

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dieter Naber

Religiosität, magisches Denken und paranormale Vorstellungen bei Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Tanja Metscher

aus Berlin

Hamburg 2013

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 12.11.2013

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. S. Moritz

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Lambert

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. D. Naber

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1 Angststörungen.....	8
2.1.1 Klassifikation und Erscheinungsformen.....	9
2.1.2 Prävalenz und Verlauf.....	10
2.1.3 Ätiologische Aspekte – Befunde und Modelle.....	11
2.1.4 Komorbidität.....	12
2.1.5 Therapie der Angststörungen.....	12
2.2 Zwangsstörungen.....	13
2.2.1 Klassifikation und Erscheinungsformen.....	14
2.2.2 Prävalenz und Verlauf.....	16
2.2.3 Ätiologische Aspekte – Befunde und Modelle.....	16
2.2.4 Komorbidität.....	21
2.2.5 Therapie.....	21
2.3 Religiosität, magisches Denken und paranormale Vorstellungen.....	22
2.3.1 Einführung.....	22
2.3.3 Religiosität und psychische Gesundheit.....	26
2.3.4 Religion und Zwang.....	28
2.3.5 Religiosität und Angst.....	30
2.3.6 Religiöses Coping.....	31
3 Methodik.....	32
4 Ergebnisse.....	40
5 Diskussion.....	45
6 Abbildungsverzeichnis.....	59
7 Literaturverzeichnis.....	59
8 Danksagung.....	75
9 Lebenslauf.....	76
10 Eidesstattliche Erklärung.....	76

Zusammenfassung

Der Einfluss von Religion, Religiosität und Spiritualität und magischem Denken auf die psychische Gesundheit rückte in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr ins Forum des wissenschaftlichen Interesses. Trotz zahlreicher Arbeiten zu dem Thema wurde der Zusammenhang zwischen Religiosität und Angst- und Zwangsstörungen bislang eher seltener untersucht und empirische Zusammenhänge sind rar.

Die vorliegende Studie untersucht Unterschiede in Bezug auf Religiosität und Spiritualität und magisches Denken und paranormale Vorstellungen bei Patienten mit Angst- ($n=36$) und Zwangsstörungen ($n=49$) und gesunden Kontrollpersonen ($n=35$). Die Ergebnisse lassen vermuten, dass negatives religiöses Coping der einzige Parameter ist, der unter den Zwangs- und Angstpatienten signifikant stärker ausgeprägt war als unter den gesunden Probanden. Die Durchführung einer logistischen Regression lässt ebenfalls vermuten, dass negatives religiöses Coping den stärksten Prädiktor für eine Zugehörigkeit zur nicht-gesunden Gruppe darstellt. Die weiteren Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede von anderen Merkmalen von Religiosität und Spiritualität, magischem Denken und paranormalen Vorstellungen zwischen den Gruppen. Diese Studie unterstreicht die wichtige Rolle des negativen religiösen Copings bei Angst- und Zwangsstörungen, wenn auch von keinen kausalen Zusammenhängen ausgegangen werden kann.

1 Einleitung

„The old question of whether religion is right or wrong, and whether it is the cause or remedy for mental disease, has proved fruitless.“ (Schumaker, 1992, S. 40)

Religiosität ist ein komplexes System. Sie stellt dem Menschen einen möglichen Orientierungs- und Verständnisrahmen für den Kosmos, den Platz des Menschen in dieser Welt, seine Vergangenheit und Zukunft zur Verfügung. Heute leben wir, vor allem in Europa, in einer Gemeinschaft religiösen Pluralismus, bei dem das Zusammentreffen unterschiedlicher Religionen und Praktiken nicht nur durch die vielfältigen Migrationsströmungen, sondern auch durch die religiöse Meinungsfreiheit unvermeidlich ist. Unterschiedliche Weltanschauungen, Glaubenssysteme und auch Vorstellungen zu Krankheits- und Behandlungsmodellen können häufig zu Problemen im therapeutischen Prozess führen. Menschen unterschiedlicher Religionen können unterschiedliche Praktiken und Coping-Mechanismen in der Bewältigung schwieriger Situationen aufweisen.

Die Relation zwischen Religion und Gesundheit rückt in den letzten Jahren verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Wissenschaft. Besonders die Rolle der Religion, Religiosität und Spiritualität in Bezug auf psychische Gesundheit ergibt eine interessante Fragestellung, vor allem in Hinblick auf den Therapieprozess und -erfolg bei verschiedenen psychischen Erkrankungen. Viele Studien deuten darauf hin, dass es zwischen den einzelnen Variablen überzufällige Zusammenhänge gibt. So konnte verschiedentlich ein positiver Einfluss von Religiosität auf subjektives Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit gemessen werden (Ellison, 1991; Koenig, 1998; Park et al., 2011). Ebenso konnte gezeigt werden, dass Religiosität und Spiritualität invers mit der Prävalenz einiger psychischer Störungen vorkommen (Chatters, 2008; McCullough & Larson, 1999; Moreira-Almeda et al., 2006) und besonders in Bezug auf Depressionen (Koenig, 1998; McCullough & Larson, 1999, Miller et al., 2012) und Suizidalität (Sisak et al., 2010) einen protektiven Effekt zu haben scheinen. Auch deuten einige Studien darauf hin, dass Religiosität oder die Einbindung in ein religiöses Netzwerk einen Puffer bei Stress darstellen könnten (Shreve-Neiger et. al, 2004; Ellison, 1991). Allerdings legen andere Studien nahe, dass besonders für den Bereich der Angststörungen Freuds These, dass Angst durch negative religiöse Konflikte entstehe,

eventuell zutreffend sein könnte (Trenholm et al., 1998). Auch gibt es Verfechter der Annahme, dass Religion und Wahn wesensverwandt seien (McKay, 2004).

In der vorliegenden Arbeit wird besonderes Augenmerk auf die Beziehung zwischen Religiosität, Spiritualität und magischem Denken und Angst- und Zwangsstörungen gelegt, da diese in der bisherigen Literatur weniger intensiv als andere psychische Störungsbilder untersucht wurden und die bislang vorliegenden Ergebnisse teilweise kontrovers scheinen.

Den Angststörungen, die zum Symptomenkreis der Neurotischen Störungen laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10 (ICD – 10 - GM, Version 2011, Systematisches Verzeichnis: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – Deutsche Modifikation) gehören, und in vielen verschiedenen Formen vorkommen können, ist gemein, dass die Betroffenen übermäßig starke Ängste haben vor Situationen oder Objekten, vor denen Menschen ohne Angststörung keine oder in weit geringerem Ausmaß Angst oder Furcht empfinden können. Die Angstsymptome sind unter anderem gekennzeichnet durch ein qualvolles Gefühl der inneren Unruhe und einer Aktivierung des sympathischen Anteils des vegetativen Nervensystems, was den Betroffenen in höchste Alarmbereitschaft versetzt.

Das Störungsbild der Zwangsstörung ist geprägt durch immer wiederkehrende, unangenehme Gedanken oder Impulse, die sich in Handlungen entladen können, zu deren Ausführung die Betroffenen sich gezwungen fühlen, um die dringhaften Gedanken abzuwehren oder ungeschehen zu machen. Die Gedanken werden von den Patienten als eigene erkannt, wenngleich sie inhaltlich dem Betroffenen auch als fremd vorkommen, was mit einem enormen Leidensdruck und einer starken Alltagseinschränkung verbunden sein kann.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Ermittlung der Beziehung von Spiritualität, magischem Denken und paranormalen Vorstellungen und religiösem Coping bei Patienten mit Angst- oder Zwangsstörung und des Einflusses der Religiosität und Spiritualität auf den späteren Therapieerfolg. Dazu wurden anhand einer prospektiven Studie psychopathologische Interviews mit Patienten zu drei Zeitpunkten durchgeführt, zu denen Fragebögen bezüglich Religiosität, Spiritualität und magischem Denken von den Patienten ausgefüllt wurden. Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe mit gesunden Probanden rekrutiert und untersucht.

Diese Arbeit beginnt mit einem theoretischen Überblick zur Angst- und Zwangserkrankung. Sowohl epidemiologische Aspekte als auch Klassifikation und Symptomatik werden beschrieben. Kognitive Aspekte der Angst- und Zwangsstörungen werden ebenfalls betont. Ebenso werden aktuelle Forschungsergebnisse zur Relation zwischen Angst und Zwang und Religiosität, Spiritualität und magischem Denken dargestellt, bevor auf die anschließende Beschreibung des methodischen Vorgehens in der Studie die Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse folgt.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit befasst sich zunächst mit einem kurzen Überblick über die Klassifikation und Symptomatik, Ätiologie, Prävalenz, Komorbidität und Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Ebenso wird auf die kognitiven Aspekte der Störungsbilder eingegangen. Die Angststörungen werden in ihrer Vielfältigkeit kurz dargestellt, bevor detaillierter auf die Zwangsstörungen eingegangen wird. Im Anschluss gibt die vorliegende Arbeit eine Definition von Religiosität, magischem Denken und paranormalen Vorstellung. Auf die allgemeine Einführung folgen eine Diskussion und Erläuterungen der momentanen Forschungsergebnisse.

2.1 Angststörungen

Angst ist ein ubiquitär menschliches Phänomen des unbestimmten und qualvollen Gefühls der Beengung, Furcht und inneren Unruhe mit großer evolutionsbiologischer Bedeutung. Entwicklungsgeschichtlich hat die Angst eine wichtige Funktion als ein den Menschen schützender Mechanismus, der eine rasche körperliche und seelische Anpassung in Gefahrensituationen ermöglicht. Diese Reaktion wurde von dem amerikanischen Physiologen Walter Cannon (1927) als „fight-or-flight“-Reaktion bezeichnet. Im Mittelpunkt der Physiologie der Angstreaktion steht das limbische System. Über die Sinnesorgane gelangen dorthin Informationen, wo eine emotionale Bewertung dieser stattfindet. Das limbische System ist ebenso für die Motivationskontrolle des Verhaltens zuständig und kann als funktioneller Rückkopplungskreis phylogenetisch alter Hirnstrukturen zur Verarbeitung von Emotionen angesehen werden, der über Verbindung zum Hypothalamus die funktionelle Verknüpfung der emotionalen Empfindungen mit der körperlich-vegetativen und hormonellen emotionalen Reaktion vermittelt. In Stressreaktionen aktiviert der Hypothalamus einerseits den Sympathikus, der eine Erhöhung der Herzfrequenz, des Blutdrucks und der Atemfrequenz bewirkt und ebenso den Muskeltonus erhöht. Diese Veränderungen dienen als Kraftreserve, die die Energie für ein überlebenssicherndes Verhalten, das der Stress-Situation angemessen ist, liefert. Der Körper ist dadurch sowohl zum Kampf („fight“) als auch zur Flucht („flight“) fähig. Neben der raschen Aktivierung des Sympathikus ist der Hypothalamus auch Ausgangspunkt einer Kaskade von Hormonen (Liberine, z.B. TRH, CRF), die in der nachgeschalteten Hypophyse die Freisetzung anderer entsprechender Hormone (Tropine, z.B. TSH, ACTH) bewirken.

Bowlby bezeichnet Angst als eine natürliche Disposition des Menschen, wobei sich gesunde Ängste von pathologischen unterscheiden lassen (Hoffmann et al., 2004). Gesunde Ängste entstehen durch real bedrohliche Auslöser, z.B. Feuer in der Wohnung oder Angst vor einer bevorstehenden, komplikationsreichen medizinischen Behandlung. Daneben gibt es allerdings auch Ängste, bei denen die Angstreaktion unangemessen gegenüber dem Auslöser ist oder objektiv durch keine bedrohliche Situation ausgelöst wird. Diese pathologischen Ängste werden, wenn sie kumulieren, unter dem Begriff der Angststörungen zusammengefasst.

2.1.1 Klassifikation und Erscheinungsformen

Die Angststörungen gehören zum Symptomenkreis der Neurotischen Störungen und werden in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10 (ICD – 10 - GM, Version 2011, Systematisches Verzeichnis: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – Deutsche Modifikation) im Kapitel V unter F40.- und F41.- zusammengefasst. Es wird eine Untergliederung der Angststörungen in verschiedene Subtypen vorgenommen. Dazu gehören die phobischen Störungen (F40.-), eine Gruppe von Störungen, bei der Angst überwiegend durch eindeutig definierte und eigentlich ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen wird. Eine Phobie ist durch verschiedene Charakteristika gekennzeichnet: Die Entstehung der Angst ist an ein reales Objekt oder eine reale Situation gebunden, z.B. Angst vor dem Fliegen oder Ekel vor Spinnen. Die Angst ist in Bezug auf den Angstauslöser unrealistisch und kann nicht durch Vernunft erklärt oder durch den Willen des Patienten beseitigt werden (Martin, 2003). Schließlich führt die Angst durch Vermeidung zu einer nennenswerten Einschränkung des täglichen Lebens. Die Begrenztheit auf einen oder mehrere umschriebene Angstauslöser grenzt die phobische Störung von den anderen Angsterkrankungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung) ab. Die klinisch bedeutsamsten Phobien sind die Agoraphobie (Furcht vor einer Situation der Hilflosigkeit in der Öffentlichkeit) und die soziale Phobie (Angst vor sozialen Interaktionen, in denen die Patienten eine negative Bewertung durch andere befürchten), auf die im begrenzten Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht näher eingegangen wird.

Eine weitere Art der Angststörungen ist die Panikstörung (F41.0). Die Panikstörung ist definiert durch immer wiederkehrende Angstanfälle, die gekennzeichnet sind durch ein massives, plötzlich und ohne erkennbaren Auslöser einsetzendes Gefühl von Bedrohung und Angst (Martin, 2003), welches sich in vielen vegetativen Symptomen äußert, wie Atemnot,

Schweißausbrüche, Zittern, Herzrasen, Schwindel u.a., deren Wahrnehmung oft im Vordergrund steht und die bereits 1895 von Freud, damals noch unter dem Begriff der Herzneurose, geschildert wurden (Freud, 1895/1977). Pathognomonisch bei der Panikstörung ist die Phobophobie, die Angst vor der Angst, also eine Erwartungsangst vor der nächsten Panikattacke, welche den Patienten in seinem alltäglichen Leben enorm einzuschränken vermag. Im Rahmen einer Panikattacke kommt es häufig zu Hyperventilationsabläufen (Hyperventilationstetanie), welche durch eine massiv verstärkte Atmung zu einer respiratorischen Alkalose des Blutes führen und darüber tetaniforme Krämpfe, insbesondere der Hände auslösen können.

Die generalisierte Angststörung (F41.1) ist geprägt durch einen kontinuierlichen Angstzustand unterschiedlicher Intensität, wobei der Patient von einem ständigen Gefühl innerer Unruhe und anhaltender Besorgnis über die verschiedensten Dinge, wie z.B. das Wohl der eigenen Familie oder finanzielle Sorgen, geplagt ist. Das Leitsymptom ist die anhaltende Angst, die im Gegensatz zur Panikstörung weder in Attacken verläuft noch wie bei der phobischen Störung durch spezifische Situationen oder Objekte ausgelöst wird. Freud bezeichnete diese Form der Angst als frei flottierende Angst (Freud, 1933 (1996)) welche im ICD-10 als chronische Anspannung und Unfähigkeit zur Entspannung beschrieben wird und welche im Vergleich zu den anderen Angststörungen häufiger zu Chronifizierung neigen kann (Hoffmann et al., 2004).

2.1.2 Prävalenz und Verlauf

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 13 – 28,8 % gehören die Angststörungen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (Martin, 2003; Kessler et al., 2005; Leray et al., 2010). Insgesamt gibt es eine deutliche Geschlechterverteilung. Frauen erkranken ca. 1,5-2,3mal häufiger an einer Angststörung als Männer (Dekker et al., 2008) mit Ausnahme der sozialen Phobie. Das mittlere Erkrankungsalter für Angststörungen beträgt ca. 22 Jahre (Kessler et al., 2005). Zum spontanen Verlauf von Angststörungen gibt es insgesamt wenig günstige Ergebnisse. Vor allem die Folgen der Angsterkrankung begünstigen einen negativen Verlauf. Soziale Deprivation und vor allem die „Angst vor der Angst“, die Phobophobie oder Erwartungsangst, die mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten einhergehen kann, können die Prognose verschlechtern.

Psychosoziale Faktoren, wie z.B. Familienstand, Wohnort, Bildungsstatus und Berufstätigkeit, sind ebenso mit dem Auftreten von Angststörungen assoziiert (Dekker et al., 2008).

Getrennte, verwitwete, aber auch frisch verheiratete Personen weisen ein höheres Risiko auf. Ebenso machen sowohl das Leben in großen Städten, ein niedriges Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit das Auftreten von Angststörungen wahrscheinlicher.

2.1.3 Ätiologische Aspekte – Befunde und Modelle

Im Vordergrund der Ätiologie von Angsterkrankungen stehen lerntheoretische und psychodynamische, genetische sowie neurobiologische Modellvorstellungen.

Lerntheoretische Aspekte: Besonders im Rahmen der phobischen Störungen hat sich die klassische Konditionierung als Lernmodell hervorgetan. Durch das Auslösen bedingter Reflexe oder Stimuli kann eine situationsbedingte Angst erzeugt werden. Auch spielt die operante Konditionierung eine Rolle (Wittchen & Hoyer, 2006), hierbei erwähnenswert das 2 Faktoren - Modell der Angst nach Mowrer. Verhaltenstherapeutisch werden disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren unterschieden. Disponierende Faktoren können hierbei sowohl genetische als auch biografische Bedingungen sein oder aber auch Lernprozesse, z.B. in Form des Modelllernens. Auslösende Faktoren können belastungsreiche Lebensabschnitte sein und als aufrechterhaltende Faktoren sind vor allem Vermeidungsverhalten und ängstliche Selbstbeobachtung zu nennen. Auch das Zusammenspiel zwischen psychischen und körperlichen Aspekten kann zu einer gegenseitigen Verstärkung führen. Bestimmte Gedanken, z.B. Angst oder körperliche Veränderungen, bewirken bei dem Betroffenen körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen. Dies führt zu einer verstärkten Selbstbeobachtung und Fehlinterpretation (kognitive Fehlattribution) einer möglichen drohenden Gefahr, z.B. eines Herzinfarkts. Diese subjektiv wahrgenommene Gefahr verstärkt das Angstgefühl, welches wiederum stärkere körperliche Symptome bewirkt. Dadurch entsteht ein „circulus vitiosus“, ein Teufelskreis, welcher zu einer Zunahme der Angstsymptomatik führt.

Neurobiologische Aspekte: Verschiedene Zentren im Hirnstamm sind in der Regulation der Angst involviert. Eine zentrale Stellung nimmt das limbische System ein, welches eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung von Emotionen und Triebverhalten spielt (Shin & Liberzon, 2010). Die Amygdala als Teil des limbischen Systems scheint besonders wichtig bei der Entstehung von Angst zu sein (Charney, 2003; Hariri & Whalen, 2011). Sie spielt auch eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren, da sie externe Impulse verarbeitet und in Regelkreisen mit dem Hypothalamus die vegetative Antwort darauf einleitet. Bei

Angstpatienten konnten teilweise höhere Aktivitäten in der Amygdala im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen nachgewiesen werden (Etkin&Wager, 2007). Im Rahmen von Angsterkrankungen sollten auch der Locus coeruleus als Ursprungsort noradrenerger Neurone und die Raphekerne als Ursprungsort serotonerger Neurone benannt werden. Eine Dysfunktionalität bestimmter Transmittersysteme und damit im Zusammenhang stehende neuroendokrine Veränderungen scheinen die Modellvorstellungen zu ergänzen. Eine besondere Bedeutung hat hier das GABA-System. γ -Aminobuttersäure (GABA) ist der wichtigste inhibitorische Transmitter im zentralen Nervensystem und ist besonders für seine anxiolytischen, also angstlösenden Effekte bekannt. Hervorzuheben ist dabei der medikamentöse Einsatz der Benzodiazepine zur Beruhigung und Angstlösung, die ebenfalls über GABA-Rezeptoren wirken. Eine andere Medikamentenklasse, die einen weiteren wichtigen Transmitter der Angstentstehung aufzudecken scheint, ist die der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), welche teilweise zur Behandlung von Angsterkrankungen eingesetzt werden und deren Wirkung darauf hindeutet, dass auch Serotonin als Neurotransmitter eine Rolle in der Genese von Angststörungen spielt. Ebenso werden in letzter Zeit verstärkt genetische Komponenten diskutiert (Kalueff, 2007; Norrholm & Ressler, 2009).

2.1.4 Komorbidität

Angsterkrankungen treten oft in Verbindung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf (Lamers et al., 2011). Häufig kann zusätzlich zu einer Panikstörung oder einer generalisierten Angststörung eine Depression vorliegen. Ebenso können bei einer Vielzahl der Patienten ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen auftreten (Smith & Book, 2010). Klinische Bedeutung kommt auch der Kombination verschiedener Angststörungen untereinander zu (Möller et al., 2009; Hoffmann et al., 2004).

2.1.5 Therapie der Angststörungen

Die Therapie der Angststörungen richtet sich generell nach der Art und Ausprägung der im Vordergrund stehenden Angst. Es gibt sowohl pharmakologische als auch psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten.

Besonders hervorzuheben sind hierbei verhaltenstherapeutische Verfahren, die vor allem bei phobischen Erkrankungen erfolgsversprechend scheinen. Die kognitive Verhaltenstherapie, welche bei vielen verschiedenen Formen der Angststörung angewandt wird (Hoffmann et al., 2008), versucht fehlerhafte und eingefahrene Muster zu korrigieren.

Dem Patienten wird vermittelt, welche speziellen Denkabläufe seine Angst aufrecht erhalten und zur Ausweitung dieser beitragen. Die kognitive Therapie dient der Informierung des Patienten über die Entstehung von Ängsten und deren Folgen. Bei phobischen Störungen werden vor allem die systematische Desensibilisierung und die Reizüberflutung angewandt. Bei der systematischen Desensibilisierung erfolgt die Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus zunächst in der Vorstellung und später auch in der Realität (Habituationstraining). Bei der „Flooding“-Therapie, auch Reizüberflutung, wird der Patient sofort mit einer Situation konfrontiert, die maximale Angst in ihm auslöst. Der Betroffene muss so lange in der Situation verharren, bis ein Abklingen der Angst erreicht wird.

Da der Zustand der Entspannung Angst ausschließt, sind Entspannungsverfahren ebenso in der Therapie indiziert: autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen und Biofeedback (Borkovec & Costello, 1993).

Neben den verhaltenstherapeutischen Verfahren gibt es als weitere nichtpharmakologische Therapiemöglichkeiten aufdeckende tiefenpsychologisch-orientierte Verfahren, mit denen versucht wird, den der Angstsymptomatik zugrunde liegenden Konflikt zu bearbeiten. Dies scheint besonders bei generalisierten Angststörungen etabliert zu sein (Möller et al., 2009).

In der Pharmakotherapie werden Antidepressiva und vorübergehend Benzodiazepine eingesetzt (Baldwin et al., 2007). In der Therapie der Agoraphobie und der Panikstörung werden die besten Ergebnisse mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SSNRI) erreicht. Bei sozialen Phobien ist außerdem der Einsatz eines Monoaminoxidase-Hemmers (MAO-Hemmer) zu erwägen (Scherer et al., 2002). Besonders bei akuter Symptomatik ist auch eine Behandlung mit schnellwirksamen Benzodiazepinen sinnvoll. Allerdings sollte dabei stets das Abhängigkeitspotential bedacht werden.

Unterschiedliche Studien zeigen die beste Wirksamkeit für eine Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (Scherer & Kuhn, 2002).

2.2 Zwangsstörungen

Ebenso wie die Angst, sind auch Zwänge allgegenwärtig. Sie dienen evolutionsbiologisch nicht nur dem Versuch der Ordnung oder Strukturgebung, sondern kommen auch in unserem alltäglichen Leben vor und treten innerhalb der normalen psychischen Funktionen

und Entwicklung auf. Allerdings können sich Zwangsphänomene quantitativ zu einer neurotischen Störung, nämlich der Zwangsstörung organisieren, welche sich in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gliedern lässt und für die betroffenen Patienten mit einem enormen Leidensdruck und einer starken Einschränkung des Alltags verbunden sein kann.

2.2.1 Klassifikation und Erscheinungsformen

Laut ICD-10 wird die Zwangsstörung (F42.-) als eigenständiges Krankheitsbild definiert, bei welchem das zentrale Symptom in einem Gefühl subjektiven Zwangs besteht, bestimmte Gedanken denken und bestimmte Handlungen tun zu müssen. Ebenso wie die Angststörung gehört die Zwangsstörung zu den Neurotischen Störungen, wobei die Klassifikation der Zwangsstörung zur Zeit noch immer kontrovers diskutiert wird und die Frage noch nicht geklärt ist, ob Zwangsstörungen nur eine besondere Art von Angststörung sind, wie es im englischsprachigen Raum weit verbreitet ist und wie es die Klassifikation des DSM-IV vorsieht (Nelson et al., 2006; Hollander et al., 2007; Stein, Fineberg, 2010). Wie bereits erwähnt, erfolgt nach ICD-10, welche die Zwangsstörung von den Angststörungen abgrenzt, eine Unterteilung in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, welche im Folgenden etwas ausführlicher beschrieben werden.

Zwangsgedanken

Als Zwangsgedanken werden sich immer wieder aufdrängende, jedoch als unsinnig erkannte Denkinhalte beschrieben. Diese können die Form von zwanghaften Ideen, bildhaften Vorstellungen oder Zwangsimpulsen annehmen, die für die betroffene Person als quälend empfunden werden (ICD – 10 - GM, Version 2011, Systematisches Verzeichnis: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification). Im Gegensatz zu psychotischen Störungen werden die Gedanken als die eigenen erkannt, wenn sie dem Betroffenen auch als fremd oder unerwartet vorkommen. Man spricht hierbei auch von „ego-dystonen“ Gedanken. Sehr häufig sind z.B. immer wiederkehrende Zweifel, ob eine bestimmte Handlung tatsächlich ausgeführt wurde, wie beispielsweise, ob der Betroffene die Haustür abgeschlossen hat. Ebenfalls leiden Zwangspatienten häufig unter dem ständigen Gedanken verschmutzt oder mit bestimmten Krankheitserregern kontaminiert zu sein, was sich dann in eine Zwangshandlung, wie z.B. exzessives Händewaschen, steigern kann. Sehr belastend können für die Patienten auch als unangemessen empfundene sexuelle oder aggressive

Vorstellungen sein (Zwangsimpulse). Es sind Gedanken und Gefühle, einen anderen verletzen, angreifen oder gar töten zu müssen, was im Betroffenen große Angst und Unruhe auslösen kann und häufig zu neutralisierendem Verhalten führt um diese „bösen“ Gedanken wiedergutzumachen.

Zwangshandlungen

Zwangshandlungen sind definiert als Handlungen, die zwanghaft gegen oder ohne den Willen des Betroffenen ausgeführt werden. Beim Versuch der Unterlassung dieser Handlungen treten bei den Betroffenen Angst und Anspannung auf. Die Handlungen, die in der Regel immer in gleicher Weise ausgeführt werden müssen, werden im Allgemeinen vom Patienten als sinnlos empfunden. Ein Beispiel für eine solche Zwangshandlung wäre das wiederholte Kontrollieren des ausgeschalteten Herdes. Weitere Beispiele wären Waschzwang, zwanghaftes Nachfragen oder auch Zählzwang. Die Durchführung der Handlung führt zu einer kurzfristigen Spannungsreduktion. Versucht der Patient allerdings sich dem zu widersetzen, treten massive innere Anspannung und Angstzustände auf. Häufig scheinen Zwangshandlungen mit magischem Denken verbunden zu sein (Shafran et al., 1996; Lee et al., 2005). So können die Betroffenen denken, dass sie durch das wiederholte Durchführen von Handlungen bestimmte als katastrophal bewertete Konsequenzen abwenden können. Magische Rituale sollen das Böse bannen, welches durch das eigene Denken oder Handeln heraufbeschwört werden kann.

Nach ICD – 10 müssen sowohl Zwangshandlungen als auch –gedanken mindestens zwei Wochen an den meisten Tagen nachweisbar sein, sodass eine Zwangserkrankung diagnostiziert werden kann (ICD – 10 - GM, Version 2011, Systematisches Verzeichnis: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – Deutsche Modifikation).

Charakteristisch für das Phänomen des Zwangs, dass sich für die unterschiedlichen Subtypen als gemeinsamer Nenner erweist, ist, dass der Patient sich intensiv, aber zumeist erfolglos gegen die als aufgezwungen empfundenen Gedanken und Handlungsimpulse wehrt. Die Zwangsinhalte werden jedoch als im Menschen selbst entstanden gewertet und nicht wie beim Wahn, wie er bei psychotischen Erkrankungen auftritt, projektiv in die Außenwelt verlagert. Gleichzeitig besteht allerdings ein ausgeprägtes Fremdheitsgefühl der Symptomatik gegenüber (Ich-Dystonie).

2.2.2 Prävalenz und Verlauf

Die Lebenszeitprävalenz von Zwangsstörungen liegt weltweit bei circa 2 – 4% (Rasmussen, 1986; Geffken et al., 2006; Torres, 2006; Möller, 2009), wobei sich die Prävalenzraten in Europa, Amerika und Asien nicht wesentlich voneinander unterscheiden (Raphael et al., 1996; Siev & Cohen, 2007). Die Krankheit beginnt meist im frühen Erwachsenenalter. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Der Verlauf von unbehandelten Zwangsstörungen ist meist chronisch, wobei die Ausprägung der Symptome schwanken kann. Sozialer Rückzug und Isolation können häufige Folgen sein.

2.2.3 Ätiologische Aspekte – Befunde und Modelle

Genetik: Eine gewisse Vererblichkeit der Zwangsstörung wird in der Forschung schon lange diskutiert. Nestadt et al. haben in ihrer Studie von 2000 gezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz bei Angehörigen von Zwangspatienten signifikant höher war als bei Angehörigen der Kontrollgruppe (11,2 % vs. 2,7 %). Die Versuchsgruppenangehörigen zeigten sowohl für Zwangsgedanken als auch für Zwangshandlungen höhere Raten, wobei dies deutlicher bei Zwangsgedanken nachzuweisen war (Nestadt et al., 2000). Verschiedene Autoren gehen von einer Heterogenität der Zwangsstörung aus (Nicolini et al., 2009).

Neurobiologie: Bildgebende Studien zeigen Hinweise für eine Dysfunktion besonders in frontalen kortikalen Anteilen des Gehirns sowie für Veränderungen im anterioren zingulären Kortex und im orbitofrontalen Bereich (Saxena et al., 1998). Eine Hyperaktivität in diesem Bereich wird ebenso diskutiert (Saxena et al., 1998; Menzies et al., 2008). Im orbitofrontalen-subkortikalen Kortex gibt es sowohl einen direkten als auch einen indirekten Pfad, der den frontalen Kortex mit dem Striatum und somit mit den Basalganglien verbindet. Der direkte Pfad projiziert weiter vom Striatum in den Globus pallidus internus und in die Substantia nigra, was zusammen die Ausgangsstation der Basalganglienschleife darstellt, und führt wieder zurück zum Kortex, sodass das thalamische System aktiviert wird, welches wiederum komplexe motorische Aktivitäten steuert. Der indirekte Pfad führt vom Striatum zum Globus pallidus externus, dem Nucleus subthalamicus und der Substantia nigra, weiter zum Thalamus und dann zurück zum Kortex. Dieser Weg inhibiert den Thalamus und hindert dadurch die Motorik. Bei gesunden Menschen gibt es eine Balance zwischen Aktivierung und Inhibition, wohingegen bei Zwangspatienten von einer Dysfunktion des indirekten Pfades ausgegangen wird, wodurch es zu einer Überaktivität besonders im orbitofrontalen Kortex und auch im medial dorsalen Thalamus kommt, was die Zwangsgedanken und –handlungen erklären könnte (Hollander et al., 2007). Durch diese mögliche Dysbalance in den fronto-

subkortikalen Regelkreisen kann es zu einer verminderten Filterfunktion der Basalganglien gegenüber kortikalen Informationen kommen. Das kann zur Folge haben, dass stereotype Verhaltensmuster verstärkt auftreten bzw. weniger gut unterbunden werden können, als das bei gesunden Menschen der Fall ist.

Es wird weiterhin vermutet, dass auch leichtere, in der Kindheit erworbene ZNS-Schädigungen in der Genese von Zwangsstörungen eine Rolle spielen können oder Schwierigkeiten und Probleme, die während der Schwangerschaft oder unter der Geburt auftraten (z.B. Krankheiten der Mutter, die medikamentös behandelt werden mussten, eingeleitete Wehen, Zangengeburt) auch zur Genese von Zwängen beitragen können (Geller et al., 2008).

Neurochemie: Die Bedeutung des serotonergen Systems in der Genese der Zwangsstörungen wird schon lange diskutiert, vor allem auf Grund der Wirksamkeit der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Soomro et al. zeigten 2008 die deutliche Überlegenheit von SSRI im Vergleich zu Placebos in der Therapie von Zwangsstörungen. Ebenso wurde die Effektivität von Clomipramin (trizyklisches Antidepressivum) und SSRI in einem Review von Piccinelli et al. von 1995 verdeutlicht. Allerdings werden in neuerer Zeit auch verstärkt andere Neurotransmittersysteme, v.a. der Noradrenalin- und Dopaminstoffwechsel in der Pathogenese der Zwangsstörungen diskutiert und untersucht (Nikolaus et al., 2010). In ihrer retrospektiven Analyse von bildgebenden Untersuchungen haben Nikolaus et al. Hinweise darauf gefunden, dass die Regulation von Dopamin, vor allem bewerkstelligt durch γ -Aminobuttersäure (GABA) und Serotonin, eine Schlüsselrolle sowohl in der Entstehung von Zwangs- als auch von Angststörungen spielt. Bei reduzierten Konzentrationen von Serotonin und GABA, welche beide die dopaminerge Transmission hemmen, könnte es zu einer gesteigerten dopaminergen Aktivität im mesolimbischen System kommen, was dann bei den Betroffenen zwangstypische Symptome hervorrufen und was die Wirkung von Neuroleptika (Dopamin-Antagonisten) in der Behandlung von therapieresistenten Zwängen erklären könnte.

Psychodynamische Modelle: Als weiterer wichtiger Faktor in der Pathogenese von Zwangserkrankungen wird eine übertriebene Verantwortlichkeit diskutiert (Salkovskis et al., 2000; Cogle, 2007; Moritz et al., 2009). Schon Freud postulierte, dass eine „Übermoral“ charakteristisch für Menschen mit Zwangserkrankung sei. Psychodynamische Theorien nehmen an, dass latente Aggression eine große Rolle bei der Entstehung von Zwängen

spielen kann. Speziell scheint es sich vor allem um abgewehrte, antisoziale und aggressive Wünsche zu handeln, die im Zwangspatienten durch ein übermoralisches Über-Ich zu unterdrückt versucht werden. Die moralische und idealbildende psychische Struktur des Zwangspatienten – sein Gewissen – ist immer als in besonderem Maße streng und rigide beschrieben worden (Hoffmann et al., 2004). Den als antisozial erlebten Triebwünschen, darunter auch die der Aggression, steht die Übermoralität des Gewissens gegenüber. Diese intolerablen Wünsche und Impulse scheinen dadurch gemeistert zu werden, dass genau gegensätzliche Impulse wie eben Übermoralität, die sich dann in neutralisierenden Gedanken und Handlungen äußern kann, eingesetzt werden. Die Bildung von Zwangssymptomen stellt möglicherweise den Versuch dar, die beiden Bestrebungen miteinander zu verbinden (Konflikt zwischen Es und Über-Ich). In der psychoanalytischen Theorie spielt insbesondere eine angenommene Fixierung auf die anale Phase im Zusammenhang mit rigiden Erziehungsformen eine Rolle (Moritz et al., 2011).

Neuropsychologische Korrelate:

Gedächtnisdefizitmodell: Bei der Pathogenese von Zwängen besteht die Hypothese, dass die Betroffenen unter einem globalen Gedächtnisdefizit leiden, und dabei vor allem Schwierigkeiten haben, bestimmte Gedächtnisepisoden zu erinnern. Auf die Frage, warum Zwangspatienten bestimmte Dinge immer wieder kontrollieren und wiederholen müssen, erhält man oft die Antwort, dass sie unzufrieden mit ihrem Gedächtnis seien. Um dieser Unzufriedenheit entgegenzuwirken, werden unproduktive Wiederholungsrituale ausgeführt, als eine Art von Coping-Strategie, bestimmte Gedächtnisinhalte zu vertiefen und sich besser zu merken. Schon früh wurde dies untersucht (Sher et al., 1983, 1989) und einige Studien scheinen dieses subjektive Gedächtnisdefizit bestätigt zu haben (Kuelz et al., 2004). Andere Studien haben in neuerer Zeit allerdings die Frage aufgeworfen, ob dieses Defizit nicht nur für eine bestimmte Gruppe von Patienten zutrifft, z.B. Zwangspatienten mit zusätzlicher Depression (Moritz et al., 2001). Zwei Thesen wurden aufgestellt, um mögliche Erklärungen für das subjektive Empfinden der Gedächtnisschwierigkeiten bei Zwangspatienten zu finden (Moritz et al., 2006). Die erste These beschäftigt sich mit der Frage, ob die Unzufriedenheit des Gedächtnisses nicht Ausdruck des häufig bei Zwangspatienten beobachteten Perfektionismus sein könnte. Die Gedächtnisdefizite könnten im Kontrast zu gewünschten „perfekten“ Gedächtnisfähigkeiten stehen. Die zweite These baut sich auf Theorien von Salkovskis (2000) auf, der sich ausführlich mit der Pathogenese von Zwangsstörungen

auseinander gesetzt hat. Nach Salkovskis scheinen Patienten mit Zwangserkrankung eine verstärkt wahrgenommene übertriebene Verantwortung zu haben (Salkovskis et al., 2000). Diese übermäßige Verantwortlichkeitszuschreibung soll an der Entstehung von Zwängen mitbeteiligt sein. Hierbei wird ein spezifischer Bewertungsprozess angenommen. Normale intrusive Gedanken könnten demnach als Indiz dafür gesehen werden, dass bestimmte negative Gedanken, z.B., dass der Herd nicht ausgeschaltet ist, als ernsthaftes Risiko für einen selbst oder andere Menschen angesehen werden. Dazu kommt die Überzeugung, dass der Betroffene für den potentiellen Schaden oder dessen Verhinderung verantwortlich sei, was im Betroffenen Angst und Unruhe erzeugen kann. Wiederholtes, kontrollierendes Verhalten würde dann kurzfristig zu einer Besserung der Unruhe und Angst führen. Diese Besserung hielte aber nur kurzfristig an, auf lange Sicht entstünde eine negative Verstärkung, ein Teufelskreis. Auf Zwangsgedanken folge Unbehagen, welches durch Zwangshandlungen reduziert werden könnte, was allerdings wieder Zwangsgedanken verstärke.

Nach Salkovskis würden bestimmte „Sicherheitswiederholungsrituale“ nur dann durchgeführt werden, wenn subjektive Gefahr für das eigene Leben oder das Leben von nahe stehenden Personen bestünde oder wenn katastrophale Konsequenzen befürchtet werden würden (Salkovskis et al., 2000). Nur unter solchen Zuständen könnte es zu subjektiven Gedächtnisstörungen kommen. Diese Annahme steht im Einklang mit einer Studie von Radomsky et al.(2001), in der gezeigt werden konnte, dass das Vertrauen ins Gedächtnis in Zuständen von übertriebener Verantwortlichkeit und Anspannung reduziert war und als normal angesehen wurde, wenn dieser Zustand nicht vorlag (Radomsky et al, 2001). Einen weiteren Überblick über Gedächtnisstudien bei Zwangspatienten gibt Tallis (1997), wobei hier die Annahme vertreten wird, dass Zwangspatienten an einem Defizit im Bereich des visuellen und visuell-räumlichen Gedächtnisses leiden könnten.

Zwangspatienten scheinen stark auf visuelle Reize angewiesen zu sein und scheinen eine Schwierigkeit aufweisen, Reize aus verschiedenen anderen Sinnesorganen zu integrieren und zu verarbeiten. Defizite in der Wahrnehmung der Erinnerungsspur könnten die Empfindung der eigenen Beteiligung an einer ausgeführten Tat verringern und dazu führen, dass Zweifel aufkommen, ob eine Tat wirklich begangen wurde und somit Unsicherheit erzeugen (Tallis, 1997).

Einige Wissenschaftler gehen davon aus, dass Zwänge Ausdruck einer Unfähigkeit der Hemmung irrelevanter Gedanken sein könnten, die normalerweise nicht ins Bewusstsein dringen oder Ausdruck davon sind, ob mentale und motorische Aktionen bei Zwangspatienten eine längere Persistenz als Konsequenz einer gesteigerten initialen Aktivierung oder reduzierten verspäteten Hemmung haben (Moritz et al., 2005). Moritz et al. (2005) versuchten in ihrer Studie ein Defizit bei der „Inhibition of Return“ (IOR) bei Zwangspatienten zu finden. „Inhibition of Return“ beschreibt ein Phänomen der Blickbewegung: wenn eine Person ein Objekt an einem bestimmten Ort für einige hundert Millisekunden genauer betrachtet, dann ist es sehr unwahrscheinlich, dass sie nach einem Fokuswechsel wieder erneut dort hinschaut, sondern stattdessen weitere nicht betrachtete Bereiche anschaut. Die Funktion der IOR besteht vermutlich darin, möglichst viele Informationen der Umgebung zu gewinnen und neue Dinge zu entdecken. In der Studie ließen sich zwischen Zwangspatienten und anderen psychiatrischen und gesunden Kontrollpersonen allerdings keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Weitere neuropsychologische Befunde: Zwangspatienten zeigen häufig eine magische Grundeinstellung (Berle & Starcevic, 2004), d.h. bestimmte Gedankengänge über Zahlen, Farben oder Dinge müssen vermieden werden, da sie Unglück bringen können. Auch das Denken an bestimmte mögliche Situationen, wie z.B. den Autounfall eines Angehörigen, kann den Alltag der Patienten beherrschen. Diesen Gedanken kann eine „magische Allmacht“ zugesprochen werden. Die Patienten könnten davon ausgehen, dass allein durch das Denken an einen bestimmten Umstand, dieser eintreten könnte. Diese metakognitive Verzerrung der Gedanken wird als „Thought-action-fusion“ (TAF) bezeichnet und wurde bereits mehrfach im Zusammenhang mit Zwängen beschrieben (Rachman & Shafran, 1996). TAF ist eine spezifische Form des magischen Denkens (Einstein & Menzies, 2004) und beschreibt den Glauben einer Person, sie könne rein durch die Kraft der Gedanken einen Einfluss auf an sich unbeeinflussbare Ereignisse nehmen (Berman et al., 2010; Berle & Starcevic, 2004), was häufig ein neutralisierendes Verhalten nach sich ziehen kann und welches ebenso wie Neutralisierungsverhalten nicht nur bei Zwangspatienten vorkommen kann, sondern auch in der Normalbevölkerung (Bocci & Gordon, 2007). Abschließend sei die Arbeit der Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997) betont, die sechs Merkmale zusammengestellt hat, die für die Domäne der Gedanken bei Zwangspatienten häufig zutreffen. Dazu gehören eine übertriebene Verantwortung, der Glaube an die Wichtigkeit der Gedanken und die Überzeugung von der Wichtigkeit seine eigenen

Gedanken zu kontrollieren, ebenso die Überbewertung einer Bedrohung, Intoleranz von Unsicherheiten und Perfektionismus.

2.2.4 Komorbidität

Komorbidität kommt nicht selten im Rahmen von Zwangserkrankungen vor. Am häufigsten treten zusätzlich Depressionen auf, gefolgt von generalisierter Angststörung und sozialer und spezifischer Phobie (Torres, 2006; Viswanath et al., 2011). Ebenso treten im Rahmen schwerer Zwangserkrankungen Alkohol- und/oder Benzodiazepinabhängigkeit auf. Klinisch bedeutsame Überschneidungen gibt es zusätzlich zu Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (vor allem dependente Persönlichkeitsstörung) (Möller et al., 2009).

2.2.5 Therapie

Nichtpharmakologische Therapie: Kognitive Verhaltenstherapie ist zusammen mit der medikamentösen Therapie, die Therapie der Wahl bei Zwangsstörungen (Abramowitz, 1997; Simpson et al., 2008; Foa, 2010). Bei der kognitiven Verhaltenstherapie wird der Patient nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Zwangsstörung dazu angeleitet, nicht seine sonst üblichen Rituale bzw. Zwangshandlungen zu vollziehen (z.B. Wasch- oder Kontrollzwänge), sondern vielmehr die entstehenden Gedanken und Ängste und Befürchtungen zu benennen und sich der entstehenden Angst auszusetzen (Exposition). Auf eine ausführlichere Darstellung der Verhaltenstherapie wird verzichtet, da es den Umfang der vorliegenden Arbeit sprengen würde, jedoch sollen an dieser Stelle noch zwei innovative neue Ansätze der Therapie von Zwangserkrankten vorgestellt werden.

Das metakognitive Training (Moritz & Hauschildt, 2012) scheint gute Erfolge bei der Therapie von Zwangsstörungen zu versprechen und baut auf den Arbeiten und Erkenntnissen von Salkovskis, Wells, Moritz und der Obsessive Compulsive Working Group auf. Es soll Wissen und Bewältigungsstrategien für zwangstypische Denkverzerrungen vermitteln (Moritz & Hauschildt, 2012) und dadurch den Betroffenen die Möglichkeit geben, diese Denkverzerrungen schnell zu erkennen und zu bewältigen.

Eine weitere neue Selbsthilfetechnik für Menschen, die unter Zwangsgedanken leiden, ist die sogenannte Assoziationsspaltung. Die Methode sieht vor, parallel zu bestehenden negativen Assoziationen, wie sie Zwangspatienten häufig haben (z.B. „Rot“ = Blut, Feuer), alternative neutrale oder positive Verknüpfungen aufzubauen, die durch die Zwangserkrankung allenfalls noch schwach ausgeprägt sind (z.B. „Rot“ = „Rosen“, „Kirsche“, „Apfel“). Befunde

zeigen, dass gedankliche Verknüpfungen bei Zwangspatienten zunehmend auf den Zwangsbezug eingeengt zu sein scheinen (Jelinek et al., 2009). Es wird angenommen, dass der Wiederaufbau neutraler oder positiver Bedeutungen zu einer Minderung der assoziativen Stärke der zwangsbezogenen Assoziationen führt und so die Symptome gebessert werden.

Pharmakologische und andere Therapie: Das erste Antidepressivum, welches für die Therapie von Zwangsstörungen zugelassen wurde, war Clomipramin, ein trizyklisches Antidepressivum, welches die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin hemmt und welches auch heute noch in der Therapie genutzt wird. Es wird mehr und mehr von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) abgelöst, da in mehreren Studien gezeigt wurde, dass die Wirksamkeit der beiden unterschiedlichen Klassen in etwa gleich ist, die SSRI aber ein günstigeres Nebenwirkungsprofil zeigen (Decloedt & Stein, 2010). Auch bei SSRI – resistenten Zwängen scheint Clomipramin weiterhin eine gute Alternative zu sein (Bandelow, 2008). Im Vergleich zur Therapie depressiver Störungen muss bei Zwangsstörungen eine deutlich höhere Dosierung erfolgen. Trotz der Erfolge der medikamentösen Therapie der Zwangsstörungen bleiben einige Fälle von Non-Respondern bestehen (Walsh & McDougle, 2011). Optionen zur Therapie von therapieresistenten Zwängen können eine Hochdosisgabe von SSRI (Pampaloni, 2010) oder die Gabe von typischen oder atypischen Neuroleptika sein (McDougle et al., 2000; Decloedt & Stein, 2010). Bislang gibt es dazu nur kurzfristige Untersuchungen, die nur die kombinierte Therapie von Neuroleptika und SSRI als erfolgreich zeigten. Zukunftsperspektiven für die operative Therapie von therapieresistenten Zwängen sind u.a. die Kapsulotomie (Lopes et al., 2009; Polosan et al., 2003) und die Tiefenhirnstimulation (Tye et al., 2009).

2.3 Religiosität, magisches Denken und paranormale Vorstellungen

2.3.1 Einführung

Religion und Religiosität haben eine große Bedeutung in modernen Gesellschaften. In den USA beispielsweise geben 95 % der Bevölkerung an, an Gott zu glauben und 58 % berichten,

dass Religion in ihrem Leben eine wichtige Rolle spielt (Coruh et al., 2005; Ano et al., 2005). Auch in Deutschland gehört über die Hälfte der Einwohner einer Religionsgemeinschaft an, dabei überwiegend einer der beiden christlichen Volkskirchen und zwar je zu knapp einem Drittel der katholischen und der evangelischen Konfession. Eine Minderheit von etwa 2,5 % bekennt sich zu anderen christlichen Gemeinschaften, z. B. zu einer orthodoxen Kirche oder zu einer evangelischen Freikirche (Schader-Stiftung, Statistisches Bundesamt, 2002).

Religion

Trotz häufig geforderter Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft im Sinne einer Gemeinde (Brown, 1987; Paloutzian, 1996; Loewenthal, 2000), wird Religion oft als sehr komplexes und doch individuelles System definiert (Bochinger, 2004; Feil, 2001; Koenig, 2001).

Nach Pollack ist Religion eine universelle menschliche Eigenschaft, die Einfluss auf verschiedenste kulturelle Parameter, moralische Vorstellungen und Ideale nimmt und das Denken der Menschen und ihr Verhalten nachhaltig beeinflusst. Sie kann gläubigen Personen Antworten auf die essentiellsten Fragen menschlichen Lebens geben und gilt als eines der wichtigsten Elemente der menschlichen Kultur (Pollack, 1995).

Emile Durkheim bezeichnete 1912 Religion als Ausdruck des Sozialen, als solidarisches System, bezogen auf heilige Überzeugungen und Praktiken, die in ein und derselben moralischen Gemeinschaft ausgeübt werden.

Andere Autoren bezeichnen Religion als eine Vielzahl unterschiedlicher kultureller Phänomene des Glaubens an eine „andere, spirituelle Welt“ und an Götter und andere transzendente Wesen. Sie scheint dem Menschen einen möglichen Orientierungsrahmen für die Gegenwart, das Vergangene und auch die Zukunft zu bieten. Religion beinhaltet demnach die Beschäftigung mit hochheiligen Sphären durch rituelle oder nicht rituelle Kulte. Sie kann Interpretationsmöglichkeiten von alltäglichen und speziellen Erlebnissen und Vorgaben für soziale Normen geben, ermöglicht Kontakt mit Kunst und Geschichte und legt Antworten auf wichtige Fragen zu Leben und Tod und vielen weiteren Gebieten vor.

Religiosität und Spiritualität

Häufig werden die Begriffe „Religion“ und „Religiosität“ und auch „Glaube“ synonym verwendet, was den einzelnen Begriffen nicht gerecht wird. Während „Religion“ eher eine institutionalisierte Form des Glaubens widerzuspiegeln scheint, ist „Religiosität“ eine persönliche Eigenschaft, eine Einstellung, vielleicht das subjektive Empfinden eines

Menschen gegenüber seinem Glauben. Klein und Albani (2007) definieren Religiosität als „die individuelle Seite des Religiösen“ (Klein & Albani, 2007). Es wird der Unterschied von Religiosität zu professionellen Theologien, Dogmen und Lehrmeinungen oder religiösen Institutionen, Kirchen und Religionsgemeinschaften betont. Religiosität scheint verschiedene Aspekte religiösen Glaubens und Handelns im Leben eines Menschen zu reflektieren. Allport und Ross entwickelten 1967 ein Konzept zur Differenzierung zwischen intrinsischer und extrinsischer religiöser Orientierung, die zur Konstruktion einer Religiositätsskala (Religious Orientation Scale, ROS) führte.

Allport definierte in seiner Forschung zwei unterschiedliche Motivationen des religiösen Glaubens, welche sich auf eine Aussage beschränkt so ausdrücken lassen: „the extrinsically motivated person *uses* his religion, whereas the intrinsically motivated *lives* his religion“ (Allport & Ross, 1967). Der intrinsisch Gläubige führt ein intensives verinnerlichtes Glaubensleben, welches für ihn persönlich sehr wichtig ist. Wie Allport es formuliert hat, er *lebt* seinen Glauben. Alle Lebensbereiche werden durch den Glauben beeinflusst und möglichst in Übereinstimmung gebracht mit der religiösen Überzeugung.

Der extrinsisch Gläubige hingegen zeigt eine oberflächliche Gläubigkeit auf. Ihm fehlen tief verwurzelte Überzeugungen. Er *nutzt* die Religion aus, um positives daraus zu ziehen, wie beispielsweise Sicherheit, Trost, Erleben von sozialer Anerkennung und auch Sicherung sozialer Kontakte.

Das Konzept der intrinsischen und extrinsischen Religiosität (I/E-Konzept) und somit die ROS kamen bereits mehrfach zum empirischen Einsatz (Donahue, 1985).

In den letzten Jahren wurde vermehrt Augenmerk auf die Abgrenzung des Begriffes der Spiritualität von denen der Religion und Religiosität gelegt. Spiritualität kann als eine sehr individuelle transkulturelle und transreligiöse Eigenschaft des Menschen angesehen werden. Sie scheint das subjektive Erleben des Glaubens, einen individuellen, emotionalen und unsystematischen Ausdruck seiner eigenen Religion zu beschreiben (Koenig et al., 2001). Pargament (1997) definierte Spiritualität als ein komplexes, multidimensionales Konstrukt, welches keinem bestimmten Glaubenssystem, keiner Kirche, keinem Kult zugeordnet werden kann und welches als Suche nach etwas Heiligem oder einen Prozess, durch welchen Menschen etwas entdecken können und lernen nicht aufzugeben, angesehen werden kann (Pargament, 1997). Demnach müssten also die beiden Begrifflichkeiten Religiosität und Spiritualität getrennt voneinander angesehen werden. Dies wird von einigen Autoren

kritisiert (Hill et al., 2000). Spiritualität wird von einigen Autoren auch als das psychologische Erleben von Religiosität angesehen, welches sich auf das Gefühl von Verbundenheit mit etwas Transzendente, der Integration mit dem Selbst und Gefühle von Dankbarkeit, Mitgefühl, Vergebung und Ehrfurcht bezieht (Greenfield et al., 2009).

Religiosität und Spiritualität scheinen demnach mit mehreren Facetten und Dimensionen viel komplexer und vielgestaltiger zu sein. Kendler et al. versuchten Religiosität messbar zu machen und teilten sie ein in sieben verschiedene operationalisierbare Faktoren: generelle Religiosität, soziale Religiosität, der Glaube an einen Einfluss Gottes, Vergebung, Gott als Richter, Vergebung versus Rache und Dankbarkeit (Kendler et al., 2003).

Trotz des wachsenden Interesses und der Fokussierung besonders während der letzten Jahrzehnte auf Religiosität und Spiritualität in Bezug auf mentale Gesundheit, sollte man beachten, dass es bislang nicht gelang, eine allgemein gültige Definition und akzeptierte multidimensionale Messbarkeit von Religiosität und Spiritualität darzulegen, was teilweise zu einer schlechten Operationalisierung, unpassenden und unzusammenhängenden Daten und schließlich zu widersprüchlichen Resultaten führen kann. Anzumerken ist, dass die meisten Studien dazu neigen, ihre Resultate zu dichotomisieren, indem sie nur statische religiöse Variablen verwenden und keine multidimensionalen Messparameter.

Magisches Denken und paranormale Vorstellungen

Die persönliche Glaubenswelt wird nicht nur durch Religiosität und Spiritualität wiedergespiegelt. Viel mehr spielen auch andere Glaubensaspekte eine Rolle, wie z.B. magisches Denken und paranormale Vorstellungen. Magisches Denken ist definiert als der Glaube einer Person, durch ihre Gedanken oder Taten auf magische Weise ein bestimmtes Ereignis hervorrufen oder beeinflussen zu können (Einstein & Menzies, 2003). Häufig wird magisches Denken auch synonym mit dem Begriff des Aberglaubens verwendet. Einige der bekanntesten Beispiele für magisches Denken sind das dreimalige Klopfen auf Holz, um Böses abzuwenden oder das Tragen eines „Glücksbringers“ vor schweren Aufgaben, wie z.B. Prüfungen. Der Glaube an Hellseherei, Astrologie und Telepathie kann in westlichen Kulturen ebenfalls als magisches Denken angesehen werden (Einstein & Menzies, 2003). Andere Autoren fassen dies allerdings unter dem Oberbegriff der paranormalen Vorstellungen zusammen (Brugger & Mohr, 2008). Unter paranormalen Vorstellungen oder Erfahrungen werden das Verhalten oder die Gedanken angesehen, die von „normalen“ und bislang

wissenschaftlich erklärbaren Phänomenen abweichen. Diese „Anomalien“ (Brugger & Mohr, 2008) des Denkens oder Erlebens beinhalten sogenannte übersinnliche Wahrnehmungen, wie z.B. Telepathie, den Glauben an die Reinkarnation oder ein Leben nach dem Tod, und Psychokinese, also die Bewegung von Gegenständen, die rein durch geistige Einwirkung hervorgerufen sein soll. Einige Autoren gehen davon aus, dass paranormale Vorstellungen durch eine gedankliche Verknüpfung und Bedeutungszumessung zweier gleichzeitig stattfindender Zufälle zustande kommen könnte (Gianotti et al., 2001). Ebenso wird seit langer Zeit eine Beziehung zwischen Personen, die an Übersinnliches glauben und Patienten mit Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis diskutiert (Pizzagalli et al., 2000). Auch ein neurobiologisches Korrelat für paranormale Vorstellungen wird erwogen (Wain et al., 2007), wobei vor allem das präfrontale System benannt wird.

2.3.3 Religiosität und psychische Gesundheit

Die Frage nach der Rolle von Religion, Religiosität und Spiritualität und sowohl physischer als auch psychischer Gesundheit und Wohlbefinden wurde bereits früh untersucht und gewinnt in den vergangenen Jahren in der empirischen Forschung zunehmend an Interesse und Bedeutung. Schon Freud hat in seinem Artikel von 1907 „Über Zwangshandlungen und Religionsübungen“ auf einen potentiellen Zusammenhang zwischen Religiosität und Zwängen hingewiesen. Er scheint in seinem Artikel von der Beobachtung auszugehen, dass die „sogenannten Zwangshandlungen Nervöser“ eine Ähnlichkeit mit Übungen des religiösen Zeremoniells aufweisen und wagt es, wie er selbst schreibt, „Analogieschlüsse auf die seelischen Vorgänge des religiösen Lebens“ zu ziehen, „ohne noch die tieferen Zusammenhänge zu kennen“ (Freud, 1907). Auch erwähnenswert ist der 1955 von dem Gynäkologen und Psychoanalytiker Eberhard Schaetzing geprägte Begriff der „ekklesiogenen Neurose“, den er für einen zumeist sexuellen Erkrankungskomplex hielt, dessen Ursache in einer lustfeindlichen, pietistisch-kirchlichen Umgebung zu finden sei (siehe hierfür Kaiser, 2007).

Ein gutes Jahrhundert nach Freuds Postulat finden sowohl Ärzte als auch Psychologen und andere Wissenschaftler immer mehr Hinweise, dass das religiöse, spirituelle Leben eines Menschen in Zusammenhang stehen könnte mit dessen körperlicher und seelischer Gesundheit und sich durchaus positiv auf diese auswirken könnte (Koenig et al., 1998). Beispielsweise haben Kendler et al. (2003) sieben individuelle Faktoren der Religiosität und Spiritualität definiert (siehe oben), wobei jeder der einzelnen Faktoren eine unterschiedliche

Beziehung zu bzw. Auswirkung auf verschiedene psychische Störungen (z.B. Substanzabusus, Depression, Angststörungen) zu haben scheint, sodass angenommen werden könnte, dass verschiedene Arten religiösen Copings sowohl negative als auch positive Effekte auf den Einzelnen haben könnten (Ano & Vasconcelles, 2005; Kendler et al., 2003).

Religiosität, Spiritualität, religiöse Hingabe und Praktiken scheinen aber nicht nur für die persönliche Glaubenswelt eines Individuums oder im Rahmen der Kultur und des sozialen Lebens wichtig zu sein. Viel mehr scheinen diese Faktoren auch eine große Rolle in Bezug auf die psychische und körperliche Gesundheit der Menschen zu spielen und könnten einen positiven Einfluss auf persönliches Wohlbefinden (englisch: well-being) und Zufriedenheit im Leben (englisch: life satisfaction) haben (Ellison, 1991; Coruh et al., 2005; Kendler, 2003). Eine Metaanalyse von über 1000 Studien und mehreren hundert wissenschaftlichen Berichten von Koenig et al. (1998) deutet darauf hin, dass auch Spiritualität an sich einen positiven Einfluss auf psychische Gesundheit (Depression, Angst, Suizidalität, Substanz- und Alkoholmissbrauch, etc.) haben könnte.

Religiosität oder der Glaube eines Menschen mag möglicherweise eine wichtige Ressource der Krankheitsverarbeitung sein (Pargament & Brent, 1990; Pargament, 1997; Gall et al., 2005; Ano et al., 2005) oder wird von einigen Autoren sogar als auslösender Faktor bestimmter psychischer Erkrankungen postuliert (Berman, 2010).

Die Beobachtung, dass, unabhängig von anderen Faktoren, Religiosität und religiöses Coping einen positiven Einfluss auf Inzidenz und Outcome von psychiatrischen Störungen wie Depression (Koenig et al. 1998, McCullough & Larson 1999) und Suchterkrankungen (Kendler et al. 2003) sowie Suizidalität (Dervic et al. 2004, Rasic et al. 2008) zeigen, scheint mittlerweile gut belegt.

Im „Handbook of Religion and Mental Health“ von Koenig et al. (1998), welches die umfassendste und systematischste Zusammenfassung in diesem Bereich der Forschung darstellt, zeigt sich überwiegend eine positive Korrelation zwischen Religiosität und mentaler Gesundheit. Statistisch signifikante gesundheitsfördernde Effekte von Religiosität besonders im Sinne religiöser Beteiligung (z.B. Besuch von Gottesdiensten) wurden im Bezug auf subjektive Gesundheit, physische Krankheitssymptome, Prävalenz von Hypertonie und Krebs, Rauch- und Trinkverhalten, Lebensqualität, depressive Symptome, chronische Angst und Demenz gefunden (siehe Koenig et al., 1998).

Häufig untersucht ist der Zusammenhang zwischen Religiosität und Depression. Viele Studien konnten bereits zeigen, dass Religiosität als protektiver Faktor gegenüber Depressionen angesehen werden könnte (Braam et al., 1997; Koenig et al., 1998), doch auch Gegenteiliges wurde bereits berichtet (Dew et al., 2008). Dew et al. haben in ihrer Untersuchung gezeigt, dass bei Jugendlichen bestimmte Formen von Religiosität, so z.B. der Glaube an einen strafenden Gott, mit höheren Raten an depressiven Symptomen gekoppelt zu messen waren.

Dervic et al. (2004) betonen in ihrer Studie, dass Menschen, die religiöser als andere sind, seltener Suizid begehen, was durch Rasic et al. (2008) und Sisask et al. (2010) bestätigt werden konnte. Als möglicher Grund wird hier der soziale Support einer Gemeinde, die regelmäßige Teilnahme an Gottesdiensten und eine verinnerlichte Religiosität und Spiritualität gesehen.

Weitere positive Korrelationen finden sich bei Kendler et al. (2003), die einen positiven Effekt von sozialer Religiosität (z.B. regelmäßige Teilnahme an Gottesdiensten) auf generalisierte Angststörung und auch Substanzabhängigkeit gefunden zu haben scheinen, welcher durch Edlund et al. 2008 bestätigt werden konnte. Auch Spiritualität scheint sich positiv sowohl auf Lebensqualität als auch Zufriedenheit auszuwirken (Reed, 1987; Kass et al., 1991; McCoubrie & Davies, 2006) und scheint mit anderen Faktoren zusammen zu einem erfolgreichen Altern beizutragen (Crowther et al., 2002).

2.3.4 Religion und Zwang

Zwangspatienten berichten häufig über religiöse Zwangsgedanken und auch -handlungen (Abramowitz et al., 2002), wobei am häufigsten die Überzeugung, sich sündig verhalten zu haben, Angst vor Bestrafungen Gottes oder Gedanken über die Hölle vorkommen.

Zwangsassoziierte religiöse Handlungen sind häufig exzessives Beten, das Suchen von Absicherung durch Pfarrer, Priester oder andere Geistliche über beispielsweise eigene religiöse Vorstellungen.

Vorangegangene Studien lassen vermuten, dass die religiöse Überzeugung und Stärke dieser Überzeugung eines Patienten einen Einfluss auf die Symptomatik haben kann (Abramowitz et al., 2004; Sica et al., 2002) und andere klinische Studien geben Anhalt dafür, dass die häufig beobachtete Übergewissenhaftigkeit und übertriebene Verantwortung von Zwangspatienten durch die Lehren und Ausübung der eigenen Religion noch verstärkt

werden könnten (Nelson et al., 2006). In einer türkischen Studie von Tek und Ulug (2001), wurden bei der Untersuchung von 45 Patienten mit Zwangserkrankung bei 42% dieser Patienten religiöse Zwänge gefunden. Alle Probanden waren Moslems und bei den Symptomen handelte es sich v.a. um stark islamisch motivierte Zwänge, Kontaminationszwang, Gebete in zwanghafter Vorgabe und ritualisierte Waschwänge. Ähnliche Ergebnisse zeigen Steketee et al., die in einer amerikanischen Studie bei 33% der untersuchten Zwangserkrankten, überwiegend Christen, religiöse Zwänge gefunden haben (Steketee et al., 1991). Die Autoren betonen in ihrer Studie, dass Religion eventuell eine Rolle bei Zwängen spielt, nicht jedoch bei der Entstehung, sondern bei der Ausprägung von Zwangssymptomen (englisch: „like culture, religion may play a role in OCD as a medium that partly determines *how*, although not necessarily *whether*, symptoms are expressed“, S.360).

Abramowitz et al. untersuchten Unterschiede in der Symptomatik bei protestantischen Zwangspatienten. Sie fanden heraus, dass sehr religiöse Patienten stärkere Zwangssymptome, darunter Waschwang, Glaube an Wichtigkeit der Gedanken, Intoleranz gegenüber Unsicherheit und den Zwang, die eigenen Gedanken kontrollieren zu müssen, zeigten (Abramowitz et al., 2004). Yorulmaz, Gencöz und Woody haben muslimische und christliche Probanden aus der Türkei (Moslems) und Kanada (Christen) bezüglich ihrer Religiosität und dem Auftreten von Zwangssymptomen miteinander verglichen. Die religiöseren Probanden berichteten über vermehrte Sorgen über die Wichtigkeit ihrer Gedanken und darüber, die Gedanken kontrollieren zu müssen. Auch wurden höhere Raten an TAF gemessen. Die religiöseren Probanden zeigten ebenso mehr Zwangsgedanken und Kontrollzwänge auf (Yorulmaz et al., 2004). Die Autoren nehmen an, dass Religiosität ein relevanter Faktor für die Entstehung von Zwängen bei Angehörigen verschiedener monotheistischer Religionen sein könnte (Christentum und Islam). In der Studie scheinen die Muslime stärker betroffen zu sein, so zeigten sie beispielsweise stärker ausgeprägte Zwangssymptome. Yorulmaz et al. mutmaßen, dass dieses Ergebnis dadurch zustande kommen könnte, dass es im Islam strengere Verhaltensregeln gibt und mehr Anforderungen an die Gläubigen bestehen (Reinlichkeit, Waschrитуale, reguläre Gebete). Kritik an der Studie ist, dass in diesem Kontext neben den unterschiedlichen Religionen auch unterschiedliche Kulturen (westlich und östlich) untersucht wurden, wobei diese Variablen außer Acht gelassen wurden.

Sica et al. zeigen in einer italienischen Studie, dass streng gläubige Katholiken höhere Scores bei der Messung von zwanghaften Gedanken gezeigt haben als weniger gläubige Katholiken. Ebenso konnten höhere Werte für übertriebene Verantwortung nachgewiesen werden und der Glaube an die Wichtigkeit der eigenen Gedanken und deren Kontrolle (Sica et al., 2002). Rassin und Koster beschreiben in ihrer Studie, dass bei Protestanten eine stärkere Religiosität als bei Katholiken, anderen Religionsangehörige und Atheisten zu finden war und dass diese eine deutlich größere Tendenz zeigten, daran zu glauben, dass ihre Gedanken moralisch äquivalent zu ihren Taten sind (TAF). In der Studie zeigte diese kognitive Neigung sogar eine stärkere Relation zu Zwangssymptomen unter den Protestanten ($r = 0.71$) als unter den anderen religiösen Gruppen (range = $-0,26 - 0.42$) (Rassin & Koster, 2003). Rasmussen und Tsuang haben untersucht, dass sehr religiöse Probanden häufig Zwänge hatten, die in der Symptomatik religiös geprägt waren (religiöse Zwangsrituale, wie exzessives Beten) (Rasmussen & Tsuang, 1986).

Positive Korrelationen zwischen Werten für magisches Denken und Zwangssymptomen fanden sich in klinischen und nicht-klinischen Populationen (Einstein & Menzies, 2004). Keine Unterschiede in Bezug auf magisches Denken und paranormale Vorstellungen fanden sich hingegen bei Zwangspatienten und Patienten mit generalisierter Angststörung (West & Willner, 2011).

2.3.5 Religiosität und Angst

Koenig et al. untersuchten die Zusammenhänge zwischen Religiosität und Angsterkrankungen. Je häufiger ein junger Mensch in die Kirche ging und so z.B. an Gottesdiensten teilnahm, desto seltener erkrankte er an einer Angststörung (Koenig et al, 1993). Koenig et al. (1993) sehen mögliche Gründe für diesen Zusammenhang in der Sozialisation und der sozialen Unterstützung einer Gemeinde.

Anastasi und Newberg erforschten akute Effekte von religiösen Ritualen auf Angstreaktionen. Die Untersucher teilten ihre Versuchsgruppe, bestehend aus 30 Studenten einer katholischen Universität, ein, in eine Gruppe, die den Rosenkranz beten sollte und eine weitere Gruppe, die stattdessen ein religiös orientiertes Video schaute. Interessanterweise fand sich nur bei den Probanden, die den Rosenkranz beteten eine signifikante Angstreduktion (Anastasi & Newberg, 2007). Die Autoren gehen von einer potentiell angstreduzierenden Wirkung des religiösen Rituals aus.

Auch negative Zusammenhänge konnten gezeigt werden. Trenholm et al. präsentieren in ihrer Studie, dass ein negativer religiöser Konflikt, z.B. der Glaube an Strafen Gottes, ein Prädiktor für Panikstörungen sein könnte. Es wurde eine Gruppe mit Patienten mit bekannter Panikstörung und Kontrollgruppen, die entweder in Therapie oder völlig asymptomatisch waren, untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten mit bekannter und symptomatischer Panikstörung hohe Scores bei der Beschäftigung mit negativen religiösen und moralischen Fragen (v.a. Sünden) hatten (Trenholm et al., 1998).

Auch McConnell et al. konnten ähnliche Ergebnisse in ihrer Studie aufzeigen. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen religiösen und spirituellen Konflikten, wie z.B. Zweifel an der Existenz Gottes, und psychopathologischen Symptomen. Eindeutige Korrelationen konnten für Angst, Phobien, Depression, Paranoia, Somatisierungsstörungen und Zwänge nachgewiesen werden (McConnell et al., 2006).

2.3.6 Religiöses Coping

Bevor an dieser Stelle eine Definition des religiösen Copings geliefert wird, sollte kurz auf eine allgemeine Definition des Begriffs eingegangen werden. Geprägt wurde der Begriff des Copings durch Lazarus. Durch sein „Transaktionales Stressmodell“, welches den komplexen Wechselwirkungsmechanismus zwischen stressvollen Situationen und der Bewertung und Anpassung eines Individuums an solche beschreibt, unterstrich Lazarus die Wichtigkeit der subjektiven Bewertung einer Situation durch eine Person (Lazarus, 1966). Laut Lazarus zieht eine Stresssituation zunächst eine primäre Bewertung der Situation nach sich (englisch: primary appraisal), in der vom Individuum geprüft wird, ob die Situation gefährlich, positiv oder irrelevant ist. Dem folgt eine Sekundärbewertung (englisch: secondary appraisal), welche überprüft, ob die eigenen verfügbaren Ressourcen ausreichen, mit der Stresssituation umzugehen. Der kognitive Umgang mit der Stresssituation ist das Coping, oder die Bewältigungsstrategie, die Verarbeitung der Situation. Eine Neubewertung (englisch: reappraisal) überprüft in einem dritten Schritt dann die Bewältigungsstrategien als solche. Nach dem Modell entsteht subjektiver Stress dann, wenn die persönlichen Ressourcen (Coping-Möglichkeiten) als ungenügend bewertet werden, um sich der Situation adäquat anzupassen und diese zu bewältigen. Coping ist dabei entweder erfolgsorientiert (Ziel: Lösung des Problems) oder emotionsorientiert (Ziel: Minderung der Belastungssymptome) (siehe Lazarus & Folkman, 2008). Religiöses Coping entspricht der funktionale Expression von Religiosität und Spiritualität in stressvollen Situationen und rückt

in der letzten Zeit verstärkt ins Augenmerk als eng verwandt mit bestimmten Psychopathologien. Pargament lieferte viele Arbeiten zu dem Thema (Pargament, 1997, 1998). Er beschreibt negatives religiöses Coping als die Wechselwirkung von spiritueller Unzufriedenheit und der Zuschreibung eines einschneidenden Ereignisses (z.B. Krankheit) als Strafe Gottes als Adaptation an das kritische Ereignis (Pargament, 1997). Auch nennt er verschiedene Faktoren, die zu negativen Coping-Strategien und somit schlechterer psychischer Gesundheit führen können. Religiöse Apathie oder Teilnahmslosigkeit, der Glaube an Strafen Gottes, Wut auf Gott, religiöse Zweifel, interpersonelle religiöse Konflikte und Konflikte mit Kirchendoktrinen gehören dazu (Pargament et al., 1998).

Besonders negatives religiöses Coping (z.B. der Glaube an einen strafenden Gott oder der Glaube, dass Gott einen verlassen hat) wurde häufig in engen Zusammenhang mit negativer psychologischer Anpassung (Ano & Vasconcelles, 2005), höheren Psychopathologiewerten und schlechterem mentalen Gesundheitsstatus (Hauri & Winter, 2009; Dew et al. 2010; Baetz et al., 2004; Baetz et al., 2006; McConnell et al., 2006; Mohr et al., 2011) gebracht.

Obwohl religiöses Coping immer mehr in den Mittelpunkt der Forschung rückt, untersuchten die meisten bislang durchgeführten Studien nur die Beziehung zu depressiven Störungen. Einige wenige Studien haben den Parameter des negativen religiösen Copings im Zusammenhang mit Angst (Chapman & Steger, 2010; McConnell et al., 2006) untersucht. Die Studie von Chapman und Steger (Chapman & Steger, 2010), scheint die einzige, die tatsächlich eine positive Korrelation zwischen negativem religiösem Coping und Angstsymptomen festgestellt hat. Weitere Studien fanden signifikante Korrelationen zwischen negativem religiösen Coping und höheren Psychopathologiewerten und schlechterem mentalen Gesundheitszustand (Dew et al., 2010; Baetz et al., 2004, 2006; McConnell et al., 2006; Mohr et al., 2011).

3 Methodik

Patientenstichprobe und Rekrutierung

An der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf (UKE) wurden 120 Patienten mit Angst- und Zwangsstörungen rekrutiert und in drei Gruppen unterteilt: Zwangsgruppe ($n=49$), Angstgruppe ($n=36$) und eine gesunde Kontrollgruppe ($n=35$). Eingeschlossen wurden Probanden mit einem

Durchschnittsalter von $36,8 \pm 12,0$ Jahren mit bereits diagnostizierten Erkrankungen aus dem Formenkreis der Angststörungen (Diagnose F40.X nach ICD 10) und Zwangsstörungen (Diagnose F42.X nach ICD 10).

In der prospektiven Kohortenstudie wurden die Zwangs- und Angstpatienten in einem persönlichen Interview befragt und ebenso gebeten, zu drei verschiedenen Zeitpunkten Fragebögen auszufüllen (initiale Untersuchung bei Aufnahme, zweite Befragung nach 8 Wochen (post), follow-up Befragung nach 6 Monaten).

Einschlusskriterien waren:

- Alter zwischen 18-60 Jahren
- IQ > 70 (ermittelt mit MWT-B Wortschatztest)

Ausschlusskriterien waren:

- Komorbidität mit DSM-IV Diagnose einer Schizophrenie, schizophreniformen Störung, schizoaffektiven Störung, bipolaren Störung mit psychotischen Symptomen und anderen Psychosen, Substanz- und Alkoholabhängigkeit und organische Psychosen

Die Probanden sowohl der Patienten- als auch der Kontrollgruppe wurden über den Zweck der Untersuchung ausführlich aufgeklärt. Alle der rekrutierten Patienten willigten freiwillig und schriftlich ein, an den Testungen teilzunehmen.

Untersuchungsablauf

Nach umfassender Aufklärung und Information über die Studie, deren Ablauf und Thematik, und das Unterschreiben einer schriftlichen Einverständniserklärung zur freiwilligen Teilnahme an der Studie, wurden mit den Teilnehmern sowohl der Patienten- also auch der Kontrollgruppe Termine für die Testungen vereinbart.

Die Mehrzahl der Testungen fand in ruhigen Räumen der Arbeitsgruppe „Klinische Neuropsychologie“ des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf statt. Die Untersuchungen dauerten im Durchschnitt zwei Stunden. Die Probanden, die der Kontrollgruppe zugeteilt waren, wurden zum Teil zu Hause befragt.

Nach der Erhebung der Psychopathologie mittels verschiedener Fragebögen wurden Wortflüssigkeit und Sprachverständnis der Probanden überprüft. Die Probanden unterliefen im weiteren Verlauf weiteren experimentellen Verfahren. Anschließend wurden die Teilnehmer gebeten verschiedene Fragebögen zum Thema Religiosität, Spiritualität und Lebenserfahrungen auszufüllen. Die Interviews wurden von erfahrenen Psychologen durchgeführt, wobei stets darauf geachtet wurde, dass gleiche oder zumindest sehr ähnliche Versuchsbedingungen vorherrschten, damit Störvariablen vermieden werden konnten. Die Anschlussmessungen wurden vom gleichen Tester durchgeführt.

Mit Ausnahme zweier Fragebögen erhielten die Probanden das gleiche Fragebogenpaket sowohl bei der ersten als auch bei den folgenden Testungen.

Untersuchungsverfahren

Biographische und krankheitsbezogene Informationen

Zu Beginn der Testung wurden mittels des Soziodemographischen Fragebogens biographische und krankheitsbezogene Daten erhoben. Der Soziodemographische Fragebogen erfragt neben dem Familienstand, der Wohnsituation und dem Bildungsstand auch die Dauer der bestehenden Erkrankung, eventuelle Medikation und Vorbehandlungen. Sowohl die Patientengruppe als auch die Kontrollgruppe wurden mit Hilfe dieses Fragebogens untersucht.

Weiterführend wurden die Teilnehmer der Studie mit Hilfe des MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) auf Komorbiditäten überprüft. Das M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998) ist ein kurzes strukturiertes Interview, welches sich an den Diagnosekriterien des DSM- IV und ICD - 10 orientiert und sich hauptsächlich auf die Achse I Störungen (z.B. affektive Störungen, Suizidalität, Angststörungen, substanzinduzierte Störungen) konzentriert. Das M.I.N.I. hat eine Dauer von ungefähr 30 - 40 Minuten.

Die Depressivität wurde durch die Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) untersucht. Die HAM-D dient der Fremdeinschätzung des Vorliegens einer Depression und gegebenenfalls der Einteilung und des Schweregrades der bestehenden depressiven Symptomatik (Hamilton, 1960). Es handelt sich um ein standardisiertes Interview. Der Proband muss unter verschiedenen Aussagen zum momentanen psychischen und körperlichen Befinden auswählen, welche für ihn oder sie am ehesten zutrifft. Hierbei geht

es um die aktuelle Anamnese, die letzten sieben Tage werden mittels der HAM-D erfasst. Für die Einschätzung werden sowohl verbale Äußerungen als auch das Verhalten des Probanden herangezogen.

Die Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Bewertung von Angstzuständen, die aus 14 items besteht und als Standard im klinischen Alltag zur Diagnostik von Angststörungen gilt und deren Validität und Reliabilität gut nachgewiesen ist (Clark & Donovan, 1994; Bruss et al, 1994). Jedes Item wird mittels einer 5-stufigen Likert-Skala (0-4) gemessen, wobei höhere Scores eine stärkere Ausprägung der Angst bedeuten (Kummer et al., 2010).

Zur Erfassung des Sprachverständnisses und der Wortflüssigkeit der Studienteilnehmer diente der Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT). Es ist ein diagnostisches Verfahren, bei dem der Proband bei unterschiedlichen Untertests Lösungen über einen Zeitraum von zwei Minuten verbal generieren muss (Aschenbrenner et al., 2000). Es werden vier kognitive Parameter berechnet: formallexikalische Wortflüssigkeit, formallexikalischer Kategorienwechsel, semantisch-kategorielle Flüssigkeit und semantischer Kategorienwechsel.

Ebenfalls zum Einsatz kam der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test B (MWT-B). Basierend auf der Annahme, dass der Wortschatz eine recht stabile und abbauresistente kognitive Leistung darstellt, kann mit Hilfe des MWT-B die prämorbid Intelligenz geschätzt werden (Lehrl, 1977).

Zur Messung der Religiosität, Spiritualität und paranormalen Vorstellungen wurden verschiedene Fragebögen herangezogen.

Die Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS) beinhaltet eine kurze Messung der Religiosität und Spiritualität mittels verschiedener Fragen zu einzelnen Themengebieten der Religiosität (Fetzer Institute/National Institute of Aging working group, 2003). In diesem Fragebogen werden mittels 40 items und 14 Subgruppen sowohl die Zugehörigkeit zu einer Religion (Katholisch, Evangelisch, Orthodox, Muslimisch, Jüdisch, keine Religion (Atheist, Agnostiker) u.a.) erfragt als auch religiöse Verhaltensweisen oder Lebenserfahrungen (siehe Tabelle 1). Die Probanden entscheiden anhand einer sechsstufigen Skala inwieweit die aufgeführten Aussagen für sie zutreffen. Dieses Instrument wurde jüngst validiert sowohl für eine jugendliche als auch erwachsene Gruppe (Harris et al.,

2008; Stewart & Koeske, 2006). Insgesamt hat die BMMRS eine gute interne Konsistenz, hohe Reliabilität und Validität (Harris et al., 2007; Bush et al., 2012). Für die vorliegende Studie wurde eine deutsche, leicht modifizierte Version der BMMRS verwendet.

Tabelle 1: Subskalen der Religiosität/Spiritualität, gemessen mit der Brief Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality (BMMRS), deutsche Übersetzungen (in Klammern).

Subscales (Subskalen)	Factors (Faktoren)
Public Religious Activities (Öffentliche religiöse Aktivitäten)	Religious service attendance (Gottesdienstteilnahme) Other public religious activities (andere öffentliche religiöse Aktivitäten)
Private Religious Activities Private religiöse Aktivitäten)	Private prayer (Privates Gebet) Meditation (Meditation) Bible reading (Bibellesen) Religious programs on TV/Radio (Religiöse TV- oder Radio-Programme) Prayer before meal (Tischgebet)
Congregation Benefits (Hilfe durch die Gemeinde)	Congregation helps with illness (Hilfe bei Krankheit) Congregation helps with problems (Hilfe bei Problemen)
Congregation Problems (Probleme durch die Gemeinde)	Congregation makes too many demands (Gemeinde fordert zu viel) Congregation is critical (Gemeinde ist kritisch)
Positive Religious Coping (positives religiöses Coping)	Life is part of a larger force (Leben ist Teil einer höheren Macht) Work with God as a partner (Zusammenarbeit mit Gott) Look to God for support (Unterstützung durch Gott)
Negative Religious Coping (negatives religiöses Coping)	Feel that God is punishing (das Gefühl eines strafenden Gottes) Wonder if God has abandoned (Frage, ob Gott einen verlassen hat)
Self-directed Coping (Selbstdirektives Coping)	Self decision-making (eigene Entscheidungen treffen)
Overall Coping (Allgemeines Coping)	Role of religion in Coping (Rolle der Religion im Coping)
Religious Intensity (Religiöse Intensität)	Religious person (Religiöse Person) Spiritual person (Spirituelle Person)
Forgiveness (Vergebung)	Forgiven self (sich selbst vergeben) Forgiven others (anderen vergeben) Know that God forgives (Wissen, dass Gott einem vergibt)
Daily Spiritual Experiences (Tägliche	Feel God's presence (Gottes Anwesenheit spüren)

spirituelle Erlebnisse	Find comfort in religion (Trost in der Religion finden)
	Feel deep inner peace (tiefen inneren Frieden empfinden)
	Desire to be closer to God (Wunsch, Gott näher zu sein)
	Feel God's love (Gottes Liebe spüren)
	Touched by beauty of creation (von der Schönheit der Schöpfung begeistert sein)
Beliefs and Values (Glaube und Werte)	God watches over me (Gott wacht über mich)
	Responsibility to reduce pain and suffering (Verantwortlichkeit, Leid und Schmerz zu vermindern)
	Carry beliefs to other areas of life (Glaube auf andere Lebensbereiche übertragen)

Paranormale Vorstellungen wurden mit der Revised Paranormal Belief Scale (RPBS) nach Tobacyk (1988, 1991) mittels einer Selbstbewertungsskala von 26 Aussagen gemessen. Der Proband muss eine persönliche Einschätzung abgeben, in wie weit er einer Aussage Glauben schenkt oder zustimmt. Es besteht eine Skala von 1 („Ich stimme gar nicht zu“) bis 7 („Ich stimme 100% zu“). Die RPBS behandelt die Themengebiete der Zukunftsdeutung, der Zauberei, des traditionellen religiösen Glaubens, des Aberglaubens und des Glaubens an außerirdische Lebensformen (siehe Tabelle 2). Auch hierbei wurde wieder eine deutsche Version verwendet.

Tabelle 2: Subskalen für paranormale Vorstellungen, gemessen mit der Revised Paranormal Belief Scale (RPBS), deutsche Übersetzungen (in Klammern).

Subscales (Subskalen)	Statements (Angaben)
Traditional Religious Beliefs (Traditionelle religiöse Ansichten)	The soul continues to exist though the body may die (Die Seele lebt nach dem Tod weiter)
	There is a devil (Der Teufel existiert)
	I believe in God (Ich glaube an Gott)
	There is a heaven and hell (Es gibt Himmel und Hölle)
PSI	Some individuals are able to levitate (lift) objects through mental forces (Einige Menschen können Gegenstände durch ihre Gedanken bewegen)
	Psychokinesis, the movement of objects through psychic powers, does exist

	(Psychokinese, das Bewegen von Gegenständen durch mentale Kräfte, existiert)
	A person's thoughts can influence the movement of a physical object (Der Gedanke einer Person kann die Bewegung eines Objekts beeinflussen)
	Mind reading is not possible (inverse rating) (Gedankenlesen ist nicht möglich)
Witchcraft (Hexerei)	Black magic really exists (Schwarze Magie existiert)
	Witches do exist (Hexen gibt es)
	Through the use of formulas and incantations, it is possible to cast spells on persons (Durch Zaubersprüche ist es möglich, Menschen zu verfluchen)
	There are actual cases of witchcraft (Es gibt Fälle von Hexerei)
	Black cats can bring bad luck (Schwarze Katzen können Unglück bringen)
Superstition (Aberglaube)	If you break a mirror, you will have bad luck (Wenn man einen Spiegel zerstört, bringt es Unglück)
	The number "13" is unlucky (Die Nummer "13" bringt Unglück)
Spiritualism (Spiritualität)	Your mind or soul can leave your body and travel (astral projection) (Die Seele kann den Körper verlassen und reisen)
	During altered states, such as sleep or trances, the spirit can leave the body (In veränderten Zuständen, z.B. während des Schlafens, den Körper verlassen)
	Reincarnation does occur (Wiedergeburt kann vorkommen)
	It is possible to communicate with the dead (Es ist möglich, mit den Toten zu kommunizieren)
	The abominable snowman of Tibet exists (Der Yeti von Tibet existiert)
Extraordinary Life Forms (Außergewöhnliche Lebensformen)	The Loch Ness monster of Scotland exists (Das Loch Ness-Monster aus Schottland existiert)
	There is life on other planets (Es gibt Leben auf anderen Planeten)
Precognition (Hellseherei)	Astrology is a way to accurately predict the future (Astrologie ist eine Möglichkeit, die Zukunft genau vorherzusagen)
	The horoscope accurately tells a person's future (Das Horoskop beschreibt genau die die Zukunft eines Menschen)
	Some psychics can accurately predict the future (Einige Medien können die Zukunft genau vorhersagen)
	Some people have an unexplained ability to predict the future (Einige Menschen haben die unerklärliche Fähigkeit, die Zukunft vorherzusagen)

Das magische Denken wurde mit der Magical Ideation Scale (MIS) ermittelt (Eckblad und Chapman, 1983; Tolin et al., 2001). Die MIS besteht aus 30 Ja/Nein Fragen und misst den

Glauben einer Person an Telepathie, Astrologie, Verschwörungstheorien, UFOs u.a. (Beispiele: „Ich glaube, ich könnte die Gedanken anderer Menschen lesen, wenn ich es wollte.“; „Manchmal habe ich eine böse Macht um mich herum gespürt“). In der vorliegenden Studie wurde eine deutsche Version und zudem eine gekürzte 20-item Version verwendet. Diese Version wurde bereits mehrfach verwendet und hat eine nachgewiesene Validität und Reliabilität (Meyer & Hautzinger, 1999).

Alle Patienten erhielten während ihres stationären Aufenthalts eine kognitive Verhaltenstherapie, wobei zusätzliche Medikamenteneinnahme kein Ausschlusskriterium war. Die zweite Testung, die 8 Wochen nach der ersten Testung durchgeführt wurde, verlief in leicht abgewandelter Form. Hierbei wurden der MWT-B, der RWT und der M.I.N.I. Test weggelassen. Im Rahmen der zweiten Testung wurde noch das Verfahren „Einstellung gegenüber anderen Menschen“ vorgegeben, welches aber für die vorliegende Fragestellung nicht relevant ist und an dieser Stelle nicht näher ausgeführt wird. Zusätzlich wurden die Teilnehmer nach 6-Monaten zu einer follow-up Befragung noch einmal untersucht (ausgeschlossen die Kontrollgruppe).

Datenanalyse

Die statistischen Berechnungen werden in Gesamt- und Prozentzahlen für Nominalskalavariablen angegeben und mittels Mittelwert und Standardabweichung für Ordinal- und Intervallskalen.

Für einen besseren Vergleich wurden die Rohdaten aller verwendeten Instrumente (BMMRS, MIS und RPBS) umgerechnet (für die BMMRS ebenfalls invers) und als Prozentzahlen (%) des maximal möglichen Scores für jede Skala angegeben. Gruppenvergleiche wurden mittels des Chi-Quadrat-Tests (Nominalskala, parametrisch) und des t-Tests (Ordinal- und Intervallskala, parametrisch) vorgenommen. Alle signifikanten Tests waren 2-seitig und die p-Werte < .05 als signifikant anzusehen. Die statistischen Berechnungen wurden mittels des Statistikprogramms Statistical Package for Social Sciences Version 15 (SPSS Inc., Chicago, IL) durchgeführt

Zunächst wurden orientierende Untersuchungen als Zwischengruppen ANOVA mit post-hoc Vergleichen mittels des Tukey HSD Tests durchgeführt, um signifikante Unterschiede bezüglich der Scores der verwendeten Instrumente zu kontrollieren. Zusätzlich wurde ein unabhängiger t-Test zwischen der Zwangs-(OCD) und Angstgruppe (AD) durchgeführt und

ebenso zwischen der gesunden (HC) und nicht-gesunden (NH; OCD und AD) Gruppe, da mittels des initialen ANOVA signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden wurden.

Eine logistische Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den Einfluss von Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit der Gruppenzugehörigkeit zur gesunden oder nicht-gesunden Gruppe (abhängige Variable) abzuschätzen.

Das resultierende Modell beinhaltete sechs unabhängige Variablen (Gesamtwerte von MIS, RPBS und BMMRS, religiöse Intensität, öffentliche religiöse Aktivität und negatives religiöses Coping). Negatives religiöses Coping wurde auf Grund der signifikanten Gruppenunterschiede mit einbezogen (siehe Tabelle 4). Religiöse Intensität und öffentliche religiöse Aktivität wurden eingeschlossen, da in der gängigen Literatur ihre Bedeutung wiederholt betont wird (Moreira-Almeda et al., 2006; Alves et al., 2010; Baetz et al., 2006). Die demographischen Daten wurden nicht mit einbezogen, da sie zu Beginn für Unterschiede zwischen den Gruppen kontrolliert wurden (Tabelle 3).

4 Ergebnisse

120 Probanden (58 Männer, 62 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von $36,8 \pm 12,0$ Jahren wurden rekrutiert und in die Gruppen unterteilt: Zwangsgruppe (OCD, $n=49$), Angstgruppe (AD, $n=36$) und eine gesunde Kontrollgruppe (HC, $n=35$) (siehe Tabelle 3).

Die Gruppe der Angst- und Zwangspatienten unterschied sich weder in der Geschlechtsverteilung noch im Durchschnittsalter, der Anzahl der Schuljahre, der nationalen Zugehörigkeit oder der Religionszugehörigkeit von der Gruppe der gesunden Kontrollpersonen (Tabelle 3 und 4). Die unterschiedlichen Subgruppen der Angststörungen werden ebenso in Tabelle 3 erwähnt (siehe hierzu Fußnoten).

Tabelle 3: Distribution der Probe und statistische Unterschiede in Bezug auf Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Nationalität und Religionszugehörigkeit (Standardabweichung in Klammern).

	AD	OCD	HC	NH (Non-Healthy)	Gesamt	Between groups ANOVA	HC Vs. NH
Rekrutierte Auswahl	53	55	56	108	164		

Eingeschlossene Auswahl (n) †	36††	49	35	85	120		
Männer : Frauen	23 : 13	20 : 29	15 : 20	43 : 42	58 : 62	$p = .081$	$p = .569$
Durchschnittsalter in Jahren	36.2 (12.2)	33.9 (10.5)	39.0 (12.5)	35.0 (11.3)	36.8 (12.0)	$p = .158$	$p = .089$
Mittlere Schuljahre	10.9 (1.6)	11.1 (1.7)	11.5 (1.5)	11.0 (1.6)	11.2 (1.6)	$p = .260$	$p = .110$
Nationalität							
Deutsch	34	44	31	78	109 (91.2%)		
Deutsch(Zweite Generation einer ausländischen Nationalität) *	1	3	3	4	7 (5.6%)	$p = .478$	$p = .319$
Andere**	1	2	1	3	4 (3.2%)		
Religionszugehörigkeit							
Protestantisch	15	14	9	29	38 (37.6%)		
Keine Religion	10	14	15	24	39 (35.2%)		
Römisch Katholisch	4	5	4	9	13 (9.6%)	$p = .284$	$p = .117$
Muslimisch	1	3	1	4	5 (4.8%)		
Andere ***	6	13	6	19	25 (12.8%)		

- † Hauptausschlusskriterien für Angst- und Zwangsgruppe: Diagnose nicht gesichert, andere Hauptdiagnose: [IQ<70: n=1, schizophreniforme Störung: n=2, bipolare Störung: n=2, Substanz-/Alkoholabhängigkeit: n=3, Komorbidität von Zwangsstörung und einer weiteren Angststörung: n= 11, andere Hauptdiagnose (Major Depression, PTSD, Anpassungsstörung, Persönlichkeitsstörung): n=4]. Hauptausschlusskriterien für die gesunde Kontrollgruppe: psychiatrische Diagnose oder positive psychiatrische Anamnese (n=21).
- †† Distribution der unterschiedlichen Angststörungen innerhalb der Angstgruppe: Panikstörung ohne Agoraphobie (n=14, 39%), Panikstörung mit Agoraphobie (n=12, 33%), Agoraphobie ohne Panikstörung (n=1, 3%), Sozialphobie (n=6, 17%), generalisierte Angststörung (n=3, 8%)
- * Polnisch, Griechisch, Türkisch, Österreichisch: ca. <1%
- ** Griechisch, Italienisch, Portugiesisch, Türkisch: ca. <1%
- *** Christ, Baptist, Griechisch Orthodox, Buddhist, Zeugen Jehovas, Naturalistisch, Lutherisch, Jüdisch, "Ich glaube an Gott": ca. <1%

Gruppenunterschiede

Die Resultate der initialen Untersuchung der Zwischen-Gruppen Varianzanalyse ANOVA (Analysis of Variance) zeigten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die meisten gemessenen Parameter. Besonders fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Zwangs-, Angst- und gesunden Kontrollgruppe bezüglich aller Werte für magisches Denken und paranormale Vorstellungen. Von allen analysierten BMMRS Subskalen fanden sich statistisch signifikante Unterschiede nur für den Parameter des negativen religiösen Copings (z.B. Glaube an einen strafenden Gott) zwischen den drei Gruppen (HC: 8.2 ± 11.7 , OCD: 15.4 ± 19.0 , AD: 21.0 ± 20.8 , $p = .013$, Eta Quadrat = .073, power = .757). Ein Post-hoc-Test zeigte, dass die gesunden Probanden niedrigere Werte als die Probanden der Zwangs- und Angstgruppe für das negative religiöse Coping erreichten (siehe Tabelle 5). Errechnete t-Tests zwischen der gesunden (HC) und der nicht-gesunden Gruppe (NH) deuten signifikante Unterschiede in Bezug auf negatives religiöses Coping an. Dabei zeigen die gesunden Kontrollpersonen signifikant niedrigere Werte für negatives religiöses Coping ($t = -2.63$, Mittelwertdifferenz = -9.47, 95% CI: -16.60 bis -2.34, $p = .002$). Die Größe der Unterschiede ist im Mittel als moderat anzusehen ($r = .30$, Cohen's $d = .63$). Es gab keine signifikanten

Unterschiede bezüglich der Geschlechts- oder Altersverteilung zwischen den zwei Gruppen (siehe Tabelle 3).

Eine weitere Varianzanalyse, mittels derer die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich aller positiv beantworteter Items des MIS erfasst wurden, zeigte einen signifikanten Unterschied lediglich für Item 16 („Es kommt vor, dass ich bestimmte kleinere Rituale ausführe, um mich vor negativen Einflüssen zu schützen“). Der Zwischen-Gruppen-Unterschied war hochsignifikant ($p < .001$, $\eta_{\text{partial}}^2 = .179$, power = .995). Post-Hoc-Analysen zeigten, dass die Probanden der Zwangsgruppe signifikant höhere Werte aufwiesen, als die Angehörigen der Angst- und gesunden Kontrollgruppe.

Schließlich wurden wiederholte Varianzanalysen bezüglich aller gemessenen Werte der Subskalen durchgeführt, um Unterschiede zwischen den verschiedenen diagnostischen Gruppen der Angstgruppe herauszufiltern. Kein Wert erreichte eine statistische Signifikanz, was darauf hindeutet, dass es keine Unterschiede innerhalb der unterschiedlichen Angstsubgruppen gibt.

Tabelle 4: Arithmetisches Mittel und Gruppenunterschiede der Subskalen und Ergebnisse der Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS), der Revised Paranormal Belief Scale (PRBS) und der Magical Ideation Scale (MIS) für die gesunden Probanden (HC), die Zwangspatienten (OCD) und die Angstpatienten (AD), (Standardabweichungen werden in Klammern dargestellt).

	HC (n = 35)	OCD (n = 49)	AD (n = 36)	NH (n = 85)	ANOVA Zwischen- Gruppen <i>p</i>
Prozentangaben des maximal möglichen Scores					
Revised Paranormal Belief Scale					
Traditioneller religiöser Glaube	10.5 (5.1)	10.3 (5.3)	10.6 (4.8)	10.4 (5.1)	.974
Psi	8.5 (3.6)	8.3 (4.0)	9.3 (3.8)	8.7 (4.0)	.487
Zauberei	6.8 (3.6)	6.5 (4.7)	6.9 (4.1)	6.7 (4.4)	.916
Aberglaube	7.6 (3.2)	8.3 (5.0)	8.2 (5.1)	8.3 (5.0)	.736
Spiritualismus	7.7 (5.1)	7.5 (4.9)	7.0 (4.0)	7.3 (4.5)	.813
Außergewöhnliche Lebewesen	11.1 (4.1)	11.0 (4.8)	10.7 (5.8)	10.9 (5.2)	.944
Vorhersehung	6.8 (3.5)	6.3 (3.2)	7.0 (4.0)	6.6 (3.5)	.636
Total	31.3 (12.1)	30.7 (11.4)	31.7 (11.5)	31.1 (11.3)	.928
Brief Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality					
Tägliche spirituelle Erlebnisse	18.2 (19.0)	17.2 (19.7)	11.7 (12.9)	14.9 (17.2)	.253
Glaube und Werte	28.4 (18.6)	28.2 (19.6)	27.1 (16.4)	27.8 (18.2)	.950
Vergebung	21.8 (20.9)	20.0 (18.5)	19.3 (20.1)	19.7 (19.1)	.860
Private religiöse Aktivität	9.1 (14.4)	9.3 (17.2)	5.5 (9.3)	7.7 (14.5)	.441
Positives religiöses Coping	21.4 (24.9)	19.1 (22.5)	12.5 (15.7)	16.4 (20.1)	.205
Negatives religiöses Coping	8.2 (11.7)	15.4 (19.0)	21.0 (20.8)	17.7 (19.8)	.013 *†
Eigenständiges Coping	57.9 (27.0)	57.4 (29.9)	53.7 (30.8)	55.9 (30.2)	.803

Coping, gesamt	15.7 (22.7)	16.5 (25.7)	11.8 (16.5)	14.5 (22.3)	.625
Gemeindeunterstützung	11.1 (18.4)	13.9 (18.1)	15.7 (17.4)	14.7 (17.7)	.569
Gemeindeprobleme	2.9 (8.1)	6.0 (11.2)	6.4 (10.6)	6.2 (10.9)	.281
Öffentliche religiöse Aktivität	9.3 (12.9)	5.7 (9.7)	4.7 (6.2)	5.3 (8.4)	.131
Religiöse Intensität	16.8 (20.3)	15.4 (15.5)	12.5 (13.1)	14.2 (14.5)	.547
Total	18.5 (12.5)	18.8 (11.4)	15.8 (9.1)	17.5 (10.5)	.507
Magical Ideation Scale Total Score	18.9 (18.4)	18.4 (18.9)	19.5 (16.9)	18.9 (18.0)	.963

* $p < .05$, † Gesunde < Zwang = Angst.

Tabelle 5: Positiv beantwortete Items in der Magical Ideation Scale für die gesunden Probanden, die Zwangspatienten und Angstpatienten (Anzahl/Prozentzahl).

No.	E/C	Question Text	+/-	HC	OCD	AD	p value
1	1	Manche Menschen können meine Aufmerksamkeit auf sich lenken, einfach indem sie an mich denken	+	8 (22.9%)	5 (10.4%)	4 (11.8%)	.244
2	4	Ich glaube, ich könnte lernen, die Gedanken anderer Leute zu lesen.	+	5 (14.3%)	7 (14.6%)	6 (17.6%)	.909
3	9	Ich machte mir schon Sorgen darüber, dass Lebewesen auf anderen Planeten die Dinge auf der Erde beeinflussen könnten.	+	4 (11.4%)	4 (8.3%)	1 (2.9%)	.407
4	10	Die Regierung weigert sich, uns die Wahrheit über unbekannte Flugobjekte (UFO) zu sagen.	+	8 (22.9%)	5 (10.6%)	8 (22.9%)	.240
5	13	Glücksbringende Amulette funktionieren nicht.	-	8 (22.9%)	13 (27.7%)	8 (23.5%)	.860
6	14	Ich habe schon Geräusche auf meinen Schallplatten vernommen, die zu anderen Zeiten nicht da waren.	+	3 (8.6%)	4 (8.5%)	0	.213
7	15	Handbewegungen von Fremden scheinen mich manchmal zu beeinflussen.	+	5 (14.3%)	3 (6.4%)	7 (20.6%)	.164
8	17	Ich hatte schon kurzzeitig das Gefühl, dass der Platz einer Person durch einen Doppelgänger eingenommen wurde.	+	2 (5.7%)	0	8 (3.6%)	.145
9	18	Es ist nicht möglich, andere allein dadurch zu verletzen, indem man schlecht über sie denkt.	-	15 (42.9%)	10 (21.3%)	13 (37.1%)	.093
10	19	Manchmal habe ich ein böses Wesen um mich herum gespürt, obwohl ich es nicht sehen konnte.	+	3 (8.6%)	4 (8.5%)	4 (11.4%)	.887
11	20	Manchmal habe ich das Gefühl, Energie zu empfangen oder zu verlieren, wenn bestimmte Menschen mich anschauen oder berühren.	+	7 (20%)	8 (17.0%)	13 (37.1%)	.087
12	21	Manchmal hatte ich den vorübergehenden Gedanken, dass Fremde in mich verliebt sind.	+	3 (8.6%)	7 (14.9%)	9 (25.7%)	.143

13	23	Wenn ich Fremden vorgestellt werde, dann habe ich gewöhnlich nicht den Eindruck, sie früher schon einmal getroffen zu haben.	-	11 (31.4%)	7 (14.9%)	6 (17.1%)	.156
14	24	Wenn es wahr wäre, dass wir wiedergeboren werden, so würde das manche ungewöhnliche Erfahrung, die ich hatte, erklären.	+	8 (22.9%)	14 (29.8%)	8 (22.9%)	.702
15	25	Manchmal verhalten sich Menschen so merkwürdig, dass ich mich frage, ob sie nicht beeinflusst werden oder Teil eines Experiments sind.	+	6 (17.1%)	7 (14.9%)	3 (8.8%)	.581
16	26	Es kommt vor, dass ich bestimmte kleinere Rituale ausführe, um mich vor negativen Einflüssen zu schützen.	+	8 (22.9%)	29 (61.7%)	6 (17.6%)	<.001
17	27	Ich hatte schon das Gefühl, allein dadurch Dinge verursachen zu können, indem ich intensiv daran denke.	+	6 (17.1%)	14 (29.8%)	5 (14.7%)	.199
18	28	Ich habe mich schon gefragt, ob die Seelen der Toten die Lebenden beeinflussen.	+	10 (28.6%)	12 (25.5%)	12 (35.3%)	.631
19	29	Ich hatte schon den Eindruck, dass ein Vortrag ganz besonders an mich gerichtet war.	+	8 (22.9%)	10 (21.3%)	8 (22.9%)	.980
20	30	Manchmal hatte ich schon das Gefühl, dass Fremde meine Gedanken lesen.	+	4 (11.4%)	10 (21.3%)	10 (29.4%)	.181

Zahlen werden als Anzahl angegeben (Prozentzahlen); No.: Fragenummer in der 20-item Deutschen Version; E/C: Fragenummer in der Original 30-item Version von Eckblad and Chapman (1983); +: 'stimmt' wird als positive Antwort gewertet; -: 'stimmt nicht' wird als positive Antwort gewertet. * p < .05

Logistische Regression

Eine Regressionsanalyse war statistisch signifikant $\chi^2(6) = 14.31, p = .026$. Dies lässt vermuten, dass das Modell eine Unterscheidung zwischen Angehörigen der gesunden Kontrollgruppe und Angehörigen der nicht-gesunden Gruppe zuließ. Um den Bestimmungskoeffizienten zu evaluieren, wurde der Hosmer und Lemshow Anpassungsgüte-Test verwendet ($p = .257$). Das Modell als Ganzes konnte zwischen 12.7% (Cox und Snell R Quadrat) und 17.8% (Nagelkerke R^2) der Varianz des nicht-gesunden Status erklären und in 70.5% der Fälle richtig zuordnen. Wie in Tabelle 6 gezeigt, ist negatives religiöses Coping die einzige der unabhängigen Variablen, die signifikant ist ($p = .005$) und als stärkster Prädiktor für eine Gruppenzugehörigkeit zur gesunden oder nicht-gesunden Gruppe angesehen werden kann.

Tabelle 6: Endgültige und vollständige logistische Regression, die eine Gruppenzugehörigkeit vorhersagt (Gesund Vs. Nicht-Gesund).

	β	SE	Wald	df	P	OR	95% CI für OR	
							untere	obere
MIS Gesamtscore	-.01	.01	.16	1	.689	.99	.96	1.02
RPBS Gesamtscore	-.01	.03	.04	1	.831	.99	.94	1.05
BMMRS Gesamtscore	-.05	.04	1.28	1	.258	.95	.87	1.04
Öffentliche religiöse Aktivität	-.04	.03	1.90	1	.168	.96	.92	1.01
Religiöse Intensität	.01	.02	.26	1	.609	1.01	.97	1.06
Negatives religiöses Coping	.07	.02	8.05	1	.005	1.07	1.02	1.12
Constant	1.22	.71	2.92	1	.087	3.40		

SE: Standardfehler; β : standardisiertes Beta; CI: Konfidenzintervall; OR: Odds Ratio. * $p < .05$

5 Diskussion

Die vorliegende Querschnittstudie diente der Untersuchung der Unterschiede von Religiositäts- und Spiritualitätsmerkmalen, Unterschieden im magischen Denken und paranormalen Vorstellungen und religiösem Coping bei Patienten mit Angst- oder Zwangsstörung im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Bei dieser Untersuchung steht eine Verbesserung des Therapie-Outcomes für Patienten mit Angst- und Zwangsstörung im Vordergrund. Ausgehend von der Literatur zu diesem Thema wurden Interviews geführt. Es scheint, dass es die erste Studie zu dieser Thematik ist, die anhand standardisierter multidimensionaler Fragebögen eindruckliche Resultate liefert.

Zusammengefasst ergeben die Resultate der Studie keine Unterschiede bezüglich der Religiosität und Spiritualität, bezüglich des magischen Denkens und paranormalen Vorstellung zwischen den untersuchten Gruppen und widersprechen dadurch teilweise früheren in der Literatur präsentierten Ergebnissen.

In der vorliegenden Studie zeigte sich negatives religiöses Coping als einziger signifikanter Faktor, der ausgeprägter in der Gruppe der Angst- und Zwangspatienten vorlag und von möglicher zentraler Bedeutung für psychiatrische Störungen im Allgemeinen und speziell für Angststörungen anzusehen sein könnte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen untersuchten Faktoren dargestellt und anhand aktueller Forschungsergebnisse diskutiert.

Magisches Denken

Die vorliegende Studie zeigt keine signifikanten Unterschiede bezüglich des MIS Gesamtwertes innerhalb der drei Gruppen, was ähnliche Merkmale bezüglich des magischen Denkens unter Zwangs- und Angstpatienten und den gesunden Kontrollprobanden vermuten lässt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stimmen überein mit Ergebnissen von West und Willner (2011), die in ihrer Studie keinen Unterschied bezüglich magischen Denkens unter Zwangspatienten und Patienten mit generalisierter Angststörung gefunden haben (West & Willner, 2011). Im Vergleich zu Ergebnissen der Studie von Einstein und Menzies (2006), die signifikant niedrigere Werte für magisches Denken in der Gruppe der Patienten mit Panikstörung im Vergleich zur Gruppe mit Zwangsstörung und keinen signifikanten Unterschied zwischen der Panikgruppe und der gesunden Kontrollgruppe in Bezug auf magisches Denken gefunden haben (Einstein & Menzies, 2006), stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Studie nur teilweise überein.

Demgegenüber widersprechen die Resultate der vorliegenden Studie vielen Studien der letzten Jahre, die eine positive Korrelation zwischen magischem Denken und Zwangssymptomen annehmen (Shafran et al., 1996; Einstein & Menzies, 2004; Yorulmaz et al., 2008; Lee et al., 2005; West & Willner, 2011) und von höheren Werten bezüglich des magischen Denkens unter Zwangspatienten als unter gesunden Kontrollpersonen ausgehen (West & Willner 2011).

Um die Resultate der vorliegenden Studie eingehender zu untersuchen, wurde eine zusätzliche orientierende ANOVA durchgeführt, in der Unterschiede bezüglich jedes einzelnen der 20 MIS Items (Deutsche Version der MIS) untersucht wurden. Es zeigten sich signifikant höhere Werte unter den Zwangspatienten lediglich für Item 16 („Es kommt vor, dass ich bestimmte kleinere Rituale ausführe, um mich vor negativen Einflüssen zu schützen.“). Dieses Item ist als einziges der zwanzig verwendeten Items eines, welches ein zwangsspezifisches Merkmal erfasst, welches erwartungsweise unter Zwangspatienten höher bewertet werden würde im Vergleich zu den Angstpatienten oder den gesunden Kontrollpersonen. In der Original 30-Items umfassenden MIS von Eckblad und Chapman gibt es noch zusätzliche Items, die bestimmte zwangsspezifische Merkmale erfassen (englisch:

Item 3: I have sometimes been fearful of stepping on sidewalk cracks, item 18: It is not possible to harm others merely by thinking bad thoughts about them, item 27: I have felt that I might cause something to happen just by thinking too much about it).

Es wird angenommen, dass das Vorkommen von vier zwangsspezifischen Items in der Original MIS zu einem Bias bezüglich der Ausprägung von magischem Denken bei Zwangspatienten führen könnte. Eine zukünftige retrospektive Re-Analyse von vorherigen Studien unter besonderer Betrachtung der vier Items wäre äußerst interessant und könnte neue Aspekte bezüglich der Interpretation der Resultate dieser Studien bringen.

Magisches Denken und auch Religiosität werden in der Literatur häufig in Zusammenhang gebracht mit thought-action fusion (TAF) (Berman et al., 2010). In einer Studie von Berman et al. wurden 43 stark religiöse Protestanten mit 30 überzeugten Atheisten verglichen in Bezug auf das Auftreten von TAF. In den Teilnehmern wurden unangenehme Gedanken erzeugt. So mussten die Probanden u.a. aufschreiben, dass sie sich wünschten, mit einem nahen Verwandten Geschlechtsverkehr zu haben oder aber, dass ein naher Verwandter in einen Autounfall verwickelt wird. Während die Probanden über diese unangenehmen Vorstellungen nachdachten, wurde ihr Angstniveau gemessen und die moralische Akzeptierbarkeit und Wahrscheinlichkeit erfragt, ob das Aufgeschriebene tatsächlich passieren könnte. Die religiösen Teilnehmer waren überzeugter, dass Gedanken und Geschriebenes negative Ereignisse bewirken könnten, und waren stärker von der moralischen Falschheit der Gedanken überzeugt. Die Autoren gehen davon aus, dass moralische Standards durch Pfarrer oder Priester vorgegeben werden könnten, welche Sünden skizzieren und auch Bestrafungen involvieren (z.B. Die 10 Gebote, Erbsünden, Bergpredigt). Dies könnte, so Berman, die Entwicklung von rigidem und fehlinterpretiertem Glauben an Gedanken und ihren Einfluss zugrunde haben. Genannt wird hier als Beispiel der Neid, wie er in der Bergpredigt angesprochen wird („Ihr habt gehört, dass gesagt worden ist: „Du sollst nicht Ehe brechen“. Ich aber sage euch: Wer eine Frau nur lüstern ansieht, hat in seinem Herzen schon Ehebruch begangen.“). Durch diese moralischen Vorgaben könnten religiöse Menschen ihre Gedanken möglicherweise überbewerten und in dem Glauben leben, dass ihre Gedanken bestimmte Dinge beeinflussen können, z.B. jemandem allein durch die Gedanken zu schaden, wie man es häufig bei Zwangserkrankten sieht (TAF). Man könnte in diesem Zusammenhang annehmen, dass magisches Denken, eventuell verstärkt durch bestimmte Religionen, eher eine Übermoralität oder enorme Wichtigkeit der Gedanken vorgibt. Schon allein ein Gedanke könnte demnach also eine Tat bewirken,

wonach Gedanken und Taten moralisch gleichzusetzen seien und eine Sünde schon durch Gedanken begangen werden könnte, was unter die Definition von TAF (Einstein & Menzies, 2004; Berman et al., 2010) fällt. Andere Beispiele aus der Bibel, die durchaus magisches Denken implizieren könnten, sind der 1. Brief Johannes 3:15: „Jeder der seinen Bruder hasst, ist ein Mörder“ und auch die Sprüche Salomons 23:7: „So wie er in seinem Herzen denkt, so ist er“.

Im Christentum hängt das Leben nach dem Tod oder die Aufnahme in den Himmel davon ab, dass die Gläubigen an Jesus als den Retter glauben und sich an Gebote und Regeln der christlichen Lehre halten. Zu beachten ist, dass es vor allem im Protestantismus wenige Verhaltensregeln und -gebote gibt, an die man sich als gläubiger Mensch halten muss. Der Glaube und somit das Denken haben hier größere Wichtigkeit, was eine mögliche Erklärung für die übertriebene Verantwortlichkeit der eigenen Gedanken und Taten bei Zwängen sein könnte (Siev & Cohen, 2007). Im Gegensatz dazu wird im Judentum beispielsweise vermehrte Wichtigkeit auf Handlungen gelegt, was die Ergebnisse der Studie von Siev und Cohen verdeutlichen, die zeigten, dass magisches Denken und TAF mit starker Religiosität unter Christen, nicht aber unter Juden korreliert war (Siev & Cohen, 2007). Auch in einer belgisch-niederländischen Studie zeigten Rassin und Koster einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und TAF (Rassin & Koster, 2003). Die Autoren bemerken, dass strenge Religiosität ein potentieller Risikofaktor für Zwänge sein könnte.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie finden sich Widersprüche zu den dargestellten bislang veröffentlichten Arbeiten. So konnten in der vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede bezüglich des magischen Denkens zwischen den Gruppen gezeigt werden, so dass ähnliche Merkmale bei Angst- und Zwangspatienten und gesunden Probanden angenommen werden könnten. Dies widerspricht den vielen dargestellten positiven Korrelationen der Studien der vergangenen Jahre, die für höhere Ausprägung von magischem Denken und TAF bei Zwangspatienten sprechen.

Paranormale Vorstellungen

Eine orientierende Analyse der Unterschiede zwischen den drei Gruppen ergab keinen Unterschied bezüglich der RPBS Subskalen und der Gesamtwerte. Genauer gesagt, offenbarte die durchgeführte Studie keine Unterschiede bezüglich paranormalen

Vorstellungen zwischen der Zwangs- und Angstgruppe und der gesunden Kontrollgruppe. Ebenso wenig fanden sich Unterschiede zwischen den gesunden und allen nicht-gesunden Probanden und ebenfalls konnten keine Unterschiede innerhalb der unterschiedlichen Angstsubgruppen festgestellt werden.

Nach dem aktuellen Stand der Literatur untersuchte diese Studie als erste überhaupt Unterschiede bezüglich paranormalen Vorstellungen bei Angst- und Zwangspatienten. Weiterhin ist es die erste Studie, die eine Beziehung zwischen paranormalen Vorstellungen und Angst im Allgemeinen erforscht und als erste Unterschiede bezüglich der Ausprägung paranormaler Vorstellungen zwischen Zwangs- und Angstpatienten und gesunden Kontrollpersonen untersucht.

Religiosität und Spiritualität

Für Freud forderte Religion den Verzicht auf „gewisse Triebregungen“ und er schien davon überzeugt, dass der religiöse und der zwanghafte Mensch das Leiden unter dem Verbot und die Reaktion darauf gemeinsam haben, die in der Verdrängung von Triebregungen steht. Seine Interpretationen vom Einfluss der Religiosität waren negativer Art. So zog er einen Zusammenhang zwischen der Neurose und der Religiosität in einem prägnanten Satz, in dem er „die Neurose als eine individuelle Religiosität und die Religion als eine universelle Zwangsneurose“ bezeichnete (Freud, 1907). Seine Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen Religiosität und der Entstehung von Angst und Zwang bestehen könnte, wird durch viele wissenschaftliche Artikel der letzten Jahrzehnte unterstützt.

Die vorliegende Studie ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zwangs- und Angstpatienten und den gesunden Kontrollpersonen bezüglich der meisten Religiositäts- und Spiritualitätssubskalen und widerspricht damit Freuds vor über 100 Jahren aufgestellter These. Die vorliegenden Resultate stimmen allerdings mit vorangegangenen Ergebnissen, die keine signifikante Korrelation zwischen Religiosität und Spiritualität und Angst (Frenz & Carey, 1989; Koenig et al., 1993; McCoubrie & Davies, 2006) oder Zwang (Hermesh et al., 2003; Siev et al., 2010; Tek & Ulug, 2001) gefunden haben, überein. Zusätzlich wurden keine signifikanten Unterschiede innerhalb der unterschiedlichen Angstsubgruppen gefunden.

Im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen, die keine Unterschiede in der Ausprägung der Religiositäts- und Spiritualitätsmerkmale zwischen den Gruppen zeigen konnten, stehen

einige wichtige Studien der vergangenen Jahre, die deutliche positive als auch negative Korrelation gefunden haben.

Religiosität wird schon lange als positiver und gar protektiver Faktor in Bezug auf Angst- und Zwangsstörungen diskutiert. Hervorzuheben sind hierbei vor allem die Arbeiten von Koenig et al., die im „Handbook of Religion and Mental Health“ gesammelt sind (Koenig et al, 1998). Koenig et al. konnten bei religiösen Probanden unter anderem geringere Raten an generalisierter Angststörung, Agoraphobie und sozialer Phobie nachweisen. Dabei scheint vor allem die soziale Religiosität (Teilnahme an Gottesdiensten, Einbindung in eine Gemeinde) als positiver Faktor anzusehen zu sein. Koenig et al. präsentierten ebenso einen positiven Einfluss von Religiosität unter jugendlichen Kirchgängern in Bezug auf die Entstehung einer Angststörung (Koenig et al., 1993). Die Jugendlichen, die häufiger an Gottesdiensten teilnahmen, erkrankten seltener an einer Angststörung, was durch Greenfield et al. in einer ähnlichen Studie bestätigt werden konnte (Greenfield et al., 2009). Koenigs positive Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Religiosität und mentaler Gesundheit konnten durch viele weitere Autoren bestätigt werden (Kendler, 2003; McCoubrie, 2006). So konnten z.B. geringere Raten an Suizid bei religiöseren Probanden gefunden werden (Dervic et al., 2004; Rasic et al., 2008; Sisak et al., 2010). In der vorliegenden Studie wurden keine Unterschiede bezüglich Religiosität zwischen den einzelnen Gruppen gefunden.

Abschließend soll die Arbeit von Moreira-Almeda et al. (2006) hervorgehoben werden. In einer Zusammenfassung über aktuelle Forschungsergebnisse zu der Relation zwischen Religiosität und mentaler Gesundheit ergibt sich überwiegend ein positiver Zusammenhang. Sowohl im Bereich des psychologischen Wohlbefindens als auch bei Depression, Suizidverhalten und Substanzabusus zeigt sich bei ihrer Durchsicht der Studien, dass Religiosität überwiegend mit stärkerem psychischem Wohlbefinden als auch niedrigeren Raten von Depression, Suizid und Substanzabusus assoziiert sei. Die Autoren nehmen verschiedene Gründe als Ursache an: zum einen könnte das von der Kirche oder der jeweiligen Religion vorgegebene Gesundheitsverhalten und dies z.B. in Bezug auf ausgewogene Ernährung und Diäten ein wichtiger Faktor sein. Als weiteren Punkt sehen die Autoren die soziale Unterstützung einer Gemeinde. Die Gemeinde könnte somit als „Stress-Puffer“ dienen (Greenberg, 1991; Hackney & Sanders, 2003) und dem Erkrankten Hilfe und Trost spenden. Ebenso zu erwähnen sei das religiöse Coping, welches ein wichtiger Faktor

der Krankheitsverarbeitung der Betroffenen sein könnte (Moreira-Almeda et al., 2006) und auf welches im weiteren Verlauf näher eingegangen wird.

Die dargestellten Ergebnisse stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie, die keine signifikanten Unterschiede bei der Ausprägung der Religiosität und Spiritualität zwischen den einzelnen Gruppen zeigte.

Negatives religiöses Coping

Die vorliegende Studie ergab einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Faktors des negativen religiösen Copings. In den Gruppen der Angst- und Zwangspatienten fanden sich deutlich höhere Werte als in der gesunden Kontrollgruppe, was mit Ergebnissen vieler neuer Studien übereinstimmt (Pirutinsky et al., 2011; Winter et al., 2009; Hebert et al., 2009; Nurasikin et al., 2012). Eine logistische Regression filterte negatives religiöses Coping als einzigen Prädiktor für eine Gruppenzugehörigkeit zur gesunden oder nicht-gesunden Gruppe heraus. Andere Religiositätsmerkmale (z.B. öffentliche religiöse Aktivität, subjektive religiöse Intensität), die häufig als signifikante positive Prädiktoren für bessere mentale Gesundheit benannt wurden, zeigten keine Vorhersagekraft in der vorliegenden Studie.

Religiöses Coping rückte in der letzten Zeit verstärkt ins Augenmerk als eng verwandt mit bestimmten Psychopathologien. Es spiegelt die funktionale Expression von Religiosität und Spiritualität in stressvollen Situationen wieder. Pargament (1997) beschreibt negatives religiöses Coping als die Kopplung von spiritueller Unzufriedenheit und der Zuschreibung eines einschneidenden Ereignisses (z.B. Krankheit) als Strafe Gottes als Adaptation an das kritische Ereignis. Auch benannte er verschiedene Faktoren, die zu negativen Coping-Strategien und somit schlechterer psychischer Gesundheit führten. Zu diesen Faktoren gehören eine religiöse Apathie oder Teilnahmslosigkeit, die Strafe Gottes, Wut auf Gott, religiöse Zweifel, interpersonelle religiöse Konflikte und Konflikte mit Kirchendoktrinen (Pargament et al., 1998).

Besonders negatives religiöses Coping (z.B. Glaube an einen strafenden Gott oder der Glaube, dass Gott einen verlassen hat.) wurde, wenn auch seltener als positives religiöses Coping, häufig in engem Zusammenhang mit negativer psychologischer Anpassung (Ano & Vasconcelles, 2005), höheren Psychopathologiewerten und schlechterem mentalen Gesundheitsstatus (Hauri & Winter, 2009; Dew et al. 2010; Baetz et al., 2004/2006; McConnell et al., 2006; Mohr et al., 2011; Pirutinsky et al., 2011) gebracht. Die Resultate der

vorliegenden Studie, dass negatives religiöses Coping stärker unter den Angst- und Zwangspatienten ausgeprägt war, liegen daher im Einklang mit vorangegangenen Studien.

Obwohl religiöses Coping in den letzten Jahren im Mittelpunkt der Forschung stand, wurde in den meisten Studien die Beziehung zu depressiven Störungen untersucht. Nur einige wenige Studien haben den Parameter des negativen religiösen Copings im Zusammenhang mit Angst (Chapman & Steger, 2010; McConnell et al., 2006; Nurasikin et al., 2012) untersucht. Die Studie von Chapman und Steger (Chapman & Steger, 2010), ist die einzige, die tatsächlich eine positive Korrelation zwischen negativem religiösem Coping und Angstsymptomen festgestellt hat.

Die vorliegende Studie ist daher die erste, welche den Parameter des negativen religiösen Copings sowohl bei Angst- als auch bei Zwangsstörungen in einer klinischen Population im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen untersucht. Jedoch bleibt unklar, ob negatives religiöses Coping eine allgemeine symptomatische Expression einer psychischen Krankheitssituation darstellt oder als allgemeiner kognitiver Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden könnte, der zu negativer Anpassung an Stresssituationen führt (Ano & Vasconcelles, 2005; Trenholm et al., 1998) und daher häufiger in einer symptomatischen Population auftritt (Pirutinsky et al., 2011).

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die Hypothese von Ellison, nach welcher insbesondere die individuellen kognitiven Aspekte von Religiosität und Spiritualität den größten Effekt als religiöse Parameter zeigen (Ellison, 1991). Religiöses Coping könnte ein wichtiger Ansatzpunkt in der Psychotherapie sein.

Die Arbeiten von Pargament sind an dieser Stelle ebenfalls hervorzuheben. Er untersuchte vor allem den Einfluss von positivem religiösen Coping, welches sich positiv auf das Wohlbefinden und den Krankheitsverlauf auswirken könnte (Pargament, 1990, 1997), was durch Gall (2005) und Ano (2005) bestätigt wurde.

Murken benennt Religiosität und religiöses Coping als potentielle Vulnerabilitätsfaktoren. Er nimmt an, dass eine negative Gottesbeziehung mit einer Einschränkung personaler Ressourcen und psychischer Gesundheit korreliert (Murken, 1997). Dies könnte wiederum die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen, wonach die Angehörigen der nicht-gesunden Gruppe deutlich höhere Werte für negatives religiöses Coping zeigten.

Im Einklang damit haben einige andere Studien die Wichtigkeit des persönlichen und spirituellen Glaubens in der individuellen psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie betont (Baetz et al., 2004). Religiöse Psychotherapie bei religiösen Patienten hat

sich als signifikant effektiver erwiesen als gewöhnliche Psychotherapie (Azhar et al., 1994; Paukert et al., 2009), wobei hierbei besonders ältere Patienten mit einer depressiven Störung oder einer Angststörung profitierten (Stanley et al., 2011). Diese Resultate lassen vermuten, dass religiöse Patienten von einer anderen Psychotherapieform profitieren können, welche Religiosität mit einbezieht und so ein besseres positives religiöses Coping fördert und ein negatives religiöses Coping und seine kognitiven Manifestationen verhindert. Ziel der Studie war es neben der Aufdeckung der Unterschiede von Religiosität, Spiritualität, magischem Denken und paranormalen Vorstellungen unter Angst- und Zwangspatienten und gesunden Kontrollpersonen, Faktoren wie z.B. religiöses Coping herauszufiltern, um dies in zukünftigen Therapien anzuwenden und so zu einer Verbesserung der Therapie für geeignete Patienten zu gelangen. In der Studie wurden höhere Werte für negatives religiöses Coping bei Angst- und Zwangspatienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe gefunden. Religionssensitive Psychotherapie sollte also speziell auf die negativen Religiositäts- und Spiritualitätskognitionen (z.B. Glaube an einen strafenden Gott) eingehen und Patienten die Möglichkeit geben, an ihren religiösen und spirituellen Fragen und Problemen zu arbeiten.

Trotzdem sei betont, dass die „Religionslücke“ zwischen Patient und Therapeut noch nicht ausreichend untersucht ist (Seyringer et al., 2007), und an dieser Stelle eine Notwendigkeit des Einbeziehens zusätzlicher religionssensitiver Fragebögen und Untersuchungen in der Behandlung von psychischen Störungen genannt werden sollte.

Erklärungsversuche und Limitationen

Gründe dafür, dass vorangegangene Studienergebnisse nicht bzw. nur teilweise bestätigt werden konnten und dass eine Vorhersage des Einflusses von Religiosität und Spiritualität auf den Verlauf und den Therapieerfolg von Patienten mit Angst- und Zwangsstörung nicht ausreichend gelang, kann man in methodischen Problemen suchen, z.B. in der Größe der Stichprobe, im Untersuchungsdesign, der Qualität der Instrumente oder in den durchgeführten statistischen Verfahren. Vielfach wird an den bisherigen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Religion und Religiosität und psychischer Gesundheit kritisiert, dass eine kausale Interpretation nicht möglich ist, andere potentiell einflussnehmende Variablen nicht kontrolliert wurden und die Operationalisierung sowohl von psychischer Gesundheit als auch von Religiosität schwierig ist (George et al., 2002;

Grom, 2007; Murken, 1997). Auch in der vorliegenden Studie könnten diese Punkte kritisiert werden.

Die Stichprobengröße ist mit 120 Teilnehmern gering. Für jede empirische Untersuchung ist die Frage nach dem Geltungsbereich ihrer Aussage fundamental. Kleine Stichproben können verschiedene und häufig kritisierte Probleme mit sich bringen, so z.B. eine zu geringe Repräsentativität oder die small sample bias. Fraglich ist, in wie weit sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie auf die Gesamtheit anwenden lassen.

Die kleine Stichprobengröße könnte möglicherweise eine Rolle bei Limitationen der statistischen Power einiger statistischer Vergleiche gespielt haben. Trotzdem sind die Effektgröße und die Power-Kalkulationen ausreichend gesichert. Frühere Studien mit ähnlichen Stichprobengrößen zeigen ebenso eine suffiziente Power (Trenholm et al., 1998; West & Willner, 2011). Jedoch sollten besonders die Studienresultate, welche sich auf die Angstsubgruppen beziehen, auf Grund der kleinen Stichprobengröße und der uneinheitlichen Streuung mit Bedacht betrachtet werden.

Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, religiöse Zugehörigkeit, ethnische Rasse und andere zeigen ebenfalls generell eine sehr starke Relation zu religiösen und spirituellen Parametern (Kendler et al., 2003; McCullough & Larson 1999) und könnten dadurch zu einem Bias bezüglich der Resultate führen. In der vorliegenden Studie zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters, der Nationalität, der Religionszugehörigkeit und der Anzahl der Schuljahre innerhalb der unterschiedlichen Gruppen.

Die diagnostischen Prozeduren und psychometrischen Auswertungen wurden von erfahrenen Testern in persönlichen Interviews durchgeführt und basierten ebenfalls auf multidimensionalen Selbstbeurteilungsskalen, die auf Grund ihrer hohen klinischen Validität und Reliabilität ausgesucht wurden, um eine Homogenität unter den Patientengruppen zu gewährleisten.

Was das Design der vorliegenden Untersuchung anbelangt, könnte kritisiert werden, dass sowohl Religion, Religiosität als auch Spiritualität nur zu Beginn der Behandlung gemessen wurden jedoch nicht in der post- oder follow-up-Erhebung. Denkbar wäre, dass die Religiosität der Patienten zu Behandlungsbeginn durch die Symptome ihrer Erkrankung beeinflusst wurde. Sinnvoll wäre es daher durchaus, die Religiosität in einer weniger belastenden Lebensphase zu messen oder nach einer Behandlung und so zu erkennen, ob sie einen Prädiktor für die Krankheitsverarbeitung und –bewältigung darstellen könnte.

Anhand der bislang gefundenen kleinen Effekte stellt sich die Frage, ob die bisher zur Messung von Religiosität verwendeten Instrumente geeignet sind, die Aspekte von Religiosität und Spiritualität zu erfassen, die wirklich eine Ressource für Menschen in Krisensituationen darstellen. Die Messung von Religiosität, Religion und Spiritualität erweist sich bislang in allen bereits durchgeführten Studien zu dem Thema als schwierig, gegeben, dass Religion ein komplexes und multidimensionales System mit vielen verschiedenen Faktoren, die beachtet und integriert werden müssen, ist (Payne, 1991; Gartner et al., 1991; Hackney & Sanders, 2003). Ebenso gestaltet es sich als schwierig, alle verschiedenen Variablen, die Einfluss nehmen können, wie z.B. die Religionszugehörigkeit, das Geschlecht, das Alter, die Morbidität und den biographischen Hintergrund gleichsam zu erfassen. In künftigen Studien könnten Geschlechtsunterschiede eingehender untersucht werden, was den Einfluss von Religiosität auf Angst- und Zwangsstörungen und psychische Gesundheit allgemein anbelangt. Ergebnisse von Maselko & Kubzansky (2006) und McFarland (2009) deuten darauf hin, dass das Geschlecht durchaus als wichtiger Einflussfaktor gesehen werden könnte.

Maselko und Buka (2008) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen der religiösen Aktivität der Lebenszeit und dem Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen und legten besonderes Augenmerk darauf, ob ein Wechsel der religiösen Aktivität (z.B. Austritt aus der Kirche nach jahrelanger Mitgliedschaft) ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen sein könnte. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen, welche im Alter aufgehört hatten regelmäßig an religiösen Aktivitäten teilzunehmen, ein deutlich höheres Risiko aufwiesen, an einer generalisierten Angststörung und Alkoholmissbrauch und/oder Alkoholabhängigkeit zu erkranken. Bei Männern wurde das Gegenteil ermittelt. Diejenigen, die ihre religiösen Aktivitäten im Laufe ihres Lebens verändert hatten, zeigten ein deutlich geringeres Risiko, an einer Depression zu erkranken, als diejenigen Männer, die weiterhin aktiv in ihrer Gemeinde blieben. Ebenso scheint das Alter eine Rolle zu spielen und sollte in weiteren Studien bedacht werden (McFarland, 2009).

Faktoren wie Religiosität und Spiritualität sind multidimensional und multifaktoriell und nicht all ihre Aspekte scheinen einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben. Es zeichnen sich vor allem manche religiöse Überzeugungen und Grundeinstellungen ab (z.B. Rache durch Gott nach Versündigung), die eine negative Auswirkung haben könnten (Pargament 1997; Sica, 2002). Ein kausaler Zusammenhang zwischen solchen Spiritualität-

Traits und vor allem Zwangs- oder Angststörungen wird vielfach diskutiert (Abramowitz et al., 2002).

Auch zu hinterfragen ist, ob für Personen aus unterschiedlichen religiösen Kontexten eine Datenerhebung mit denselben Fragebögen möglich ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Einbeziehung des kulturellen Kontextes und die individuelle Religionszugehörigkeit auf die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien. Sicherlich muss bedacht werden, dass sich die Studienergebnisse beispielsweise aus den USA oder der Türkei nicht ohne weiteres auf Deutschland oder andere Populationen anwenden lassen. Bedacht werden sollte dabei nicht nur die Staatsangehörigkeit, sondern auch die Religionszugehörigkeit (Tek & Ulug, 2001; Sica et al., 2002).

Aussagekräftige Modelle von Koenig und Fetterman (1995, siehe Koenig et al., 1998) versuchen ebenfalls Erklärungen für die unterschiedliche Ergebnisse der bislang durchgeführten Studien zu suchen. Als „Suppressor-Modell“ beschreiben sie einen indirekten Effekt. Ein schlechter Gesundheitszustand (oder ein allgemeiner Stressor) scheint demnach zu einer verstärkten religiösen Aktivität und anderen sozialen, psychologischen und verhaltensbezogenen Coping-Strategien zu führen, die wiederum durch Religion oder Religiosität erzeugt wurden, und welche für eine Reduzierung oder Suppression der schädlichen Effekte des Stressors sorgen. Dies könnte zunächst zu einer Überrepräsentation von kranken Probanden in Studien führen.

Im „Präventions-Modell“ gehen die Autoren davon aus, dass Religion sowohl direkte als auch indirekte Effekte auf die mentale Gesundheit hat. Religiöse Eingebundenheit als auch psychosoziale Faktoren scheinen indirekt zu einer Verbesserung der mentalen Gesundheit zu führen, indem sie präventiv vor physischer Morbidität schützen, was wiederum ein Risikofaktor für psychischen Stress sein könnte. Dies ist ähnlich der Annahme von Dörr und Moreira-Almeda bezüglich des gesundheitsfördernden Verhaltens durch Religionszugehörigkeit.

Im Gegensatz dazu steht das „Distress-Modell“, welches einen unabhängigen Effekt beschreibt und wonach ein schlechter Gesundheitszustand (oder ein anderer Stressor) und Religion unabhängige und eigenständige Effekte auf die mentale Gesundheit haben und daher ein schlechter Gesundheitszustand keine verstärkte Zuwendung zur Religion bewirkt.

Das „Moderator-Modell“ geht von einer interaktiven Beziehung der Variablen Religiosität und psychischer Gesundheit und einem Effekt-modifizierenden Einfluss aus. Es unterstützt die Studienergebnisse verschiedener Autoren (Sica et al., 2002; Tek & Ulug, 2001; Abramowitz, 2004).

Perspektiven für Forschung und Praxis

Ideen und Anmerkungen für künftige Studiendesigns:

Die vorliegende Studie hat in Übereinstimmung mit früheren Arbeiten gezeigt, dass negatives religiöses Coping stärker ausgeprägt bei der Gruppe der Angstpatienten und der Gruppe der Zwangspatienten im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe war. Dahingehend sollte in zukünftigen Studien untersucht werden, ob negatives religiöses Coping als Vulnerabilitätsfaktor bei Angst- und Zwangsstörungen gelten könnte.

Eine interessante Fragestellung für künftige Studien wäre es in diesem Zusammenhang zu untersuchen, inwieweit die religiöse Aktivität Einfluss auf die mentale Gesundheit hat und ob es die Aktivität als solche ist (z.B. Beten, Meditation) oder die soziale Komponente im Sinne der sozialen Religiosität (Kendler et al., 2003; Maselko & Buka, 2008), (z.B. Gemeindeeinbindung), die den Einfluss nimmt. Zum Thema soziale Religiosität wurden bereits verschiedene Studien durchgeführt (Edlund et al., 2008; Kendler et al., 2003). Ebenso fanden bereits Untersuchungen von akuten Effekten religiöser Aktivitäten (keine soziale Religiosität) auf Angstreaktionen statt (Anastasi & Newberg, 2007). So könnte man beispielsweise eine vergleichende Studie durchführen, in welcher verschiedene Patientengruppen (z.B. Angst-/und Zwangspatienten) untersucht und verglichen werden in Bezug auf die Ausprägung ihrer Symptome und die Art ihrer religiösen Partizipation. Dabei könnte eine Gruppe untersucht werden, die ihre Religion und Religiosität unabhängig von einer Gemeinde zelebriert und eine andere Gruppe, die aktiv am Gemeindeleben teilnimmt.

Eine weitere interessante Fragestellung für zukünftige Studien zu dem Thema des Einflusses von Religiosität und Spiritualität auf die Entstehung und den Verlauf von Angst- und Zwangsstörungen wäre beispielsweise ein Vergleich von Patienten, die unterschiedlichen Religionen angehören. Es gibt bereits viele verschiedene Studien aus unterschiedlichen Ländern, doch nur wenige, die Angehörige unterschiedlicher Religion untersuchen und vergleichen (Yorulmaz et al., 2008), daher scheint die Untersuchung der Zugehörigkeit zu

einer bestimmten Religion als protektiver oder Vulnerabilitätsfaktor ausbaufähig. Ob bestimmte Moralvorgaben oder Doktrinen einen stärkeren Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Angst- und Zwangsstörungen haben könnten, ist eine interessante, wenn auch ethisch riskante Fragestellung, da die Frage nach der Konsequenz des Wissens um bestimmte „nützlichere“ oder „gefährlichere“ Religionen selbstverständlich kritisch zu betrachten ist. Nützlich wäre sicherlich, einzelne protektive oder schädliche Faktoren herauszufiltern, um dadurch individuelle Ressourcen eines Patienten zu entdecken und zu nutzen.

Ein weiterer Punkt für künftige Studien ist die Spiritualität, die bislang insgesamt seltener als die Religion oder Religiosität in Bezug auf die psychische Gesundheit untersucht wurde. Sinnvoll wäre es hierbei, qualitative Forschungsarbeiten durchzuführen, um wesentliche Faktoren der Bedeutung von Spiritualität für die mentale Gesundheit und insbesondere als Ressource bei der Krankheitsbewältigung zu erfassen.

Als weiteres wichtiges Ziel insbesondere für Therapieerfolge sollte in Zukunft untersucht werden, wie sehr Patienten von religiösen und spirituellen Angeboten im Rahmen ihrer Therapie profitieren können. Den Einfluss von Religion und Religiosität auf das Therapie-Outcome von Patienten zu identifizieren, war auch in der vorliegenden Studie ein wichtiger Hintergrund. Wie kann der Therapieverlauf für Patienten, die unter einer Angst- oder Zwangsstörung leiden, verbessert werden? Sollte die persönliche Religiosität in die Therapie einbezogen werden? Kann der Patient dadurch profitieren? Denkbar wäre dabei, dass Religiosität oder Spiritualität nur dann als wichtiger Faktor, z.B. als Ressource, wirkt, wenn sie durch ein spezifisches und auf den Patienten zugeschnittenes Behandlungsangebot aktiviert wird. Studien, die dies untersuchen, wären sicherlich von großem Profit für die Zukunft. In diesem Zusammenhang sollten ebenso weitere Studien durchgeführt werden, die untersuchen, inwieweit durch das Einbeziehen von Religiosität Coping-Strategien eines Patienten aktiviert oder verbessert werden können. Dafür kann ebenfalls eine Religiositäts- und Spiritualitätsskala als Testverfahren in der Klinik sinnvoll sein, um spezifische auf den Patienten zugeschnittene Behandlungsangebote auszuwählen. Möglich wäre es durchaus, dass religiöse oder spirituelle Patienten von spirituellen Gruppen- und Gesprächsangeboten profitieren können.

Abschließend zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang die Sensibilität des Therapeuten für diese Themen. Ergeben sich Hinweise, dass die persönliche Glaubenswelt eines Patienten als

Ressource dienen kann, so sollte dies in der Therapie genutzt werden. Die „Religiositätslücke“ (Kaiser, 2007; Seyringer et al., 2007) zwischen Therapeut und Patient sollte geschlossen werden, damit der Patient optimal von der Therapie profitieren kann.

6 Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Subskalen der Religiosität/Spiritualität, gemessen mit der Brief Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality (BMMRS), deutsche Übersetzungen (in Klammern).

Tabelle 2: Subskalen für paranormale Vorstellungen, gemessen mit der Original Revised Paranormal Belief Scale (RPBS).

Tabelle 3: Distribution der Probe und statistische Unterschiede in Bezug auf Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Nationalität und Religionszugehörigkeit

Tabelle 4: Arithmetisches Mittel und Gruppenunterschiede der Subskalen und Ergebnisse der Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS), der Revised Paranormal Belief Scale (RPBS) und der Magical Ideation Scale (MIS) für die gesunden Probanden (HC), die Zwangspatienten (OCD) und die Angstpatienten (AD)

Tabelle 5: Positiv beantwortete Items in der Magical Ideation Scale für die gesunden Probanden, die Zwangspatienten und Angstpatienten (Anzahl/Prozentzahl)

Tabelle 6: Endgültige und vollständige logistische Regression, die eine Gruppenzugehörigkeit vorhersagt

7 Literaturverzeichnis

Abbotts, Joanne E.; Williams, Rory G. A.; Sweeting Helen N.; West, Patrick B. (2004): Is going church good or bad for you? Denomination, attendance and mental health of children in West Scotland. In: *Social Science and Medicine*, S. 645–656.

Abramowitz, Jonathan S.; Deacon, Brett J.; Woods, Carol M.; Tolin, David F. (2004): Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. In: *Depression and Anxiety*, S. 70–76.

Abramowitz, Jonathan S.; Huppert, Jonathan D.; Cohen, Adam B.; Tolin, David F. (2002): Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupelosity (PIOS). In:

Behaviour Research and Therapy, S. 825–838.

Alegría AA, Hasin DS Nunes EV Liu SM Davies C. Grant BF Blanco C. (2010): Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: The Journal of Clinical Psychiatry, Jg. 71, H. 9, S. 1187–1195.

Allport, Gordon W.; Ross, J. Michael (1967): Personal religious orientation and prejudice. In: Journal of Personality and Social Psychology, Jg. 5, H. 4, S. 432–443.

Alonso, P.; Menchon, J. M.; Pifarre, J.; Mataix-Cols, D.; Torres, L.; Salgado, P.; Vallejo, J. (2001): Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. In: Journal of Clinical Psychiatry, Jg. 62, H. 7, S. 535–540.

Alves RR, Alves Hda N. Barboza RR Souto Wde M. (2010): The influence of religiosity on health. In: Ciencia & saude coletiva, Jg. 15, H. 4, S. 2105–2111.

Anastasi, Matthew W.; Newberg Andrew B. (2008): A preliminary study of the acute effects of the religious ritual on anxiety. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Jg. 14, H. 2, S. 163–165.

Andresen, B. (2006): IKP. Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen. Dimensionale Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10. Hogrefe.: Verlag für Psychologie.

Ano, Gene G.; Vasconelles, Erin B. (2005): Religious Coping and Psychological Adjustment in Stress: A meta-analysis. In: Journal of Clinical Psychology, S. 461–480.

Aschenbrenner, A. Tucha O. Lange K. (2000): RWT Regensburger Wortflüssigkeits-Test. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Azari, Nina P.; Nickel, Janpeter; Wunderlich, Gilbert (2001): Neural correlates of religious experience. In: European Journal of Neurosciences, Jg. 13, S. 1649–1652.

Azhar, M. Z.; Varma, S. L.; Dharap, A. S. (1994): Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, Jg. 90, H. 1, S. 1–3.

Baetz, Marilyn; Bowen, Rudy; Jones, Glenn; Koru-Sengul, Tulay (2006): How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the canadian population. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Jg. 51, H. 10, S. 654–661.

Baetz, Marilyn; Griffin, Ron; Bowen, Rudy; Marcoux, Gene (2004): Spirituality and psychiatry in Canada: Psychiatric practice compared with patient expectations. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Jg. 49, H. 4, S. 265–271.

Baetz M, Griffin R. Bowen R. Koenig HG Marcoux E. (2004): The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. In: The Journal of Nervous and Mental Diseases, Jg. 192, H. 12, S. 818–822.

Baker, Mark; Gorsuch, Richard (1982): Trait Anxiety and Intrinsic-Extrinsic Religiousness. In: Journal for the Scientific Study of Religion, S. 119–122.

Baldwin DS, Reines EH Guiton C. Weiller E. (2007): Escitalopram therapy for major depression and anxiety disorders. In: The Annals of Pharmacotherapy, Jg. 41, H. 10, S. 1583–1592.

Bandelow, B. (2008): The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. In: CNS Spectrums, S. 37–46.

Baumann, K. (2007): Zwangsstörung und Religion aus heutiger Sicht. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Jg. 75, S. 587–592.

Beck R, Miller J. P. (2001): Erosion of belief and disbelief: effects of religiosity and negative affect on beliefs in the paranormal and supernatural. In: The journal of social psychology, Jg. 2, H. 141, S. 277–287.

- Bergin, Allen E.; Masters, Kevin S.; Richards, P. Scott (1987): Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. In: *Journal of Counseling Psychology*, Jg. 34, H. 2, S. 197–204.
- Berle, David; Starcevic, Vladan (2005): Thought-action-fusion: review of the literature and future directions. In: *Clinical Psychology Review*, Jg. 25, S. 263–284.
- Berman, Noah C.; Abramowitz, Jonathan S.; Pardue, Caleb M.; Wheaton, Michael G. (2010): The relationship between religion and thought-action fusion: Use of an in vivo paradigm. In: *Behaviour Research and Therapy*, S. 670–674.
- Bibel Matthäus Kapitel 5 Satz 27 - 28. Online verfügbar unter <http://www.bibel-online.net/buch/40.matthaeus/5.html>, zuletzt geprüft am 14.11.2010 15:13h.
- Bienenfeld, David; Yager, Joel (2007): Issues of spirituality and religion in psychotherapy supervision. In: *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, Jg. 44, S. 178–186.
- Birk, Kasimir (1998): Sigmund Freud und die Religion. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verlag.
- Blass, David M. (2007): A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. In: *Academic Psychiatry*, Jg. 31, S. 25–31.
- Bocci, Laura; Gordon, P. Kenneth (2007): Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 45, S. 1823–1833.
- Borg, Jaqueline; André, Bengt; Sonderstrom, Henrik; Farde, Lars (2003): The Serotonin System and Spiritual Experiences, S. 1965–1969.
- Borkovec, T. D.; Costello, E. (1993): Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive—Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jg. 61, H. 4, S. 611–619.
- Bowen, Rudy; Baetz, Marilyn; D'Arcy, Carl (2006): Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. In: *Depression and Anxiety*, S. 266–273.
- Braam, A. W.; Beekman, A. T. F.; Deeg, D. J. H.; van Tilburg, W. (1997): Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jg. 96, S. 199–205.
- Brugger, Peter; Mohr, Christine (2008): The paranormal mind: how the study of anomalous experiences and beliefs may inform cognitive neuroscience. In: *The Cortex*, Jg. 10, H. 44, S. 1291–1298.
- Bruss GS, Gruenberg AM Goldstein RD Barber JP (1994): Hamilton Anxiety Rating Scale Interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability. In: *Psychiatry Research*, Jg. 53, H. 2, S. 191–202.
- Bush, A. L.; Jameson, J. P.; Barrera, T.; Phillips, L. L.; Lachner, N.; Evans, G. et al. (2012): An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. In: *Mental Health, Religion & Culture*, Jg. 15, H. 2, S. 191–203.
- Cannon, Walter B. (1927): Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York and London: D. Appleton and Company.
- Chapman, L. K.; Steger, M. F. (2010): Race and Religion: Differential Prediction of Anxiety symptoms by religious coping in African American and European American young adults. In: *Depression and Anxiety*, Jg. 27, S. 316–322.
- Charney DS. (2003): Neuroanatomical circuits modulating fear and anxiety behaviors. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, Jg. 417, S. 38–50.
- Chatters, Linda M.; Bullard, Kai M.; Tylor, Robert J.; Woodward, Amanda T. (2008): Religious participation and DSM-4 disorders among older African Americans: findings from the national survey of American Life. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Jg. 16, S. 957–965.

- Chatters LM, Levin JS Ellison CG (1998): Public health and health education in faith communities. In: *Health Education and Behaviour*, Jg. 25, H. 6, S. 689–699.
- Churchill, Larry R. (2009): Religion, Spirituality and Genetics: Mapping the terrain for research purposes. In: *American Journal of Medical Genetics*, Jg. 151, S. 6–12.
- Clark DB, Donovan J. E. (1994): Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Jg. 33, H. 3, S. 354–360.
- Comings, David E.; Gonzales, Nancy; Saucier, Gerard (2001): The DRD4 gene and the spiritual transcendence scale of the character temperament index. In: *Psychiatric Genetics*, S. 185–189.
- Connor, Kathryn M.; Davidson, Jonathan R. T.; Lee, Li-Ching (2003): Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. In: *Journal of Traumatic Stress*, Jg. 16, H. 5, S. 487–494.
- Coruh, Basak; Ayele, Hana; Pugh, Meredith; Mulligan, Thomas (2005): Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. In: *Explore*, Jg. 1, H. 3, S. 186–191.
- Crowther, Martha R.; Parker, Michael W.; Achenbaum, W. A.; Koenig, Harold G. (2002): Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality - the forgotten factor. In: *The Gerontologist*, Jg. 42, H. 5, S. 613–620.
- Curlin, Farr A.; Lawrence, Ryan E.; Odell, Shaun; Chin, Marshall H.; Koenig, Harold G. (2007): Religion, spirituality and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 164, S. 1825–1831.
- Curlin, Farr A.; Odell, Shaun; Lawrence, Ryan E.; Chin, Marshall H.; Koenig, Harold G. (2007): The relationship between psychiatry and religion among U.S. physicians. In: *Psychiatric Services*, Jg. 58, H. 9, S. 1193–1198.
- Cuthbert, Bruce N.; Lang, Peter J.; Strauss, Cyd; Drobos, David; Patrick, Christopher J.; Bradley, Margaret M. (2003): The psychophysiology of anxiety disorder: fear memory imagery. In: *Psychophysiology*, Jg. 40, S. 407–422.
- Deacon BJ, Abramowitz J. S. (2005): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 19, H. 5, S. 573–585.
- Decloedt, Eric H.; Stein, Dan J. (2010): Current trends in drug treatment of obsessive-compulsive disorder. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Jg. 25, H. 6, S. 233–242.
- Dekker J, Peen J. Koelen J. Smit F. Schoevers R. (2008): Psychiatric disorders and urbanization in Germany. In: *BMC Public Health*, Jg. 8, H. 17.
- Dervic, Kanita; Oquendo, Maria; Grunebaum, Michael; Ellis, Steve; Mann, J. John (2004): Religious Affiliation and Suicide Attempt. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 161, S. 2303–2308.
- Desrosiers A, Miller L. (2007): Relational spirituality and depression in adolescent girls. In: *Journal of Clinical Psychology*, Jg. 63, H. 10, S. 1021–1037.
- Devinsky, Orrin; Lai, George (2008): Spirituality and Religion in Epilepsy. In: *Epilepsy and Behaviour*, Jg. 12, S. 636–643.
- Dew, R. E.; Daniel S.S.; Goldston, D. B.; McCall, W. V.; Kuchibhatla, M.; Schleifer, C. et al. (2010): A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. In: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 120, H. 1, S. 149–157.
- Dew, Rachel E.; Koenig, Harold G.; Goldston, David B.; Daniel, Stephanie S. (2008): Religion, spirituality, and depression in adolescent psychiatric outpatients. In: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, S. 247–251.
- Dezutter, Jessie; Soenes, Bart; Luycky, Koen; Bruyneel, Sabrina (2009): The role of religion in death

- attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. In: *Death Studies*, Jg. 33, S. 73–92.
- Donahue, M. J. (1985): Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Jg. 48, S. 400–419.
- Donahue, M. J. (1985): Intrinsic and extrinsic religiousness: The empirical research. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, Jg. 24, S. 418–423.
- D'Onofrio, Brian M.; Murrelle, Lenn; Eaves, Lindon; McCullough, M. E. (1999): Adolescent religiousness and its influence on substance use: preliminary findings from the Mid-Atlantic School Age Twin Study. In: *Twin Research*, Jg. 2, S. 156–168.
- Dörr, Anette (Hg.) (2001): *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Dr. Kovac.
- D'Souza, Russell (2007): The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. In: *Medical Journal of Australia*, Jg. 186, S. 57–59.
- Eckblad M, Chapman L. J. (1983): Magical ideation as an indicator of schizotypy. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jg. 51, H. 2, S. 215–225.
- Edlund, Mark J.; Harris, Katherine M.; Koenig, Harold G.; Han, Xiaotong (2010): Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Jg. 45, S. 827–836.
- Eichelman, Burr (2007): Religion, spirituality and medicine. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 164, H. 12, S. 1774–1775.
- Einstein, Danielle A.; Menzies, Ross G. (2004): Role of magical thinking in obsessive-compulsive symptoms in an undergraduate sample. In: *Depression and Anxiety*, Jg. 19, S. 174–179.
- Einstein, Danielle A.; Menzies, Ross G. (2004): The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. In: *Behaviour Research and Therapy*, S. 539–549.
- Einstein, Danielle A.; Menzies, Ross G. (2006): Magical Thinking in Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder and the General Community. In: *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, Jg. 34, H. 3, S. 351–357.
- Ellison, Christopher G. (1991): Religious involvement and subjective well-being. In: *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 32, S. 80–99.
- Ellison, Christopher G.; Gay, David A.; Glass, Thomas A. (1989): Does religious commitment contribute to individual life-satisfaction? In: *Social Forces*, Jg. 68, H. 1, S. 100–123.
- Ellison, Christopher G.; Levin, Jeffrey S. (1998): The religion-health connection: evidence, theory and future directions. In: *Health Education and Behaviour*, Jg. 25, H. 6, S. 700–720.
- Emile Durkheim (2007): *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. 2. Aufl. Verlag der Weltreligionen im Insel Verlag. Berlin.
- Emmons, Robert A.; Paloutzian, Raymond F. (2003): The psychology of religion. In: *Annual Review of Psychology*, Jg. 54, S. 377–402.
- Etain, B.; Bonnet-Perrin, E. (2001): Value of fluoxetine in obsessive-compulsive disorders in the adult: review of the literature. In: *L'Encéphale*, Jg. 27, H. 3, S. 280–289.
- Etkin A, Wager T. D. (2007): Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 164, H. 10, S. 1476–1488.
- Farrell, Jennifer L.; Goebert, Deborah A. (2008): Collaboration between psychiatrists and clergy in recognizing and treating serious mental illness. In: *Psychiatric Services*, Jg. 59, H. 4, S. 437–440.
- Foa, E. B. (2010): Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. In: *Dialogues in*

Clinical Neurosciences, Jg. 12, H. 2, S. 199–207.

Frenz, A. W.; Carey, M. P. (1989): Relationship between religiousness and trait anxiety: fact or artifact? In: Psychological Reports, Jg. 65, S. 827–834.

Freud, Sigmund (1907): Über Zwangshandlungen und Religionsübungen. In: Zeitschrift für Religionspsychologie, Jg. 1, H. 1, S. 4–12.

Freud, Sigmund (1933 /// 1996): Angst und Triebleben /// Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke XV. S. 87-118. 9. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer [u.a.] (Gesammelte Werke, : chronologisch geordnet / Sigmund Freud ; Bd. 15).

Freud, Sigmund (1977): Gesammelte Werke. Studien über Hysterie Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Fischer Verlag. Frankfurt.

Freud, Sigmund (1. April 1992): Das Ich und das Es. Metapsychologische Schriften. 12. Aufl. Fischer Verlag. Frankfurt.

Galek, Kathleen; Porter, Matthew (2010): A Brief Review of Religious Beliefs in Research on mental health and ETAS theory. In: Journal of Health Care Chaplaincy, S. 58–64.

Gall, Terry Lynn; Charbonneau, Claire; Grant, Karen et al (2005): Understanding the Nature and Role of Spirituality in relation to coping and health: a conceptual framework. In: Canadian Psychology, Jg. 46, H. 2, S. 88–104.

Gall TL, Kristjansson E. Charbonneau C. Florack P. (2009): A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. In: Journal of Behavioral Medicine, Jg. 32, H. 2, S. 174–186.

Gartner, John; Hohmann, Ann; Harmatz, Morton; Larson, David (1990): The effect of patient and clinician ideology on clinical judgement: a study of ideological countertransference. In: Psychotherapy, Jg. 27, H. 1, S. 98–106.

Geffken, Gary R.; Storch, Eric A.; Duke, Danny C.; Monaco, Linda; Lewin, Adam B.; Goodman, Wayne K. (2006): Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. In: Journal of Anxiety Disorders, S. 614–629.

Geller, D. A.; Wieland, N.; Carey, K.; Vivas, F.; Petty, C. R.; Johnson, J. et al. (2008): Perinatal factors affecting expression of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Jg. 18, H. 4, S. 373–379.

George, L. K.; Ellison, C. G.; Larson, David (2002): Explaining the Relationships Between Religious Involvement and Health. In: Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory, Jg. 13, H. 3, S. 190–200.

Gianotti, Lorena; Mohr, Christine; Brugger, Peter; Pizzagalli, Diego; Lehmann, Dietrich (2001): Associative processing and paranormal beliefs. In: Psychiatry and clinical neurosciences, S. 595–603.

Grabovac, Andrea; Clark, Nancy; McKenna, Mario (2008): Pilot study and evaluation of postgraduate course on "The interface between spirituality, religion and psychiatry". In: Academic Psychiatry, Jg. 32, S. 332–337.

Graubner, Bernd (2011): Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ; 10. Revision ; German modification. Version 2011, Stand 24. September 2010. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (ICD-10-GM, : internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision; German modification / hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ... Bearb. von Bernd Graubner ; Syst. Verz.).

Greenfield, Emily A.; Marks, Nadine F. (2007): Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-being. In: International Journal for the Psychology of Religion, S. 245–259.

- Greenfield, Emily A.; Vaillant, George E.; Marks, Nadine F. (2009): Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being? In: *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 50, H. 9, S. 196–212.
- Grom, Bernhard (2007): *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Hackney, Charles; Sanders, Glenn S. (2003): Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, Jg. 42, H. 1, S. 43–56.
- Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, Jg. 23, S. 56–62.
- Harris, S. K.; Sherritt, L. R.; Holder, D. W.; Kulig, J.; Shrier, L. A.; Knight, J. R. (2007): Reliability and Validity of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality Among Adolescents. In: *Journal of Religion and Health*, Jg. 47, H. 4, S. 438–457.
- Harris S, Kaplan JT Curiel A. Bookheimer SY Iacoboni M. Cohen MS (2009): The neural correlates of religious and nonreligious belief. In: *Plos One*, Jg. 4, H. 10, S. e0007272.
- Harris S. K.; Sherritt, L. R.; Holder, D. W.; Kuhlig, J.; Shrier, L. A.; Knight, J. R. (2008): Reliability and validity of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality among adolescents. In: *Journal of Religion and Health*, Jg. 47, H. 4, S. 438–457.
- Harris SK, Sherritt LR Holder DW Kulig J. Shrier LA Knight, JR. (2008): Reliability and validity of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality among adolescents. In: *Journal of Religion and Health*, Jg. 47, H. 4, S. 438–457.
- Hebert R, Zdaniuk B. Schulz R. Scheier M. (2009): Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. In: *Journal of Palliative Medicine*, Jg. 12, H. 6, S. 537–545.
- Heine, Susanne (2005): *Grundlagen der Religionspsychologie. Modelle und Methoden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henning, Christian (1998): *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie*. Bad Boll: Beiträge zur Religionspsychologie. Nestler, Erich (Hg.). Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften (1).
- Hermesh, Haggai; Masser-Kavitzky, Ruth; Gross-Isseroff, Ruth (2003): Obsessive-compulsive disorder and jewish religiosity. In: *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, Jg. 191, H. 3, S. 201–203.
- Hill, Peter C.; Pargament, Kenneth I. (2001): Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. In: *American Psychologist*, Jg. 58, H. 1, S. 64–74.
- Hill, Peter C.; Pargament, Kenneth I. (2003): Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. In: *American Psychologist*, Jg. 58, H. 1, S. 64–74.
- Hill, Peter C.; Pargament, Kenneth I.; Hood, R. W.; McCullough, M. E. (2000): Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. In: *Journal for the Theory of Social Behaviour*, Jg. 30, S. 51–77.
- Hoffmann, Sven; Hochapfel, Gerd (2004): *Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Hofmann L, Walach H. (2011): Spirituality and religiosity in psychotherapy--a representative survey among German psychotherapists. In: *Psychotherapy Research*, Jg. 21, H. 2, S. 179–192.
- Hofmann SG, Smits J. A. (2008): Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 69, H. 4, S. 621–632.
- Hollander, Eric; Kim, Suah; Khanna, Sumant; Pallanti, Stefano (2007): Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Diagnostic and Dimensional Issues. In: *CNS*

Spectrums, Jg. 12, H. 2, S. 5–13.

House JS, Landis KR Umberson D. (1988): Social relationships and health. In: *Science*, Jg. 29, H. 241, S. 540–545.

Hunot V, Churchill R. Silva Lima M. Teixeira V. de (2007): Psychological therapies for generalised anxiety disorder. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jg. 24, H. 1, S. CD001848.

Hunt, Richard A.; Kind, Morton (1971): The Intrinsic-Extrinsic Concept: a review and evaluation. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, Jg. 10, H. 4, S. 339–356.

Idler, E. L. (1987): Religious Involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. In: *Social Forces*, Jg. 66, H. 1, S. 226–238.

Inzlicht M, McGregor I. Hirsh JB Nash K. (2009): Neural markers of religious conviction. In: *Psychological Science*, Jg. 20, H. 3, S. 385–392.

Irwin, Harvey J. (1993): Belief in the paranormal: a review of the empirical literature. In: *The Journal of the American Society for Psychical Research*, H. 187.

Jakovljevic, Miro (2005): Current status of religion and spirituality in psychiatry. In: *Psychiatria Danubina*, Jg. 17, S. 138–140.

Jelinek, Lena; Hottenrott, Birgit; Moritz, Steffen (2009): When cancer is associated with illness but no longer with animal or zodiac sign: investigation of biased semantic networks in obsessive-compulsive disorder (OCD). In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 23, H. 8, S. 1031–1036.

Johnson, Byron R.; Li, Spencer de; Larson, David; McCullough, M. E. (2000): A systematic review of the religiosity and delinquency literature. In: *Journal of Contemporary Criminal Justice*, Jg. 16, H. 1, S. 32–52.

Jung, C. G. (1991): *Psychologie und Religion*. München: dtv-Verlag.

Kaiser, Peter (2007): *Religion in der Psychiatrie. Eine (un)bewusste Verdrängung?* Göttingen: V&R unipress.

Kalueff, Allan V. (2007): *Neurobiology of memory and anxiety: from genes to behavior*. In: *Neural Plasticity*, S. Epub 2007 Jan 10.

Kane MJ, Core TJ Hunt RR (2010): Bias versus bias: harnessing hindsight to reveal paranormal belief change beyond demand characteristics. In: *Psychonomic bulletin & review*, Jg. 2, H. 17, S. 206–212.

Kass, Jared D.; Friedman, Richard; Leserman, Jane; Zuttermeister, Patricia (1991): Health outcomes and a new index of spiritual experience. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, Jg. 30, H. 2, S. 203–211.

Kendler, Kenneth S.; Gardner, Charles O.; Prescott, Carol A. (1997): Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 154, S. 322–329.

Kendler, Kenneth S.; Liu, Xiao-Qing; Gardner, Charles O. (2003): Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. In: *The American Journal of Psychiatry*, S. 496–503.

Kennedy, J. E.; Kanthamani, H. (1995): An exploratory study of the effect of paranormal and spiritual experiences on peoples' lives and well-being. In: *The Journal of the American Society for Psychical Research*, Jg. 89, S. 249–265.

Kessler, Ronald C.; Berglund, Patricia; Demler, Olga; Jin, Robert; Merikangas, Kathleen R.; Walters, Ellen E. (2005): Lifetime prevalence age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. In: *Archives of General Psychiatry*, Jg. 62, H. 6, S. 593–602.

Kim SJ, Kim BN Cho SC Kim JW Shin MS Yoo HJ Kim HW (2010): The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 24, H.

6, S. 629–634.

King, Michael B. (1998): The spiritual variable in psychiatric research. In: *Psychological Medicine*, Jg. 28, S. 1259–1262.

Klein, Constantin; Albani, Cornelia (2007): Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. In: *Psychiatrische Praxis*, S. e2-e12.

Klosinski, Gunther (1994): Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung. Klosinski, Gunther (Hg.). Bern: Hans Huber.

Koenig, Harold G. (1998): *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.

Koenig, Harold G. (2009): Research on religion, spirituality and mental health: a review. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, Jg. 54, H. 5, S. 283–291.

Koenig, Harold G.; Cohen, Harvey J.; George, Linda K.; Hays, Judith C. (1997): Attendance at religious services, interleukin-6 and other biological parameters of immune function in older adults. In: *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Jg. 27, H. 3, S. 233–250.

Koenig, Harold G.; Ford, Stephen M.; George, Linda K. (1993): Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of Associations in young, middle-aged, and elderly adults. In: *Journal of Anxiety Disorder*, Jg. 7, S. 321–342.

Koenig, Harold G.; George, Linda K.; Peterson, Bercedis (1998): Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 155, S. 536–542.

Kögler, Monika (2006): *Spiritualität als Ressource? Zusammenhang von Spiritualität mit psychischer Belastung und Therapieerfolg bei PatientInnen der psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach*. Diplom-Arbeit. Ludwig-Maximilians-Universität. Fakultät für Psychologie und Pädagogik. München.

Kreitzer, Mary Jo; Gross, Cynthia R.; Waleekhachonloet, On-anong; Reilly-Spong, Maryanne; Byrd, Marcia (2009): The Brief Serenity Scale. A Psychometric Analysis of a measure of spirituality and well-being. In: *Journal of Holistic Nursing*, Jg. 27, H. 1, S. 7–16.

Krummenacher P, Mohr C. Haker H. Brugger P. (2010): Dopamine, paranormal belief, and the detection of meaningful stimuli. In: *Journal of Cognitive Neuroscience*, Jg. 8, H. 22, S. 1670–1681.

Kuelz, A. K.; Hohagen, F.; Voderholzer, U. (2004): Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. In: *Biological Psychology*, Jg. 65, H. 3, S. 185–236.

Kummer A, Cardoso F. Teixeira AL (2010): Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. In: *Arquivos de neuro-psiquiatria*, Jg. 68, H. 4, S. 495–501.

Kurup, Ravi K.; Kurup, Parameswara A. (2003): Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and spirituality. In: *International Journal of Neurosciences*, S. 383–393.

Lang, Peter J.; Bradley, Margaret M.; Cuthbert, Bruce N. (1998): Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. In: *Society of Biological Psychiatry*, Jg. 44, S. 1248–1263.

Lazarus, Richard S. (1966): *Psychological stress and the coping process*: McGraw-Hill (New York).

Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan (2008): *Stress, appraisal, and coping*. [Nachdr.]. New York: Springer.

Lee, Han-Joo; Cogle, Jesse R.; Telch, Michael J. (2005): Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 43, S. 29–41.

Lehrl, S. (1977): *Mehrfachwahl-Wortschatz-Test B (MWT-B)*. Erlangen: Straube.

Leray E, Camara A. Drapier D. Riou F. Bougeant N. Pelissolo A. Lloyd KR Bellamy V. Roelandt JL Millet B. (2010): Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). In: *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, H. [Epub ahead of print].

- Levin, J. S. (1994): Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? In: *Social Science and Medicine*, Jg. 38, H. 11, S. 1475–1482.
- Levin, J. S. (1996): How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. In: *Social Science and Medicine*, Jg. 43, S. 849–864.
- Levin, J. S.; Markides, K. S.; La Ray (1996): Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three generations data. In: *The Gerontologist*, Jg. 36, S. 454–463.
- Levin J. (2009): How faith heals: a theoretical model. In: *Explore*, Jg. 5, H. 2, S. 77–96.
- Lewis, C. A.; Lanigan, C.; Joseph, S.; Fockert, J. de (1997): Religiosity and happiness: no evidence for an association among undergraduates. In: *Personality and Individual Differences*, Jg. 22, H. 1, S. 119–121.
- Lopes AC, Greenberg BD Norén G. Canteras MM Busatto GF Mathis ME Taub A. D'Alcante CC Hoexter MQ Gouvea FS Cecconi JP Gentil AF Ferrão YA Fuentes D. Castro CC Leite CC Salvajoli JV Duran FL Rasmussen S. Miguel EC de (2009): Treatment of resistant obsessive-compulsive disorder with ventral capsular/ventral striatal gamma capsulotomy: a pilot prospective study. In: *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, Jg. 21, H. 4, S. 381–392.
- Martin, P. (2003): The epidemiology of anxiety disorders: a review. In: *Dialogues in Clinical Neurosciences*, Jg. 5, H. 3, S. 281–298.
- Maselko, Joanna; Buka, Stephen (2008): Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Jg. 43, S. 18–24.
- Maselko, Joanna; Kubzansky, Laura D. (2006): Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. In: *Social Science and Medicine*, Jg. 62, S. 2848–2860.
- McConnell, Kelly M.; Pargament, Kenneth I.; Ellison, Christopher G.; Flannelly, Kevin J. (2006): Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. In: *Journal of Clinical Psychology*, Jg. 62, H. 12, S. 1469–1484.
- McCoubrie RC, Davies A. N. (2006): Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? In: *Supportive Care in Cancer*, Jg. 14, H. 4, S. 379–385.
- McCullough, M. E.; Larson, David (1999): Religion and depression: a review of the literature. In: *Twin Research*, Jg. 2, S. 126–136.
- McDougle CJ, Epperson CN Pelton GH Wasylink S. Price LH (2000): A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. In: *Archives of General Psychiatry*, Jg. 57, H. 8, S. 794–801.
- McFarland, M. J. (2009): Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender? In: *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Jg. 10.1093/geronb/gbp112.
- McIntosh DN, Silver RC Wortman CB (1993): Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Jg. 65, H. 4, S. 812–821.
- McKay, Ryan (2004): Hallucinating God? In: *Evolution and Cognition*, Jg. 10, H. 1, S. 1–12.
- Menzies, L.; Chamberlain, S. R.; Laird, A. R.; Thelen, S. M.; Sahakian, B. J.; Bullmore, E. T. (2008): Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: The orbitofronto-striatal model revisited. In: *Neuroscience and Behavioral Reviews*, Jg. 32, H. 3, S. 525–549.
- Meyer, T. D.; Hautzinger, M. (1999): Intrafamiliäre Ähnlichkeit von Physischer Anhedonie, Wahrnehmungsabweichungen und Magischem Denken. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Jg. 28, H. 1, S. 9–17.

- Miller L, Wickramaratne P. Gameroff MJ Sage M. Tenke CE Weissman MM (2012): Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 169, H. 1, S. 89–94.
- Mindus, P.; Jenike, A. (1992): Neurosurgical treatment of malignant obsessive compulsive disorder. In: *Psychiatric Clinics of North America*, Jg. 15, H. 4, S. 921–938.
- Mindus, P.; Rasmussen, S.; Lindquist, C. (1994): Neurosurgical treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: implications for understanding frontal lobe function. In: *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, Jg. 6, H. 4, S. 467–477.
- Mohr, S.; Perroud, N.; Gillieron, C.; Brandt, P. -Y; Rieben, I. (2011): Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. In: *Psychiatry Research*, Jg. 186, S. 177–182.
- Mohr, Sylvia; Brandt, P. -Y; Borrás, L. (2006): Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 163, S. 1952–1959.
- Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2009): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 4. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Moreira-Almeda, A.; Neto, F. L.; Koenig, Harold G. (2006): Religiousness and mental health: a review. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Jg. 28, H. 3, S. 242–250.
- Moritz, Steffen; Birkner, C.; Kloss, Martin; Jacobsen, Dirk; Fricke, Susanne; Böthern, A.; Hand, I. (2001): Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of Abnormal Psychology*, Jg. 110, H. 4, S. 653–657.
- Moritz, Steffen; Hauschildt, Marit (2012): *Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training - Denkfallen erkennen und entschärfen*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Moritz, Steffen; Jacobsen, Dirk; Jelinek, Lena; Fricke, Susanne; Willenborg, Bastian (2006): A check on the memory deficit hypothesis of obsessive-compulsive checking. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, S. 82–86.
- Moritz, Steffen; Kempke, Stefan; Luyten, Patrick; Randjbar, Sarah; Jelinek, Lena (2010): Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. In: *Psychiatry Research*, S. in press.
- Moritz, Steffen; Kloss, Martin; Jelinek, Lena (2010): Negative priming (cognitive inhibition) in obsessive-compulsive disorder (OCD). In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, S. 1–5.
- Moritz, Steffen; Kuelz, A. K.; Jacobsen, Dirk; Kloss, Martin; Fricke, Susanne (2006): Severity of subjective cognitive impairment in patients with obsessive-compulsive disorder and depression. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 20, H. 4, S. 427–443.
- Moritz, Steffen; Mühlénen, Adrian von (2005): Inhibition of return in patients with obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of Anxiety Disorders*, S. 117–126.
- Moritz, Steffen; Wahl, Karina; Ertle, Andrea; Jelinek, Lena (2009): Neither saints nor wolves in disguise. Ambivalent Interpersonal Attitudes and Behaviors in Obsessive-compulsive disorder. In: *Behavior Modification*, Jg. 33, H. 2, S. 274–292.
- Moulding, Richard; Kyrios, Michael (2006): Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of OCD. In: *Clinical Psychology Review*, Jg. 26, S. 573–583.
- Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute / National Institute on Aging Working Group (2nd ed.) (2003): Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.

- Murken, Sebastian (1997): Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Univ., Diss.--Trier, 1997. Münster: Waxmann (Internationale Hochschulschriften, 262).
- Nelson, Elizabeth A.; Abramowitz, Jonathan S.; Whiteside, Stephen P.; Deacon, Brett J. (2006): Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. In: *Journal of Anxiety Disorders*, S. 1071–1086.
- Nestadt, G.; Samuels, J.; Riddle, M.; Bienvenu III, O. J.; Liang, K. -Y; LaBuda, M. (2000): A family study of obsessive-compulsive disorder. In: *Archives of General Psychiatry*, Jg. 57, S. 358–363.
- Nicolini, H.; Arnold, P.; Nestadt, G.; Lanzagorta, N.; Kennedy, J. L. (2009): Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. In: *Psychiatry Research*, Jg. 170, H. 1, S. 7–14.
- Nikolaus, S.; Antke, C.; Beu, M.; Müller, H. W. (2010): Cortical GABA, striatal dopamine and midbrain serotonin as the key players in compulsive and anxiety disorders - results from in vivo imaging studies. In: *Reviews in the Neurosciences*, Jg. 21, H. 2, S. 119–139.
- Nilsson, Kent W.; Damberg, Mattias; Öhrvik, John (2006): Genes encoding for AP-2beta and the serotonin transporter are associated with the personality character spiritual acceptance. In: *Neuroscience Letters*, S. 233–237.
- Norrholm, Seth D.; Ressler, Kerry J. (2009): Genetics of anxiety and trauma-related disorders. In: *Neuroscience*, Jg. 164, H. 1, S. 272–287.
- Nurasikin MS, Khatijah LA Aini A. Ramli M. Aida SA Zainal NZ Ng CG (2012): Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. In: *The International Journal of Social Psychiatry*, Jg. published online 8 March 2012.
- O'Connor, D. B.; Cobba, J.; O'Connor, R. C. (2002): Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. In: *Personality and Individual Differences*, Jg. 34, S. 211–217.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997): Cognitive assessment of obsessive disorder. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 35, S. 667–681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001): Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the INterpretations of Intrusions INventory. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 39, S. 987–1005.
- Olatunji, Bunmi O.; Deacon, Brett J.; Abramowitz, Jonathan S. (2009): Is hypochondriasis an anxiety disorder? In: *The British Journal of Psychiatry*, Jg. 194, S. 481–482.
- Pampaloni, I.; Sivakumaran T, Hawley CJ Al Allaq A. Farrow J. Nelson S. Fineberg NA (2010): High-dose selective serotonin reuptake inhibitors in OCD: a systematic retrospective case notes survey. In: *Journal of Psychopharmacology*, Jg. 24, H. 10, S. 1439–1445.
- Pargament, Kenneth I. (1990): Gold help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. In: *Research in the Social Scientific Study of Religion*, Jg. 2, S. 195–224.
- Pargament, Kenneth I. (1997): *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guildford Press.
- Pargament, Kenneth I.; Ensing, D. S.; Falgout, K.; Olsen, H. (1990): God help me (1): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. In: *American Journal of Community Psychology*, Jg. 18, S. 793–824.
- Pargament KI, Zinnbauer BJ Scott AB Butter EM Zerowin J. Stanik P. (1998): Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. In: *Journal of Clinical Psychology*, Jg. 54, H. 1, S. 77–89.
- Park J., Roh S. Yeo Y. (2011): Religiosity, Social Support, and Life Satisfaction Among Elderly Korean Immigrants. In: *The Gerontologist*, Jg. 19 (Epub ahead of print).

- Parrish, C. L.; Radomsky, A. S. (2010): Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 24, H. 2, S. 211–222.
- Paukert AL, Phillips L. Cully JA Loboprabhu SM Lomax JW Stanley MA (2009): Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. In: *Journal of Psychiatric Practice*, Jg. 15, H. 2, S. 103–112.
- Pechey R, Halligan P. (2011): The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. In: *Psychopathology*, S. 106–115.
- Pfeifer, S.; Waelty, U. (1995): Psychopathology and Religious Commitment – A Controlled Study. In: *Psychopathology*, Jg. 28, H. 2, S. 70–77.
- Pfeifer, S.; Waelty, U. (1999): Anxiety, depression, and religiosity-a controlled clinical study. In: *Mental Health, Religion & Culture*, Jg. 2, H. 1, S. 35–45.
- Piccinelli, M.; Bellantuono, C.; Wilkinson, G. (1995): Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. In: *British Journal of Psychiatry*, Jg. 166, H. 4, S. 424–443.
- Pigott, T. A.; Seay, S. M. (1999): A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 60, H. 2, S. 101–106.
- Pirutinsky, S.; Rosmarin, D. H.; Pargament, K. I.; Midlarsky, E. (2011): Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? In: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 132, H. 3, S. 401–405.
- Pirutinsky S, Rosmarin DH Pargament KI Midlarsky E. (2011): Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? In: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 132, H. 3, S. 401–405.
- Pizzagalli D, Lehmann D. Brugger P. (2001): Lateralized direct and indirect semantic priming effects in subjects with paranormal experiences and beliefs. In: *Psychopathology*, S. 75–80.
- Pizzagalli D, Lehmann D. Gianotti L. Koenig T. Tanaka H. Wackermann J. Brugger P. (2000): Brain electric correlates of strong belief in paranormal phenomena: intracerebral EEG source and regional Omega complexity analyses. In: *Psychiatry Research*, S. 139–154.
- Pollack, Detlef (1995): Was ist Religion? In: *Zeitschrift für Religionswissenschaften*, Jg. 3, S. 163–190.
- Polosan, M.; Millet, B.; Bougerol, T.; Olié, J. P.; Devaux, B. (2003): Psychosurgical treatment of malignant OCD: three case-reports. In: *L'Encéphale*, Jg. 29, H. 6, S. 545–552.
- Posner, M. I.; Rafal, R. D.; Choate, L. S.; Vaughan, J. (1985): Inhibition of return: Neural basis and function. In: *Cognitive Neuropsychology*, Jg. 2, H. 3, S. 211–228.
- Powell, Andrew (2001): Editorial Spirituality and science: a personal view. In: *Advances in psychiatric treatment*, Jg. 7, S. 319–321.
- Previc, Fred H. (2006): The role of the extrapersonal brain systems in religious activity. In: *Consciousness and Cognition*, Jg. 3, H. 15, S. 500–539.
- Rachman, S. (1997): A cognitive theory of obsessions. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 35, S. 793–802.
- Radomsky, A. S.; Rachman, S.; Hammond, D. (2001): Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 39, S. 813–822.
- Raphael, F. J.; Rani, S.; Bale, R.; Drummond, L. M. (1996): Religion, Ethnicity and Obsessive-Compulsive Disorder. In: *International Journal of Social Psychiatry*, Jg. 42, H. 1, S. 38–44.
- Rasic, Daniel T.; Belik, Shay-Lee; Elias, Brenda; Katz, Laurence Y. (2009): Spirituality, religion and suicidal behaviour in a nationally representative sample. In: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 114, S.

32–40.

Rasmussen, S.; Tsuang, M. (1986): Clinical characteristics and family history in DSM-3 obsessive-compulsive disorder. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 143, S. 317–322.

Rasmussen SA, Eisen J. L. (1992): The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 53, S. 4–10.

Rassin, E.; Koster, E. (2003): The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 41, S. 361–368.

Reed PG. (1987): Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. In: *Research in Nursing & Health*, Jg. 10, H. 5, S. 335–344.

Religionswissenschaftlicher Medien- und Informationsdienst: Religionen in Deutschland - Zugehörigkeit. Online verfügbar unter http://www.remid.de/remid_info_zahlen.htm, zuletzt geprüft am 6.12.2010, 12:43h.

Rogers, M. Brooke; Loewenthal, Kate Miriam (2003): Religion, identity and mental health: perceived relationships within a multi-dimensional framework. In: *Social Psychological Review*, Jg. 5, H. 2, S. 43–81.

Salkovskis, P. M.; Wroe, A. L.; Gledhill, A.; Morrison, N.; Forrester, E.; Richards, C. et al. (2000): Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 38, H. 4, S. 347–372.

Saxena, S.; Brody, A. L.; Schwartz, J. M.; Baxter, L. M. (1998): Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. In: *British Journal of Psychiatry - Supplement*, Jg. 35, S. 26–37.

Scherer, Josef; Kuhn, Karin (2002): *Angststörungen nach ICD-10*. 1. Aufl. Steinkopff-Verlag Darmstadt.

Schulter G, Papousek I. (2008): Believing in paranormal phenomena: relations to asymmetry of body and brain. In: *The Cortex*, Jg. 10, H. 44, S. 1326–1335.

Seyringer, M. E.; Friedrich, F.; Stompe, T.; Frottier, P.; Schrank, B.; Frühwald, S. (2007): Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. In: *Neuropsychiatrie*, Jg. 21, H. 4, S. 239–247.

Shafran, R.; Rachman, S.; Thordarson, D. (1996): Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 10, S. 379–391.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC (1998): The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 59, H. 20, S. 34–57.

Sher, K. J.; Frost, R. O.; Kushner, M.; Crews, T. M.; Alexander, J. E. (1989): Memory deficits in compulsive checkers: replication and extension in a clinical sample. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 27, H. 1, S. 65–69.

Sher, K. J.; Frost, R. O.; Otto, R. (1983): Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 21, H. 4, S. 357–363.

Shin LM, Liberzon I. (2010): The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. In: *Neuropsychopharmacology*, Jg. 35, H. 1, S. 169–191.

Shreve-Neiger, Andrea; Edelstein, Barry (2004): Religion and anxiety: A critical review of the literature. In: *Clinical Psychology Review*, S. 379–397.

Sica, Claudio; Novara, Caterina; Sanavio, Ezio (2002): Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. In: *Behaviour Research and Therapy*, S. 813–823.

Siev, Jedidiah; Chambless, Dianne L.; Huppert, Jonathan D. (2010): Moral thought-action fusion and

- OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. In: *Journal of Anxiety Disorders*, S. 309–312.
- Siev, Jedidiah; Cohen, Adam B. (2007): Is thought-action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 45, S. 829–837.
- Simpson, H. B.; Gorfinkle, K. S.; Liebowitz, M. R. (1999): Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 60, H. 9, S. 584–590.
- Simpson HB, Foa EB Liebowitz MR Ledley DR Huppert JD Cahill S. Vermes D. Schmidt AB Hembree E. Franklin M. Campeas R. Hahn CG Petkova E. (2008): A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 165, H. 5, S. 621–630.
- Sinha JW, Cnaan RA Gelles RJ (2007): Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. In: *Journal of adolescence*, Jg. 30, H. 2, S. 231–249.
- Sisask, Merike; Värnik, Airi; Wassermann, Danuta (2010): Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross cultural case-control study. In: *Archives of Suicide Research*, S. 44–55.
- Sliwak, Jacek; Zarzycka, Beata (2010): The interplay between post-critical beliefs and anxiety: an explanatory study in a Polish sample. In: *Journal of Religion and Health*, S. in press.
- Sloan, R. P.; Bagiella, E.; Powell, T. (1999): Religion, spirituality, and medicine. In: *The Lancet*, Jg. 353, S. 664–667.
- Smith JP, Book S. W. (2010): Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. In: *Addictive behaviors*, Jg. 35, H. 1.
- Soomro, G. M.; Altman, D.; Rajagopal, S.; Oakley-Browne, M. (2008): Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jg. 23, H. 1, S. CD001765.
- Stanley MA, Bush AL Camp ME Jameson JP Phillips LL Barber CR Zeno D. Lomax JW Cully JA (2011): Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. In: *Aging & Mental Health*, Jg. 15, H. 3, S. 334–343.
- Steketee, Gail; Quay, Sara; White, Kerrin (1991): Religion and guilt in OCD patients. In: *Journal of Anxiety Disorders*, Jg. 5, S. 359–367.
- Stewart C, Koeske G. F. (2006): A Preliminary Construct Validation of the Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality Instrument: A Study of Southern USA Samples. In: *International Journal for the Psychology of Religion*, Jg. 16, H. 3, S. 181–196.
- Storch EA, Rasmussen SA Price LH Larson MJ Murphy TK Goodman WK (2010): Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale--Second Edition. In: *Psychological Assessment*, Jg. 22, H. 2, S. 223–232.
- Susanne Heine (2006): Erkennen und Scham - Sigmund Freuds biblisches Menschenbild. *Wiener Jahrbuch für Theologie*. Herausgegeben von Evangelisch-Theologische Fakultät der Universität Wien.
- Talepasand, Siavash; Nokani, Mostafa (2010): Social Phobia Symptoms: Prevalence and sociodemographic correlates. In: *Archives of Iranian Medicine*, Jg. 13, H. 6, S. 522–527.
- Tallis, F. (1997): The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and consideration of clinical implications. In: *British Journal of Clinical Psychology*, Jg. 36, S. 3–20.
- Tek, Cenk; Ulug, Berna (2001): Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. In: *Psychiatry Research*, S. 99–108.
- Thoresen, C. E.; Harris, A. H. (2002): Spirituality and Health: What's the evidence and what's needed? In: *The Society of Behavioral Medicine*, Jg. 24, H. 1, S. 3–13.

- Tobacyk, Jerome J. (2004): A Revised Paranormal Belief Scale. In: *The International Journal of Transpersonal Studies*, Jg. 23, S. 94–98.
- Tolin DF, Abramowitz JS Kozak MJ Foa EB (2001): Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. In: *Journal of Anxiety Disorder*, Jg. 15, H. 6, S. 501–510.
- Torres, Albina R.; Prince, Martin J.; Bebbington, Paul E.; Bhugra, Dinesh (2006): Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. In: *The American Journal of Psychiatry*, S. 1978–1985.
- Trenholm, Penelope; Trent, James; Compton, William C. (1998): Negative religious conflict as a predictor of panic disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*, Jg. 54, H. 1, S. 59–65.
- Tsuang, M.; Williams, Wesley; Simpson, John; Lyons, M. (2002): Pilot study of spirituality and mental health in twins. In: *The American Journal of Psychiatry*, Jg. 159, S. 486–488.
- Tye SJ, Frye MA Lee KH (2009): Disrupting disordered neurocircuitry: treating refractory psychiatric illness with neuromodulation. In: *Mayo Clinic Proceedings*, Jg. 84, H. 6, S. 522–532.
- Vail, Kenneth E.; Rothschild, Zachary K.; Weise, Dave R.; Greenberg, Jeff (2010): A Terror Management Analysis of the psychological functions of religion. In: *Personality and Social Psychology Review*, Jg. 14, H. 1, S. 84–94.
- Vandermeersch, P. (1991): The victory of psychiatry over demonology. The origin of the nineteenth century myth. In: *History of psychiatry 2*, S. 351–363.
- Viswanath B, Narayanaswamy JC Rajkumar RP Cherian AV Kandavel T. Math SB Reddy YC (2011): Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. In: *Comprehensive Psychiatry*, S. [Epub ahead of print].
- Wain O, Spinella M. (2007): Executive functions in morality, religion, and paranormal beliefs. In: *The International Journal of Neuroscience*, Jg. 1, H. 117, S. 135–146.
- Walsh KH, McDougle C. J. (2011): Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Jg. 7, S. 485–494.
- Watkins, Lana; Blumenthal, James; Babyak, Michael; Davidson, Jonathan R. T. (2010): Prospective association between phobic anxiety and cardiac mortality in individuals with coronary heart disease. In: *Psychosomatic Medicine*, Jg. 72, H. 7, S. 664–671.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. (2004): A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 42, H. 4, S. 385–396.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (17. Dezember 2007): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7. Aufl. Herausgegeben von Horst Dilling et al. Huber, Bern.
- West B, Willner P. (2011): Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. In: *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, Jg. 39, H. 4, S. 399–411.
- Whitley, R. (2010): Atheism and mental health. In: *Harvard Review of Psychiatry*, Jg. 18, H. 3, S. 190–194.
- Whittal ML, Woody SR McLean PD Rachman SJ Robichaud M. (2009): Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. In: *Behaviour Research and Therapy*, Jg. 48, H. 4, S. 295–303.
- Wildman, Wesley J.; McNamara, Patrick (2008): Challenges facing the neurological study of behaviour, belief and experience. In: *Method and Theory in the Study of Religion*, Jg. 20, S. 212–242.
- Winter, U. (2005): Der liebe Gott hat es so gewollt. Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für pastorale Krisenintervention - eine pastoralpsychologische Studie. Dissertation, Uni Freiburg (CH). im Internet: ethesis.unifr.ch/theses/downloads.php?file=winterUC.pdf (12.02.2012).

Winter U, Hauri D. Huber S. Jenewein J. Schnyder U. Kraemer B. (2009): The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, Jg. 78, H. 4, S. 240–244.

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (2006): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 1. Aufl. Springer Verlag. Berlin.

Yorulmaz, Orcun; Gencöz, Tülin; Woody, Sheila (2008): OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. In: *Journal of Anxiety Disorder*, S. 401–406.

Yorulmaz, Orcun; Inozu, Mujgan; Gültepe, Bedirhan (2011): The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Jg. 42, S. 198–203.

Zwingmann, C.; Moosbrugger, H. (Hg.) (2004): *Religiosität: Messverfahren und Studien zur Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Unter Mitarbeit von S. Murken. Münster: Waxmann.

Zwingmann C, Wirtz M. Müller C. Körber J. Murken S. (2006): Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. In: *Journal of Behavioral Medicine*, Jg. 29, H. 6, S. 533–547.

8 Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Verwirklichung dieser Arbeit unterstützt haben.

Besonders zu danken ist dabei den Patienten und Probanden, ohne deren Mitarbeit dies hier nicht möglich gewesen wäre. Mein großer Dank geht an Prof. Dr. Steffen Moritz, der mir mit seiner herausragenden Betreuung vom Anfang bis zum Ende stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat und immer ein offenes Ohr für mich hatte. Ebenso herzlich möchte ich mich bei Dr. Agorastos Agorastos bedanken, dessen großes Engagement und Ideen diese Arbeit noch interessanter und wissenschaftlicher gemacht haben. Dr. Lena Jelinek hat ebenso meinen Dank verdient für die Einarbeitung in die verschiedenen diagnostischen Instrumente und ihre Hilfsbereitschaft bei jeder noch so kleinen Frage. Danke auch an das restliche Team der Klinischen Neuropsychologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf.

Ein lieber Dank gilt auch meiner Familie, die mir nicht nur das Studium der Humanmedizin ermöglicht haben, sondern stets an mich geglaubt und mich in jeder Hinsicht unterstützt haben.

Nicht zu vergessen sind all meine lieben Freunde, die mir nicht nur moralischen Beistand während der vielen Stunden des wissenschaftlichen Arbeitens geleistet haben, sondern ganz besonders auch beim Korrekturlesen. Danke.

9 Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich und inhaltlich benutzten Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.