

Raphael M. Bonelli

# Evidenz-basierte Untersuchung der Religiosität in der Psychiatrie

Evidence-based Analysis of Religiosity in Psychiatry

## Zusammenfassung

Diese evidenzbasierte Arbeit untersucht anhand der Datenlage der Jahre 1990 bis 2010 den Zusammenhang zwischen Religiosität und psychische Gesundheit. Dabei wurde ein evidenzbasiertes Selektionskriterium zur Auswahl der weltweit von 1990 bis 2010 durchgeführten Studien gewählt. 72.1 % der eingeschlossenen Studien fanden einen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit, 18.6 % fanden gemischte Resultate und nur 4.7 % berichteten einen negativen Zusammenhang. Nach der internationalen Studienlage gibt es heute eine hohe Evidenz dafür, dass Religiosität bei Depression, Suchterkrankungen und Suizidalität ein protektiver Faktor ist. Das unbelegte Vorurteil, dass Religion psychisch schädlich wäre, muss als unwissenschaftlich zurückgewiesen werden.

**Schlüsselwörter: Religiosität, Depression, Sucht, Suizidalität, Evidenzbasierte Medizin**

## Abstract

The paper examines original research on religiosity published in the top 25 % of psychiatry and neurology journals published in 1990-2010. Among the publications that met evidence-based criteria, 72.1 % found a relationship between level of religious/spiritual involvement and less mental disorder (positive), 18.6 % found mixed results, and 4.7 % reported more mental disorder (negative). All studies on dementia, suicide, and stress-related disorders found a positive association, as well as 79 and 67 % of the papers on depression and substance abuse, respectively. There is good evidence that religious involvement is correlated with better mental health in the areas of depression, substance abuse, and suicide; some evidence in stress-related disorders and dementia; insufficient evidence in bipolar disorder and schizophrenia, and no data in many other mental disorders.

**Keywords: Religiosity, Depression, Addiction, Suicide, Evidence Based Medicine**

Univ.-Doz. Dr.Dr. Raphael M. Bonelli  
Sigmund Freud Universität  
Schnirchgasse 9a, A-1030 Wien  
raphael.bonelli@sfu.ac.at

## Einleitung

Die religiösen und spirituellen Dimensionen sind in der wissenschaftlich-psychiatrischen Forschung der letzten 150 Jahre stark vernachlässigt worden. Im späten 19. Jahrhundert haben Jean Charcot und Sigmund Freud begonnen, Religion mit Hysterie und Neurose zu assoziieren. Damit begann eine Separation des religiösen Erlebens vom psychiatrischen Gesundheitswesen.<sup>1</sup> 1969 resümierte der US-Psychiater Victor D. Sanua den Stand der Forschung folgendermaßen: *“The contention that religion as an institution has been instrumental in fostering general well-being, creativity, honesty, liberalism, and other qualities is not supported by empirical data. [...] there are no scientific studies which show that religion is capable of serving mental health”* – zu Deutsch, es gäbe keine wissenschaftlichen Studien, die zeigen würden, dass Religion der seelischen Gesundheit zuträglich wäre.<sup>2</sup> Das ist auch der Wissensstand einiger Kollegen, die sich seither auf diesem Gebiet nicht mehr weitergebildet haben.

Larson und seine Mitarbeiter begannen in den 1980er und 1990er Jahren, diese Meinung wissenschaftlich zu hinterfragen, indem sie die ersten Analysen („systematische Reviews“) über dieses Thema erarbeiteten, indem sie die vorhandenen Forschungsdaten der quantitativen Studien systematisch verglichen. Die Forschungsgruppe konnte 1986 festmachen, dass nur 2,5% der psychiatrischen Studien den Faktor Religiosität bzw. Spiritualität beinhaltet.<sup>3</sup> Sechs Jahre später publizierten sie eine Analyse aller Publikationen der zwei führenden Journale zwischen 1978 und 1989, in denen sie alle Methoden zur Messung von Religiosität erfassten. Sie fanden in 35 Studien 139 religiöse Parameter. Im Gegensatz zu Sanuas Behauptung zeigte sich aber, dass 72% der Studien eine positive Korrelation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit erhoben, 16% fanden eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit durch Religion und 12% zeigten keine Korrelation.<sup>4</sup> Zwanzig Jahre später sind die Jahre 1990 bis 2010 im Sinne eines evidenzbasierten systematischen

Reviews analysiert worden,<sup>5</sup> diese Ergebnisse sollen in der Folge dargelegt werden.

## Methode

5.200 publizierte Studien mit Originaldaten zu diesem Thema wurden erhoben. Damit bei der Auswahl der Studien kein Bias entsteht, wurden die Arbeiten nach objektiven Kriterien ausgewählt: Nur Studien aus Journalen der obersten 25% des ISI Citation Index 2010 wurden herangezogen, das die 32 bestzitierten psychiatrischen Journals der 126 auf dieser ISI Liste anführte. Interessanterweise haben 13 von diesen 32 Journalen (40,6%) in diesen 20 Jahren keine einzige Studie zu dem Thema zur Publikation zugelassen. Von den verbleibenden 43 Studien wurde die methodische Qualität jeder einzelnen Publikation nach einem standardisierten Verfahren evaluiert.<sup>6</sup> Die jeweiligen Ergebnisse der Studien wurden in sechs Gruppen kategorisiert: KA: keine Assoziation zwischen Religiosität und primärer Endpunkt der Studie; POS: zumindest eine positive Assoziation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit und keine negative; (POS): Trend zur Signifikanz bei positiver Assoziation ( $0,05 < p < 0,10$ ); NEG: zumindest eine negative Assoziation zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit und keine positive; (NEG): Trend zur Signifikanz bei negativer Assoziation ( $0,05 < p < 0,10$ ) und MIX: gemischte Resultate (sowohl positive wie auch negative Assoziationen zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit wurden in der entsprechenden Untersuchung gefunden). Außerdem wurden, wie bei einer evidenzbasierten Analyse üblich, die Grade der Evidenz in vier Kategorien standardisiert: starke Evidenz (mindestens 66% der Studien erzielen dasselbe Ergebnis, darunter mindestens drei Studien mit einem Qualitätsscore  $\geq 6$ ), gewisse Evidenz (mindestens 66% der Studien erzielen dasselbe Ergebnis, darunter mindestens eine Studie mit einem Qualitätsscore  $\geq 6$ ), ungenügende Evidenz (weniger als 66% Übereinstimmung oder keine Studie mit einem Qualitätsscore  $\geq 6$ ), keine Evidenz.

## Analyse der Forschungsergebnisse 1990 bis 2010

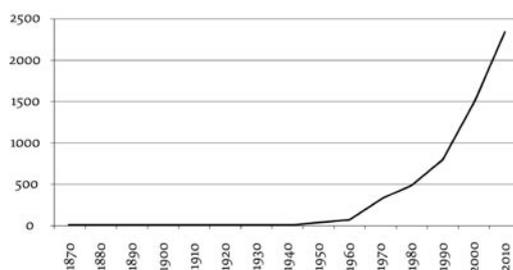
Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der oben beschriebenen Analyse, aufgelistet nach der WHO-Klassifikation der psychischen Krankheiten, der ICD-10, Kapitel V.

	POS	KA	MIX	NEG	Ø QS
<b>F0 Demenz</b>	100	0	0	0	8,50
<b>F1 Sucht</b>	66,7	0	22,2	0	6,78
<b>F2 Schizophrenie</b>	40	11,1	40	20	7,00
<b>F3 Depression</b>	84,2	0	15,8	0	7,14
<b>F3 Suizid</b>	100	0	0	0	8,67
<b>F3 Bipolare Störung</b>	0	0	50	50	5,50
<b>F4 Neurosen</b>	100	0	0	0	6,00
<b>Alle Störungen</b>	74,4	2,3	18,6	4,7	7,05

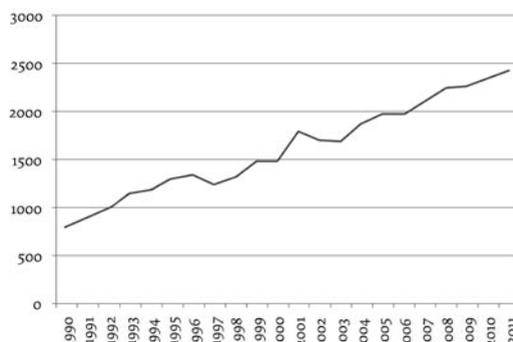
Tab. 1: Resultate nach Diagnosegruppen moduliert nach Bonelli & König 2013 (in %). Abkürzungen: QS Qualitätsscore, POS signifikant positiv, NEG signifikant negativ, KA keine Assoziation, MIX gemischte Resultate

Alle Studien zusammengezählt berichten 74% eine positive Korrelation zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und psychischer Gesundheit, 2% finden keinerlei Korrelationen, 19% zeigen gemischte Resultate (d. h. sowohl positive wie auch negative) und 5% fanden eine negative Korrelation. Anders formuliert zeigen 93% zumindest eine positive Korrelation (POS oder MIX), während 23% zumindest eine negative Assoziation zeigen (NEG oder MIX). Alle Studien über Demenz [F0], Suizid [F3] und Neurose [F4] zeigten einen positiven Einfluss der Religiosität auf die psychische Gesundheit, sowie 79% der Studien über Depression [F3] und 67% der Arbeiten über Suchterkrankungen. Auf der anderen Seite waren die meisten Studien über Schizophrenie [F2] gemischt oder positiv, und die über Bipolare Erkrankungen [F31] gemischt oder negativ.

Qualität und Volumen der psychiatrischen Religiositätsforschung in den letzten 20 Jahren ist kontinuierlich gestiegen. Grafik 1 zeigt die Entwicklung der Publikationen seit 1870, Grafik 2 veranschaulicht die Verdreifachung der Publikationsmenge zwischen den Jahren 1990 und 2010. Statistisch kann ein schwacher Zusammenhang zwischen Publikationsjahr und Qualitätsscore errechnet werden (0,16). Top-Publikationen vor 2000 zeigen einen QS von 6,86; Arbeiten, die zwischen 2000 und 2005 veröffentlicht wurden einen QS von 7,00 und Top-Studien von 2006 bis 2010 einen QS von 7,21. Methodisch sind die Studien über Suizid am hochwertigsten (QS 8,7) gefolgt von denen über Demenz (8,5), Depression (7,1), Schizophrenie (7,0) und Suchterkrankungen (6,8). Die Top-Papers über neurotische Erkrankungen (QS 6,0) und die Bipolare Störung (5,5) hatten eine vergleichsweise niedrige methodische Qualität.



Grafik 1: Entwicklung der Pubmed-Publikationen über Religion, Spiritualität und Gebet 1870 bis 2011



Grafik 2: Verdreifachung der Pubmed-Publikationen über Religion, Spiritualität und Gebet in den Jahren 1990 (n= 794) bis 2011 (n= 2.418)

## Ausgewählte Studien

Aufgrund des hohen Anteils an Top-Studien, die einen ameliorativen Effekt von Religiosität auf die psychische Gesundheit ergeben, sollen in diesem Abschnitt schwerpunktmäßig die Studien mit einem negativen oder gemischten Ergebnis herausgegriffen werden. Das bedeutet nicht, dass diese Studien notwendigerweise methodisch besser sind: Eine statistische Analyse zwischen positiven und nicht-positiven Studien ergab keinen signifikanten Unterschied des Quality Scores. Die Studien sind thematisch nach der ICD-10 Einteilung geordnet.

### Organische psychische Störungen

Zwischen 1990 und 2010 haben zwei Top-Jour-nale religionswissenschaftliche Arbeiten über die ICD-10 Kategorie Foo-F09 Organische psychische Störungen publiziert.<sup>7</sup> Die beiden Arbeiten haben viele Gemeinsamkeiten: Beide untersuchen Patienten mit Alzheimer Demenz [ICD-10 code Foo], beide sind methodisch ausgezeichnet, beide untersuchen primär Religiosität, beide hatten ein prospektives Design, und beide Studien kommen zu einer hohen Korrelation zwischen Religiosität und langsamerem kognitiven Abbau über 12 Monate, gemessen mit dem Mini-Mental State Exam.

### Suchterkrankungen

Neun Top-Studien wurden in die ICD-10 Gruppe der Suchterkrankungen - F10-F19 kategorisiert.<sup>8</sup> In der WHO-Klassifikation werden neun Suchstanzanzen aufgelistet, von denen sechs durch die Studien untersucht werden. Alle Studien untersuchen die Alkoholkrankheit [F10], zwei der Arbeiten ausschließlich,<sup>9</sup> die anderen in Kombination mit anderen Suchtmitteln: Nikotin [F17],<sup>10</sup> Heroin [F11],<sup>11</sup> Marihuana [F12],<sup>12</sup> Kokain [F14],<sup>13</sup> Nikotin [F17],<sup>14</sup> Butangas [F18],<sup>15</sup> Klebstoffschnüffeln [F18],<sup>16</sup> „Substanzabhängigkeit“ im Allgemeinen,<sup>17</sup> und „any contraband drug“ – also illegale Drogen.<sup>18</sup> Drei der neun ICD-Subkategorien wurden nicht untersucht: *Sedativa oder Hypnotika* [F13], *andere Stimulantien*, z. B. *Koffein* [F15] und *Halluzinogene* [F16]. Vier Stu-

dien untersuchen jugendliche Probanden,<sup>19</sup> vier andere Erwachsene<sup>20</sup> und eine untersucht eine geriatrische Population.<sup>21</sup> Zwei Arbeiten basieren auf dem repräsentativen „Virginia Twin Registry“ der USA,<sup>22</sup> die beide verschiedene andere psychiatrische Erkrankungen abfragen. Eine Studie untersuchte ausschließlich weibliche Probanden.<sup>23</sup> Bis auf eine Studie<sup>24</sup> fanden alle eine negative Korrelation zwischen Religiosität und Substanzmissbrauch; eine Studie fand eine negative Korrelation zwischen Religiosität und Substanzmissbrauch, aber nicht mit Alkoholmissbrauch.<sup>25</sup> Alle Studien über Heroin, Marihuana, Kokain, Nikotin, Butangas- und Klebstoffschnüffeln [F11, F12, F14, F17, und F18] fanden einen inversen Zusammenhang zwischen Religiosität und Sucht.

Die einzige Studie in dieser Gruppe, die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Religiosität fand, war die neueste Studie mit der größten untersuchten Population.<sup>26</sup> Sie untersuchte das Alter bei erstem Alkoholkontakt bei Zwillingen und Geschwistern (im Alter zwischen 11 und 21 Jahren), die dieselbe oder eine unterschiedliche Religiosität aufwiesen. Die Autoren fanden, dass das Durchschnittsalter der Gruppe „beide religiös“ mit 14,4 Jahren signifikant höher war als das der Gruppe „beide areligiös“ (13,9 Jahre). Wenn das Geschwisterpaar unterschiedlich religiös war, zeigte sich sowohl beim religiösen als auch beim areligiösen Geschwister ein Durchschnittsalter von 14,2 Jahre für den ersten Alkoholkontakt.

### Psychotische Störungen

Fünf Studien der Religiosität waren im Zusammenhang mit der ICD-10 Gruppe F20-F29 Schizophrenie, Schizotypie und Wahnhafte Störungen zwischen 1990 und 2010 in Top-Journals publiziert worden.<sup>27</sup> Die meisten Studien untersuchten Patienten der gesamten Gruppe [F20-F29], während eine Untersuchung Patienten mit *Akuter und vorübergehender psychotischen Störung* [F23] behandelte.<sup>28</sup> Diese beschrieben, dass „intensive religiöse Erfahrungen“ die Wahrscheinlichkeit für vorüber-

gehende psychotische Episoden erhöhen würde, während die anderen vier Studien ergaben, dass Religiosität mit höherer Compliance und damit besserer Befindlichkeit („well-being“) bei Patienten mit Schizophrenie vergesellschaftet sei. Die Arbeitsgruppe von Moss et al.<sup>29</sup> fand eine längere Verlaufszeit von unbehandelten Psychosen bei protestantischen Sekten verglichen mit unreligiösen Patienten. Eine andere Forschungsgruppe<sup>30</sup> fand eine höhere Rate von Noncompliance in der Gruppe „individuell spirituell, aber nicht konfessionell gebunden“ („spiritual but not collectively practicing“) verglichen mit der Gruppe der Areligiösen und der Gruppe der konfessionell Gebundenen.

### Affektive Störungen

Vierundzwanzig der 43 zwischen 1990 und 2010 publizierten Top-Studien wurden mit Patienten durchgeführt, die in der ICD-Gruppe F30-F39 *Affektive Störungen* kategorisiert sind. Von diesen haben zwei Untersuchungen die Subkategorie F31 *Bipolare Störungen* behandelt,<sup>31</sup> während 19 Studien die Subkategorie F32 *Depressive Episode* oder F33 *Wiederholte Depressive Störung* untersucht haben.<sup>32</sup> Keine einzige Studie in Top-Journalen hat die Subkategorien F30.0 *Hypomanie*, F34 *Persistente affektive Störungen* (i. e. Cyklothymie, Dysthymie, etc.) oder F38 *Andere Affektive Störungen* untersucht. In die Gruppe der affektiven Störungen zählen weiters die Thematik des Suizides, dem 3 Studien gewidmet wurden.<sup>33</sup>

Die beiden Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Bipolarer Störung und Religiosität [F31] hatte den niedrigsten Quality Score aller Gruppen. Die Patientenbefragung von Mitchell und Romans<sup>34</sup> ergab, dass die meisten Patienten einen direkten Zusammenhang zwischen ihrem Glauben und ihrem Umgang mit der Erkrankung sahen. Viele verwendeten ihre Religion als Coping-Strategie gegen die Symptome der Krankheit. Allerdings befand eine signifikante Minderheit der Patienten, dass ihr Glaube sie in Konflikt mit dem Krankheitsverständnis brachten (24%) und vor allem mit dem Rat, den sie vom Psychiater erhielten (19%). Interes-

santerweise fanden Cruz et al.<sup>35</sup> erhöhte Gebetsaktivität bei bipolaren Patienten im Mischzustand und niedrigere Gebetsaktivität bei euthymen Patienten. Depression und Manie hingegen waren nicht mit der Gebetshäufigkeit assoziiert.

Während die Rolle der Religiosität bei der Bipolaren Störung nicht so eindeutig ist, ist sie bei den vorhandenen drei Studien über Religiosität und Suizidalität umso klarer. Umso mehr, als diese Gruppe den höchsten Quality Score aller diagnostischen Gruppen aufwies. Neeleman und Kollegen<sup>36</sup> untersuchten die statistische Korrelation zwischen Suizidtoleranz, Religion und Suizidraten. Sie fanden eine negative Korrelation zwischen Religiosität und Suizidtoleranz (ausgeprägter bei Frauen als bei Männern). Eine höhere Suizidtoleranz war erwartungsgemäß auch mit einer signifikant höheren Suizidrate verbunden. Eine höhere Religiosität, häufigerer Gottesdienstbesuch und religiöse Erziehung waren bei Frauen statistisch mit einer niedrigeren Suizidrate verbunden – allerdings bei Männern nicht. Rasic und Mitarbeiter<sup>37</sup> zeigten, dass 0,47% der religiösen und 0,83% der nicht-religiösen Probanden in den letzten 12 Monaten zumindest einen Suizidversuch unternahmen. Die Faktoren „Sich selbst als spirituell/religiös einordnen“ („Identifying oneself as spiritual“) und „Gottesdienstbesuch“ („religious attendance“) waren bei beiden in dieser Untersuchung mit einer signifikant erniedrigten Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs assoziiert. Die dritte Studie von Dervic et al.<sup>38</sup> zeigte, dass Menschen ohne religiöse Bindung innerhalb ihrer Lebenszeit signifikant mehr Selbstmordversuche unternahmen als Personen, die in einer Glaubensgemeinschaft gebunden sind. Menschen ohne religiöse Bindung empfinden in dieser Untersuchung signifikant weniger Gründe zu leben („reasons for living“) und weniger moralische Hemmungen vor einer Suizidhandlung. Diese Personengruppe weist auch eine höhere Impulsivität und Aggressivität auf und hatte eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Suchterkrankung.

Die Beforschung des Zusammenhangs zwi-

schen Depression und Religiosität ist im Vergleich zu allen anderen Diagnosegruppen schon am weitesten fortgeschritten. Auch zeigt sie als Gruppe einen relativ hohen Quality Score. Elf der 19 Studien untersuchen eine geriatrische Population,<sup>39</sup> vier Untersuchungen behandeln Jugendliche<sup>40</sup> und vier weitere Studien Erwachsene.<sup>41</sup> Vier Studien untersuchen Depressionen bei körperlichen Erkrankungen,<sup>42</sup> zwei weitere untersuchen religiöses Coping bei depressiven Patienten.<sup>43</sup> Zwei Publikationen weisen eine ausschließlich weibliche Population auf<sup>44</sup> und zwei untersuchen die Mutter-Kind-Beziehung bei Depression und Religiosität.<sup>45</sup> Fünf der 19 Studien untersuchen psychiatrische Patienten,<sup>46</sup> zwei davon auf psychiatrischen Institutionen stationär Aufgenommene.<sup>47</sup> Die meisten Studien aber sind repräsentative Querschnittsuntersuchungen über die Prävalenz der Depression. 16 der 19 Studien finden eine statistisch signifikante negative Korrelation zwischen Religiosität und Depression (d. h. weniger Depression bei mehr Religiosität). Die drei übrigen Studien<sup>48</sup> fanden gemischte Resultate, d. h. sowohl positive als auch negative Korrelationen der Depression mit Religiosität.

Zwei der drei Studien mit gemischten Resultaten zeigten eine U-förmige Korrelation, d. h. sehr hohe und sehr niedrige Religiosität war mit einer höheren Depressivität assoziiert. So zeigte sich bei King und Kollegen<sup>49</sup> in ihrer Quer- und Längsschnittsanalyse u. a. mehr Depressivität bei sehr hoher Religiosität verglichen zu hoher Religiosität. Ähnlich fanden Braam und Mitarbeiter<sup>50</sup> u. a. mehr Depressivität bei älteren Niederländern in einem „hyperkonservativen religiösen Klima“. Die dritte Studie mit gemischten Ergebnissen ist von derselben Arbeitsgruppe.<sup>51</sup> In dieser Studie fanden sie signifikant weniger Depressivität bei Gottesdienstbesuchern, aber religiöses Coping war trotzdem mit einer subdiagnostischen Depression vergesellschaftet.

### Neurotische Störungen

Top-Studien, die Religiosität bei den neurotischen Störungen (F40-F48) messen, sind selten und

haben noch dazu einen niedrigen Quality Score. Eine Studie ist F41 (*Andere Angststörungen*) zugeordnet (F41.1 Generalisierte Angststörung<sup>52</sup>) und zwei Untersuchungen wurden für F43 *Anpassungs- und Belastungsstörungen* identifiziert, beide F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung („post traumatic stress disorder“, PTSD).<sup>53</sup> Keine Studie wurde publiziert über Religiosität bei F40 *Phobische Angststörungen*, F42 *Zwangsstörungen*, F44 *Dissoziative Störungen* oder F45 *Somatoforme Störungen*.

Azhar und Mitarbeiter<sup>54</sup> führten eine prospektive, randomisierte kontrollierte Studie bei religiösen muslimischen Patienten mit einer Generalisierten Angststörung durch. Das Studiendesign ist bemerkenswert, auch wenn es einen methodischen Bias enthält. Die Interventionsgruppe erhielt die „religiöse Psychotherapie“ zusätzlich zur konventionellen Psychotherapie und Anxiolytika und hatte so mehr Zuwendung als die Kontrollgruppe. Die Interventionsgruppe war signifikant schneller angstfrei. Dieselbe Arbeitsgruppe<sup>55</sup> verbesserte das Design ein Jahr später (religiöse vs. Konventionelle Psychotherapie) und beobachtete in der „religiösen“ Gruppe nach 6 Monaten ein signifikant besseres Outcome als in der Kontrollgruppe. Eine der interessantesten Studien der letzten 20 Jahre kommt von israelischen Forschern.<sup>56</sup> Die Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass die hochreligiösen jüdischen Bewohner des Gazastreifens am seltensten PTSD-Symptome zeigten, obwohl bei ihnen am meisten traumatisierende Gewalterfahrungen zu explorieren waren. Die säkularen, nicht-religiösen Einwohner von Tel-Aviv hingegen hatten die wenigsten Traumata, aber die meisten PTSD-Symptome. Bei der gemischten Bevölkerung der Westbank waren die PTSD-Symptome invers proportional zur Religiosität.

### Zusammenfassung und Analyse

Die berühmte Larson Arbeit, die die Jahre 1978 bis 1989 analysierte,<sup>57</sup> kommt ungeachtet der methodischen Unterschiede genauso auf über 70% positive Effekte von Religiosität auf die psychische Gesundheit wie die Analyse der 20 Folge-

	<b>Starke Evidenz</b>	<b>Gewisse Evidenz</b>	<b>Ungenügende Evidenz</b>	<b>Keine Evidenz</b>
<b>F0 Demenz</b>		Positiv		
<b>F1 Sucht</b>	Positiv			
<b>F2 Schizophrenie</b>			Widersprüchlich	
<b>F3 Depression</b>	Positiv			
<b>F3 Suizid</b>	Positiv			
<b>F3 Bipolare Störung</b>			Widersprüchlich	
<b>F4 Stress-related (Neurosen)</b>		Positiv		
<b>F4 Zwang</b>				Keine Daten
<b>F4 Angst/ Phobien</b>				Keine Daten
<b>F5 Essstörungen</b>				Keine Daten
<b>F5 Sexualstörungen</b>				Keine Daten
<b>F5 Schlafstörungen</b>				Keine Daten
<b>F6 Persönlichkeitsstörungen</b>				Keine Daten
<b>F7 Geistige Behinderung</b>				Keine Daten
<b>F8 Entwicklungsstörungen</b>				Keine Daten
<b>F9 Kindheit/ Jugend</b>				Keine Daten

Tab. 2: Datenlage der Religiositätsforschung in der Psychiatrie moduliert nach Bonelli & Koenig 2013. *Positiv* = Religiosität mit weniger psychischer Störung assoziiert; *Negativ* = Religiosität mit mehr psychischer Störung assoziiert

jahre.<sup>58</sup> Präziser formuliert finden sich bei 74,4% der publizierten Studien, die nach einer replizier- und kontrollierbaren Methode selektiert wurden (nämlich ausschließlich Originalarbeiten aus den Top 25% der psychiatrischen und neurologischen Journale), eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Religiosität (wie auch immer gemessen) und besserer psychischer Gesundheit.

Tabelle 2 fasst die vorhandenen Forschungsergebnisse nach Evidenzgraden zusammen. Man kann heute mit einem *hohen Evidenzgrad* festhalten, dass bei drei psychiatrischen Diagnosegruppen (Depression, Suchterkrankungen und Suizidalität) eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Religiosität und besserer psychischer Gesundheit besteht. Weiters besteht eine *gewisse wissenschaftliche Evidenz* bei neurotischen Störungen und organischen psychischen Störungen, dass eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Religiosität und

besserer psychischer Gesundheit besteht. *Ungenügende Evidenz* findet sich bei der Bipolaren Störung und beim schizophrenen Formenkreis aufgrund der niedrigen Qualität der wenigen vorliegenden Studien und den widersprüchlichen Ergebnissen. Abschließend gibt es *keine Evidenz* über den Zusammenhang von Religiosität und Essstörungen, Sexualstörungen, Phobien, Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen und dissoziative Störungen, zu mindestens in den Publikationen der wissenschaftlichen Top-Journale der letzten 20 Jahre.

Das Vorurteil, dass Religiosität generell einen negativen Einfluss auf die Psyche hat (Sigmund Freud, Jean Charcot) oder dass keine wissenschaftlichen Studien zeigen würden, dass Religion der seelischen Gesundheit zuträglich wäre (Victor D. Sanua) kann heute getrost als unwissenschaftlich und obsolet beiseitegeschoben werden.

## Referenzen

- 1 Koenig H. G., *Research on religion, spirituality, and mental health: a review*, Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie (2009); 54: 283-91
- 2 Sanua V. D., *Religion, mental health, and personality: a review of empirical studies*, The American journal of psychiatry (1969); 125: 1203-13, S. 1203
- 3 Larson D. B., Pattison E. M., Blazer D. G., Omran A. R., Kaplan B. H., *Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982*, The American journal of psychiatry (1986); 143: 329-34
- 4 Larson D. B., Sherrill K. A., Lyons J. S., Craigie F. C. Jr., Thielman S. B., Greenwold M. A., Larson S. S., *Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989*, The American journal of psychiatry (1992); 149: 557-9
- 5 Bonelli R. M., Koenig H., *Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review*, Journal of Religion and Health (2013); Jun;52(2): 657-73
- 6 Cooper H. M., *The Integrated Research Review: a Systematic Approach*, Sage Publications, Beverly Hills (1984)
- 7 Coin A., Perissinotto E., Najjar M., Girardi A., Inelmen E. M., Enzi G., Manzato E., Sergi G., *Does religiosity protect against cognitive and behavioral decline in Alzheimer's dementia?*, Current Alzheimer research (2010); 7: 445-52
- Kaufman Y., Anaki D., Binns M., Freedman M., *Cognitive decline in Alzheimer disease: Impact of spirituality, religiosity, and QOL*, Neurology (2007); 68: 1509-14
- 8 Blay S. L., Batista A. D., Andreoli S. B., Gastal F. L., *The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population*, The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry (2008); 16: 934-43
- Chi F. W., Kaskutas L. A., Sterling S., Campbell C. I., Weisner C., *Twelve-Step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators*, Addiction (2009); 104: 927-39
- Francis L. J., Mullen K., *Religiosity and attitudes towards drug use among 13-15 year olds in England*, Addiction (1993); 88: 665-72
- Ghandour L. A., Karam E. G., Maalouf W. E., *Lifetime alcohol use, abuse and dependence among university students in Lebanon: exploring the role of religiosity in different religious faiths*, Addiction (2009); 104: 940-8
- Harden K. P., *Does religious involvement protect against early drinking? A behavior genetic approach*, Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines (2010); 51: 763-71
- Kendler K. S., Gardner C. O., Prescott C. A., *Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study*, The American journal of psychiatry (1997); 154: 322-9
- Kendler K. S., Liu X. Q., Gardner C. O., McCullough M. E., Larson D., Prescott C. A., *Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders*, The American journal of psychiatry (2003); 160: 496-503
- Miller L., Davies M., Greenwald S., *Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2000); 39: 1190-7
- Mullen K., Williams R., Hunt K., *Irish descent, religion, and alcohol and tobacco use*, Addiction (1996); 91 243-54
- 9 Ghandour L. A. et al., siehe Ref. 8; Harden K. P., siehe Ref. 8
- 10 Blay S. L. et al., siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al. (1997), siehe Ref. 8
- Mullen K. et al., siehe Ref. 8
- 11 Francis L. J., Mullen K., siehe Ref. 8
- 12 ebd.
- Miller L. et al., siehe Ref. 8
- 13 Miller L. et al., siehe Ref. 8
- 14 Francis L. J., Mullen K., siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al. (2003), siehe Ref. 8
- 15 Francis L. J., Mullen K., siehe Ref. 8
- 16 ebd.
- 17 Chi F. W. et al., siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al., (2003), siehe Ref. 8
- 18 Miller L. et al., siehe Ref. 8
- 19 Chi F. W. et al., siehe Ref. 8
- Francis L. J., Mullen K., siehe Ref. 8
- Harden K. P., siehe Ref. 8
- Miller L. et al., siehe Ref. 8
- 20 Ghandour L. A. et al., siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al. (1997), siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al. (2003), siehe Ref. 8
- Mullen K. et al., siehe Ref. 8
- 21 Blay S. L. et al., siehe Ref. 8
- 22 Kendler K. S. et al. (1997), siehe Ref. 8
- Kendler K. S. et al. (2003), siehe Ref. 8
- 23 Kendler K. S. et al. (1997), siehe Ref. 8
- 24 Harden K. P., siehe Ref. 8
- 25 Chi F. W. et al., siehe Ref. 8
- 26 Harden K. P., siehe Ref. 8
- 27 Borras L., Mohr S., Brandt P. Y., Gillieron C., Eytan A., Huguelet P., *Religious beliefs in schizophrenia: their rele-*

- vance for adherence to treatment, *Schizophrenia bulletin* (2007); 33: 1238-46
- Linden S. C., Harris M., Whitaker C., Healy D., *Religion and psychosis: the effects of the Welsh religious revival in 1904-1905*, *Psychological medicine* (2010); 40: 1317-23
- Mohr S., Brandt P. Y., Borrás L., Gillieron C., Huguelet P., *Toward an integration of spirituality and religiosity into the psychosocial dimension of schizophrenia*, *The American journal of psychiatry* (2006); 163: 1952-9
- Moss Q., Fleck D. E., Strakowski S. M., *The influence of religious affiliation on time to first treatment and hospitalization*, *Schizophrenia research* (2006); 84: 421-6
- Nimgaonkar V. L., Fujiwara T. M., Dutta M., Wood J., Gentry K., Maendel S., Morgan K., Eaton J., *Low prevalence of psychoses among the Hutterites, an isolated religious community*, *The American journal of psychiatry* (2000); 157: 1065-70
- 28 Linden S. C. et al., siehe Ref. 27
- 29 Moss Q. et al. siehe Ref. 27
- 30 Borrás L. et al., siehe Ref. 27
- 31 Cruz M., Pincus H. A., Welsh D. E., Greenwald D., Lasky E., Kilbourne A. M., *The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder*, *Bipolar disorders* (2010); 12: 68-76
- Mitchell L., Romans S., *Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management*, *Journal of affective disorders* (2003); 75: 247-57
- 32 Azhar M. Z., Varma S. L., *Religious psychotherapy in depressive patients*, *Psychotherapy and psychosomatics* (1995); 63: 165-8
- Braam A. W., Beekman A. T., Deeg D. J., Smit J. H., van Tilburg W., *Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands*, *Acta psychiatrica Scandinavica* (1997); 96: 199-205
- Braam A. W., Beekman A. T., van den Eeden P., Deeg D. J., Knipscheer K. P., van Tilburg W., *Religious climate and geographical distribution of depressive symptoms in older Dutch citizens*, *Journal of affective disorders* (1999); 54: 149-59
- Braam A. W., Schrier A. C., Tuinebreijer W. C., Beekman A. T., Dekker J. J., de Wit M. A., *Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: a comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants*, *Journal of affective disorders* (2010); 125: 269-78
- Braam A. W., Van den Eeden P., Prince M. J., Beekman A. T., Kivela S. L., Lawlor B. A., Birkhofer A., Fuhrer R., Lobo A., Magnusson H., Mann A. H., Meller I., Roelands M., Skoog I., Turrina C., Copeland J. R., *Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration*, *Psychological medicine* (2001); 31: 803-14
- Chatters L. M., Bullard K. M., Taylor R. J., Woodward A. T., Neighbors H. W., Jackson J. S., *Religious participation and DSM-IV disorders among older African Americans: findings from the National Survey of American Life*, *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* (2008); 16: 957-65
- Cruz M., Schulz R., Pincus H. A., Houck P. R., Bensaï S., Reynolds C. F. 3rd, *The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression*, *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* (2009); 17: 503-7
- Dew R. E., Daniel S. S., Goldston D. B., McCall W. V., Kuchibhatla M., Schleifer C., Triplett M. F., Koenig H. G., *A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients*, *Journal of affective disorders* (2010); 120: 149-57
- Horowitz J. L., Garber J., *Relation of intelligence and religiosity to depressive disorders in offspring of depressed and nondepressed mothers*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2003); 42: 578-86
- King D. A., Lyness J. M., Duberstein P. R., He H., Tu X. M., Seaburn D. B., *Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders*, *Psychological medicine* (2007); 37: 1807-15
- Koenig H. G., *Religion and depression in older medical inpatients*, *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* (2007); 15: 282-91
- Koenig H. G., Cohen H. J., Blazer D. G., Pieper C., Meador K. G., Shelp F., Goli V., DiPasquale B., *Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men*, *The American journal of psychiatry* (1992); 149: 1693-700
- Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L., *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*, *The American journal of psychiatry* (1998); 155: 536-42
- Koenig H. G., Hays J. C., George L. K., Blazer D. G., Larson D. B., Landerman L. R., *Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms*, *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* (1997); 5: 131-44
- Maselko J., Gilman S. E., Buka S., *Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression*, *Psychological medicine* (2009); 39: 1009-17

- Miller L., Gur M., *Religiosity, depression, and physical maturation in adolescent girls*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002); 41: 206-14
- Miller L., Warner V., Wickramaratne P., Weissman M., *Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997); 36: 1416-25
- Nasser E. H., Overholser J. C., *Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs*, Acta psychiatrica Scandinavica (2005); 111: 125-32
- Pressman P., Lyons J. S., Larson D. B., Strain J. J., *Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips*, The American journal of psychiatry (1990); 147: 758-60
- 33 Dervic K., Oquendo M. A., Grunebaum M. F., Ellis S., Burke A. K., Mann J. J., *Religious affiliation and suicide attempt*, The American journal of psychiatry (2004); 161: 2303-8
- Neeleman J., Halpern D., Leon D., Lewis G., *Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries*, Psychological medicine (1997); 27: 1165-71
- Rasic D. T., Belik S. L., Elias B., Katz L. Y., Enns M., Sareen J., *Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample*, Journal of affective disorders (2009); 114: 32-40
- 34 Mitchell L., Romans S., siehe Ref. 31
- 35 Cruz M. et al., siehe Ref. 31
- 36 Neeleman J. et al., siehe Ref. 33
- 37 Rasic D. T. et al., siehe Ref. 33
- 38 Dervic K. et al., siehe Ref. 33
- 39 Braam A. W. et al. (1997), siehe Ref. 32  
Braam A. W., et al. (1999), siehe Ref. 32  
Braam A. W. et al. (2001), siehe Ref. 32  
Chatters L. M. et al. (2008), siehe Ref. 32  
Cruz M. et al. (2009), siehe Ref. 32  
King D. A. et al. (2007), siehe Ref. 32  
Koenig H. G. (2007), siehe Ref. 32  
Koenig H. G. et al. (1992), siehe Ref. 32  
Koenig H. G. et al. (1998), siehe Ref. 32  
Koenig H. G. et al. (1997), siehe Ref. 32  
Pressman P. et al., siehe Ref. 32
- 40 Dew R. E. et al., siehe Ref. 32  
Horowitz J. L., Garber J., siehe Ref. 32  
Miller L., Gur M., siehe Ref. 32  
Miller L. et al. (1997), siehe Ref. 32
- 41 Azhar M. Z., Varma S. L. (1995), siehe Ref. 32  
Braam A. W. et al. (2010), siehe Ref. 32  
Maselko J. et al., siehe Ref. 32
- Nasser E. H., Overholser J. C., siehe Ref. 32
- 42 Koenig H. G. (2007), siehe Ref. 32  
Koenig H. G., Cohen H. J., Blazer D. G., Pieper C., Meador K. G., Shelp F., Goli V., DiPasquale B. (1992), siehe Ref. 32  
Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L. (1998), siehe Ref. 32  
Pressman P., Lyons J. S., Larson D. B., Strain J. J. (1990), siehe Ref. 32
- 43 Braam A. W., Schrier A. C., Tuinebreijer W. C., Beekman A. T., Dekker J. J., de Wit M. A. (2010), siehe Ref. 32  
Koenig H. G., Cohen H. J., Blazer D. G., Pieper C., Meador K. G., Shelp F., Goli V., DiPasquale B. (1992), siehe Ref. 32
- 44 Miller L., Gur M. (2002), siehe Ref. 32  
Pressman P., Lyons J. S., Larson D. B., Strain J. J. (1990), siehe Ref. 32
- 45 Horowitz J. L., Garber J. (2003), siehe Ref. 32  
Miller L., Warner V., Wickramaratne P., Weissman M., siehe Ref. 32
- 46 Azhar M. Z., Varma S. L. (1995), siehe Ref. 32  
Cruz M. et al. (2009), siehe Ref. 32  
Dew R. E. et al., siehe Ref. 32  
Koenig H. G. et al. (1998), siehe Ref. 32  
Nasser E. H., Overholser J. C. (2005), siehe Ref. 32
- 47 Cruz M. et al. (2009), siehe Ref. 32  
Nasser E. H., Overholser J. C. (2005), siehe Ref. 32
- 48 Braam A. W. et al. (1999), siehe Ref. 32  
Braam A. W. et al. (2010), siehe Ref. 32  
King D. A. et al. (2007), siehe Ref. 32
- 49 King D. A. et al. (2007), siehe Ref. 32
- 50 Braam A. W. et al. (1999), siehe Ref. 32
- 51 Braam A. W. et al. (2010), siehe Ref. 32
- 52 Azhar M. Z., Varma S. L., Dharap A. S., *Religious psychotherapy in anxiety disorder patients*, Acta psychiatrica Scandinavica (1994); 90: 1-3
- 53 Azhar M. Z., Varma S. L., *Religious psychotherapy as management of bereavement*, Acta psychiatrica Scandinavica (1995); 91: 233-5  
Kaplan Z., Matar M. A., Kamin R., Sadan T., Cohen H., *Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience?*, The Journal of clinical psychiatry (2005); 66: 1146-54
- 54 Azhar M. Z. et al. (1994), siehe Ref. 52
- 55 Azhar M. Z., Varma S. L. (1995), siehe Ref. 53
- 56 Kaplan Z. et al., siehe Ref. 53
- 57 Larson D. B. (1992), siehe Ref. 4
- 58 Bonelli R. M., Koenig H., siehe Ref. 5