationen zwischen Religiosität, Anpassungsbereitschaft und Lebenszufriedenheit.

In einer Zusammenfassung der Literatur zum Thema Religiosität und Lebenszufriedenheit stellt Argyle (2000) folgende Ergebnisse heraus: Kirchenmitglieder (speziell die älteren) sind zufriedener als Nicht-Mitglieder. Die Angst vor dem Tod ist bei religiösen Menschen niedriger, als bei nichtreligiösen. Verheiratete Paare sind glücklicher, wenn beide Partner religiös sind und dem gleichen Glauben angehören. Auch bestehe eine der Funktionen von Religiosität darin, die Lebenszufriedenheit zu steigern (Argyle, 2000).

1.3 Zusammenhänge zwischen Religiosität und Gesundheit

Vielfach werden positive Zusammenhänge zwischen Religiosität und Gesundheit berichtet. Argyle (2000) erklärt diese positive Wirkung zum einen durch die gesunde Lebensweise (keine Drogen, keine sexuelle Promiskuität usw.), die von den meisten Religionen gefordert wird und zum anderen durch die soziale Unterstützung, die innerhalb der Religionsgemeinschaft gewährleistet wird. Der negative Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Religiosität ist in der Literatur gut belegt (Bahr et al., 1998; Engs & Muller, 1999; Miller, 1999). Studien zum Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit weisen jedoch widersprüchliche Befunde auf. Als Grund dafür ist unter anderem die Verwendung unterschiedlicher Indikatoren für Religiosität und psychische Gesundheit zu nennen (Dörr, 2001).

Verwendet man als Religiositätsmaß die religiöse Orientierung, so zeigen sich für intrinsisch religiös Orientierte positive Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit, während extrinsisch religiös Orientierte eher negative Zusammenhänge aufweisen (Grom, 2002). Inkonsistente Befunde ergeben sich v.a., wenn Religiosität als Partizipation oder religiöse Involviertheit, z. B. durch Häufigkeit des Kirchgangs, operationalisiert wird (Batson et al., 1993).

In der vorliegenden Studie wird Lebenszufriedenheit (Positivvariable) als Indikator für psychische Gesundheit bzw. erfolgreiche Psychohygiene erhoben. Damit unterscheidet sich die vorliegende Studie von den Studien, die psychische Gesundheit als Abwesenheit von Symptomen oder Belastungen (Negativvariable) kennzeichnen. Die Arbeit rückt somit in die Nähe gesundheitspsychologischer und salutogenetischer Ansätze. „Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (...) können als Operationalisierung der Definition der Weltgesundheitsorganisation von ‚Gesundheit‘ dienen“ (Weig & Linden 2009, S. 4).

1.4 Individuelle und gesellschaftliche Unterschiede im Religiösen – ein Kulturvergleich zwischen Deutschland und den USA

Die Funktionen der Religiosität, die wir bereits erwähnt haben (s.o. Campbell et al., 1976), können nicht unabhängig vom kulturellen und gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden. Hier zeigen sich wesentliche

Unterschiede, die sich v.a. auf die Organisation und Struktur von Glaubensgemeinschaften in ihrem gesellschaftlichen Rahmen beziehen und damit Auswirkungen auf die individuelle Religiosität haben (Zulehner & Dez, 1993). Einige dieser Unterschiede sollen im Folgenden aufgeführt werden. Damit soll gezeigt werden, dass US-amerikanische Befunde nur bedingt auf den deutschsprachigen Bereich übertragbar sind.

1.4.1 Statistische Daten zur Religiosität in Deutschland und den USA

Den Glauben an Gott bekennen 96% der Amerikaner konstant seit 1944. Demgegenüber zeigt eine querschnittliche Untersuchung 1998, dass in Westdeutschland 63% und in Ostdeutschland 13% der Befragten dem persönlichen Glauben an Gott zustimmen. In den USA prägt eine große Anzahl verschiedener, meist sehr engagierter protestantischer Glaubensgemeinschaften die religiöse Landschaft. Die Gemeinden sind klein und überschaubar. Die Zugehörigkeit zu einer Gemeinde ist in den USA selbst gewählt und mit einem persönlichen Engagement verbunden. Durch die Glaubensgemeinschaft ist ein enges Netz sozialer Unterstützung gewährleistet.

Während ein Konfessionswechsel für Amerikaner selbstverständlich ist, entschließen sich Deutsche eher zum Kirchenaustritt. In Deutschland sind 97% aller konfessionell Gebundenen Mitglied einer der zwei großen Volkskirchen. Die Zugehörigkeit zu einer Gemeinde ist durch Konfession und Wohnsitz festgelegt. Die Mitgliedschaft zieht steuerliche Verpflichtungen nach sich. Die soziale Unterstützung spielt in Deutschland eine untergeordnete Rolle. Ein Konfessionswechsel ist, anders als ein Kirchenaustritt, unüblich (Zulehner & Dez, 1993). Die aufgeführten Unterschiede geben Anlass zu der Vermutung, dass in Deutschland andersartige, u.U. geringere Einflüsse der persönlichen Religiosität auf die Lebenszufriedenheit, den subjektiven Gesundheitszustand und die Krankheitsbewältigung zu erwarten sind.

Offen bleibt die Frage, ob es sich bei den Studienergebnissen aus den USA um ein angloamerikanisches und damit kulturspezifisches Phänomen handelt oder ähnliche Zusammenhänge auch im deutschen Sprachraum anzutreffen sind. Bisherige Befunde zeigen, wenn auch uneinheitlich, dass die Berücksichtigung religiöser Orientierung im Rahmen der psychotherapeutischen und somatischen Therapie auch hierzulande positive Effekte haben kann (Zwingmann, 1991).

1.4.2 Forschungsergebnisse aus dem deutschen Sprachraum

Aus dem deutschen Sprachraum liegen bisher nur wenige einschlägige Untersuchungen vor. Murken (2003) zeigte, dass etwa ein Drittel einer Stichprobe von Behandelten einer psychosomatischen Fachklinik Religiosität für wichtig und alltagsrelevant halten. 32% stimmten der Aussage „Gott gibt mir Kraft“ zu. 29% bejahten die Aussage „Gott unterstützt mich bei meinen Problemen“.

Muthny et al. (1992) stellten heraus, dass Patienten, die sich in der Nachsorgephase einer schweren körperlichen Erkrankung befinden, nach „Kampfgeist“ (16–32%), „Trost im religiösen Glauben“ (17–26%) als nützliche Verarbeitungsstrategie angeben. Demgegenüber geben Patienten mit somatischen bzw. psychiatrischen Diagnosen bei einer Wichtigkeitseinschätzung von 24 unterschiedlichen Lebensbereichen „persönlichen Anschauungen“ lediglich den Rangplatz 21 bzw. 22.

Neben der subjektiven Wichtigkeit der eigenen Religiosität untersuchen andere Studien den Zusammenhang von religiösen Überzeugungen und Behandlungserfolg. Bei Melanompatienten einer Hamburger Klinik konnten Mehmert, Rieß und Koch (2003) signifikant positive Zusammenhänge zwischen religiösen Überzeugungen und einem als günstig zu bewertenden Krankheitsbewältigungsstil aufzeigen. Zusammenhänge ähnlicher Stär-

ke aus den USA und aus Israel weisen darauf hin, dass religiöser Glaube eine kulturübergreifende, adaptive Funktion bei der Bewältigung von Krebserkrankungen haben könnte.

Weitere deutsche Studien zur Rolle der Religiosität als Bewältigungsressource bei psychosomatischen, psychiatrischen und Schlaganfallpatienten ergeben jedoch eher schwache, inkonsistente bzw. komplexe oder auch negative Zusammenhänge, z.B. schlechtere psychische Gesundheit oder negativ geprägte Gottesbeziehung (Zwingmann & Moosbrugger, 2004).

1.4.3 Forschungsergebnisse aus den USA

Auf dem psychoonkologischen Forschungsfeld zeigen verschiedene Befragungen im angloamerikanischen Sprachraum, dass Patienten den Bereich Religiosität konsistent als wichtig für ihre Gesundheit angeben und eine Anamnese bezüglich ihrer religiösen Bedürfnisse begrüßen würden. Zwischen 30% und 50% der jeweils untersuchten Stichproben von Krebspatienten wünschen Unterstützung und Austausch zu Religiosität/Spiritualität, Suche nach Sinn und Bedeutung sowie anderen existentiellen Themen. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Patienten mit anderen lebensbedrohlichen oder schweren chronischen Erkrankungen. Fast alle Befragten halten ihr spirituelles Wohlbefinden für ebenso wichtig wie ihre körperliche Gesundheit (Brady et al., 1999; Mytko & Knight, 1999).

Ebenfalls vornehmlich aus dem Bereich der Onkologie, aber auch aus anderen Indikationsbereichen, stammen Studien, die den Zusammenhang zwischen religiösem/spirituellem Engagement und positiven Selbsteinschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes untersuchen. Patienten, die auf religiöse Copingstrategien zurückgreifen, sind in Ihrer Krankheitsbewältigung häufig effektiver, als Patienten, die solche Strategien nicht einsetzen. Es konnte gezeigt werden, dass bei religiösem Coping niedrigere Depressionswerte im Verlauf der Krankheit auftreten und dass aktiv-kognitive Bewältigungsstrategien unterstützt werden. Auch angesichts starker Krankheitssymptome wird eine grundlegende Freude am Leben aufrechterhalten. Negative Auswirkungen somatischer Beeinträchtigungen auf die Funktionsfähigkeit sowie Stressreaktionen auf kritische Lebensereignisse werden durch religiöses Coping abgeschwächt (Brady et al., 1999; Koenig et al., 2001).

Andere Studien untersuchen religiöse/spirituelle Überzeugungen als Bewältigungsressource. Gut belegt ist, dass Glaubensüberzeugungen für schwerkranke Patienten eine zentrale Quelle der Kraft und Hoffnung darstellen. Das subjektive Wohlbefinden ist dabei umso stärker, je umfassender und tiefer die persönliche spirituelle Perspektive ist. Außerdem zeigt sich, dass religiöse Personen an ihrem Lebensende den Tod besser akzeptieren können als nichtreligiöse Personen und zwar auch dann, wenn sie nicht an ein Leben nach dem Tod glauben (Koenig et al., 2001; Mueller et al., 2001; Plante & Sherman, 2001).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befunde darauf hinweisen, dass Religiosität eine wichtige protektive Moderatorvariable zwischen somatischer, psychischer und psychosozialer Beanspruchung einerseits und Funktionsfähigkeit und subjektiver Befindlichkeit andererseits darstellen kann. Diese Annahme soll im Folgenden geprüft werden.

2 Hypothesen und Fragestellungen

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung ist es, einen Beitrag zu der Frage zu leisten, inwieweit Religiosität bei der Behandlung von Patienten in ambulanter oder stationärer Psychotherapie von Bedeutung sein kann.

Zunächst soll der positive Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit sowie der negative Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit repliziert werden. Danach soll geprüft werden, ob Religiosität als Moderatorvariable den negativen Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit abschwächt.

3 Probanden und Methoden der empirischen Untersuchung

3.1 Stichprobe

Es wurden Probanden (N=368) aus verschiedenen Kliniken mit psychosomatischem, psychotherapeutischem und psychiatrischem Behandlungsangebot sowie Probanden aus drei ambulanten psychotherapeutischen Praxen befragt (siehe Tabelle 1). 141 (38,32%) Probanden befanden sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, 227 (61,68%) Probanden wurden aktuell stationär behandelt.

Tabelle 1: Institutionen und Anzahl der Probanden

Institution	Anzahl der Probanden
Magdalenen-Klinik, Georgsmarienhütte	19
DE'IGNIS-Fachklinik, Egenhausen/Schwarzwald	58
Westfälische Kliniken, Münster	13
Paracelsus- Roswitha-Klinik, Bad Gandersheim	43
Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen	60
St. Agatha Krankenhaus, Köln	34
Praxis für Psychotherapie, Düsseldorf	19
Praxis für Psychotherapie, Rösrath ^a	29
Praxis für Psychotherapie, Mannheim ^a	83
Praxis für psychologische Beratung und Psychotherapie ^b	10

a Probanden wurden z.T. über ein Schneeballprinzip in weiteren Praxen gewonnen.

b Praxis wünscht zum Schutz ihrer Patienten anonym zu bleiben.

3.2 Untersuchungsdurchführung

Die Fragebögen wurden – jeweils 10 Stück – in einem Umschlag postalisch verschickt. Die Patienten erhielten die Fragebögen durch ihren behandelnden Therapeuten. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die Fragebögen mit einem Code, aus dem für den Untersucher die Herkunft des Fragebogens ersichtlich wurde, versehen. Die Fragebögen wurden dem behandelnden Therapeuten in einem verschließbaren Briefumschlag ausgehändigt. Auf dem, mit gleicher Codierung gekennzeichneten Briefumschlag, gaben die Therapeuten die Diagnose nach ICD-10 des jeweiligen Probanden an. Die Briefumschläge mit den zurückgegebenen Fragebögen wurden von den Therapeuten gesammelt und in einem größeren adressierten Briefumschlag an den Untersucher per Post zurückgesendet. Die teilnehmenden Kliniken und ambulanten Praxen wurden gebeten, in diesem Zeitraum möglichst alle aktuell behandelten Patienten, unabhängig von Störungsbild (ausgenommen akutpsychiatrische Patienten), Alter, Geschlecht, Religion oder Einstellungen, zur Teilnahme an der Untersuchung zu motivieren. So sollte eine möglichst heterogene Stichprobe erfasst werden. Die demografische Angaben, sowie Diagnosen und Religiositätszugehörigkeit sind in den Tabellen 2–6 dargestellt.

Tabelle 2: Diagnosen der Probanden

Diagnosen		Anzahl der Probanden	in Prozent
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	56	15,2%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2	0,5%
F3	Affektive Störungen	129	35,1%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	113	30,7%
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen	27	7,3%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	26	7,1%
Keine Angabe		15	4,1%

Tabelle 3: Anzahl der Studienteilnehmer in den Altersdekaden

	18-20 Jahre	21-30 Jahre	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl der Probanden	10	49	71	121	76	19	1	21	368
in Prozent	2,72%	13,32%	19,29%	32,88%	20,65%	5,16%	0,27%	5,71%	100%

Tabelle 4: Angaben zum Familienstand der Untersuchungsteilnehmer

Familienstand	Anzahl der Probanden	Familienstand in Prozent
Ledig	122	33,2%
Verheiratet	169	45,9%
Geschieden	60	16,3%
Verwitwet	16	4,3%
Keine Angabe	1	0,3%

Tabelle 5: Angaben zur Bildung der Untersuchungsteilnehmer

Bildungsabschluss	Anzahl der Probanden	Bildungsabschluss in Prozent
Kein Schulabschluss	6	1,63%
Volksschul- oder Hauptschulabschluss	80	21,74%
Mittlere Reife, Realschulabschluss	136	36,96%
Abitur, Fachhochschulreife	77	20,92%
Abgeschlossenes Studium	67	18,21%
Keine Angabe	2	0,54%

Tabelle 6: Angaben zur Religion der Untersuchungsteilnehmer

Religions- oder Glaubensgemeinschaft	Anzahl der Probanden	Mitgliedschaft in Prozent
Römisch-katholische Kirche	114	31,0%
Evangelische Kirche Deutschlands	109	29,6%
Andere evangelisch-lutherische Kirche	13	3,5%
Andere christliche Kirche ^a	21	5,7%
Andere Religionsgemeinschaft oder Kirche ^b	18	4,9%
Keine Kirche oder andere Religionsgemeinschaft	89	24,2%
Keine Angabe	4	1,1%

a Angaben im Einzelnen (z.T. mehrfach): christliche Gemeinde, christliche Versammlung, evangelisch freikirchliche Gemeinde, Baptisten, evangelisch freikirchliche Brudergemeinde, evangelisch altreformiert, freichristliche Gemeinde Licht und Leben, Gemeinschaftsbewegung Pietismus, Landeskirchliche Gemeinschaft, Neuapostolische Gemeinde, Freikirche, vineyard

b Angaben im Einzelnen (z.T. mehrfach): ausgetreten aus der katholische Kirche, Buddhismus

3.3 Erhebungsinstrumente

Für die vorliegende Untersuchung wurden ausschließlich standardisierte Instrumente verwendet. Es handelt sich bei allen drei Instrumenten um Selbstbeurteilungsfragebögen. Neben den Daten, die aus den Fragebögen hervorgehen, wurden soziodemographische Daten zur Charakterisierung der Stichprobe erhoben (Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Alter, Bildungsabschluss und Religionszugehörigkeit).

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Fahrenberg et al., 2000) dient der Erfassung der Lebenszufriedenheit in zehn Lebensbereichen. Jede der zehn Subskalen umfasst sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 „sehr unzufrieden“ bis 7 „sehr zufrieden“ beantwortet werden müssen. Neben der Erfassung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit ermöglicht der FLZ die Berechnung eines Gesamtscore FLZ-SUM für die globale Lebenszufriedenheit, der sich aus der Summe sieben der zehn Skalen zusammensetzt. Die Skalen Arbeit und Beruf, Ehe und Partnerschaft sowie Beziehung zu den eigenen Kindern bleiben unberücksichtigt, da diese Skalen nicht von allen Probanden beantwortet werden können (Fahrenberg et al., 2000). Für die vorliegende Untersuchung wurde der Gesamtscore FLZ-SUM verwendet. Der FLZ hat als standardisierter Fragebogen eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität.

Die *Symptomcheckliste-27-plus* (SCL-27-plus) wurde aus der SCL-27 entwickelt und wird als mehrdimensionales Screening-Instrument bei psychischen Störungen eingesetzt. Sie enthält fünf Skalen zu aktuellen Symptomen (depressive, vegetative, agoraphobische und soziophobische Symptome, Schmerz), einen globalen Schwere-Index (GSI) sowie eine Skala zur Lebenszeit-Erfassung von Depressionen und eine Skala zu Suizidalität. Für diese Studie ist vor allem der Globale Schwere-Index (GSI) von Bedeutung, welcher sich aus dem Mittelwert der 25 Items (ohne Lebenszeit-Erfassung für Depression und ohne Suizidalität) errechnet. Anders als bei den Subskalen wurde der GSI nicht primär zum Screening für psychische Störungen entwickelt. Vielmehr handelt es sich um einen globalen Wert, der die aktuelle psychische Beanspruchung einer Person erfassen soll. Die SCL-27-plus wurde anhand verschiedener Internetstichproben (jeweils n=500) kreuzvalidiert (Hardt, 2008; Hardt & Gerbershagen, 2001) und stellt sich damit als geeignet dar, um insbesondere über ihren Globalen-Schwere-Index GIS, die psychische Beanspruchung der Probanden zu erheben.

Die *Zentralitätsskala Z15* von Huber (2003) misst die Zentralität eines religiösen Konstruktsystems in der Persönlichkeit einer Person. Die von Huber postulierten fünf Dimensionen der Religiosität werden über jeweils drei Items operationalisiert. Der Fragebogen umfasst damit insgesamt 15 Items. Der Zentralitätswert wird durch Summierung aller Items berechnet. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala mit den Ausprägungen 1 („gar nicht“) bis 4 („sehr“) für die Items 1 bis 7 bzw. 1 („nie“) bis 5 („sehr oft“) für die Items 8 bis 13 beantwortet. Eine Frage zur Häufigkeit des Gebets wird auf einer siebenstufigen Skala („nie“ bis „mehrmals in der Woche“), eine Frage zur Häufigkeit des Betens wird auf einer neunstufigen Skala („nie“ bis „mehrmals täglich“) beantwortet. Empirische Analysen belegen die Validität und die Reliabilität der Zentralitätsskala. Hinsichtlich der konvergenten Validität wurde die Skala von Huber (2003) anhand der Stärke der religiösen Prägung des Selbstbildes ($r=.83$) und der Stärke der alltäglichen Konsequenzen der Religiosität ($r=.78$) überprüft. Außerdem zeigen die Subskalen hohe Korrelationen mit ihnen ähnlichen Konstrukten, z.B. korreliert religiöse Erfahrung zu .74 mit mystischer Erfahrung. Darüber hinaus korrelieren die Subskalen gering mit anderen religiösen Konstrukten, z.B. korreliert Ideologie zu .31 mit intellektueller Beschäftigung mit Religion. Damit ist neben der konvergenten auch die diskriminante Validität gegeben (Huber, 2003). Die Zentralitätsskala ist auch mit 15 Items sehr ökonomisch. Es gibt keine Normen. Bei Huber (2003) finden sich aber Mittelwerte und Standardabweichungen seiner Stichproben. Zugleich ist die Zentralitätsskala sehr reliabel (von .72 bis .92 für die Subskalen und .92 bis .96 für den Gesamtscore). Unter Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds scheint die Zentralitätsskala, die in Europa entwickelt und an theistischen Gottesvorstellungen orientiert ist, als Erhebungsinstrument geeignet.

3.4 Statistisches Vorgehen

Alle statistischen Analysen wurden mittels Statistikprogramm SPSS Version 17 durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurden Ergebnisse mit $p<.05$ als signifikant und mit $p<.01$ als hochsignifikant betrachtet. Zur Berechnung der Korrelationen wurde Spearmans Rho verwendet, das für ordinalskalierte oder nicht normalverteilte intervallskalierte Variablen geeignet ist. Ob Religiosität den negativen Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit moderierend beeinflusst, wurde mit Hilfe multipler Regressionsrechnungen geprüft. Zur Vermeidung von Multikolaritätsproblemen wurden die Variablen z-standardisiert. Schließlich wurden Reliabilitätsanalysen zur Erfassung der Messgenauigkeit, der hier verwendeten Tests, durchgeführt (FLZ: $\alpha=.94$; SCL-27-plus: $\alpha=.91$; Z-15: $\alpha=.97$). Die fehlenden Werte im FLZ wurden mit der mittleren Antwortkategorie 4 „weder noch“ ersetzt. Die Probanden, die mehr als 5 Items unbeantwortet ließen, wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Die Werte der Probanden, die im SCL-27-plus sowie in der Zentralitätsskala bis zu 5 Items unbeantwortet ließen, wurden durch den mittleren Wert, den die Gesamtstichprobe in diesem Item aufwies, ersetzt. Alle anderen Probanden mit mehr als 5 fehlenden Antworten wurden aus der Auswertung ausgeschlossen.

3.5 Ergebnisse

Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und Religiosität sowie zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit

Erwartungsgemäß weist der Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und Religiosität einen positiven signifikanten Zusammenhang ($r=.15$) auf. Die Korrelation von psychischer Beanspruchung (SCL-27-plus) und Lebenszufriedenheit (FLZ) ist ebenso signifikant. Sie beträgt $r=-.589$ und ist damit als hoch zu bewerten.

Der Moderatoreffekt von Religiosität

Es wurde angenommen, dass mit zunehmender Zentralität der Religiosität in der Persönlichkeitsstruktur

der Probanden der negative Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit abnimmt. Der Regressionsrechnung vorgeschaltet ist eine ANOVA, der sich entnehmen lässt, dass die multiple Korrelation statistisch signifikant ausfällt: $F(3,358)=70.699$, $p<.001$.

Die Moderatoranalyse bringt folgende Ergebnisse hervor (Tabelle 7):

Es zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit umso höher ist, je religiöser die Probanden ($r = .133$, $p<.01$) und je niedriger die psychische Beanspruchung ($r = -.595$, $p<.01$). Es handelt sich also um einen einfachen Haupteffekt. Für eine Wechselwirkung derart, dass sich Religiosität nur dann positiv auswirkt, wenn die psychische Beanspruchung hoch ist, gibt es hingegen keine Bestätigung ($r = .006$, ns). Diese Hypothese muss damit zurückgewiesen werden: Religiosität hat keinen moderierenden Einfluss auf den negativen Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit.

Tabelle 7: Moderatoranalyse – Koeffizienten

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
	Religiosität (Z-15)	4,463	1,408	,133	3,170	,002	1,000	1,000
	Psychische Beanspruchung (SCL-27-plus)	-36,135	2,543	-,595	-14,207	,000	1,000	1,000
	Interaktion (Z-15 x SCL-27-plus)	-,311	2,140	-,006	-,145	,885	1,000	1,000

4 Diskussion

Der schwache positive Zusammenhang zwischen den Variablen Lebenszufriedenheit und Religiosität steht im Einklang mit anderen Forschungsergebnissen (vgl. Witter et al., 1985; Zwingmann, 1991) und lässt verschiedene Interpretationen zu. Da Korrelationen nicht kausal interpretiert werden dürfen, ist es zum einen möglich, dass religiöse Menschen zufriedener sind, zum anderen, dass zufriedene Menschen religiöser sind oder aber, dass es eine dritte Variable gibt, die sowohl die Variable Lebenszufriedenheit als auch die Variable Religiosität beeinflusst, z. B. soziale Unterstützung, die Mitgliedern religiöser Gemeinschaften/Gemeinden zuteil wird.

Da amerikanische Gemeinden von ihren Mitgliedern selbst gewählt werden und die Mitgliedschaft mit einem hohen Engagement untereinander verbunden ist (Zulehner & Dez, 1993), sollte der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Religiosität in den USA entsprechend höher sein, wenn soziale Unterstützung als die Variable angenommen wird, die sowohl Lebenszufriedenheit als auch Religiosität positiv beeinflusst. Dies jedoch lässt sich anhand der Daten dieser Studie nicht bestätigen, da Studienergebnisse aus dem angloamerikanischen Sprachraum (Witter et al. 1985, Koenig et al, 2001) Korrelationen in ähnlicher Höhe aufweisen, wie die vorliegende Untersuchung.

Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass Religiosität einen kognitiven Bedeutungsrahmen bietet, durch den Lebensaufgaben, Belastungen oder Krankheiten sinnvoll interpretiert werden können (Brady et al. 1999). Dieser Gedanke deckt sich mit dem des Meaning-based-copings, nach dem religiöses Coping v.a. dann eingesetzt wird, wenn emotionsregulierendes oder problembezogenes Coping nicht wirksam ist (Folkman, 2008).

Der negative Zusammenhang zwischen psychischer Beanspruchung und Lebenszufriedenheit ist inhaltlich nachvollziehbar und stimmt mit den Ergebnissen vieler anderer Studien überein (im Überblick Fahrenberg et al., 2000). Auch hier lässt die Korrelation jedoch keinen kausalen Schluss zu. Es wurde darauf hingewiesen, dass in der Variablen Lebenszufriedenheit Geschlechts-, Alters- und Bildungseffekte auftreten können. Diese wurden allerdings aufgrund der Plausibilität der Hypothese nicht weiter kontrolliert.

Von besonderem Interesse für die vorliegende Untersuchung war die Überprüfung der Hypothese hinsichtlich des moderierenden Effektes der Variable Religiosität. Diese Hypothese musste zurückgewiesen werden. Als Ursache lassen sich sowohl konzeptuelle als auch methodische Probleme anführen. Konzeptuell ist z.B. zu kritisieren, dass in der vorliegenden Studie Religiosität und nicht religiöses Coping erfasst wurde. Ob religiöse Probanden psychische Belastungen besser bewältigen und ob dies, wie postuliert, zu einer höheren Lebenszufriedenheit führt, kann besser durch das Konstrukt des religiösen Coping als durch das Konstrukt der Religiosität operationalisiert werden.

Hier wurde hingegen Religiosität in den fünf von Huber (2003) postulierten Dimensionen (Gottesdienst, Gebet, kognitives Interesse, religiöse Ideologie, religiöse Erfahrung) erfasst. Da Huber von einem konstrukt-psychologischen Modell ausgeht, sollte Religiosität im Leben einer Person, die einen hohen Wert auf der Zentralitätsskala erreicht, von großer Bedeutung sein. Unklar bleibt jedoch, ob die so als religiös charakterisierte Person ihre Religiosität als Bewältigungsressource in schwierigen Lebenssituationen einsetzt. Möglich wäre auch, dass eine durch die Zentralitätsskala als religiös charakterisierte Person z.B. ein sehr negatives Gottesbild hat und aus Skrupel viel betet und den Gottesdienst besucht. Anzunehmen ist, dass eine hohe Ausprägung der Religiosität in diesem Fall eher zu einem Vulnerabilitätsfaktor wird. Genauer ließe sich diese Vermutung durch die Hinzunahme eines Instruments zum religiösen Coping (z.B. RCOPE von Pargament, 1997) prüfen. Es wäre dabei günstig, die Items der amerikanischen Erhebungsinstrumente nicht nur sprachlich, sondern auch kulturell an die europäischen Gegebenheiten anzupassen oder eine hier entwickelte Skala zu verwenden, die zwischen positiven und negativen Aspekten der Religiosität unterscheidet. Aus methodischer Sicht ist der Vergleich von Studien in diesem Bereich grundsätzlich problematisch, da die Ergebnisse nicht nur auf verschiedenen Erhebungsinstrumenten beruhen, sondern sich auch auf unterschiedliche Stichproben (Jugendliche, Alte, Patienten mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen, verschiedene Kulturkreise, etc.) beziehen.

Aus methodischer Sicht muss auch angemerkt werden, dass die Daten für Regressionsrechnungen intervallskaliert und normalverteilt sein sollten. Da hier Selbsterhebungsinstrumente mit Likertskalen verwendet wurden, kann nicht von Intervallskalenniveau ausgegangen werden. Zu der Frage der Normalverteilung des Merkmals Religiosität konnten keine Angaben gefunden werden. Da die Voraussetzungen für Regressionsrechnungen also möglicherweise nicht gegeben sind, wären Gruppenvergleiche als alternative statistische Verfahren in Betracht zu ziehen.

Zusammenfassend kann man Gründe dafür, dass sich Religiosität nicht als Moderatoreffekt nachweisen ließ, in methodischen Problemen suchen, etwa im Untersuchungsdesign, in der Größe der Stichprobe, der Qualität

der Instrumente oder in den statistischen Verfahren. Vielfach wird an den bisherigen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit kritisiert, dass sie eine kausale Interpretation nicht zulassen, andere Variablen nicht kontrolliert wurden und die Operationalisierung sowohl von Lebenszufriedenheit als auch von Religiosität schwierig ist (George et al. 2002; Grom 2002; Murken 1998 a, b).

Es ist gerechtfertigt, auch der vorliegenden Studie diese Mängel anzulasten. Ein Desiderat in der Forschung sind gut überprüfte Messinstrumente, die Aspekte von Religiosität erfassen, die für Menschen in Deutschland, von Bedeutung sind. Dabei scheint es wichtig, auch negative Auswirkungen von Religiosität einzubeziehen. Ein negatives Gottesbild hat sich vielfach als Vulnerabilitätsfaktor erwiesen (Murken, 1998a). Möglicherweise gibt es weitere negative Aspekte, etwa Realitätsflucht oder Krankheitsverleugnung, die bisher kaum berücksichtigt wurden.

Neben einem allgemeinen Maß für Religiosität sollte sich die zukünftige Forschung mit Aspekten des religiösen Copings beschäftigen. Eine deutsche Übersetzung des RCOPE liegt mittlerweile vor. Negative Aspekte der Religiosität erhebt auch der von Huber (2008) entwickelte Religiositäts-Struktur-Test. Darüber hinaus könnte es sinnvoll sein, weitere qualitative Forschungsarbeiten durchzuführen, um wesentliche Faktoren für die Bedeutung von Religiosität zu erfassen bzw. zu überprüfen.

Interessant könnte in diesem Zusammenhang die Forschung zu impliziter Religiosität (Schnell, 2004) sein, die sich für ein sehr breites Konzept individueller Sinnstiftung interessiert. Der aus qualitativen Interviews entwickelte Fragebogen zur Lebensbedeutung (LeBe) erfasst, neben Aspekten mit Transzendenzbezug, beispielsweise positive sinnstiftende Aspekte wie Kreativität und Coping sowie auch einige negative Aspekte wie Opfererleben. Allerdings fand Schnell (2004) ebenfalls nur einen sehr kleinen negativen Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem breiten Konzept von Sinnerfüllung. Vielfach gefordert wurde bereits, komplexere theoretisch begründete Modelle zum Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit zu überprüfen, da einfache Korrelationen nicht ausreichend sind (vgl. Murken, 1998a; Dörr, 2001; Selinger & Straube, 2003; Winter, 2005).

Sinnvoll könnte es ferner sein, zu untersuchen, wie sehr Patienten von spezifischen spirituellen Angeboten profitieren. Denkbar wäre, dass Spiritualität nur dann als Ressource wirkt, wenn sie durch ein spezifisches Behandlungsangebot aktiviert wird (vgl. Schowalter et al., 2003). Bezüglich der Funktion von Religiosität machen sie deutlich, dass nicht selbstverständlich von heilsamem Glauben gesprochen werden kann, wie es in der Praxis häufig zu hören ist und wie es z.T. Forschungsarbeiten aus den USA suggerieren. Der Glaube scheint sich zudem nicht – wie ein Medikament – auf eine einfache Weise als Mittel zum Zweck gebrauchen zu lassen.

Wichtiger als einen Fragebogen zur Religiosität in die Diagnostik einzubeziehen, dürfte darüber hinaus eine Sensibilität von Therapeuten für das Thema Religiosität sein. Denn die Werte, die die Probanden dieser Studie auf der Zentralitätsskala erreichen, weisen darauf hin, dass Religiosität zumindest für einen großen Teil der Untersuchungsteilnehmer, ein bedeutsames Thema ist.

Literaturverzeichnis

Argyle, M. (2000). *Psychology and Religion*. London: Routledge.

- Bahr, S.-J., Maughan, S.-L., Marcos, A.-C. & Li, B. (1998). Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 979–992.
- Batson, C., Schroenade, P. A., Ventis, W. (1993). *Religion and the Individual: A Social-Psychological Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417–428.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American Life. Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cox, H. & Hammonds, A. (1988). Religiosity, aging, and life satisfaction. *Journal of religion and aging*, 5, 1–21.
- Dörr, A. (2001). *Religiosität und psychische Gesundheit: Zur Zusammenhgangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of health and social behaviour*, 32, 80–99.
- Engs, R.-C. & Muller, K. (1999). The effect of religion and religiosity on drug use among a selected sample of post secondary students in Scotland. *Addiction Research*, 7, 149–170.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21 (1), 3–14
- Fromm, E. (1966). *Psychoanalyse und Religion*. Zürich: Diana.
- George, A. S. & McNamara, P.H. (1984). Religion, race and psychological well-being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 23, 351–363.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190–200.
- Grom, B. (2002). *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Hadaway, C.K. (1978). Life satisfaction and religion: A reanalysis. *Social Forces*, 57, 636–643.
- Hadaway, C.K. & Roof, W.C. (1978). Religious commitment and the quality of life in American society. *Review of Religious Research*, 19, 295–307.
- Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *Eur J Pain*, 5: 187–197.
- Hardt, J. (2008). The Symptom-Check-List-27-plus (SCL-27-plus): A modern conceptualization of a traditional screening instrument. *German Medical Science – Psychosoc Med*, 5.
- Hark, H. (1994). Religiöse Neurosen – Neurotisierung durch angstmachende Gottesbilder. In G. Klosinski, (Hrsg.). *Religion als Chance oder Risiko – entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung*. Bern: Huber.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Bd. 9 der Reihe Veröffentlichungen der Sektion Religionspsychologie der deutschen Gesellschaft für Soziologie. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-3-2008-05.html>
- Jung, C.G. (1971). Zur Psychologie westlicher und östlicher Religion. In M. Niehus-Jung (Hrsg.), *Gesammelte Werke*, Band 11. Olten: Walter.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York:

Oxford University Press.

- Maiello, C. (2007). Messung und Korrelate von Religiosität. Beziehung zwischen Glaubensintensität und psychologisch, pädagogisch, soziologisch sowie medizinisch relevanten Variablen. Münster: Waxmann.
- McGuire, M. B. (1981). *Religion, the social context*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company
- Mehmert A. & Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 147–166.
- Meulemann, H. (2001). Religiosität, Anpassungsbereitschaft und Lebenszufriedenheit. Traditionelle und moderne Formen der Bewältigung von Misserfolg und ihr Einfluss auf die Lebenszufriedenheit ehemaliger Gymnasiasten im 43. Lebensjahr. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 21 (3), 227–242.
- Miller, W.R. (1999). *Integrating spirituality into treatment: resources for practitioners*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Moberg, D.O. & Brusek, P.M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life in research. *Social Indicators Research*, 5, 303–323.
- Moser, T. (1976). *Gottesvergiftung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J. & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225–1235.
- Murken, S. (1998a). Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung (Internationale Hochschulschriften 262). Münster: Waxmann.
- Murken, S. (1998b). Hilft die Gottesbeziehung bei der Lebensbewältigung? Eine beziehungstheoretische Analyse. In C. Henning & E. Nestler (Hrsg.). *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie: Bad Boll* Beiträge zur *Religionspsychologie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Murken, S. (2003). Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für die Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In S. Murken, H. Rüdell & U. Laux (Hrsg.), *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge*. CD-ROM Dokumentation der Tagung am 21./22. September 2001 in Bad Kreuznach. Marburg: Diagonal.
- Muthny, F. A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs, Dialyse- und MS-Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42, 41–53.
- Mytko, J. J. & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology*, 8, 439–450.
- Oser, F. & Bucher, A. A. (1988). Religion – Entwicklung – Jugend. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research and practice*. New York: Guilford Press.
- Peterson, L. R. and Roy, A. (1985). Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequences for psychological well-being. *Review of Religious Research*, 27, 49–62.
- Plante, T. G. & Sherman, A. C. (2001). *Faith and health: Psychological perspectives*. New York: Guilford Press.
- Schnell, T. (2004). *Implizite Religiosität – Zur Psychologie des Lebenssinns*. Lengerich: Pabst. Im Internet verfügbar: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973940158> [13.12.2006].
- Schwalter, M., Richard, M., Murken, S., Senst, R. & Rüdell, H. (2003). Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 361–374.
- Selinger, K. & Straube, E. R. (2003). Coping-Funktion religiöser Glaubenssysteme. Bericht aus der Jenen-

- ser „Arbeitsgruppe Religionspsychologie“. In Ch. Henning & Ch. Nestler (Hrsg.) *Konversion. Zur Aktualität eines Jahrhundertthemas* (S. 213–243). Frankfurt a. M.: Lang.
- Weig, W., Linden, M. (2009). *Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Winter, U. (2005). *Der liebe Gott hat es so gewollt. Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention – eine pastoralpsychologische Studie* (Dissertation, Universität Freiburg (CH)). Im Internet verfügbar unter: <http://ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=WinterUC.pdf> [07.07.2006].
- Witter, R.A., Stock, W.A., Okun, M.A. & Haring, M.J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26, 332–342.
- Zimmermann, M. (1995). *Spiritualität und positives Denken: Zwei Lebenskonzepte im Vergleich. Eine empirische Studie*. Frankfurt am Main: Lang.
- Zulehner, P.M. & Dez, H. (1993). *Wie Europa lebt und glaubt*. Düsseldorf: Patmos.
- Zwingmann, C. (1991). *Religiosität und Lebenszufriedenheit. Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*. Regensburg: Roderer.
- Zwingmann, C. H., Moosbrugger, H. & Frank, D. (1991). Religiöse Orientierung und ihre Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 5, 285–294.
- Zwingmann, C. & Moosbrugger, H. (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann.
- Zwingmann, C. (2004). *Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen*. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann, 215–237.

Zu den Autorinnen

Dipl.-Psych. Barbara Heinemann, WWU Münster, Institut für Psychologie in Bildung und Erziehung, Fliednerstr. 21, 48149 Münster.

Kontakt: barbara.heinemann@uni-muenster.de

Dipl.-Psych. Viktoriya Wörmann, WWU Münster, Institut für Psychologie in Bildung und Erziehung, Fliednerstr. 21, 48149 Münster.

Kontakt: vwoer_01@uni-muenster.de