

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen
Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Zur Rolle von Religiosität und Spiritualität
im Psychose-Spektrum**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ioannis Tsagkas

aus Athen (Griechenland)

Datum der Promotion: 03.03.2023

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	6
1. Abstrakt (Deutsch)	7
1.1 Abstract (English).....	8
2. Einleitung	10
2.1 Religiosität – Spiritualität.....	10
2.1.1 Religion – Religiosität.....	10
2.1.2 Spiritualität.....	10
2.1.3 Außergewöhnliche religiöse Phänomene.....	11
2.1.4 Hochreligiosität.....	13
2.1.5 Abgrenzung zwischen Hochreligiosität und religiösem Wahn.....	13
2.2 Das Psychosespektrum.....	16
2.2.1 Etymologie und Geschichte des Psychosebegriffs.....	16
2.2.2 Moderne diagnostische Kategorisierung und Verständnis	18
2.3 Religiosität und psychische Gesundheit.....	22
2.4 Assoziationen zwischen psychotischer Psychopathologie und religiösen Themen.....	23
2.4.1 Gemeinsame evolutionäre Pfade? – Schizophrenie versus bipolare Störung	25
2.5 Pathoplastizität und Ausformung von religiösen Themen in der Psychose.....	26
2.5.1 Soziokulturelle Pathoplastik	27
2.5.2 Religiöser Hintergrund und Pathoplastizität	30
2.6 Religiosität - Spiritualität in Deutschland und Berlin	32
2.7 Religiosität – Spiritualität in Malawi.....	36
2.8 Studienziele.....	38
2.8.1 Primärhypothesen.....	40
2.8.2 Sekundärhypothesen.....	40

3. Methodik	42
3.1 Studiendesign und Ablauf der Studie.....	42
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	43
3.3 Begriffserklärungen.....	43
3.4 Diagnostische Instrumente.....	44
3.4.1 Psychotische Symptome.....	44
3.4.2 Manische Symptomatik.....	53
3.4.3 Religiosität.....	53
3.5 Statistische Analyse.....	56
4. Ergebnisse	58
4.1 Beschreibung der Stichproben - demografische und klinische Daten.....	58
4.2 Religiosität in der Stichprobe.....	63
4.2.1 Erfassung der religiösen Domänen nach DUREL.....	65
4.2.2 Hochreligiöse Patient*innen und religiöses Commitment.....	65
4.2.3 Religiöse Erziehung.....	66
4.3 Deskriptive Statistik – Vergleich zwischen den Patientengruppen in Berlin und Mzuzu.....	69
4.3.1 Vergleich der demographischen Daten zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi.....	69
4.3.2 Vergleich von religiösem Hintergrund zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi.....	71
4.4. Deskriptive Statistik – Vergleich zwischen der RSS und non-RSS Gruppe und Bestimmung von Prädiktorvariablen.....	73
4.4.1 Demographischer Vergleich.....	73
4.4.2 Psychopathologischer Vergleich.....	74
4.4.3 Vergleich des religiösen Hintergrundes und der unterschiedlichen Dimensionen von Religiosität.....	76

4.5	Die konfessionslose Patientengruppe in Berlin	78
4.6	Binäre logistische Regressionsanalyse – religiöser Hintergrund.....	80
4.7	Binäre logistische Regressionsanalyse – Psychopathologie	83
4.7.1	ROC – Kurve.....	86
5.1	Religiöser Hintergrund und religiös-spirituelles psychotisches Syndrom (RSS)	88
5.1.1	Religiöses Commitment und RSS	88
5.1.2	Religiöse Erziehung und RSS	92
5.1.3	Sonstige soziodemographische Faktoren und RSS.....	93
5.2	Psychopathologie und RSS	94
5.2.1	Manische Symptomatik und RSS.....	94
5.2.2	Schizophrene Symptomatik und RSS	95
5.2.3	Schizophrenie versus Manie und das Auftreten von RSS	97
5.4	Limitationen.....	98
5.4	Ausblick.....	103
6.	Literaturverzeichnis	104
7.	Eidesstaatliche Versicherung	113
8.	Tabellarischer Lebenslauf	114
9.	Danksagung	117

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Religionszugehörigkeiten in Deutschland 31.12.2018 Quellen: Deutsche Bischofskonferenz, EKD, REMID, BAMF, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (fowid/CF) (91) _____	34
Abbildung 2 - Selbsteinschätzungen als „religiös“ und „spirituell“ bei selbsterklärten „Atheisten“ in Ost- und Westdeutschland (Religionsmonitor 2012) _____	36
Abbildung 3 - Religionszugehörigkeiten Malawi 2004, (76) _____	37
Abbildung 4 – Diagnostische Einteilung der Proband*innen in Berlin und Malawi	59
Abbildung 5 – Verteilung der Altersgruppen der Proband*innen in Berlin _____	60
Abbildung 6 – Verteilung der Altersgruppen der Proband*innen in Malawi _____	61
Abbildung 7 - Höchster Schulabschluss in Berlin und Malawi _____	62
Abbildung 8 - Familienstand der Proband*innen in Berlin und Malawi _____	63
Abbildung 9 - Religiöse Zugehörigkeit Berlin _____	64
Abbildung 10 - Religiöse Zugehörigkeit Malawi _____	64
Abbildung 11 - Religious Commitment Berlin _____	66
Abbildung 12 - Religiöse Erziehung ja/nein, welche? Berlin und Malawi _____	67
Abbildung 13 – Verteilung der Subskala für religiöse Erziehung in Berlin _____	68
Abbildung 14 – Verteilung der Subskala für religiöse Erziehung in Mzuzu _____	68
Abbildung 15 - Scatterplot zur Interaktion zwischen Behandlungsort und religiösem Commitment _____	82
Abbildung 17 - Roc-Kurve zur log. Regressionsanalyse Psychopathologie _____	87

1. Abstrakt (Deutsch)

Einleitung: Die Entwicklung von religiös/spirituellen Themen in der Symptomatik psychotischer Erkrankungen wird auf individuelle und allgemeine soziokulturelle Faktoren zurückgeführt. Die Rolle des persönlichen und kulturellen religiösen Hintergrundes hinsichtlich des späteren Erscheinens von religiösen Themen und deren Assoziation mit der Ausprägung weiterer Symptomdimensionen sind noch widersprüchlich belegt. Ziel dieser Studie ist es, den Einfluss des religiösen Hintergrundes auf das Auftreten eines „religiös/spirituellen psychotischen Syndroms“ (RSS) sowie dessen Zusammenhänge mit weiteren psychopathologischen Charakteristika zu untersuchen. Wir vermuteten eine Interaktion des umgebenden soziokulturellen Kontexts mit der Wirkung des individuellen religiösen Hintergrunds auf die Ausprägung eines solchen Syndroms. Zudem nehmen wir einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der psychotischen wie auch manischen Symptomatik und der Ausprägung religiös-spirituelle Themen in der Psychose an.

Methodik: In die Erhebung wurden 152 stationäre Patient*innen aus einem säkularen (Berlin) und einem religiös geprägten (Mzuzu, Malawi) kulturellen Kontext eingeschlossen, die an mit akuten psychotischen Symptomen einhergehenden schizophrenen, schizoaffektiven, bipolaren oder unipolar-affektiven Störungen erkrankt waren. Es wurden demographische sowie Daten zur psychotischen (Positiv-, Negativ-, und allgemeine Symptombelastung, PANSS) und manischen Symptomatik (Young Mania Rating Scale, YMRS) sowie zum individuellen religiösen Hintergrund (religiöses Commitment und religiöse Erziehung) erhoben. Die Patient*innen mit religiös-spirituelle Prägung ihrer psychotischen Themen (,RSS‘) wurden mit jenen ohne solche Symptome (,non- RSS‘) im Hinblick auf ihre demographischen Merkmale, religiösen Hintergründe und Psychopathologie verglichen. Mit Hilfe logistischer Regressionsanalysen wurden unter Beachtung demographischer Störfaktoren die Variablen zum religiösen Hintergrund und soziokulturellen Kontext sowie psychopathologische Merkmale der Patient*innen als mögliche Prädiktoren für ein RSS untersucht.

Ergebnisse: Von den untersuchten Variablen waren als Prädiktoren für RSS drei statistisch signifikant: 1) Die Interaktion zwischen religiösem Commitment und

Behandlungsort, 2) der YMRS-Wert sowie 3) der PANSS-Negativscore. Bei einer Behandlung in Berlin waren zunehmende Werte von religiösem Commitment mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, ein RSS zu zeigen. Ein höherer YMRS-Wert sowie geringere Werte der PANSS-Negativskala waren ebenfalls mit einem RSS assoziiert.

Diskussion: In der säkularisierten Berliner Gesellschaft, nicht aber in der religiös geprägten Kultur von Malawi ist ein hohes religiöses Commitment prädiktiv für die Ausformung von religiös/spirituellen Themen in der floriden Psychose, während kein Zusammenhang mit einer formal religiösen Erziehung in der Kindheit besteht. Religiöses Commitment im Erwachsenenalter könnte daher nur dann pathoplastisch auf die Ausformung von RSS in der Psychose wirken, wenn es aus dem soziokulturellen Kontext herausragt. Künftige Untersuchungen zu Assoziationen mit Symptomdimensionen sollten das Vorliegen manischer Symptome beachten, da das Auftreten eines RSS stärker mit diesen als mit dem Schweregrad schizophrener Positivsymptomatik zusammenzuhängen scheint.

1.1 Abstract (English)

Introduction: The development of religious/spiritual topics in the symptomatology of psychotic illnesses is attributed to individual and general sociocultural factors. The role of the personal and cultural religious background regarding a later appearance of religious topics and their association with the development of other symptom dimensions are still controversial. The aim of this study is to examine the influence of religious background on the occurrence of a „religious-spiritual psychotic syndrome“ (RSS) and its connections with further psychopathological characteristics. We suspected an interaction of the surrounding sociocultural context with the effect of the individual religious background on the development of such a syndrome. In addition, we assume a connection between severity of the psychotic and manic symptoms and the development of religious-spiritual topics in psychosis.

Method: A total of 152 inpatients from a secular (Berlin) and a religious (Mzuzu, Malawi) cultural context suffering from schizophrenic, schizoaffective, bipolar or unipolar affective disorders with psychotic elements were included in the survey.

Demographic information and data on psychotic (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) and manic symptoms (Young Mania Rating Scale, YMRS) as well as the individual religious background (religious commitment and religious upbringing) were collected. The patients with religious-spiritual topics ('RSS') were compared with those without such symptoms ('non-RSS') regarding their demographic characteristics, religious background and psychopathology. With the help of logistic regression analyses and taking demographic confounders into account, the variables on religious background, sociocultural context and psychopathological characteristics of the patients were examined as possible predictors for an RSS.

Results: Three of the examined variables were statistically significant as predictors for RSS: 1) the interaction between religious commitment and the location of treatment, 2) the YMRS score and 3) the PANSS- negative score. When treated in Berlin, increasing values of religious commitment were associated with higher probabilities of patients showing an RSS. Higher YMRS values and lower PANSS-negative values were also associated with RSS.

Discussion: In the secularized Berlin society, but not in the religiously shaped culture of Malawi, high religious commitment is predictive for the development of religious/spiritual topics in the florid psychosis, while there is no connection with a formal religious upbringing in childhood. Religious commitment in adulthood could therefore only have a pathoplastic effect on the formation of RSS in psychosis if it protrudes from the sociocultural context. Future investigations into associations with symptom dimensions should consider the presence of manic symptoms, since the occurrence of RSS seems to be closer related to these than to the severity of schizophrenic positive symptoms.

2. Einleitung

2.1 Religiosität – Spiritualität

2.1.1 Religion – Religiosität

Der Begriff ‚Religion‘ leitet sich etymologisch vom lateinischen Ausdruck ‚religio‘ (wörtlich übersetzt: gewissenhafte Beachtung dessen, was sich auf die Verehrung der Götter bezieht, Sorgfalt gegenüber dem Heiligen) ab (1), der ursprünglich nur innerhalb des römischen und dann des christlichen Theismus gebraucht wurde (2).

Die heutige Semantik des Religionsbegriffs zur Bezeichnung mehr oder weniger stark institutionalisierter Überzeugungssysteme, die inhaltlich durch die Bezugnahme auf etwas letztgültiges, unbedingt Transzendentes gekennzeichnet sind, entwickelte sich erst seit der frühen Neuzeit (3,4). Diese Begriffserweiterung erlaubte es, auch Phänomene in fremden Kulturen ‚Religion‘ zu nennen, die den bekannten Glaubenssystemen Christentum, Judentum und Islam als sehr ähnlich wahrgenommen wurden, für die in vielen außereuropäischen Sprachen jedoch kein wirklich synonyme Begriff existierte (5). Laut Demling umfasst Religiosität „den Glauben an die Aussagen eines religiösen Glaubenssystems (‚Religion‘), das gefühlte Vertrauen in die Wahrheit und Verbindlichkeit dieser Lehre sowie das hieraus sich ergebende (ethisch-moralische, rituelle u. a.) menschliche Verhalten“ (6).

2.1.2 Spiritualität

Abgeleitet von ‚spiritus‘ (Atem), artikulierte das Adjektiv ‚spiritualis‘ im frühen Christentum das Wirken des Heiligen Geistes und das Substantiv ‚spiritualitas‘ die vom Heiligen Geist bestimmte christliche Lebenspraxis (7). In der Neuzeit bürgerte sich der Begriff der ‚Spiritualität‘ erst im 20. Jh. im Sprachgebrauch ein; zunächst innerhalb des Katholizismus, dann im Protestantismus und schließlich über Christentum und religiöse Sphäre hinaus (8).

Im Gegensatz zur Religion ist Spiritualität schwieriger zu definieren. Der spirituell ausgerichtete Mensch geht seinem Urtrieb nach Transzendenz und Gewissheit nach – dies ist der allgemeine Bezugsrahmen von Spiritualität – er ist aber ‚von innen‘ und nicht typischerweise ‚von außen‘ geprägt, wie bei einer kanonisierten religiösen Lehre

(6). Spiritualität wird als persönlicher angesehen und als etwas, das die Menschen für sich selbst definieren und das weitgehend frei von mit der Religion verbundenen Regeln, Vorschriften und Pflichten ist. Tatsächlich gibt es eine wachsende Gruppe von Menschen, die sich als spirituell, aber nicht religiös einstufen, die jegliche Verbindung zur Religion leugnen und die Spiritualität vollständig in individualistischen, säkularen Begriffen verstehen (9). Spiritualität kann so eine besondere Innerlichkeit und die Lösung von traditionellen Institutionen betonen (10). Peterson und Nelson betonen die Rolle von Spiritualität in der Stärkung der sozialen Verbundenheit zwischen den Menschen sowie mit dem Universum (11).

2.1.3 Außergewöhnliche religiöse Phänomene

Henning und van Belzen schilderten in ihrem Werk 2007 außergewöhnliche religiöse Erfahrungen und unterscheiden sie deutlich von psychotischen religiösen Erlebnis- und Verhaltensformen (12). In der Literatur sind solche Phänomene reichlich beschrieben und ließen sich von Demling in drei Kategorien zusammenfassen (6):

- subjektive außersinnliche Wahrnehmungen (Visionen, auditive Halluzinationen (13–15), andere Sinneswahrnehmungen)
- objektiv wahrnehmbare Erscheinungen wie Stigmata (16) oder Glossolalie (17,18)
- ekstatische, tranceartige Zustände (19–21) und Phänomene von Besessenheit (22–24)

Hierdurch wird klar, dass immer wieder Schnittstellen zwischen außergewöhnlichen religiösen Erfahrungen in gesunden Populationen und Phänomenen mit psychiatrischer Signifikanz entstehen. Moreira-Almeida wies in seiner Arbeit von 2011 darauf hin, dass psychotische und außergewöhnliche psychotisch oder dissoziativ anmutende religiöse Erfahrungen in der Allgemeinbevölkerung häufig seien, und dass die meisten von ihnen nicht mit psychotischen Störungen zusammenhängen. Der Autor schlägt auch Merkmale vor, welche auf die nicht-pathologische Natur einer spirituellen Erfahrung hinweisen: mangelndes Leiden oder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, Kompatibilität mit dem kulturellen Hintergrund der Patient*innen, Fehlen psychiatrischer Komorbiditäten, Kontrolle

über die Erfahrung und persönliche Entwicklung durch die religiöse Erfahrung im Laufe der Zeit (25).

Auch in der vergleichenden Untersuchung von Scagnetti-Feurer 2011 (26) wird die Notwendigkeit unterstrichen, ungewöhnliche spirituelle Phänomene nicht vorschnell zu pathologisieren. In der besagten Studie werden zwei Vergleichsgruppen von PsychiatriepatientInnen und psychisch gesunden Personen anhand eines teilstrukturierten Interviews zu ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund, Religiosität und zu den Folgen einer religiösen visionären Erfahrung untersucht. Die beiden Vergleichsgruppen erweisen einige Gemeinsamkeiten und zahlreiche Unterschiede, welche anhand von den Schlüsselkonzepten der psychischen Inflation bei den psychisch kranken VisionärInnen, und dem Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die psychisch Gesunden in Zusammenhang gebracht werden. In der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) erweist sich die psychische Inflation, d.h. das übermäßige Erleben der eigenen Größe, in der Form von Megalomanie bis hin zum Größenwahn, als eine mögliche Reaktionsweise auf das visionäre Erleben. Wie die Autoren dabei postulieren: ‚Die betroffene Person identifiziert sich dabei etwa mit Gott, Jesus, Maria oder anderen Gestalten, die das Gefühl der eigenen übermäßigen Größe widerzuspiegeln vermögen‘. Bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) erweist sich das Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die visionäre Erfahrung als zentral, der eine Einordnung, Realitätsüberprüfung, Interpretation und Integration der Erfahrung ins tägliche Leben ermöglicht. Die religiöse visionäre Erfahrung wird schließlich anhand dieser zwei zentralen Konzepte entweder pathologisch verarbeitet, oder in der gesunden psychischen Struktur integriert.

2.1.4 Hochreligiosität

Das Phänomen der Hochreligiosität ist in seiner Vielfalt schwer in eine einheitliche Formel zu fassen und wurde von Utsch und Pfeifer in ihrem Werk über Psychotherapie und Spiritualität 2014 als sehr heterogen und von Personen aus unterschiedlichen Schichten und Hintergründen vertreten. Die Autoren postulierten, dass es sich um eine ‚Mischung aus Religion, Kultur, Massenphänomene und Machtstreben in einer verwirrenden Amalgamierung‘ handelt (27).

Häufige Merkmale hochreligiöser Patient*innen können die Durchdringung ihres Alltags von religiösen Riten und Regeln, die Anerkennung religiöser Führungspersonen (Rabbiner, Priester, Pastor etc.) sowie theologischer Leitlinien für die persönliche Meinungsbildung und das persönliche Verhalten sein. Gleichzeitig lassen sich eine Abgrenzung von anderen Weltanschauungen (‚Wir und die Anderen‘), eine dogmatische Bestimmung von Sexualität und Partnerwahl, Intensität von religiösen Erlebnissen (z. B. Charismatik, Mystik) und die häufige Überlappung mit psychiatrischen Krankheitsbildern beobachten, sowie die Ablehnung von Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie im Gegensatz zu Heilungserwartungen und dem Wunderglauben (27). Der Begriff einer ‚Hochreligiosität‘ ist also ein quantitativer Begriff, der keinesfalls mit einer ‚tiefen Spiritualität‘ gleichzusetzen ist.

2.1.5 Abgrenzung zwischen Hochreligiosität und religiösem Wahn

Karl Jaspers beschrieb in seinem klassischen Werk der ‚Allgemeinen Psychopathologie‘ die drei entscheidenden Kriterien (sog. ‚Jaspers‘che Trias‘) für die Differenzierung von Überzeugungen bei Patient*innen und die Festlegung von Wahn. Nach Jaspers sind wahnhaftige Denkinhalte dadurch gekennzeichnet, dass sie eine außergewöhnliche subjektive Gewissheit, eine Unkorrigierbarkeit sowie eine

Unmöglichkeit aufweisen (28). Diese seit dem letzten Jahrhundert postulierte deskriptive Theorie des Wahns weist eine ausgesprochene interne Inkonsistenz auf, insbesondere wenn man die Kernfrage der subjektiv empfundenen Erfahrung und Auseinandersetzung mit der ‚wahren Realität‘ betrachtet.

In einer anthropologisch fundierten Psychiatrie wie im Werk von M. Schödlbauer ‚Wahnbegegnungen – Zugänge zur Paranoia‘ können dennoch außergewöhnliche Phänomene anders eingeordnet und behandelt werden (29). Der Autor versucht die Frage zu beantworten, ob der religiöse Glaube einem Wahn gleichzusetzen wäre, postuliert, dass Wahn eine Form des Glaubens darstellen könnte und beobachtet, dass Wahnkranke, genauso wie tief Gläubige oft mit einem besonderen Anspruch auf Wissen, Gewissheit und Wahrheit auftreten, sodass eine wahnhaftige Überzeugung wie das Bekenntnis eines religiös Gläubigen wirken kann. Ein Wahn stellt sich dar als »Wissen von unbedingter Gültigkeit«. Nach Bash beruht der Wahn auf einer Störung der Intuition, die sich durch die eigene Evidenz selbst bezeugt und keine weitere rationale Begründung erlangt.

Schödlbauer beschäftigt sich andererseits mit der Charakterisierung einer außergewöhnlichen religiösen Erfahrung als wahnhaft, setzt sich mit der religiösen Gewissheit und wahnhaften unkorrigierbaren Überzeugung auseinander, welche in Querschnitt zwar ununterscheidbar, dennoch in einem ganz anderen Verlauf eingebettet sein können, und nimmt an, dass das Element was dem Wahnkranken als Basis fehlt, Vertrauen ist. Der Autor versteht das ‚Versagen des Glaubens‘ als Hinweis auf ein strukturelles Manko in der Psychose und Nährlösung vieler Wahnbildungen. Ferner hebt der Autor die Überschneidungen zwischen der stufenweisen psychopathologischen Entwicklung schizophrener Psychosen nach dem Psychiater Klaus Conrad und den Erlebensformen im Erfahrungsraum des Religiösen nach dem Religionswissenschaftler Rudolf Otto hervor - vom Prodrom (Trema) über die produktiv-psychotischen Symptome wie Wahn, Halluzination, Ich-Störungen (Apophänie) bis hin zur schweren katatonen Krise (apokalyptische Phase). Im besagten Werk wird wie die Grauzone zwischen Glaube und Wahn eingeräumt und der Autor konzidiert wie Mundhenk in seinem eigenen Werk 2007, ‚wie schmal der Grat zwischen religiös-wahnhaften Überzeugungen und pathologisch unverdächtiger Frömmigkeit sein kann, der auch den Kliniker vorsichtig in seinem Urteil machen

sollte‘. Schödlbauer greift dennoch in seinem Buch auf die Glaubensinhalte in einem Kollektiv zurück als mögliches Unterscheidungsmerkmal zwischen Wahn und religiösem Glauben und vertritt auch die These, dass diese im Wahn aufgehoben sind oder singuläre Überzeugungen bleiben, und dass es zwar ‚Glaubensbrüder‘, jedoch keine ‚Wahnbrüder‘ gibt.

In Anlehnung an das Werk von Jaspers, veröffentlichte Demling 2016 eine Reihe von Kriterien, die zur Abgrenzung von Wahn und abnorm hoher, aber noch nicht pathologischer Religiosität dienen können. Demzufolge zeigt der pathologische Glaube Merkmale wie Singularität und Ich-Bezogenheit, soziale Isolation, Unkorrigierbarkeit des Glaubens, einen Vertrauensverlust an Gott und die Außenwelt, eine gewisse ‚Erstarrung‘, Inkonsistenz, bizarre oder desorganisierte Inhalte sowie eine Entkopplung vom traditionellen Glauben, wobei des Öfteren eine weitere Psychopathologie nachweisbar ist (30) (s. Tab. 1). In unserer Untersuchung richteten wir uns letztlich nach Demlings Kriterien, da diese mehr Klarheit aufweisen, auch wenn sie eventuell eine verkürzte Version im Rahmen einer vielseitigen Diskussion darstellen.

Kriterien ‚gesunder Religiosität‘ vs. Kriterien des religiösen Wahns

Kriterium	‚Gesunde‘ Religiosität	Religiöser Wahn
Inhalt	Von der kulturellen Mehrheit (offiziell) geteilt, ‚Wir‘-Bezug	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Singulär (in der Regel) ▪ Pathologischer ‚Ich‘-Bezug
Glaubenszweifel und ‚-vernunft‘	Glaube ist erschütterbar (‚Religion ist Glaube, Wahn ist Wissen‘), lässt Diskussion etwa über ‚Vernunftgründe‘ (grundsätzlich) zu	Ist unkorrigierbar (‚pathologische Gewissheit‘), lässt keine Diskussion zu
Vertrauen	Gottvertrauen, ‚Urvertrauen‘, ‚Ungewissheit‘	Vertrauensverlust

Wirkung auf die Persönlichkeit	Lebendig, frei, gelassen	Erstarrt, gebunden, angespannt, gestresst
Symptome einer seelischen Störung	Nicht vorhanden	Weitere Symptome nachweisbar
Verhältnis von Inhalten zu äußerem Verhalten	Konsistent	Kann inkonsistent sein (z.B. ‚ich bin Gott‘, geht aber einem bürgerlichen Beruf nach
Soziale Einbettung	Kommunikations- und gemeinschaftsfördernd (mitmenschlich, eventuell karitativ), Glaube will sich ‚mitteilen‘	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ichbezogen (misstrauisch, feindselig) ▪ Isolierend ▪ Wahn will sich nicht ‚teilen‘
Wirkung auf das religiöse Sozialverhalten	Funktional, der Situation angepasst	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oft bizarr ▪ Desorganisiert
Tradition	Traditionsgebunden	Keine Tradition

Tabelle 1 – Quelle: Demling J. „Gesunde Religiosität oder religiöser Wahn“? S. 48

2.2 Das Psychosespektrum

2.2.1 Etymologie und Geschichte des Psychosebegriffs

Der Begriff ‚Psychose‘ stammt aus dem Altgriechischen ψυχή (Psyche= Geist) und dem ebenfalls altgriechischen Suffix -ωσις (-ose= Entstehung, Gestaltung) (31). Der Schlüssel zur Krankheitsbedeutung der Psychose liegt im Suffix -osis, verwandt mit dem lateinischen -osus, der einen Zustand oder eine Bedingung bedeutet.

Etymologische Wörterbücher verfolgten die Psyche zurück zu der gleichnamigen griechischen Göttin der Seele oder des Geistes, deren Name den Atem des Lebens personifizierte (32). Der abgeleitete Begriff ‚Psychose‘ bezeichnet also einen

dynamischen Entwicklungsprozess, welcher nicht mit dem leiblichen Körper gebunden, sondern mit dem transzendent Geistigen in Verbindung steht.

Der Begriff ‚Psychose‘ wird seit etwa 175 Jahren verwendet und spiegelt den wissenschaftlichen und sozialen Kontext der jeweiligen Zeit wider (33). Er wurde erstmals vom österreichischen Arzt Ernst von Feuchtersleben in einem von ihm 1845 veröffentlichten Lehrbuch benutzt (34). Die damalige Vorstellung war, dass psychische Störungen Geisteskrankheiten sind. Von Feuchtersleben glaubte, dass dieser Begriff zu eng war und nicht die Vorstellung übermittelte, dass es sich gerade um die Interaktion zwischen Geist und Gehirn handelte, welche psychische Störungen verursachte. Eine spätere Position, die das Konzept von psychischen Störungen als Störungen des Gehirns stärkte, wurde 1845 von Griesinger eingeführt (35). Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff weiter verbreitet und unterteilt, wie durch Wernickes Unterscheidung zwischen ‚Somatopsychosen‘ (die die Wahrnehmung des eigenen Körpers beeinflussen), ‚Autopsychosen‘ (die die Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit beeinflussen) und ‚Allopsychosen‘ (die die Wahrnehmung der Außenwelt beeinflussen) veranschaulicht wird (36).

Während solche Unterscheidungen die ersten Hinweise darauf gaben, dass der Begriff ‚Psychose‘ kein einheitliches Konzept war, sondern in seine einzelnen Symptome zerlegt werden musste, fanden Wernickes Begriffe keine breite Akzeptanz. Noch wichtiger ist, dass Kraepelins Dichotomie der Psychose in ‚Dementia praecox‘ und ‚manisch-depressives Irresein‘ etabliert wurde und die Definition der verschiedenen Dimensionen der Psychose zu Beginn und Mitte des 20. Jahrhunderts zum Forschungszentrum wurde. (37) Das Konzept von Jaspers ‚Schichten‘ von psychischen Störungen kam hier ebenfalls ins Spiel, da Jaspers die Hypothese postulierte, dass neurotische, endogene und organische (exogene) psychische Störungen drei verschiedene Schichten von psychischen Störungen widerspiegeln, in denen psychotische Symptome auf ‚endogenem‘ sowie ‚exogenem‘ (organischem) Niveau zu finden sind (28).

Der Verlust der Realität, der den Halluzinationen und Wahnvorstellungen zugrunde liegt, wurde somit wichtig, und der Begriff ‚Psychose‘ wurde variabel verwendet, um ein Kernsyndrom von Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Denkstörungen zu

bezeichnen oder im weiteren Sinne alle schweren psychischen Störungen zu erfassen (37). Vor dem Hintergrund dieser klinischen Vielfalt und Variabilität führte Schneider eine Rangfolge der psychotischen Symptome ein und brachte die Vorstellung in die Diskussion, dass bei der Diagnose und Klassifizierung von psychischen Störungen einige psychotische Symptome wichtiger sein könnten als andere (38). Es wurde somit klar, dass Psychose viel mehr ein klinisches Syndrom darstellt als eine nosologische Entität. Folgen wir der Annahme von Marneros, dass es keine ‚Störungsprototypen‘ gibt, sondern eher das Vorhandensein von Syndromen, die zwischen den Extremen wie einer ‚prototypen‘ Schizophrenie und affektiven Störung schwanken (39), ist ein Kontinuum mit dem Auftreten von psychotischen Merkmalen in einem breiten Spektrum von psychiatrischen diagnostischen Entitäten nachvollziehbar.

2.2.2 Moderne diagnostische Kategorisierung und Verständnis

Ab 1980, mit der Veröffentlichung der dritten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-III), deutete der Begriff auf eine grobe Beeinträchtigung der Fähigkeit hin, zwischen dem inneren Erleben und der äußeren Realität zu unterscheiden (Realitätsprüfung). Um eine größere diagnostische Präzision zu erreichen, wurden psychotische Erkrankungen im DSM-IV 1994 als solche Krankheitsbilder beschrieben, die durch Wahnvorstellungen, Halluzinationen, formalgedankliche Desorganisation und abnormales motorisches Verhalten gekennzeichnet sind.

Psychose wird als eine Zusammensetzung klinisch beobachtbarer Merkmale konzipiert, es ist also ein klinisches Syndrom, das sich aus verschiedenen Symptomen zusammensetzt. Das Grundprinzip ist, dass es zwar einige Einblicke in die Ätiopathologie und Pathophysiologie psychotischer Symptome gibt, wir jedoch noch nicht die genauen Mechanismen bestimmen können, die in Einzelfällen in diesen psychotischen Manifestationen wirksam sind. Daher wird Psychose immer noch durch das klinische Bild definiert und nicht durch Labor-, genetische oder bildgebende Untersuchungen (37).

Die fünfte Ausgabe des DSM betonte, dass primäre psychotische Störungen entlang eines Spektrums auftreten, wobei die Schizoidie und die Schizophrenie jeweils sein mildes bzw. schweres Ende definieren. Dieses Modell passt zu einem diagnostischen Rahmen, in dem Phänomene wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen in Bezug auf die zugrunde liegenden neuronalen Systeme und als Endstrecke gemeinsamer neurobiologischer Prozesse untersucht werden, abgesehen von den kategorialen psychiatrischen Störungen, in deren Rahmen sie auftreten (40). Obwohl psychotische Symptome das bestimmende Merkmal für Störungen des Schizophreniespektrums sind (d.h. Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Wahnstörung, schizophreniforme Störung und kurze psychotische Störung), treten psychotische Symptome unter anderem auch bei manischen, depressiven oder zwangsgestörten Patient*innen auf, oder aber im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen, Intoxikationen und Entzugssyndromen. Somit können psychotische Symptome in drei große kategorische Entitäten eingeteilt werden: idiopathische Psychosen, Psychosen aufgrund von Erkrankungen (einschließlich neurodegenerativer Störungen) und Psychosen in Zusammenhang mit Noxen (Missbrauchssubstanzen, Medikamente oder Toxinen) (s. Tab. 2).

Das Psychose - Spektrum (Kurzform)

Psychotic Disorder	Psychotic Symptoms	Distinguishing Features	Lifetime Prevalence (%)	Pathophysiology	Treatment	Complications
Schizophrenia	Delusions, hallucinations (mostly auditory), disorganized thinking, disorganized or abnormal psychomotor behavior	Active-phase psychotic symptoms with prodromal and residual-phase symptoms, >6-month duration, decline in functioning	0,30 – 0,87	Genetic factors, neurodevelopmental factors, dopamine, glutamate	APDs, psychosocial therapies	Substance abuse, suicide, agitation, victimization, violence
Schizoaffective disorder	Delusions, hallucinations (mostly auditory), disorganized thinking, disorganized or abnormal psychomotor behavior	Psychotic symptoms (delusions and hallucinations) mood symptoms occurring concurrently or independently	0,32	Genetic factors, neurodevelopmental factors, dopamine, glutamate	APDs, antidepressants, mood stabilizers, psychosocial therapies	Substance abuse, suicide, agitation, violence
Bipolar disorder with psychotic features	Delusions, hallucinations	Psychotic features during manic episodes	0,12	Genetic factors, neurodevelopmental factors, dopamine, glutamate	APDs, mood stabilizers, psychosocial therapies	Substance abuse, suicide, agitation, violence
Major depressive disorder with psychotic features	Delusions, hallucinations	Psychotic features during depressive episodes	0,33	Genetic factors, dopamine, glutamate	APDs, antidepressants, ECT, psychosocial therapies	Substance abuse, suicide, agitation, violence

Delusional disorder	Delusions	Functioning not impaired apart from impact of delusions	0,18	Genetic factors, dopamine, glutamate	APDs, CBT	Violence
Schizophreniform disorder	Delusions, hallucinations, disorganized thinking, disorganized or abnormal psychomotor behavior	Psychotic symptoms lasting 1-6 mo	0,07	Genetic factors, neurodevelopmental factors, dopamine, glutamate	APDs, psychosocial therapies	Substance abuse, suicide, agitation, violence
Brief psychotic disorder	Delusions, hallucinations, disorganized thinking, disorganized or abnormal psychomotor behavior	Psychotic symptoms lasting <1 mo	0,05	Dopamine	APDs, CBT	Substance abuse, suicide, agitation, violence
Psychosis induced by recreational substances **	Delusions, hallucinations	Psychotic symptoms	0,42	Dopamine, glutamate	Drug elimination	Suicide, agitation, violence

*APD: antipsychotic drug, CBT: cognitive behavioral therapy, ECT: electroconvulsive therapy

** Recreational substances include alcohol, cannabis and its derivatives, hallucinogens, phencyclidin and related substances, inhalants, sedatives, hypnotic agents, anxiolytic agents and stimulants (including cocaine)

Tabelle 2- Quelle: JA Lieberman, MB First. N Engl J Med 2018;379:270-280

Unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen grenzwertiger religiös-spirituelle Erfahrung und psychotischer Symptomatik und Betrachtung eines Spektrums, bei dem an einem Ende die gesunde, nicht-psychotische Religiosität-Spiritualität und am anderen Extremwert die religiös geprägte, psychotische Pathologie stehen, wird die Notwendigkeit für die Erforschung der Zusammenhänge

und Wechselwirkungen, aber auch der gemeinsamen Endstrecken beider Phänomene deutlicher.

2.3 Religiosität und psychische Gesundheit

Religion und Medizin sind in der Menschengeschichte keine Fremden. Während des größten Teils der aufgezeichneten Geschichte waren die beiden eng miteinander verbunden – bereits im antiken Ägypten und Mesopotamien war psychische und körperliche Krankheit bösen Geistern oder spirituellen Mächten zugeschrieben (41). Erst spät gab es für die Allgemeinbevölkerung Versorgungskrankenhäuser. Die meisten Heiler im Mittelalter von 400 bis 1400 waren Mönche oder Priester (42), wobei viele der ersten psychiatrischen Kliniken sich in Klöstern befanden und von Priestern betrieben wurden (9). Die Aufklärungszeit und die wissenschaftlichen Entdeckungen des 18. Jahrhunderts forcierten die Trennung zwischen Medizin und Religion gleichzeitig mit dem Ende der Französischen Revolution forcierten (43). Im späten 19. Jahrhundert wurde Religion durch Jean-Martin Charcot und insbesondere Sigmund Freud als kollektiver neurotischer Mechanismus zur Verarbeitung des Ödipuskomplexes postuliert (44,45). Auch Ellis setzte Religion in seinem Werk psychopathologischen Prozessen gleich (46).

In einem systematischen Review von König (2013) zu Religion and Spiritualität (R/S) zwischen 1990 – 2010, zeigten insgesamt 93% der untersuchten Studien mindestens eine positive Assoziation zwischen religiösem Engagement und besserer psychischer Gesundheit, während 23% der Studien mindestens von einer negativen Beziehung berichteten. Im Gegensatz zu den Studien zu Demenz, Abhängigkeitserkrankungen, Depression und Suizidalität, wo positive Korrelationen vorherrschten, sprachen die Befunde in der Literatur bei Schizophrenie entweder von gemischten oder positiven, bei der bipolaren Störung dagegen gemischten oder negativen Verhältnissen. Die Qualität der untersuchten Studien zu Schizophrenie und bipolarer Störung war einerseits relativ gering, andererseits waren die Ergebnisse insgesamt widersprüchlich, sodass diese nur unzureichend relevante Schlussfolgerungen ergeben konnten (47). Eine höhere Religiosität – Spiritualität korrelierte in vielen Untersuchungen mit einer höheren psychischen Gesundheit,

wobei eine noch stärkere Korrelation zwischen fehlender R/S und schlechterer psychischer Gesundheit festgestellt wurde (48). In unterschiedlichen Studien wurde postuliert, dass Religion eine wichtige Coping-Strategie für Menschen mit schweren psychischen Störungen, insbesondere mit Psychosen, darstellt (49). Andererseits kann die Behandlungadhärenz durch die religiöse Anbindung erheblich beeinflusst werden, wenn eine Inkompatibilität oder gar ein Konflikt zwischen einem religiösen und einem medizinischen Erklärungsmodell besteht (50).

2.4 Assoziationen zwischen psychotischer Psychopathologie und religiösen Themen

Religiöse Themen treten in Zusammenhang mit dem Vorliegen schwerer psychischer Störungen häufig in der Form von Wahnvorstellungen und Halluzinationen auf (51). Im Allgemeinen wurden Wahnvorstellungen und Halluzinationen religiöser Natur als solche mit religiösen oder aber übernatürlichen Themen kategorisiert. Die religiösen Wahnvorstellungen und Halluzinationen beziehen sich auf organisierte religiöse Themen (z. B. Gebet, Sünde, Besessenheit) oder religiöse Figuren (z. B. Gott, Jesus, Teufel, Prophet). Die übernatürlichen Wahnvorstellungen und Halluzinationen haben allgemeinere mystische Bezüge (z. B. schwarze Magie, Geister, Dämonen, Verhexung, mythische Kräfte, Geister, Zauberei und Voodoo). In der Literatur wurden beide Arten jedoch üblicherweise als religiöse Wahnvorstellungen bezeichnet (52). Die häufigsten Inhalte religiös/spiritueller Wahnvorstellungen berühren die Themen der Verfolgung durch böswillige spirituelle Gestalten, Einfluss und Kontrolle durch geistige Gestalten, sowie Wahnvorstellungen mit hoher persönlicher Bedeutung (Sünde/ Schuld oder Erweckung/ Auserwähltheit/ Grandiosität) (53).

Religiös- spirituelle Krisen die mit einem Glaubensverlust oder einer turbulenten Bekehrung verbunden sind sowie ihre Differenzierung von einer akutpsychotischen Episode stellen oft eine klinische Herausforderung dar, wobei psychotische Episoden im Rahmen einer religiösen Versenkung oft mit einer zusätzlichen Störung der Sozialkontakte sowie Wahrnehmungsstörungen assoziiert sind (54).

Insbesondere bei Patient*innen mit einer schizophrenen oder bipolaren Erkrankung wurde eine psychotische Überreligiosität beschrieben, welche auch mit einer elektroenzephalographisch festgestellten temporolimbischen Dysfunktion in

Verbindung gebracht wurde. In dieser Hinsicht wurde eine Assoziation zu komplexfokalen epileptischen Phänomenen mit analogen EEG- Befunden vermutet (55).

Form und Inhalt der religiösen Wahnvorstellungen sind sowohl in Bezug auf die Diagnose als auch auf das Behandlungsmanagement von Bedeutung. Studien legen auch nahe, dass religiöse Wahnvorstellungen mit stärkerer Überzeugung gehalten werden als andere Formen von Wahnvorstellungen (56), sodass religiöse Wahnthemen in der Psychose mit einem geringeren Funktionsniveau, längerer Krankheitsdauer, schwerer Psychopathologie sowie längerer Zeit bis zur Krankheitseinsicht und nachfolgend Aufsuchen einer psychiatrischen Behandlung assoziiert wurden (57,58). Insbesondere in der schizophrenen Psychopathologie wurden religiöse Themen mit einem niedrigeren Global Assessment Functioning (GAF)- Score, höheren Medikamentendosierungen verbunden (58), wobei auch der Genesungsprozess auf Grund einer fanatischeren wahnhaften Überzeugung erheblich verzögert wurde (56).

Jenseits einer Pathologisierung und Stigmatisierung vom religiösen Erleben bei Psychose, zeigte sich z.B. im Hamburger ‚Susi‘-Forschungsprojekt zum subjektiven Sinn von Psychosen, dass religiöse Deutungen bei Menschen mit einer Psychose-Erfahrung weit verbreitet sind, bei vielen PatientInnen einen hohen Stellenwert haben und hilfreiche und krankheitsbewältigende Funktionen übernehmen (59). Die Ergebnisse des Projekts zeigten, dass religiöse Psychose-Erfahrene die Trost im religiösen Glauben suchen, demnach ihre Psychose mehr auf Lebensereignisse attribuieren, mehr konstruktive Auswirkungen ihrer Psychose erleben und ihre Symptome positiver erleben als nicht religiöse Psychose-Erfahrene. Religiosität scheint in der besagten Untersuchung mit Sinnfindung und -konstruktion zusammenzuhängen. Die Autoren schlussfolgern also, dass ‚nicht alle religiöse Erfahrungen die in der Psychose auftreten, unterschiedslos als gleich wertvoll eingeschätzt werden. Der Behandler sollte zwischen lebensförderlichen und lebensbeschränkenden Inhalten unterscheiden können und diese angemessen thematisieren.‘

2.4.1 Gemeinsame evolutionäre Pfade? – Schizophrenie versus bipolare Störung

Eine weitere Hypothese stellte die Annahme von Dein und Littlewood 2011 dar, welche einen gemeinsamen evolutionären Pfad zwischen Psychose, insbesondere im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung, und Religion postulierten. Laut den Autoren seien sowohl Religion als auch Psychose auf eine übermäßige Ausweitung von ‚Theory of Mind‘ und kognitiven Fehlattribuierungen zurückzuführen. Die Autoren verbanden schizotype Eigenschaften mit Kreativität und divergentem Denken und verstanden diese Merkmale als disponierend sowohl für eine höhere Kreativität und intensives Interesse an religiösen Erfahrungen, als auch für die Entwicklung von psychotischen Störungen, durch die Tendenz zu abnormalen Wahrnehmungen (60). Darauf aufbauend wurde in der Literatur behauptet, dass einige der bedeutendsten religiösen Persönlichkeiten der Zivilisation möglicherweise psychotische Symptome erfuhren, die als Inspiration für ihre Offenbarungen dienten (61).

Es existiert andererseits eine lange psychiatrische Tradition, die Religiosität und manische Symptome in Verbindung bringt, obwohl die Relevanz von Religiosität in der bipolar affektiven Störung in der Studienlage unklar oder widersprüchlich belegt ist (62).

In der Literatur fanden sich Indizien dafür, dass die Pathophysiologie der bipolaren Störung mit einer kortikolimbischen Störung assoziiert ist (63). Limbische Überaktivität wurde auch assoziiert mit dissoziativen oder ekstatischen Wahrnehmungen oder aber mit Gefühlen der universellen Verbindung und der Selbstreferenz, welche oft in mystisch- religiösen Erfahrungen auftreten (64). Sethi fand 1993 einen hohen Zusammenhang zwischen religiösen Wahnvorstellungen und manischen Patient*innen in Indien (65), außerdem wurde in einem Report von Williams und Wilkins Hyperreligiosität mit bipolarer Manie assoziiert (55). Der positive Zusammenhang zwischen Temporallappenepilepsie und Hyperreligiosität ist in der Literatur ebenfalls weitgehend bekannt (66,67). Es taucht somit die Frage auf, ob gemeinsame pathophysiologische Entwicklungen zwischen Überreligiosität und Manie existieren.

Eine interessante These postuliert Koenig; diese besagt, dass bipolare Patient*innen religiöse Wahnvorstellungen als Intensivierung ihres regulären Glaubens zeigen, während Personen mit Schizophrenie eher bizarre und autistisch–mystische Wahnvorstellungen haben (68).

2.5 Pathoplastizität und Ausformung von religiösen Themen in der Psychose

Unter Pathoplastizität verstehen wir die Variabilität der spezifischen Form und des Inhalts eines Symptoms, welches durch Ereignisse im Leben der jeweiligen Patient*innen geformt wird (69).

Wahnvorstellungen spiegeln immer auch soziokulturelle Gegebenheiten und Ereignisse wider. Bestimmte Wahnthemen, wie Verfolgungs- oder der Größenwahn, bleiben stabil über den historischen Zeitverlauf. Andere, wie religiöser Wahn oder Schuldwahn, sind empfindlich für langsame kulturelle Veränderungen; eine dritte Kategorie wie psychotische Inhalte, die mit technologischen Innovationen vom Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts verbunden sind, sind plastischer und schnell reagibel, bis diese Innovationen bzw. Phänomene gesellschaftlich integriert werden (70).

In diesem Kontext unterschied Braudel in seinem berühmten Werk drei Zeitebenen der Weltgeschichte und beschrieb historische Prozesse mit langsamer und struktureller Entwicklungsform (*longue durée*), Prozesse mittlerer Dauer (*moyenne durée* oder Konjunkturphasen, die in einem Zeitrahmen von mehreren Jahren oder Jahrzehnten stattfinden), sowie Geschehnisse mit eingeschränkter zeitlicher Dauer und lokaler Auswirkung (*courte durée*) (71,72). Obwohl Religion als Institution historisch eine langsame Entwicklungsform aufweist, gehören in diesem Sinne religiöse Themen in der Psychose zu den Prozessen mittlerer Dauer nach Braudel.

Klosterkötter teilte in seiner Monographie 1988 den schizophrenen Erlebniswandel in drei Phasen ein, denen jeweils unterschiedliche Auslösefaktoren zuzuordnen sind, die Irritationsphase, Externalisierungsphase und Konkretisierungsphase. In der ersten, formal noch nicht psychotischen Phase, entwickeln sich „kognitive Wahrnehmungs-, Denk-, Handlungs- und Leibgefühlstörungen bis zu Erlebnissen der Diskriminationserschwerung zwischen Gedanken und auditiven Vorstellungen oder

solchen der allo-, auto- und somatopsychischen Depersonalisation““. Es handelt sich um einen Prozess hoher affektiver Anspannung, angesichts der Störung der Informationsverarbeitung. Bei der zweiten ‚Externalisierungsphase‘ werden die aufgeführten befremdlich erlebten Veränderungen, einschließlich der ‚innerlichen Hörbarkeit des Denkens‘, dem Außenraum zugeschrieben. Klosterkötter postulierte, dass „der Rückbezug auf Außeneinflüsse den irritierenden Ausgangserfahrungen plötzlich ‚Sinn‘ verleiht, der zwar wahnhaft, aber doch autoregulatorisch die immer unerträglicher gewordene Komplexitäts- und Spannungserhöhung senkt““.

Laut Klosterkötter finden in der dritten und letzten Konkretisierungsphase aktive ‚Enträtselungsbemühungen‘ statt, während die psychotisch werdende Person aus ihren lebensgeschichtlichen Eindrücken und dem individuellen Kenntnisstand heraus, die externalisierten Wahrnehmungsveränderungen abnorm deutet. Die affektive Anspannung nimmt hierdurch weiter ab (73). Hiermit erschließt sich, dass der Inhalt des wahnhaft-halluzinatorischen Erlebens in seinem Endstadium durch die individuelle Biographie und den Wissensstand geformt wird.

2.5.1 Soziokulturelle Pathoplastik

Religiöse Wahnthemen reagieren empfindlich auf soziokulturelle Veränderungen (74) und weisen einen hohen Grad zeitlicher Instabilität sowie eine hohe regionale Variabilität auf (70). Die Plastizität religiöser Wahnvorstellungen spricht somit für den Status religiöser Themen als ‚Epiphänomene‘ eines zugrunde liegenden Krankheitsprozesses (75).

Eine Reihe von soziokulturellen Einflussfaktoren bewirken die Ausformung einer religiösen Psychothematik:

- *Zeitliche Variabilität:* Eine zeitliche Variabilität spielte im Laufe der letzten Jahrhunderte eine Rolle. Krzystanek untersuchte in seiner retrospektiven Analyse 2012 eine Testpopulation von vier gleichgroßen Patientengruppen mit jeweils 100 Patient*innen einer polnischen neuropsychiatrischen Klinik aus den Jahren 1932, 1952, 1972 und 1992. Er stellte einen progressiv abnehmenden Anteil (50% → 42%) des Auftretens von religiösen Themen bei paranoider Schizophrenie im Zeitverlauf fest, obwohl die polnische Kultur im Laufe der Zeit formal „katholischer“ geworden ist. Im Durchschnitt zeigten

religiöse Themen in der Psychose eine Häufigkeit von 46,8%. (76).

- *Vorherrschende religiöse Zugehörigkeit:* Stompe stellte 2005 fest, dass die Prävalenz religiöser Wahnvorstellungen mit der vorherrschenden religiösen Zugehörigkeit der jeweiligen Gesellschaft variiert, und postulierte, dass „religiöse Wahnvorstellungen in katholischen Gesellschaften am häufigsten vorkommen, wobei islamische und protestantische Gesellschaften weniger Wahnvorstellungen mit religiösem Inhalt melden“ (77). Diese These wurde auch von Kim im Jahr 1993 unterstützt; seine Studie legte nahe, dass religiöse und übernatürliche Wahnthemen bei koreanischen Patient*innen häufiger auftreten als bei koreanisch-chinesischen oder chinesischen Patient*innen. Die Autoren erklärten dies Phänomen durch die Tatsache, dass Korea zwar ein multireligiöses Land ist, sodass Religion eine übliche Fläche für psychotische Projektionen darstelle, die Religion wurde dennoch im kommunistischen China unterdrückt und gar politisch verfolgt, sodass dieser Kontext keine psychotische Verarbeitung einer unterbundenen Projektionsfläche stattfinden konnte (74). Ndeti beobachtete auch 1988, dass religiöse Psychopathologie bei afrikanischen und westindianischen Einwander*innen in Großbritannien besonders häufig aufträte, ein Phänomen was mit dem kulturellen Hintergrund der Patient*innen zusammenhänge (78).
- *Soziodemographische Faktoren:* In Bezug auf soziodemografische Variablen deutet die Studienlage auch darauf hin, dass der religiöse Inhalt von Wahnvorstellungen mit dem Familienstand und der Bildung schizophrener Patient*innen zusammenhängt (79). Suhail stellte 2010 fest, dass der Inhalt von Wahnvorstellungen bei pakistanischen schizophrenen Patient*innen, stark von ihrer sozioökonomischen Klasse abhängig war, sodass Größenwahn häufiger bei wohlhabenden Männern und Wahnvorstellungen mit schwarzer Magie und Verfolgung häufiger bei armen Frauen auftraten (80). Rudalevičienė folgerte in seiner multivariaten Analyse 2008, dass individuelle Religiosität den religiösen Inhalt von Wahnvorstellungen nicht direkt beeinflusst und postulierte, dass dieser eher mit dem Familienstand und dem

Bildungsniveau von schizophrenen Patient*innen zusammenhängt (79).

- *Dogmatische Struktur:* Auch die Form der jeweiligen Dogmen scheint den Inhalt der religiös psychotischen Phänomene zu beeinflussen. Studien, die die Religion im Kontext der Psychopathologie bewertet haben, legten nahe, dass christliche Patient*innen mehr religiöse Wahnvorstellungen haben, insbesondere Wahnvorstellungen von Schuld und Sünde, als ihre Kollegen, die anderen Religionen angehören (Islam) (52). Andere Studien haben gezeigt, dass Buddhist*innen im Vergleich zu Christ*innen weniger religiöse Wahnvorstellungen haben (81) und dass Protestant*innen mehr religiöse Wahnvorstellungen haben als Katholik*innen und solche ohne religiöse Zugehörigkeit (82). Eine andere Studie berichtete über eine höhere Prävalenz religiösen Schuldwahns bei Schizophreniepatient*innen römisch-katholischer Zugehörigkeit im Vergleich zu Protestant*innen und Muslim*innen (83).
- *Regionale Unterschiede:* Studien, die unter stationären Patient*innen mit Schizophrenie durchgeführt wurden, zeigten, dass die Prävalenz religiöser Wahnvorstellungen und Halluzinationen von Land zu Land unterschiedlich ist und die Prävalenzraten derselben zwischen 6% und 63,3% variieren (84). Vergleichsstudien zu religiösen Wahnvorstellungen zwischen verschiedenen Ländern deuteten darauf hin, dass diese z.B. in Deutschland häufiger vorkommen als in Japan (85).
- *Religiosität als Besonderheit im Gegensatz zur jeweiligen religiösen Kultur:* Ähnlich wie Krzystanek, postulierte Stompe in seiner Studie 1999, dass es eher ein Heraustreten aus der jeweiligen religiösen Kultur, die Wahnvorstellungen pathoplastisch beeinflusst und stellte fest, dass religiöse Wahnvorstellungen bei österreichischen Patient*innen signifikant häufiger als bei pakistanischen Patient*innen waren. Dieses Ergebnis bot laut Stompe unter anderem folgende Interpretationsmöglichkeit: „Der erste Grund für den Mangel an religiösen Wahninhalten in Pakistan könnte sein, dass der Islam den Alltag in sehr hohem Maße reguliert. Wahrscheinlich ist es ein zu offensichtlicher und zu ritualisierter Teil des normalen Lebens der

Durchschnittsbevölkerung, um als Erklärung für Vorkommnisse außerhalb des Bereichs normaler Erfahrungen dienen zu können“ (77).

Vor dem Hintergrund einer variabel belegten Studienlage, bestehen doch Indizien dafür, dass es die katholisch geprägten und tendenziell ungebildeten Gesellschaften, sowie die Gegensätze zwischen Gestalt der Wahnthemen und des jeweiligen religiösen Hintergrundes sind, die die Ausformung einer religiösen Thematik in der Psychose stark ausformen können.

2.5.2 Religiöser Hintergrund und Pathoplastizität

2.5.2.1 Aktuelle Religiosität und Pathoplastizität

Die individuelle prämorbid Religiösität vor der Ersterkrankung, wie diese unter anderem als religiöses Commitment und als Persönlichkeitsmerkmal verstanden wird, sowie ihr Einfluss auf die spätere Entwicklung eines religiös- spirituellen Syndroms in der Psychose, ist in der Literatur methodisch wenig untersucht.

Es scheint im Allgemeinen eine positive Assoziation zwischen erfasster Religiosität und religiösem Wahn zu geben. In der Studie von Siddle wurde herausgestellt, dass Personen mit religiösem Wahn sich in einer Selbstbeurteilungsskala öfter als religiöser bezeichnet haben, als Patient*innen ohne religiöse Wahnthemen (58). Getz, Fleck und Strakowski berichteten, dass religiöse Aktivität vor dem stationären Aufenthalt die Schwere der religiösen Wahnvorstellungen vorhersagte (82). Suhail berichtete 2010, dass Patient*innen mit höherer Religiosität häufiger an religiösen Wahnideen sowie Größenwahn litten und stellte fest, dass diese generell häufiger psychotische Symptome erfuhren (80). Der positive Zusammenhang zwischen Hochreligiosität und psychotischen Symptomen bei akutpsychiatrischen Patient*innen wurde auch in einer Studie von Gawad et al. 2018 aufgezeigt (86).

Allerdings wiesen alle aufgeführten Studien strukturelle Unklarheiten auf, da die jeweilige Religiosität querschnittlich während der Akutphase oder zu einem unklaren Zeitpunkt und nicht prämorbid erfasst wurde. Somit bleibt unklar, ob eine höhere prämorbid Religiösität die Wahnthemen geprägt hat, ob die psychotische Entwicklung eine häufigere Auseinandersetzung mit der Religion bedingt hat oder die

religiöse Anbindung sogar als Ressource zur Bewältigung der psychotischen Krisen dienete.

2.5.2.2 Prämorbid religiöse Erziehung und Pathoplastizität

Die individuelle religiöse Erziehung als Form der prämorbid religiösen Religiosität und deren Bedeutsamkeit für die Ausformung von religiösem Wahn wurde in der Literatur ebenfalls wenig systematisch untersucht.

Drinnan und Lavender postulierten 2006, dass während der (prämorbid) religiöse Hintergrund die Natur von Wahnvorstellungen beeinflusste, Wahnvorstellungen auch stark von anderen familiären Faktoren, unter anderem schwierigen Familien- und Kindenserfahrungen beeinflusst werden. Des Weiteren stellten die Autoren heraus, dass auch spätere Religionserfahrungen das Potenzial hätten, die Entwicklung ungewöhnlicher religiöser Überzeugungen zu beeinflussen (87). Bhavsar und Bhugra sahen 2008 die Entwicklung von religiösen Wahnthemen als Ergebnis der Verfügbarkeit und Auseinandersetzung mit religiösen Symbolen, welche eher multifaktoriell betrachtet wurden. Die Familie wurde in diesem Kontext als eine regulierende Instanz für den Zugang zu heiligen Symbolen angesehen (75).

Wilson stellte 1998 fest, dass die religiöse Erziehung in den Herkunftsfamilien von Patient*innen mit Schizophrenie verzerrt war; es gab seltene gemeinsame Gebete, Gott wurde am häufigsten als strafend und hart dargestellt, die religiösen Lehren waren autoritär. Dies stand im Gegensatz zu den Erkenntnissen über Patient*innen mit affektiven Störungen, inklusive bipolarer Patient*innen, welche im Wesentlichen keine andere religiöse Erziehung als psychisch gesunde Personen erfahren hatten (88).

Es scheint durch die aufgeführte Literatur insgesamt so, dass der prämorbid religiöse Hintergrund bzw. rel. Erziehung, eine entscheidende, aber noch unklar definierte Rolle in der späteren Ausformung von religiösen Themen in der Psychose spielt. Auch die Frage, ob die religiöse Erziehung nur bei bestimmten Patientengruppen (z.B. solchen mit schizophrenen Erkrankungen) einen höheren Einfluss haben könnte, findet hier keine eindeutige Antwort.

2.6 Religiosität - Spiritualität in Deutschland und Berlin

Deutschland ist heute stärker säkularisiert als vor 40 Jahren. Sowohl in West- als auch in Ostdeutschland ist die traditionelle kirchliche Religiosität enorm zurückgegangen (89). Zwischen 1980 und 2005 verließen mehr als 7,5 Millionen Menschen die protestantische und die katholische Kirche. Diese Entwicklung spiegelte sich in den abnehmenden formalen regelmäßigen Kirchenbesuchen sowie in der intrinsischen, individuell wahrgenommenen Religiosität und im privaten Gebet wider (90). Es gab schließlich eine abnehmende Bedeutung der Religiosität in verschiedenen sozialen Strukturen und Einstellungen in Ost- und Westdeutschland. Insbesondere unter den jüngeren und ostdeutschen Geburtskohorten ist der Anteil nichtreligiöser Personen so hoch, dass die Annahme, dass Religiosität ein universelles menschliches Bedürfnis ist, nicht gerechtfertigt zu sein scheint. Es gibt auch keine Anzeichen dafür, dass sich der Säkularisierungsprozess in naher Zukunft umkehren wird.

In der statistischen Erhebung der Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland (fowid) von 2019 wird die konfessionelle Zugehörigkeit in Berlin seit den letzten 30 Jahren veranschaulicht. Eine steigende Anzahl konfessionsfreier Personen um mehr als 10% wird dort festgestellt (s. Tab. 3).

Berlin – Religionszugehörigkeiten, Konfessionsfreie 1990 – 2017, Anteile								
Jahr	Einwohner	Religionsgemeinschaften						Konfessions freie
		EKD- Ev.	Röm. Kath.	Jüdisch	Islam	Andere	Alle	
1990	100	28,1	12,1	0,2	59,6			
1991	100	27,4	8,9	0,3	4,5	3,3	44,4	55,6
2017	100	15,9	9,2	0,3	6,9	1,7	34,0	66,0

Quellen: Statistisches Jahrbuch von Berlin, jeweiliger Jahrgang und eigene Berechnung (fowid/CF)

Tabelle 3 - Berlin - Religionszugehörigkeiten, Konfessionsfreie 1990-2017, Anteile (87)

Die Ergebnisse der fowid-Gruppe von 2018 illustrierte die Religionszugehörigkeit in Deutschland, wie diese durch die oben aufgeführte säkularisierende Entwicklung geprägt wurde:

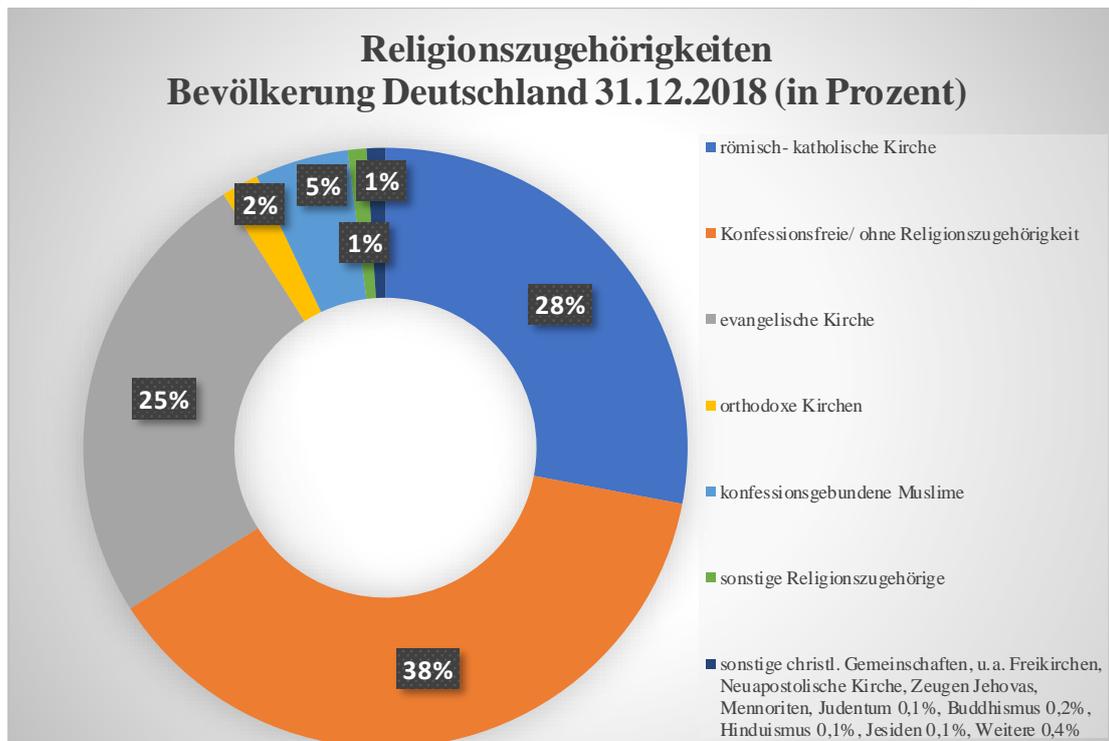


Abbildung 1 - Religionszugehörigkeiten in Deutschland 31.12.2018
 Quellen: Deutsche Bischofskonferenz, EKD, REMID, BAMF, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen (fowid/CF) (91)

Die Erfassung von Spiritualität stellte im Gegensatz zu der der religiösen Zugehörigkeit eine kompliziertere Aufgabe dar, sodass sie in den letzten Jahren hauptsächlich durch Selbsteinschätzung erfasst wurde. Interessante Ergebnisse zeigte die Selbsteinstufung vom ‚Religionsmonitor 2012‘, bei der die Selbsteinschätzung als ‚spirituell‘ mit der entsprechenden Einschätzung als ‚religiös‘ stark korrelierte (92) (s. Tab. 4).

Selbst- Einstufungen als ‚spirituell‘ und ‚religiös‘ in Deutschland (Religionsmonitor 2012)						
	Überhaupt nicht religiös	Etwas religiös	Mittel religiös	Ziemlich religiös	Sehr religiös	Summen
<i>Überhaupt nicht spirituell</i>	14,5%	6,5%	8,3%	2,4%	0,9	32,7%
<i>Etwas spirituell</i>	5,6%	8,4%	10,9%	3,7%	0,6%	29,2%
<i>Mittel spirituell</i>	1,4%	3,4%	12,6%	5,3%	1,3%	23,9%
<i>Ziemlich spirituell</i>	0,7%	0,6%	2,4%	4,6%	1,0%	9,3%
<i>Sehr spirituell</i>	0,6%	0,4%	0,9%	1,3%	1,7%	4,9%
<i>Summen</i>	22,8%	19,3%	35,1%	17,3%	5,6%	100,0%

Anmerkung: Diese Kreuztabelle basiert auf N = 1922 Fällen; bivariate Korrelation zwischen den Selbst- Einstufungen als ‚spirituell‘ und ‚religiös‘ beträgt $r = 0,45$ ($p < 0,001$)

Tabelle 4 - Selbst- Einstufungen als ‚spirituell‘ und ‚religiös‘ in Deutschland (Quelle: Religionsmonitor 2012)

Es gibt eine höhere Tendenz zu Spiritualität bei Personen die eine freikirchliche oder buddhistische Zugehörigkeit aufweisen (92). Einen interessanten Einblick in die Sichtweisen atheistischer Personen sowohl in den alten als auch neuen Bundesländern bot die entsprechende Statistik vom Religionsmonitor, nach der sich konfessionslose Personen größtenteils als ‚weder religiös noch spirituell‘ bezeichneten. Dennoch

bezeichnete sich ca. ein Drittel der Menschen ohne Bindung an eine Religionsgemeinschaft als ‚spirituell‘ (92) (s. Abb. 2).

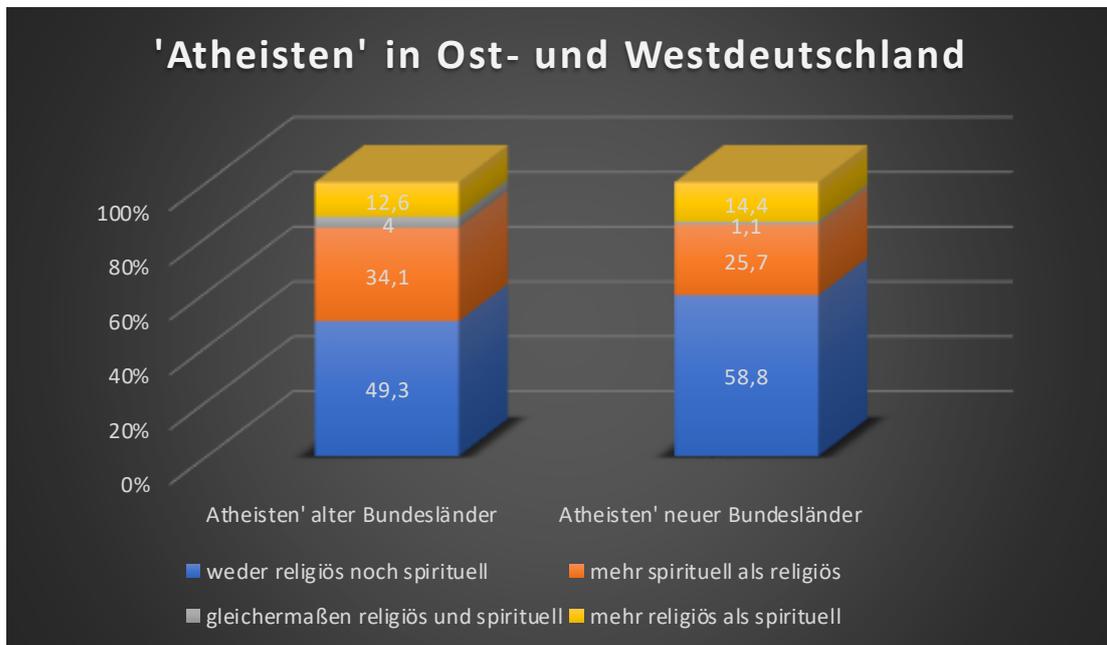


Abbildung 2 - Selbsteinschätzungen als „religiös“ und „spirituell“ bei selbsterklärten ‚Atheisten‘ in Ost- und Westdeutschland (Religionsmonitor 2012)

2.7 Religiosität – Spiritualität in Malawi

Malawi wurde von christlichen Körperschaften umfassend missioniert, so im 19. Jahrhundert von der Schottischen Presbyterianischen Kirche, wodurch Kirchen wie die St. Michael and All Angels Church in Blantyre gegründet wurden. Die Kirche ist stark gewachsen und mittlerweile in mindestens 23 Ländern der Region präsent. Auch römisch-katholische Missionar*innen waren aktiv und rivalisierten mit ihren presbyterianischen Kolleg*innen bezüglich der Einschlüsse von einheimischen Konvertit*innen. Die Kirche der Siebenten-Tags-Adventist*innen und Anglikaner*innen hat ebenfalls eine bedeutende Mitgliederzahl. Einige kleinere Kirchen afrikanischer Herkunft haben einen Platz in der Geschichte des malawischen Nationalismus. In Malawi wurden traditionelle Religion aber selten ausschließlich geglaubt, sodass oft synkretistische Amalgame entstanden. Der Islam drang langsam,

aber lange vor dem Christentum von der ostafrikanischen Küste her ein. Der Islam ist in Malawi nur eine Minderheitsreligion (93).

Nach den Schätzungen der demographischen Gesundheitsbefragung in Malawi 2004, die von der Nationalen Statistikbehörde durchgeführt wurde, wurde geschätzt, dass sich ca. 80 Prozent der Bevölkerung zum Christentum bekannten. Die Mehrheit dieser waren Mitglieder unabhängiger christlicher oder verschiedener protestantischer Konfessionen, der Rest römisch-katholisch. Ein Anteil von 12 Prozent war dem Islam zugehörig. Die verbleibenden Anteile entfielen auf Hinduisten und Anhänger von traditionellen Überzeugungen (94–96) (s. Abb. 3).

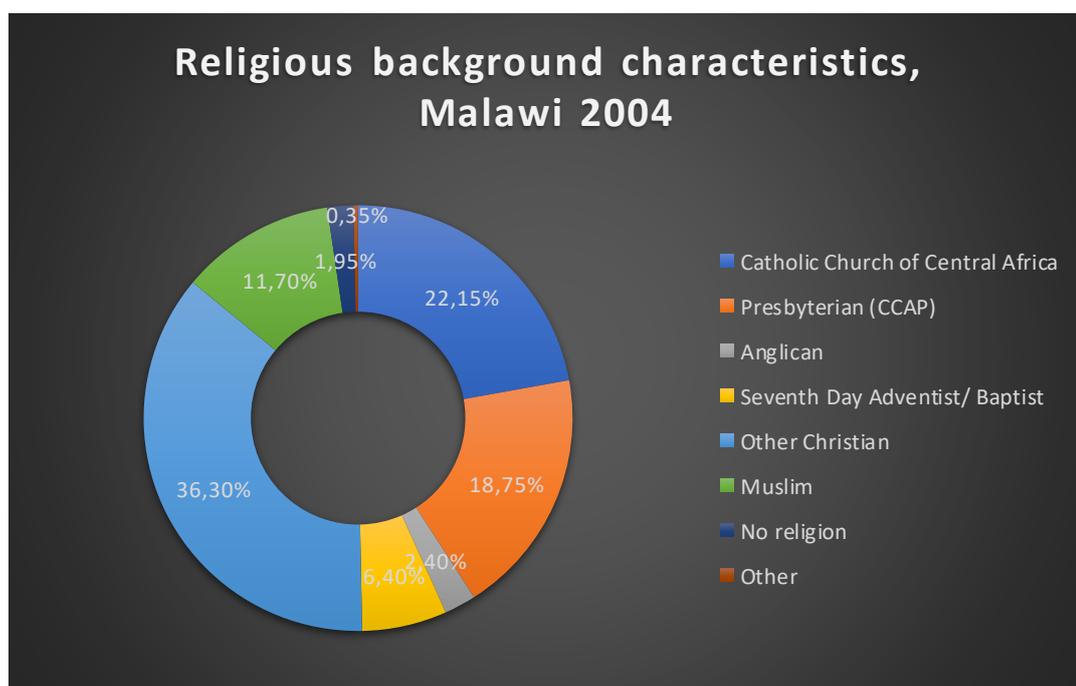


Abbildung 3 - Religionszugehörigkeiten Malawi 2004, (76)

Zur Messung und Auswertung der Spiritualität in der Bevölkerung von Malawi gibt es keine entsprechenden statistischen Erhebungen. Die größte und dominierende autochthone Volksgruppe der Chewa ist allerdings eine ethnische Gruppe mit einer bereits in den prächristlichen Zeiten tief in ihrer Kultur verwurzelter Spiritualität. Diese stärkte die Verbindung mit moralischen Werten, der umgebenden Natur und der Gemeinschaft, aber auch dem überlegenen Kosmos, und prägte eine narrative

Tradition von Ahnenkult, die von Generation zu Generation weitergegeben wurde (97).

In Malawi gibt es kaum konfessionslose Personen, worin ein herausstechender Unterschied zu der säkularisierten Gesellschaft in Berlin entsteht. Der Vergleich zwischen den beiden Kulturen eignet sich somit hervorragend für die Erforschung des pathoplastischen kulturellen Einflusses auf die Ausformung eines religiös-spirituellen Syndroms in der Psychose.

2.8 Studienziele

In unserer Studie beschäftigten wir uns mit der Fragestellung, inwiefern die Kultur und im Speziellen die religiös-spirituelle Kultur, die individuelle religiöse Sozialisation sowie die religiöse Praxis die Entwicklung von entsprechenden Themen in der Psychose pathoplastisch mitbedingen können. In der aufgeführten Literatur gibt es Indizien dafür, dass eine höhere religiöse Praxis in der jeweiligen Gesellschaft einen Prädiktor für die religiöse Ausformung von psychotischen Themen darstellt (80,86). Andererseits gibt es Überlegungen dazu, dass RSS möglicherweise insbesondere dann auftritt, wenn Religiosität eben nicht ein allgemeines soziales „Grundrauschen“, sondern eine „Besonderheit“ darstellt, die die persönliche Identität in spezifischer Weise prägt (77). Dennoch scheint diese Dynamik viel komplexer und von diversen Faktoren mitbedingt zu sein, wie dem jeweiligen Dogma, der Ära und der Region, aber auch dem individuellen religiösen Hintergrund und der religiösen Praxis. So sollte das Verhältnis zwischen hochreligiösen Kulturen und der Wahrscheinlichkeit für ein RSS dynamischer und unter Berücksichtigung der restlichen soziokulturellen sowie persönlichen und biographischen Faktoren betrachtet werden.

Angesichts dessen ist unser primäres Studienziel die Erforschung der Frage, ob Religiosität in jedem Kontext oder nur unter bestimmten Bedingungen hervortreten und mit der religiösen Ausformung einer psychotischen Thematik assoziiert sein kann. Somit könnte die Ausformung eines RSS in zwei Ländern mit unterschiedlichen religiösen Kulturen in unterschiedlicher Weise mit dem religiösen Hintergrund assoziiert sein. Zur Erforschung dieser Frage bietet sich der Vergleich

von Patient*innen mit und ohne RSS in einer religiös- konfessionell geprägten Kultur, wie derjenigen von Malawi, und einer eher säkularen Kultur in Berlin an.

Unsere Vermutung lautet, dass nur in einer säkularisierten Gesellschaft ein hoher religiöser Hintergrund auffällig aus dem nicht-religiösen Kontext hervortritt, was die religiöse Ausformung einer Wahnthematik beeinflussen könnte. Im Gegensatz dazu stellt ein hochreligiöser Hintergrund für eine ausnahmslos durch eine starke religiöse Einbindung geprägte Gesellschaft keine Eigenart dar, sodass in diesem Fall religiöse Wahnthemen weniger häufig vorkommen würden. Diese Position steht im partiellen Gegensatz zu der allgemeinen Annahme in der Literatur, dass Religiosität – Spiritualität einen pauschal fördernden Einfluss auf die Entwicklung von religiösen Themen in der Psychose ausübt und dass ein solcher Prozess vom übrigen soziokulturellen Kontext unabhängig bleibt. Neben dem landestypischen soziokulturellen Kontext sollen daher auch individuelle Parameter des aktuellen und lebensgeschichtlichen religiösen Hintergrundes erfasst und in der remittierten Erkrankungsphase erfragt werden.

Sekundäres Studienziel ist die Erforschung der Assoziation zwischen Psychopathologie und religiösen Themen in der Psychose. Die meisten Studien in der Literatur erforschen die Verhältnisse zwischen positiven Symptomen in der Schizophrenie und dem Auftreten von religiösem Wahn. Dennoch gibt es Indizien für einen starken Zusammenhang zwischen religiösen Wahnthemen in der psychotischen Manie. Wir greifen also die Frage auf, wie eine manisch-psychotische Symptomatik oder allgemein psychotische Symptomatik mit religiös-spirituellen Themen in der Psychose zusammenhängen. Ausgangspunkt ist dabei die Annahme, dass religiös psychotische Inhalte mit zunehmender manischer Symptomatik und auch mit generell zunehmender Positivsymptomatik zunehmen, aber nicht mit der Negativsymptomatik assoziiert sind.

Endpunkt ist in beiden Fällen das Auftreten eines religiös-spirituellen Syndroms (RSS) im Gegensatz zur Abwesenheit vom religiös-spirituellen Syndrom (non-RSS) in der Psychopathologie der Proband*innen, welche wiederum mit gängigen Symptomskalen (Positive and Negative-Syndroms-Scale (PANSS, Kay, Fiszbein &

Opler 1987)) (98), Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young, 1978)) erfasst werden sollen.

2.8.1 Primärhypothesen

Wir gehen davon aus, dass Patient*innen in der säkularen Kultur in Berlin häufiger ein RSS entwickeln, wenn sie einen hochreligiösen Hintergrund aufweisen als die Patient*innen, die in der religiös geprägten Kultur in Malawi leben.

Der Oberbegriff des religiösen Hintergrunds wurde als aktuelles religiöses Commitment sowie die religiöse Erziehung unserer Proband*innen operationalisiert. Das religiöse Commitment wurde als Ausmaß der religiösen Praxis in der stabil remittierten Phase erfragt und soll somit dem Ausmaß der lebensgeschichtlichen Religiosität als Persönlichkeitseigenschaft nahekommen.

Somit stellen wir folgende Primärhypothesen auf:

- a. Patient*innen in Berlin zeigen häufiger ein religiös-spirituelles Syndrom (RSS) als Patient*innen in Malawi, wenn sie ein hochreligiöses Commitment aufweisen.
- b. Patient*innen in Berlin zeigen häufiger ein religiös/spirituelles Syndrom (RSS) als Patient*innen in Malawi, wenn sie eine hochreligiöse Erziehung erfahren
- c. Es gibt also eine signifikante Interaktion zwischen Land / Kultur und religiösem Hintergrund als Prädiktoren des Auftretens von RSS.

2.8.2 Sekundärhypothesen

Wir gehen davon aus, dass die Psychopathologie eine direkte Assoziation mit der Entwicklung eines religiös- spirituellen Syndroms (RSS) aufweist, und zwar im Zusammenhang mit Manie und mit schizophrener Positivsymptomatik, aber nicht mit Negativsymptomatik. Wir operationalisierten manische Symptomatik mit Hilfe der Young Mania Rating Scale (YMRS) und die psychotische Symptomatik mit Hilfe der Subskalen der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Somit ergeben sich folgende Sekundärhypothesen:

- a. Die manische Symptomatik, wie die sich in der YMRS abbildet, ist ein Prädiktor für das Auftreten eines religiös-spirituellen Syndroms (RSS).
- b. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen psychotischer Positivsymptomatik, wie diese sich in der PANSS-positiv abbildet, und des Auftretens eines religiös-spirituellen Syndroms (RSS).
- c. Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines RSS und der psychotischen Negativsymptomatik.

3. Methodik

3.1 Studiendesign und Ablauf der Studie

Wir führten im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts zur Religiosität/Spiritualität eine multizentrische Beobachtungsstudie durch. In diesem Zusammenhang war eine longitudinale Beobachtung der eingeschlossenen Patient*innen zu zwei Zeitpunkten vorgesehen.

Es wurden stationäre Patient*innen in Berlin – jeweils im Vivantes Klinikum Neukölln, Vivantes Klinikum Spandau und der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus – sowie in Mzuzu, Malawi – Saint John of God Hospitaller Services – nach Aufklärung und schriftlicher Einverständniserklärung in die Studie eingeschlossen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin beraten und genehmigt (Votum EA1/040/17). Der Studienteil in Malawi wurde zusätzlich von der lokalen Gesundheitsbehörde genehmigt (Protocol 17/07/1865).

Die Patient*innen wurden zu zwei Messzeitpunkten befragt: t1 war der frühestmögliche Zeitpunkt nach Aufnahme und Vorliegen einer Einverständniserklärung, t2 war der stabilisierte Zustand, vorzugsweise kurz vor der geplanten Entlassung. Die zweizeitige Befragung diente dazu, einerseits die akute psychotische Symptomatik erfassen zu können, andererseits aber belastbare Angaben zu religiösem Hintergrund, Biographie und Anamnese zu erhalten. Alle relevanten Daten wurden pseudonymisiert erfasst. Hierfür wurde den Proband*innen eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen zugeordnet. Die Befragungen wurden jeweils durch psychiatrisch erfahrene Studienärzt*innen sowie dafür speziell geschulte Studienpsycholog*innen durchgeführt.

Die Proband*innen wurden anhand von Fragebögen und halbstrukturierten Interviews befragt, die darauf abzielten, Informationen in verschiedenen Bereichen zu sammeln: (1) demografische und klinische Daten, (2) religiöse und spirituelle Praxis und Lebensbewältigung, Religiosität und Spiritualität, (3) psychotische Symptome, (4) allgemeine Psychopathologie inklusive manischer Symptomatik.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Wir befragten Patient*innen mit einer Störung aus dem psychotischen Spektrum (ICD-10-Diagnose im Spektrum F20.-, F22.-, F23.-, F25.-, F28, F29, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3, F39), einem gegenwärtigen psychotischen Syndrom (obligatorisch: Vorhandensein von entweder Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen mit einem Score \geq 3 im PANSS) zwischen 18-64 Jahren mit ausreichenden Deutsch-, Englisch-, Chichewa- oder Chitumbuka-Kenntnissen und der Fähigkeit, eine schriftliche und mündliche Zustimmung gemäß den nationalen und internationalen Standards guter klinischer Praxis zu erteilen. Es wurden Patient*innen ohne erhebliche Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit befragt, woraus wir eine Einwilligungsfähigkeit hergeleitet haben.

Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer organisch bedingten psychischen Störung oder einer psychiatrischen Störung infolge einer relevanten schweren somatischen Erkrankung, eine frühere oder aktuelle Indikation für eine primäre suchtspezifische Behandlung bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, die kognitive Unfähigkeit, den Inhalt und die Bedeutung der Studie nachzuvollziehen und eine schriftliche Einverständniserklärung zu geben, sowie massive Aggressivität mit Fremdgefährdung oder akute Suizidalität.

3.3 Begriffserklärungen

- Der Begriff ‚Religion‘ wurde bei den Proband*innen definiert als Glaube an göttliche oder übermenschliche Macht oder Kräfte, denen gehorcht und/oder die verehrt werden müssen; oder ein bestimmtes System des Glaubens, der Verehrung, des Verhaltens usw., das häufig einen Ethikkodex und eine Philosophie beinhaltet.
- Der Begriff ‚Religiosität‘ wurde bei den Proband*innen als ein Zeichen der religiösen Beteiligung, der Hingabe an Überzeugungen oder der Einhaltung religiöser Regeln bezeichnet.

- Der Begriff ‚Spiritualität‘ wurde bei den Proband*innen definiert als das subjektive Erleben einer transzendenten Wirklichkeit, die einer Verbundenheit mit der eigenen Existenz, der Ganzheit der Welt sowie der Suche nach einer universellen Wahrheit zugrunde liegt. Dieses Erleben ist frei von Regeln und Vorschriften, die mit der Religion verbunden sind.
- Der Begriff ‚religiöser Hintergrund‘ wurde als die Zusammenfassung des Ausmaßes an Religiosität der jeweiligen Person definiert, wie diese einerseits als eine beständige und mit der Persönlichkeit und dem individuellen Verhalten verbundene, prämorbidene Eigenschaft verstanden und andererseits durch die jeweilige religiöse oder nichtreligiöse Erziehung biographisch erlebt wird und wurde.

3.4 Diagnostische Instrumente

3.4.1 Psychotische Symptome

Zur strukturierten Erfassung von religiös/spirituellen Themen in der Psychose verwendeten wir das für diese Studie neu entwickelte halbstrukturierte Interview ‚Spirituelle und religiöse Psychopathologie‘ (SRP). Dieses Instrument ermöglicht die Einschätzung spiritueller und religiöser Aspekte der Psychopathologie und wurde für Personen mit einer psychotischen Störung entwickelt. Das Instrument dient der Identifizierung und Charakterisierung spiritueller und religiöser Aspekte psychotischer Symptome, wobei auf dieser Grundlage Patient*innen mit und ohne RSS abgegrenzt werden können. Ferner können spirituelle und religiöse Aspekte psychotischer Symptome von zwanghaften und dissoziativen Symptomen unterschieden werden. Das halbstrukturierte Interview soll zwischen sieben verschiedenen Bereichen der Psychopathologie differenzieren: Wahn, auditive Halluzinationen, andere Halluzinationen, Ich-Störungen, katatone Symptome, Zwangssymptome und dissoziative Symptome. Spirituelle und religiöse Aspekte von jedem Bereich werden weiter charakterisiert hinsichtlich 1) der spirituell / religiösen Thematik, 2) der Erhöhung oder Verminderung des Selbstwertgefühls, 3) einer aktiven oder passiven Interaktion mit dem „Göttlichen“, 4) ermutigender oder

verfolgender Vorstellungen, 5) akuter oder chronischer Manifestation und 6) zunehmender oder abnehmender Suizidalität. Das Instrument wurde erstmals in die aktuelle Studie angewandt. Zu diesem Zweck wurde es auch aus dem Deutschen ins Englische, Chichewa und Chitumbuka übersetzt (s. Tab. 5).

Um die Merkmale von psychotischen Patient*innen mit religiösen psychotischen Inhalten mit anderen zu vergleichen, wurden die Proband*innen in zwei Untergruppen unterteilt: einerseits jene mit einem psychotischen Syndrom mit religiös/spirituellen Themen, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (für unsere Studie als Religiös/Spirituelles Syndrom oder ‚RSS‘ bezeichnet) und andererseits jene mit einem psychotischen Syndrom ohne das Vorhandensein von religiös/spirituellen Themen (für unsere Studie als nicht Religiös/Spirituelles Syndrom oder ‚non-RSS‘ bezeichnet) beschreibt.

- Die psychotischen Symptome von Patient*innen wurden unter Verwendung der Positive and Negative-Syndrome-Scale (PANSS) bewertet (Kay, Fiszbein & Opler, 1987 (98)). Die PANSS umfasst ein von den Ärzt*innen durchgeführtes halbstrukturiertes Interview mit 30 Items durch die drei Subskalen generiert werden, in denen positive Symptome (PANSS positiv), negative Symptome (PANSS negativ), die allgemeine Psychopathologie (PANSS allgemein) sowie die Gesamtpunktzahl bewertet werden können. Die Subskalen decken sich mit dem von Andreasen eingeführten Drei Faktor-Modell, das die schizophrene Psychopathologie konsistent repräsentiert (psychotisch, desorganisiert und negativ) (99). Alle Punkte werden zwischen 1 (absent) und 7 (extreme) bewertet, wobei eine höhere Punktzahl schwerwiegendere Symptome anzeigt.

Religiöse und Spirituelle Psychopathologie (SRP)

	Bitte ankreuzen	Bestimme	Freitext (detaillierte Beschreibung immer mit Beispielen)	
			Akute Symptome	Anamnestiche Symptome vor ... Jahren
Wahn	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • religiöser Wahn • Auserwähltheit • Auftrag v. G. • Erweckung / Erleuchtung • Identitäts-Veränderung (dd. Ichstörg) • Relig. Beziehungswahn • Schuld / Sünde • Sühne • Strafe • Verfolgung durch göttliche Instanz • Sonstiges: <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thematik / Konfession • christlich • Islam • Buddhismus • Judentum • Sonstige: <ul style="list-style-type: none"> • Thematik nicht konfessiongebunden • Schamanismus • Ahnenglaube • Autochthone Religion • Magisch-metaphysisches Denken • Aberglaube 	<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv (selbst göttlich) • Passiv (Interaktion mit dem Göttlichem) <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertsteigernd • Selbstentwertend (formal, nicht dynamisch betrachtet) <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestärkend / stützend • Verfolgend/ drohend <p>H</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch 		

	<ul style="list-style-type: none"> •Pantheismus •Sonstige: <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nicht religiöser Wahn •sonstiger Größenwahn •sonstiger Verfolgungswahn •sonstiger Beziehungswahn •Erklärungswahn •Eifersuchtswahn •körperbezogener Wahn •sonstiger Schuldwahn •hypochondr. Wahn •Verarmungs-wahn •Sonstiges: <p>D</p> <p>Religiöse und nichtreligiöse</p> <p>Inhalte liegen gleichzeitig vor:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ja Nein</p>	<p>I</p> <p>- Suizidalität fördernd / verhindernd</p> <p>K</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahnidee /-gedanke • Wahnsystem • Wahnwahrnehmung • Wahnstimmung 		
<p>Akustische Halluz.</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Art der Halluzination •Imperativ •Kommentierend •Dialogisierend <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöse Identität der Stimme(n) •Gott, Jesus, Engel, Prophet (welcher) •Teufel / Satan, Dschinn •Sonstige: <p>•Sonstige Identität der Stimme(n) - Beschreibe:</p>	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertsteigernd • Selbstentwertend (formal, nicht dynamisch betrachtet) <p>E</p>		

	<p>C</p> <p>Religiöse und nichtreligiöse Inhalte liegen gleichzeitig vor:</p> <p>Ja Nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bestärkend / stützend • Verfolgend/ drohend <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch <p>G</p> <p>- Suizidalität fördernd / verhindernd</p>		
<p>Sonstige Halluz.</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Optisch •Gott, Jesus, Engel, Prophet (welcher) •Teufel / Satan, Dschinn •Sonstige: <p>•Olfaktorisch</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöse Objekte/ Utensilien z.B. Weihrauch •Sonstige: <p>•Taktil</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gott, Jesus, Engel, Prophet (welcher) •Teufel / Satan, Dschinn •Sonstige: <p>•Gustatorisch</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöse Objekte/ Utensilien z.B. Oblaten •Sonstige: 	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiös • Nicht-religiös • Gemischt <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertsteigernd • Selbstentwertend (formal, nicht dynamisch betrachtet) <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestärkend / stützend • Verfolgend/ drohend <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch 		

	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöser Inhalt der Halluzination •Gott, Jesus, Engel, Prophet (welcher) •Teufel / Satan, Dschinn •Religiöse Objekte/ Utensilien z.B. Weihrauch, Oblaten •Sonstige: <p>•Sonstige Inhalt der Halluzination(en) - Beschreibe:</p> <p>C</p> <p>Religiöse und nichtreligiöse Inhalte liegen gleichzeitig vor:</p> <p>Ja Nein</p>	<p>H</p> <p>- Suizidalität fördernd / verhindernd</p>		
<p>Ich - Störung</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Art der Ich-Störung •Fremd- beeinflussung (Kontrollwahn) •Gedanken-ausbreitung (G.-lesen) •Gedanken-eingebung •Gedankenentzug <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sonstige Ich-Störungen, von: •Ich-Identität •Ich-Demarkation •Ich-Aktivität •Ich-Konsistenz •Ich-Vitalität <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> •„Entgrenzungs-erfahrungen“ • „Unio mystica“ • „Ozeanisches Gefühl“ 	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiös • Nicht-religiös • Gemischt <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertsteigernd • Selbstentwertend (formal, nicht dynamisch betrachtet) <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestärkend / stützend • Verfolgend/ drohend <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch 		

	<ul style="list-style-type: none"> •„Transzendenzerleben“ 	<p>H</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suizidalität fördernd / verhindernd 		
<p>Katatone Sympt. (CAVE: nur echte katatone Sympt.!)</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Katatone Bewegungs- stereotypien •Stereotype gebetsartige Handlungen •Sonstige: <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> •Katatone Haltungs-stereotypien •Stereotype gebetsartige Haltung •Sonstige: <p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> •Katatone Erregung •Erregungs-zustand mit religiösen Inhalten (z.B. Ausrufe) •Sonstige: <p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöser Inhalt der Katatonie •Gott, Jesus, Engel, Prophet (welcher) •Teufel / Satan, Dschinn •Sonstige: <ul style="list-style-type: none"> •Sonstige Inhalt der Katatonie(n) - Beschreibe: 	<p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiös • Nicht-religiös • Gemischt <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch <p>H</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suizidalität fördernd / verhindernd 		

	<p>E</p> <p>Religiöse und nichtreligiöse Inhalte liegen gleichzeitig vor:</p> <p>Ja ^Nein</p>			
<p>Zwangs- sympt.</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Zwangsgedanken •Blasphemie •Moralisches Vergehen •Auserwähltheit •Auftrag v. G. •Schuld / Sünde •Sühne •Strafe •Sonstige: <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> •Zwangshandlungen •Beten •Fasten •Waschrитуale •Sonstige: <p>C</p> <p>Religiöse und nichtreligiöse Inhalte der Zwangssymptome liegen gleichzeitig vor:</p> <p>Ja Nein</p>	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiös • Nicht-religiös • Gemischt <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch <p>H</p> <p>- Suizidalität fördernd/ verhindernd</p>		

Dissoziative Sympt.	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> •Religiöse Gedanken vor/während/nach der Dissoziation •Blasphemie •Moralisches Vergehen •Auserwähltheit •Auftrag v. G. •Schuld / Sünde •Sühne •Strafe •Sonstige: <p>B</p> <p>Religiöse u. nicht-religiöse Gedanken vor/ während/ nach der Dissoziation liegen gleichzeitig vor:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ja Nein</p>	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Religiös • Nicht-religiös • Gemischt <p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut • Chronisch <p>E</p> <p>- Suizidalität fördernd / verhindernd</p>		

Tabelle 5 - Religiöse und Spirituelle Psychopathologie (SRP)

3.4.2 Manische Symptomatik

Zur Erfassung der manischen Symptomatik der Patient*innen wurde die Young Mania Rating Scale (YMRS) verwendet:

Die YMRS (Young, 1978) ist eine der am häufigsten verwendeten Bewertungsskalen zur Beurteilung manischer Symptome. Die Skala umfasst elf Items und basiert auf dem subjektiven Bericht der Patient*innen über ihren klinischen Zustand in den letzten 48 Stunden. Zusätzliche Informationen basieren auf klinischen Beobachtungen, die im Verlauf des klinischen Interviews gemacht werden. Die Items wurden basierend auf veröffentlichten Beschreibungen der Kernsymptome der Manie ausgewählt. Es gibt vier Items, die auf einer Skala von 0 bis 8 bewertet werden (Reizbarkeit, Sprechweise, Denkinhalte und expansiv/aggressives Verhalten), während die verbleibenden sieben Items auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet werden. Diese vier Items werden doppelt gewichtet, um die schlechte Mitarbeit schwerkranker Patient*innen auszugleichen. Für jeden Schweregrad gibt es gut beschriebene Ankerpunkte. Typische YMRS-Basiswerte können sehr stark variieren. Sie hängen von den klinischen Merkmalen der Patient*innen ab, wie Manie (YMRS = 12), Depression (YMRS = 3) oder Euthymie (YMRS = 2). Zu den Stärken der YMRS zählen ihre Kürze, ihre allgemein akzeptierte und einfache Anwendung. Die Nützlichkeit der Skala ist in Populationen mit der Diagnose Manie begrenzt. YMRS ist eine Bewertungsskala zur Bewertung manischer Baseline-Symptome sowie des klinischen Verlaufs bei manischen Patient*innen.

3.4.3 Religiosität

3.4.3.1 Aktuelle Religiosität und religiöses Commitment

Die lebenslange Religiosität als eine mit der soziokulturellen Identität verbundene Eigenschaft, wurde mit folgenden Instrumenten eingeschätzt:

- Zur Beurteilung der Religiosität verwendeten wir den Duke University Religion Index (DUREL) (Koenig et al., 1997). DUREL ist ein kurzes, umfassendes und einfach zu verwendendes Instrument, das für die Verwendung in großen epidemiologischen Studien entwickelt wurde und mittlerweile weltweit verbreitet

ist. Es ist ein verlässliches Instrument für die drei Hauptdimensionen der Religiosität. Der DUREL wurde inzwischen in über 100 Studien verwendet. Er eignet sich trotz weniger Fragen zur Religion, den religiösen Bereich umfassend zu messen. Die Anwendung von DUREL und seinen Subskalen wurden mit einer schnelleren Remission von Depressionen, niedrigeren Depressionsraten und einem langsameren Fortschreiten der Behinderung im Laufe der Zeit sowie einer Vielzahl anderer prognostischer Faktoren in Verbindung gebracht. DUREL wurde inzwischen in fast ein Dutzend verschiedene Sprachen (Spanisch, Portugiesisch, Chinesisch, Rumänisch, Japanisch, Thailändisch, Persisch / Arabisch, Deutsch, Norwegisch, Niederländisch und Dänisch) übersetzt. Der Index ist eine 5-Item-Skala, die die drei Hauptdimensionen der Religiosität erfasst: die organisierten, nicht organisierten und subjektiven oder intrinsischen. Das erste Item ist ein Maß für die organisierte Dimension (organizational religious activity, ORA) und fragt: „Wie oft gehen Sie zum Gottesdienst oder nehmen an anderen religiösen Veranstaltungen teil?“ Die Antworten werden wie folgt bewertet: 1 = nie, 2 = einmal im Jahr oder weniger, 3 = ein paar Male pro Jahr, 4 = ein paar Mal pro Monat, 5 = einmal pro Woche und 6 = mehr als einmal pro Woche. Der zweite Punkt ist ein Maß für die nichtorganisierte Dimension (not-organizational religious activity, NORA) und fragt: „Wie oft verwenden Sie Zeit auf private religiöse Aktivitäten wie Gebet, Meditation oder dem Lesen, z.B. in der Bibel?“ Die Antworten reichen von 1 (selten oder nie) bis 6 (mehrmals am Tag). Die Punkte 3–5 sind drei Aussagen, die die subjektive oder intrinsische Religiosität (intrinsic religiosity, IR) messen: „In meinem Leben erfahre ich die Gegenwart des Göttlichen (bzw. von Gott)“, „Meine religiösen Überzeugungen bilden die Grundlage meiner Einstellung zum Leben“ und „Ich bemühe mich sehr, meine religiösen Überzeugungen in allen Bereichen meines Lebens umzusetzen“ Diese Aussagen werden auf einer Skala von 1 bis 4 bewertet (1 = trifft gar nicht zu; 4 = trifft genau zu). Der DUREL-Index wurde zur Beschreibung der religiösen Eigenschaften sowie unserer Sichtproben und zum Vergleich zwischen den jeweiligen religiösen Kulturen in Berlin und Malawi verwendet.

- Das religiöse Commitment der Patient*innen wurde anhand des „Fragebogens zur religiösen Orientierung und allgemeinen Bewältigung“ (Pfeifer und Waelty,

1995) gemessen. Dieses 51-Item-Inventar enthält die 20 Items der Allport-Ross-Skala (Allport und Ross 1967) für religiöse Orientierung, wobei die extrinsische, also eine äußerlich aufgesetzte, sozial adaptierte Religiosität (11 Items) und die intrinsische, verinnerlichte, aus tiefer persönlicher Überzeugung kommende Religiosität (9 Items) gemessen werden. Zusätzlich wurden 15 Items aus zwei früheren deutschen Studien zu Neurose und Religiosität sowie zu Depression und Religiosität hinzugefügt, um religiöse Einstellungen, Überzeugungen und Praktiken zu untersuchen. Das beschriebene Inventar sowie die daraus generierte Messung vom religiösen Commitment wurden von Pfeifer 1995 entwickelt und hier identisch verwendet (100).

Das Ausmaß des religiösen Commitments wurde anschließend aus 15 Items der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung berechnet, die für ihre Bedeutung für den Ausdruck von Religiosität bereits in Pfeifers Studie unterschiedlich gewichtet wurden. Neun Punkte, die breite soziale Konventionen widerspiegeln (d.h. „Ich bin eine religiöse Person“, „Ich glaube an Gott“), erhielten jeweils einen Punkt. Fünf Punkte wurden mit dem Faktor Zwei multipliziert, da sie spezifischere Aspekte einer hohen Religiosität zeigten und spezielle religiöse Praktiken beinhalteten (z. B. regelmäßiger Kirchenbesuch, Beten vor dem Essen, Konsultation eines christlichen Beraters, Glaube an dämonische Krankheitsursachen). Wir folgten auch hier der Auswertungsmethode des Commitments, wie diese durch Pfeifer etabliert wurde, sodass die berechneten Werte (zwischen 0 und 20) als Grundlage verwendet wurden, um die Proband*innen in zwei Untergruppen religiösen Commitments zu unterteilen: niedriges (≤ 11 Punkte), und hohes Commitment (> 11 Punkte). Das religiöse Commitment wurde beim Zeitpunkt t2 als Ausgangswert in der stabilen Erkrankungsphase gemessen, sodass dieser Wert dem Ausmaß der lebensgeschichtlichen Religiosität als Persönlichkeitseigenschaft nahekommt. In 14 Items wurden verschiedene Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit, Einstellung zur Sexualität, zum Religionsunterricht und zu religiösen Kausalzuschreibungen abgefragt.

3.4.3.2 Religiöse Erziehung

Zur Operationalisierung der prämorbiditen religiösen Erziehung wurde folgendes Instrument verwendet:

Aus dem ‚Fragebogen zur religiösen Orientierung und allgemeinen Bewältigung‘ (Pfeifer und Waelty, 1995) wurden fünf Items extrahiert und somit eine neue Subskala zur religiösen Erziehung generiert. Diese Items waren:

Item 2: ‚Ich bete hauptsächlich, weil man mich so erzogen hat, Item 19: ‚Meinen Sie, dass Sie religiös erzogen worden sind?‘, Item 20: ‚Ich bete hauptsächlich, weil ich es so gelernt habe‘, Item 23: ‚Haben Sie als Kind geglaubt: "Gott sieht alles"‘?, Item 38: ‚Waren / sind Ihre Eltern, Ihrer Meinung nach, religiöse Menschen?‘

Die Berechnung erfolgte wie im originalen Fragebogen, sodass die Items jeweils einen Punkt erhielten. Die endgültige Punktzahl resultierte aus der Summe der genannten Items und belief sich auf einen Range zwischen 0 und 5, sodass ein zunehmender Score eine höhere religiöse Erziehung bedeutete.

3.5 Statistische Analyse

Kontinuierliche Variablen wurden als absolute Zahlen angegeben, kategoriale Variablen wurden zu absoluten Zahlen transformiert und angegeben. Um einen Überblick über die Kenndaten der Patientenstichprobe zu erhalten, erfolgte die statistische Auswertung zunächst deskriptiv mittels Berechnung der absoluten Häufigkeit des arithmetischen Mittelwerts und der Standardabweichung.

Da die Datenerhebung nicht immer einheitlich von der gesamten Stichprobe erfolgen konnten, wurde in jeder statistischen Auswertung die jeweils im Test einbezogene Grundgesamtheit (N) angegeben. Nur partiell beantwortete Fragebögen resultierten in fehlenden Werten bei den Summenscores und wurden bei den jeweiligen Analysen als ‚missing values‘ ausgeschlossen.

Zur Untersuchung der Auswirkungen von Psychopathologie (YMRS, PANSS positiv, PANSS negativ, PANSS allgemein) und religiösem Hintergrund (religiöse Erziehung, religiöses Commitment, sowie des Behandlungsortes auf die Wahrscheinlichkeit des

Auftretens von RSS) wurden zwei binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

Es wurden zudem mehrere Gruppenvergleiche durchgeführt, vor allem zwischen der Patientengruppe in Berlin und der in Malawi. Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden zwischen mehr als zwei Gruppen bezüglich kategorialer Variablen kam der Chi-Quadrat-Test im Einsatz. Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden bei metrisch skalierten Variablen wurde der T-Test verwendet. Die Normalverteilung der Stichprobe wurde durch Anwendung des Kolmogorov-Smirnov-Tests und durch visuelle Inspektion nachgeprüft.

Beim Vergleich von metrischen Variablen mit T-Tests wurde auch die Effektgröße aus der Differenz der Mittelwerte per Eta-Quadrat berechnet. Ein Wert von $< 0,06$ bezeichnete eine kleine, ein Wert von $0,06 - 0,14$ eine moderate und ein Wert von $> 0,14$ eine große Effektstärke (101).

Alle angegebenen Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte) wurden als zweiseitige p-Werte erhoben und als signifikant gewertet, wenn diese kleiner als 0,05 waren. Das α -Niveau wurde zur Vermeidung eines Fehlers 1. Art adjustiert bzw. die p-Werte per Bonferroni-Holm Korrektur korrigiert. Die vorliegenden Daten wurden mithilfe der Statistiksoftware SPSS 25 (IBM, Chicago, 2019) ausgewertet und analysiert.

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichproben - demografische und klinische Daten

Zum ursprünglichen Messzeitpunkt t1 wurden insgesamt an beiden Standorten 152 Patient*innen eingeschlossen, hierunter 96 männliche (63,2%) und 56 weibliche (36,8%). Zum Messzeitpunkt t2 wurden insgesamt 144 Patient*innen nachuntersucht, von denen 91 (63,2%) männlich und 53 (36,8%) weiblich waren. 87 Proband*innen (59,2%) wiesen beim Zeitpunkt t1 eine psychotische Symptomatik ohne religiöse Inhalte (non-RSS) auf, 60 Proband*innen (40,8 %) zeigten eine religiös spirituelle psychotische Symptomatik (RSS).

In der Berliner Stichprobe wurden zum Zeitpunkt t1 79 Patient*innen eingeschlossen, 31 im Vivantes Klinikum Neukölln, 20 im Vivantes Klinikum Spandau und 28 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus. Zum Zeitpunkt t2 wurden 76 Patient*innen nachuntersucht; 29 in Vivantes Klinikum Neukölln, 13 in Vivantes Klinikum Spandau und 34 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus. Bei Patient*innen die zum Zeitpunkt t1 nicht einwilligungsfähig waren oder durch ihr perakutes Zustandsbild keine Datenerhebung zuließen, wurde teilweise eine retrospektive Erhebung nur zum Zeitpunkt t2 durchgeführt. Es wurden 44 männliche (53,7 %) sowie 35 weibliche (44,3 %) Proband*innen eingeschlossen.

In der Stichprobe in Malawi wurden insgesamt 73 stationäre Patient*innen im Krankenhaus ‚Saint John of God Hospitaller Services‘ in Mzuzu eingeschlossen, 52 männliche (71,2 %) und 21 weibliche (28,8 %).

42 Proband*innen (56 %) in Berlin wiesen beim Zeitpunkt t1 eine psychotische Symptomatik ohne religiöse Inhalte (non-RSS) auf, wobei 33 Proband*innen (44 %) eine mit religiös spirituellem Inhalt (RSS).

Die diagnostische Einteilung in Berlin war wie folgt: 44 Patient*innen (56,4 %) wurden mit einer Erkrankung mit einer Schizophrenie diagnostiziert, 2 Patient*innen (2,6 %) mit einer wahnhaften Störung, 4 Patient*innen (5,1 %) mit einer akut polymorphen psychotischen Störung, 11 Patient*innen (14,1 %) mit einer

schizoaffektiven Störung und 16 Patient*innen (20,5 %) mit einer bipolar affektiven Störung. Ein Patient erhielt im Behandlungsverlauf die Diagnose einer substanzinduzierten psychotischen Störung.

In Malawi hatten 45 Proband*innen (62,5 %) zum Zeitpunkt t1 eine psychotische Symptomatik ohne religiöse Inhalte (non-RSS), wobei 27 Proband*innen (37,5 %) eine religiös spirituelle psychotische Symptomatik aufwiesen (RSS).

Ähnlich wie in Berlin war der Großteil der Patient*innen an einer schizophrenen Störung erkrankt. Es wurden 34 Patient*innen (47,9 %) mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert, 12 Patient*innen (16,9 %) mit einer akut polymorphen psychotischen Störung, 12 Patient*innen (16,9 %) mit einer schizoaffektiven Störung und 13 Patient*innen (18,3 %) mit einer bipolar affektiven Störung (s. Abb. 4).

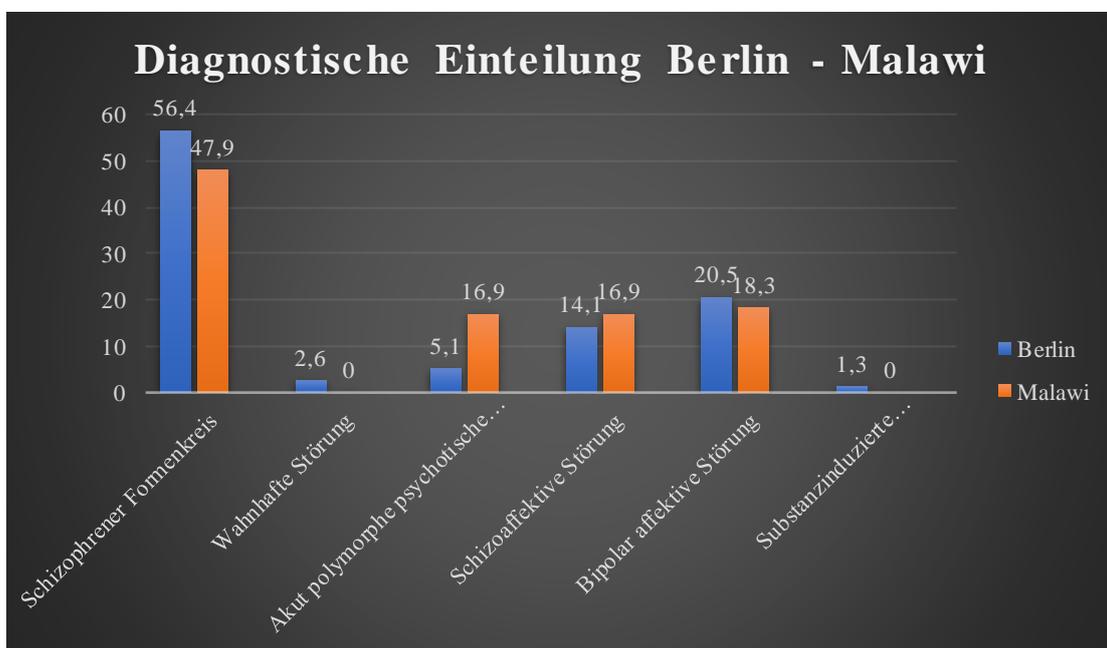


Abbildung 4 – Diagnostische Einteilung der Proband*innen in Berlin und Malawi

Die Dropout-Quote in der Berliner Stichprobe betrug während oder nach dem Zeitpunkt t1 29,1 % (N=23), beim Zeitpunkt t2 brachen 4 Proband*innen (5,3 %) das Interview ab. Unter den Proband*innen, die nach dem Zeitpunkt t1 abbrachen, waren 10 mit einer schizophrenen Erkrankung 6 mit einer bipolar affektiven Störung, 3 mit einer schizoaffektiven Störung und jeweils ein Proband mit einer wahnhaften und akut polymorph psychotischen Störung diagnostiziert.

Die Dropout-Quote in der Stichprobe in Malawi betrug während oder nach dem Zeitpunkt t1 12,3 % (N=9), beim t2- Zeitpunkt brach hingegen kein Proband die Untersuchung ab.

Die Proband*innen in Berlin hatten ein Durchschnittsalter von 40,73 Jahren, hierbei belief sich der Range zwischen 19 bis 63 Jahren (s. Abb. 5).

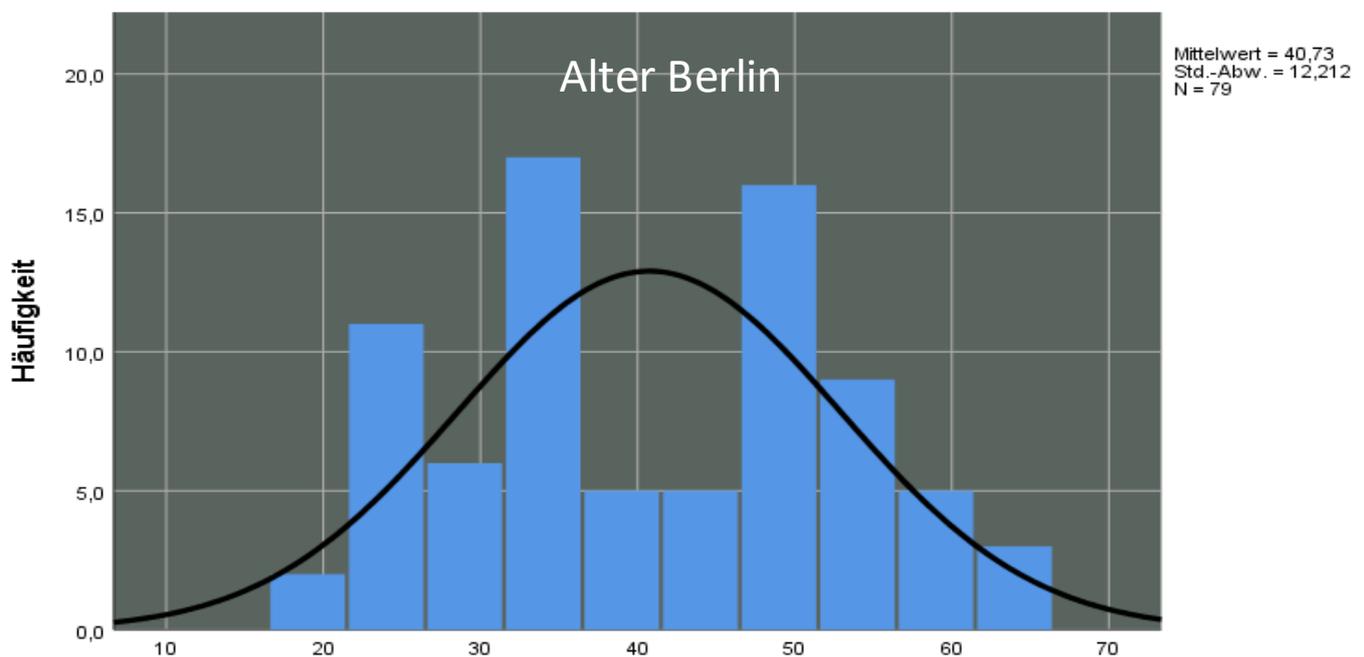


Abbildung 5 – Verteilung der Altersgruppen der Proband*innen in Berlin

Die Proband*innen in Malawi hatten ein Durchschnittsalter von 30,71 Jahren bei einer Range zwischen 14 und 57 Jahren (s. Abb. 6).

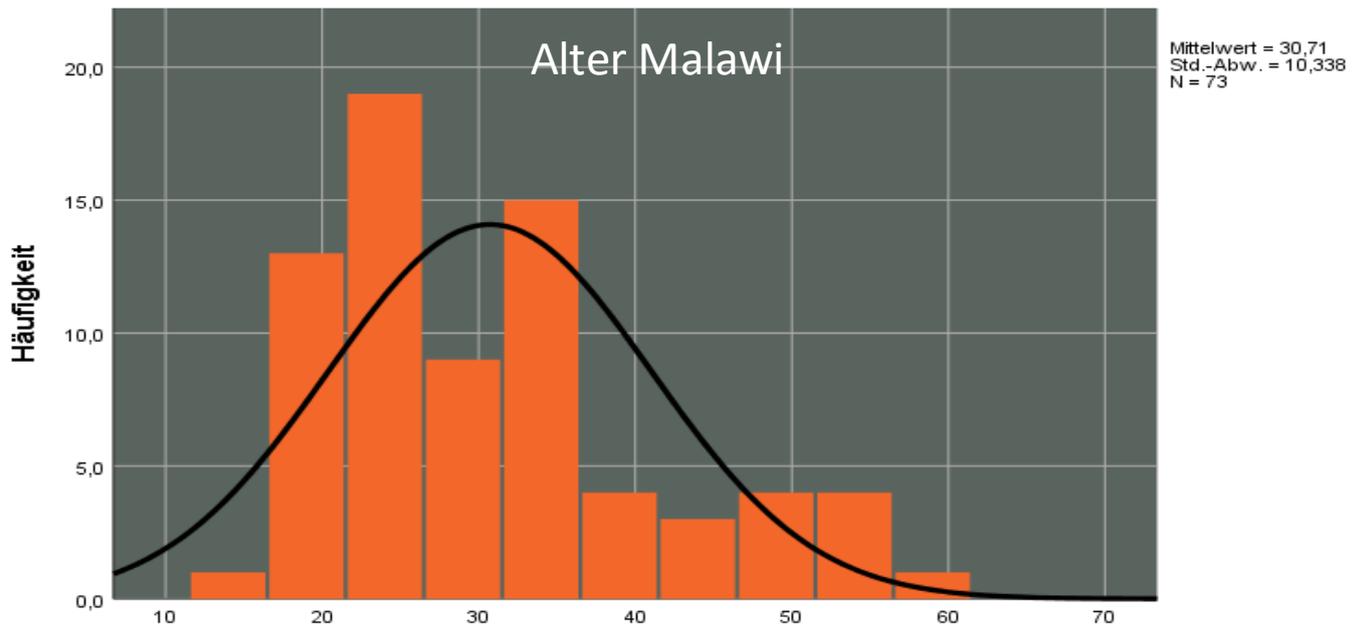


Abbildung 6 – Verteilung der Altersgruppen der Proband*innen in Malawi

Von den Proband*innen in Berlin (N=77) hatten 51,9 % (N=40) das Abitur oder Fachabitur erworben, 16,9 % (N=13) die Realschule, 16,9 % (N=13) die Hauptschule und 7,8 % (N=6) die 8. Klasse absolviert. 3,9 % (N=3) der Proband*innen hatten keine Schule besucht. Die durchschnittliche Anzahl der absolvierten Schuljahre betrug 11,39 Jahre, bei einer Range von 4 bis 15 Jahren (s. Abb. 7).

In Malawi (N=69) haben weniger Proband*innen einen Schulabschluss mit Erwerb des Abiturs oder Fachabiturs erreicht, gleichzeitig hat die Mehrheit der Proband*innen entweder die 8. Klasse oder nur die Grundschule absolviert (s. Abb. 7). Die durchschnittliche Anzahl der Schuljahre betrug 12 Jahre, hier betrug die Range die 3 bis 20 Jahre.

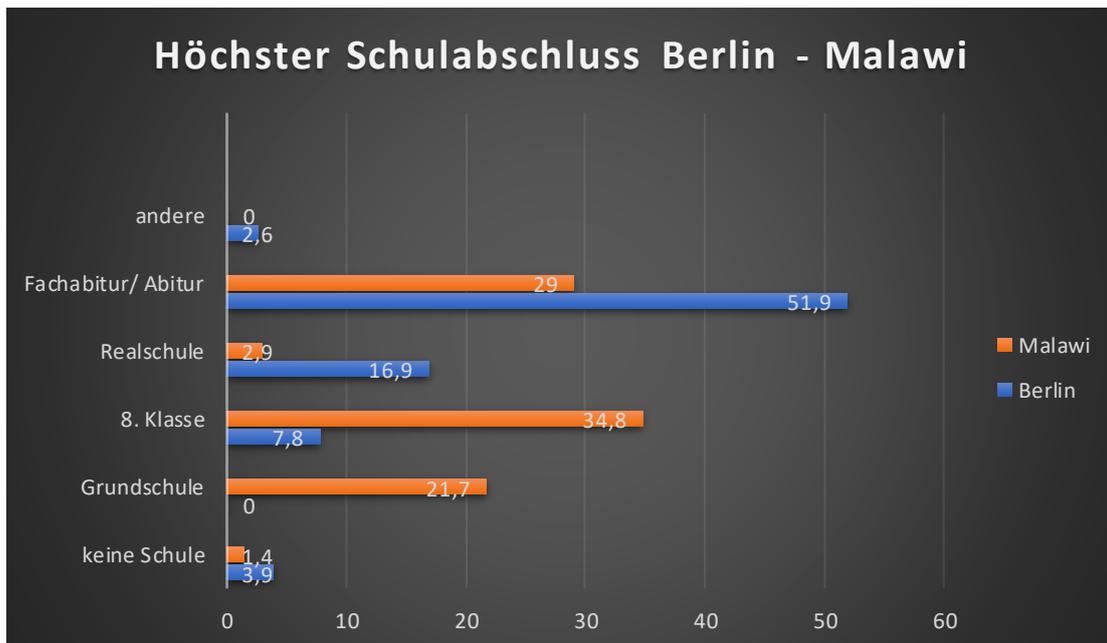


Abbildung 7 - Höchster Schulabschluss in Berlin und Malawi

Die eingeschlossenen Patient*innen in Berlin (N=75) waren größtenteils ledig (65,3 %, N= 49). 17,3 % (N=13) der Proband*innen waren verheiratet, 6,7 % (N=5) lebten in einer Partnerschaft, 9,3 % (N=7) waren geschieden und 1,3% (N=1) verwitwet. In Malawi (N=73) war ungefähr die Hälfte der eingeschlossenen Patient*innen ledig, wobei mehr Proband*innen verheiratet waren als in Berlin (s. Abb. 8).

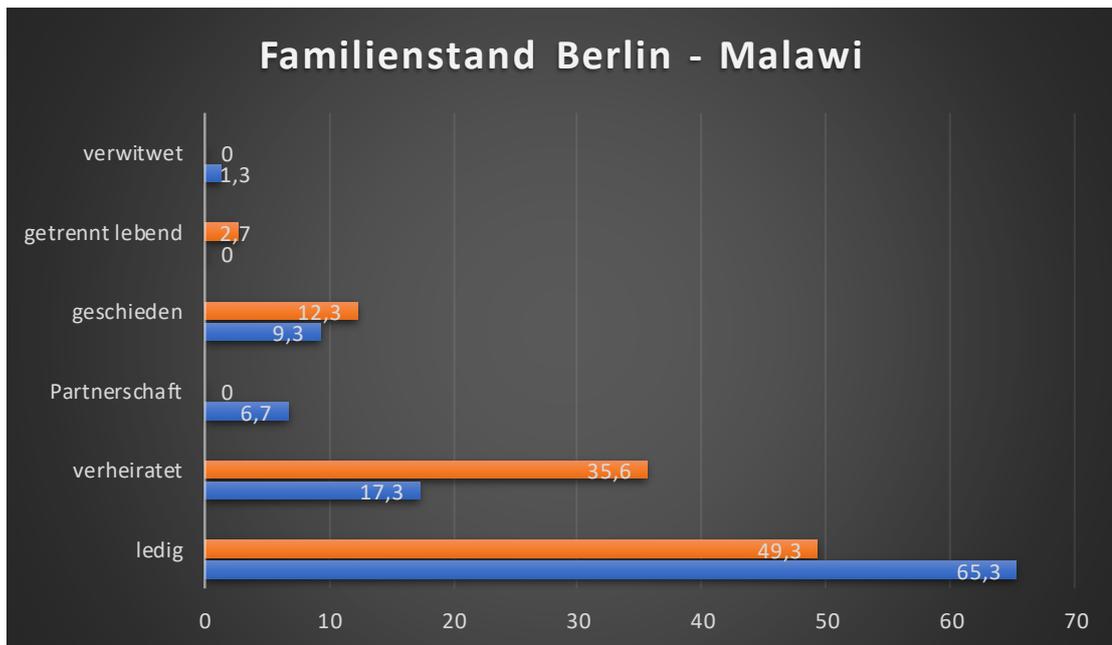


Abbildung 8 - Familienstand der Proband*innen in Berlin und Malawi

4.2 Religiosität in der Stichprobe

Von den Proband*innen in Berlin erklärten 51 (66,2%) eine Religionszugehörigkeit, 26 (33,8 %) hingegen keine. 33 Patient*innen (41,8 %) waren dem Christentum zugehörig, 9 (11,4%) dem Islam, 4 (5,1 %) dem Buddhismus, 2 (2,5 %) waren Zeugen Jehovas (s. Abb. 9).

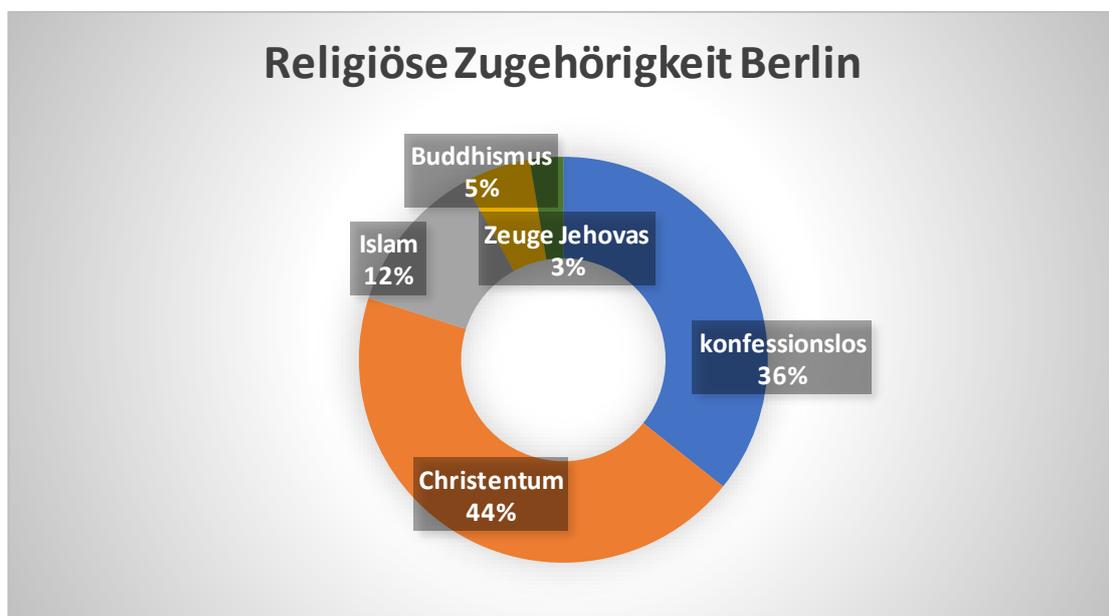


Abbildung 9 - Religiöse Zugehörigkeit Berlin

Unsere Befunde waren statistisch signifikant different zu denen der fowid-Gruppe von 2019 ($\chi^2(1, n = 77) = 35.65, p = .000$). Die Anzahl konfessionsfreier Patient*innen belief sich in unserer Studie auf 33,8 %, wobei der Anteil in Berlin der Erhebung von fowid 2017 eine Höhe von 66,0% betrug.

In Malawi erklärte ein sehr hoher Anteil der Proband*innen eine Religionszugehörigkeit (95,8 %, N=69), 4,2 % (N=3) hingegen keine. Dem Christentum waren 91,8 % der Proband*innen zugehörig und nur 2 Proband*innen (2,7 %) dem Islam (s. Abb. 10).

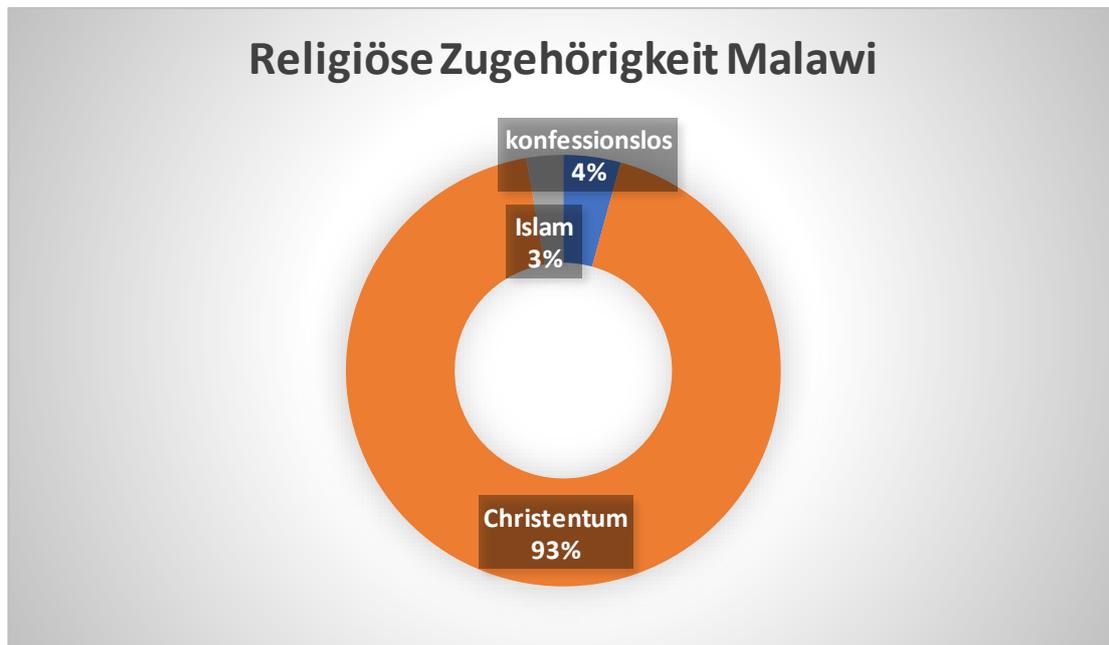


Abbildung 10 - Religiöse Zugehörigkeit Malawi

Diese Befunde unterschieden sich von den durch die Malawi-Gesundheitsbefragung 2004 erwarteten demographischen Daten: Die Quote von christlichen Patient*innen war in unserer Stichprobe höher, die von muslimischen Patient*innen niedriger ($\chi^2(1, n = 68) = 6,119, p = .013$).

Sowohl in der Berliner Stichprobe als auch in Malawi, war der Anteil an Patient*innen mit einem religiös-spirituellen psychotischen Syndrom (RSS) unter den konfessionellen Personen im Vergleich zu den Konfessionslosen nicht signifikant höher.

4.2.1 Erfassung der religiösen Domänen nach DUREL

Die unterschiedlichen Dimensionen von Religiosität wurden zum Erhebungszeitpunkt t2 nach Auswertung der DUREL-Subskalen erfasst. diese werden hier zur deskriptiven Beschreibung der Stichproben berichtet. In Berlin scorten die Proband*innen auf der Subskala der organisierten Religiosität (ORA) mit einem Mittelwert von 2,46 (N=72), bei der nicht-organisierten Religiosität (NORA) mit einem Mittelwert von 3,01 (N=73) und bei der intrinsische Religiosität (IR) mit einem Mittelwert von 7,52 (N=71).

Bei der Auswertung der DUREL-Subskalen in Malawi, zeigte die organisierte Religiosität (ORA) in Malawi einen Mittelwert von 5,13 (N=67), die nicht-organisierte Religiosität (NORA) einen Mittelwert von 4,64 (N=67) und die intrinsische Religiosität (IR) einen Mittelwert von 12,00 (N=66).

4.2.2 Hochreligiöse Patient*innen und religiöses Commitment

Nach Auswertung der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung von Pfeifer und Waelty, ließen sich in Berlin 65,5 % (N=38) der Proband*innen mit einem niedrigen religiösen Commitment, sowie 34,5 % (N=20) mit einem hohen religiösen Commitment identifizieren. In Malawi zeigten hingegen nur 9,2 % (N=6) der Proband*innen eine niedriges Commitment, bei einem sehr hohen Anteil von 90,8 % (N=59) mit einem hohen Commitment (s. Abb. 11).

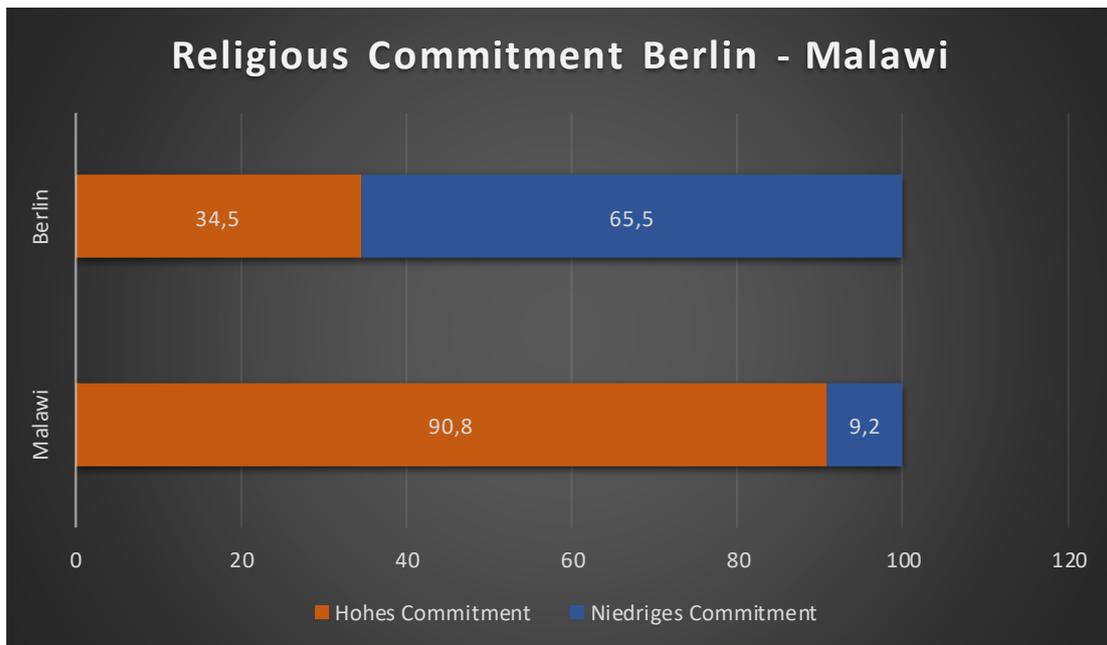


Abbildung 11 - Religious Commitment Berlin

Der Durchschnittswert der Skala für religiöses Commitment betrug in Berlin 8,36 (N=58). In Mzuzu war er mit 16,75 (N=65) erheblich höher.

4.2.3 Religiöse Erziehung

Die Religiöse Erziehung der Proband*innen wurde zu beiden Erhebungszeitpunkten erfasst. Zum Messzeitpunkt t1 wurden die demographischen Daten mit der allgemeinen Frage des Vorhandenseins einer religiösen Erziehung sowie deren Spezifizierung erhoben. Zum Messzeitpunkt t2 wurde die Subskala zur religiösen Erziehung aus dem Fragebogen zur religiösen Orientierung und allgemeinen Bewältigung (Pfeifer und Waeltly, 1995) verwendet. Die letztgenannte Subskala wurde zur Berechnung der religiösen Erziehung in den Regressionsanalysen verwendet.

48,7 % der Proband*innen in Berlin (N=37) berichteten, dass sie keine religiöse Erziehung erfahren hätten, 51,3 % (N= 39) der Proband*innen bejahten das Vorhandensein einer religiösen Erziehung (s. Abb. 12). Unter den Patient*innen, die in der Kindheit eine religiöse Erziehung erfahren hatten, schilderten 74,4 % (N= 29)

eine christliche Erziehung, 20,5 % (N=8) eine islamische Erziehung und nur jeweils ein Proband (2,6 %) eine buddhistische Erziehung oder eine zum Zeugen Jehovahs.

In Malawi berichtete die überwältigende Mehrheit der Patient*innen (90,3 %, N=65) von einer religiösen Erziehung (s. Abb. 12), in den meisten Fällen (96,8%, N=61) war dies eine christliche.

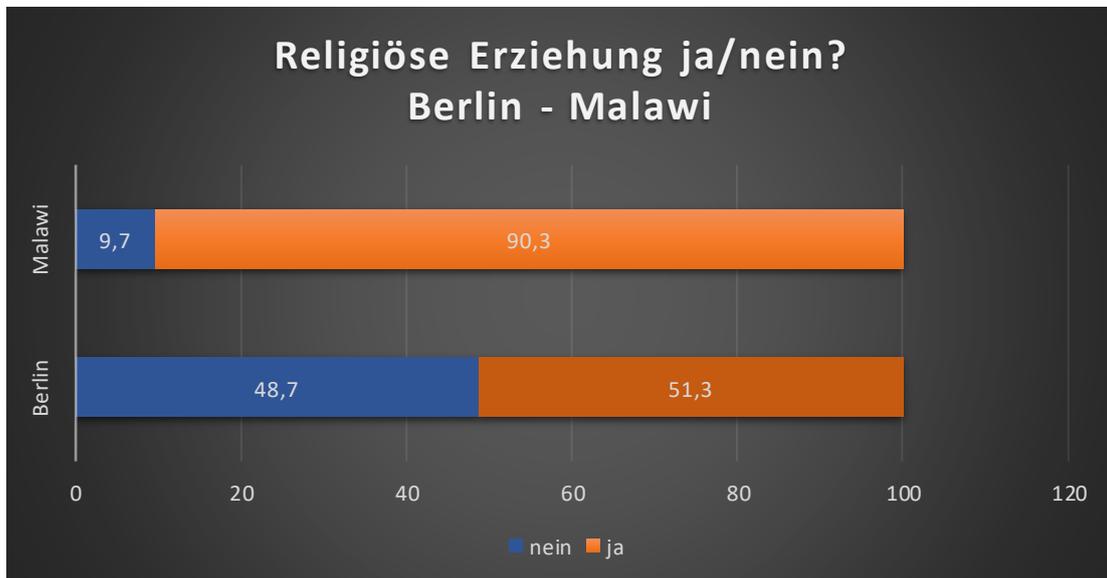


Abbildung 12 - Religiöse Erziehung ja/nein, welche? Berlin und Malawi

Die Auswertung der Subskala für religiöse Erziehung zum Zeitpunkt t2 (N=58), ergab in Berlin einen Durchschnittswert von 2,59, bei einer Range zwischen 0 und 5 (s. Abb. 13).

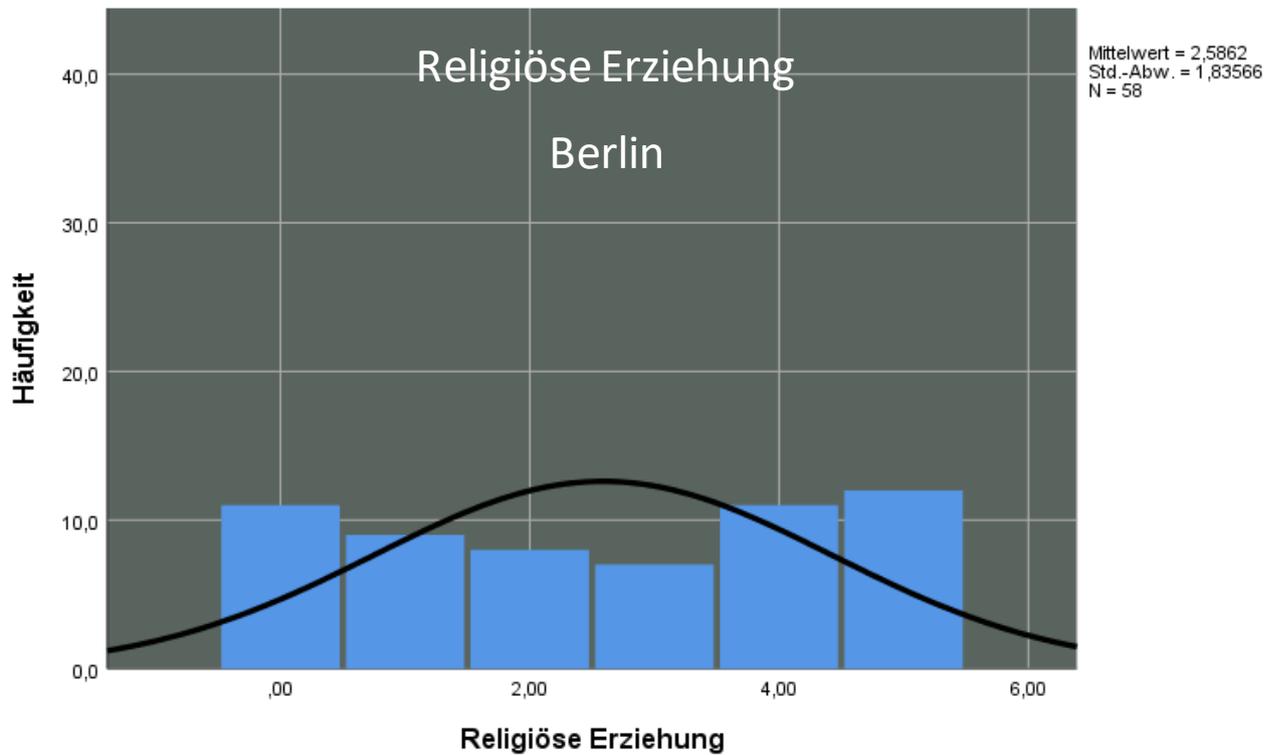


Abbildung 13 – Verteilung der Subskala für religiöse Erziehung in Berlin

In Mzuzu (N=65) schwankte die Range zwischen 0-5, die Subskala für religiöse Erziehung zeigte einen Durchschnittswert von 4,32 (s. Abb. 14).

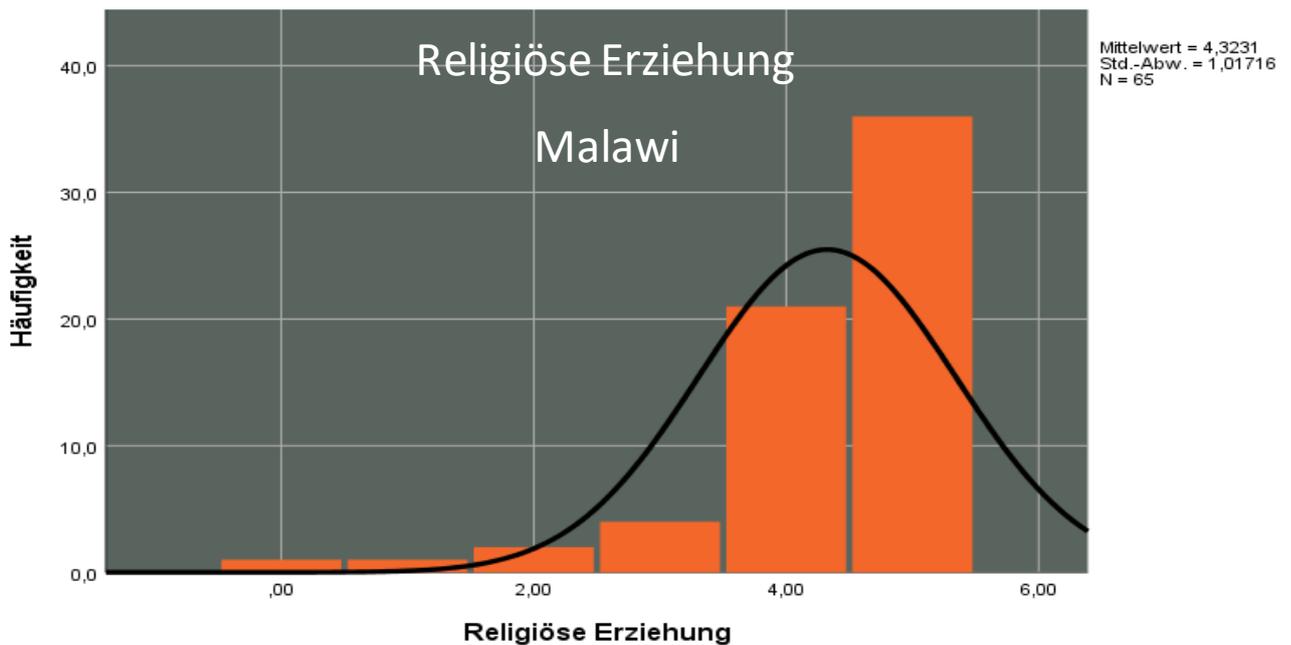


Abbildung 14 – Verteilung der Subskala für religiöse Erziehung in Mzuzu

4.3 Deskriptive Statistik – Vergleich zwischen den Patientengruppen in Berlin und Mzuzu

Wir verglichen initial die Daten der zwei Erhebungsorte, um relevante soziodemographische Unterschiede sowie Differenzen in der jeweiligen Religiosität festzustellen.

4.3.1 Vergleich der demographischen Daten zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi

- Die Patient*innen in Berlin waren statistisch signifikant älter als diejenigen in Malawi, der Unterschied wies eine große Effektstärke auf.
- Patient*innen in Berlin hatten zwar insgesamt einen höheren Schulabschluss als die Patient*innen in Malawi, aber die Anzahl der Schuljahre war zwischen den zwei Orten nicht statistisch signifikant unterschiedlich.
- Die Patient*innen in Berlin waren öfter alleinlebend als diejenigen in Malawi.
- Die zwei Stichproben zeigten dennoch keinen Unterschied hinsichtlich des Anteils an Patient*innen mit einem religiös/spirituellen psychotischen Syndrom (RSS).
- Auch die diagnostische Verteilung in den zwei Behandlungsorten nicht statistisch signifikant (s. Tab. 5).

Demographischer Vergleich Berlin – Malawi								
Variable	Stat. Test	χ^2	df	n	Mean ± SD	T	Eta- Quad rat	p
Religiös – spirituelles Syndrom	Chi – Quadrat – Unabhängigkeit stest	0,402	1	147	-	-	-	0,526
Diagnosen Verteilung	Chi – Quadrat – Unabhängigkeit stest	7,843 ⁵	5	152	-	-	-	0,117
Alter	T – Test für unabhängige Stichproben ⁴	-	-	152	B. ¹ : 40,73± 12,21 M. ² : 30,71± 10,34	5,474	0,17 ³	<0,0005*
Schula bschlu ss	Chi – Quadrat – Unabhängigkeit stest	31032, 551	5	146	-	-	-	<0,0005*
Schuljahre	T – Test für unabhängige Stichproben ⁴	-	-	143	B.: 11,39 ± 1,96 M.: 10,97 ± 3,79	0,825	-	0,411
Famili enstan d	Chi – Quadrat – Unabhängigkeit stest	5,401	1	148	-	-	-	0,020*

¹ Berlin, ² Malawi, ³ mittlere Differenz = 10,022, 95% CI: 6,404 bis 13,639, ⁴ 2- seitig, ⁵ Exakter Test nach Fisher

*Tabelle 6 - Vergleich der demographischen Daten zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi*

4.3.2 Vergleich von religiösem Hintergrund zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi

Die Patient*innen in Malawi wiesen eine höhere Religiosität in all ihren Dimensionen auf, als die Patient*innen in Berlin:

- Organisierte Religiosität- ORA: Der Wert der Patient*innen in Berlin war statistisch signifikant niedriger als für die Patient*innen in Malawi. Der Unterschied wies eine große Effektstärke auf.
- Nicht-organisierte Religiosität- NORA: Der Wert der Patient*innen in Berlin war statistisch signifikant niedriger als der Patient*innen in Malawi. Der Unterschied wies ebenfalls eine große Effektstärke auf.
- Intrinsische Religiosität- IR: Der Wert der Patient*innen in Berlin war ebenfalls statistisch signifikant niedriger als der der Patient*innen in Malawi. Der Unterschied wies ebenfalls eine große Effektstärke auf.
- Die Patient*innen in Malawi wiesen insgesamt weitaus häufiger ein hohes religiöses Commitment auf als in Berlin.
- Der Durchschnittswert für religiöses Commitment lag in Berlin im niedrigen Bereich ($M = 8,36$), in Malawi im hochreligiösen Bereich ($M = 16,75$). Der Wert für die Patient*innen in Berlin war statistisch signifikant niedriger als für die Patient*innen in Malawi und der Unterschied wies eine große Effektstärke auf.
- Auch der Durchschnittswert für religiöse Erziehung war in Berlin statistisch signifikant niedriger als für die Patient*innen in Malawi und ergab ebenfalls eine große Effektstärke (s. Tab. 6).

Vergleich vom religiösen Hintergrund Berlin – Malawi								
Variable	Statistischer Test	χ^2	df	n	Mean ± SD	T	Eta- Quadrat	p
ORA	T – Test für unabhängige Stichproben ⁸	-	-	139	B. ⁶ : 2,46 ± 1,66 M. ⁷ : 5,13 ± 0,98	- 11,652	0,50 ¹	<0,0005*
NORA	T – Test für unabhängige Stichproben ⁸	-	-	140	B.: 3,01 ± 2,10 M.: 4,64 ± 1,42	-5,413	0,18 ²	<0,0005*
IR	T – Test für unabhängige Stichproben ⁸	-	-	137	B.: 7,52 ± 3,45 M.: 10,89 ± 1,80	-7,237	0,28 ³	<0,0005*
High Commitment	Chi – Quadrat – Unabhängigkeitstest	91,212	1	123	-	-	-	<0,0005*
Religiöses Commitment	T – Test für unabhängige Stichproben ⁸	-	-	123	B.: 8,36 ± 5,59 M.: 16,75 ± 3,29	-9,985	0,45 ⁴	<0,0005*
Religiöse Erziehung	T – Test für unabhängige Stichproben ⁸	-	-	123	B.: 2,59 M.: 4,32	-6,384	0,25 ⁵	<0,0005*

¹ mittlere Differenz = -2,676, 95% CI: -3,130 bis -2,221
² mittlere Differenz = -1,628, 95% CI: -2,223 bis -1,032
³ mittlere Differenz = -3,372, 95% CI: -4,296 bis -2,448
⁴ mittlere Differenz = -8,391, 95% CI: -10,061 bis -6,722
⁵ mittlere Differenz = -1,736, 95% CI: -2,277 bis -1,196
⁶ Berlin, ⁷ Malawi, ⁸ 2-seitig

*Tabelle 7 - Vergleich von Religiösem Hintergrund zwischen den Patient*innen in Berlin und Malawi*

4.4. Deskriptive Statistik – Vergleich zwischen der RSS und non-RSS Gruppe und Bestimmung von Prädiktorvariablen

Anschließend verglichen wir unsere zwei Outcome-Gruppen (RSS vs. non-RSS) um relevante Unterschiede festzustellen und Störvariablen auszuschließen.

4.4.1 Demographischer Vergleich

- Die zwei Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in der Geschlechterverteilung.
- Die zwei Gruppen unterschieden sich auch nicht signifikant bezüglich der Altersverteilung.
- Auch die Anzahl der absolvierten Schuljahre unterschied sich nicht zwischen der RSS und der non-RSS Gruppe.
- Im Hinblick auf den Familienstand der zwei Gruppen gab es ebenfalls keine Unterschiede (s. Tab. 7).

Demographischer Vergleich RSS – non-RSS								
Variable	Statistischer Test	χ^2	df	Mean \pm SD	n	T	p	phi
Geschlecht	Chi – Quadrat – Unabhängigkeitstest	1,585	1	-	147	-	0,208	0,118
Alter	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	-	-	non-RSS: 36,35 \pm 13,11 RSS: 35,43 \pm 11,64	145	-0,440	0,661	-
Schuljahre	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	-	-	non-RSS: 10,18 \pm 9,45 RSS: 18,75 \pm 11,67	136	0,403	0,668	-
Familienstand	Chi – Quadrat – Unabhängigkeitstest	0,201	1	-	146	-	0,792	0,037
¹ 2- seitig								

Tabelle 8 - Demographischer Vergleich zwischen der RSS – non-RSS Gruppe

4.4.2 Psychopathologischer Vergleich

- Es wurde ein wesentlicher Unterschied im Wert der Young Mania Rating Scale zum t1- Zeitpunkt zwischen der non-RSS Gruppe und der RSS – Gruppe bei großer Effektstärke festgestellt.

Es wurden zudem wesentliche Unterschiede bei den Werten aller drei PANSS Subskalen zwischen den zwei Gruppen festgestellt. Diese waren:

- Der Unterschied bei der Punktzahl von PANSS – positiv zwischen der non-RSS Gruppe und der RSS Gruppe wies eine kleine bis moderate Effektstärke auf.
- Der Unterschied bezüglich der Punktzahl von PANSS – allgemein zwischen der non-RSS und der RSS Gruppe wies eine moderate Effektstärke auf.
- Der Unterschied bei der Punktzahl von PANSS – negativ zwischen der non-RSS Gruppe und der RSS Gruppe wies eine kleine bis moderate Effektstärke auf (s. Tab. 8).

Psychopathologischer Vergleich RSS – non-RSS						
Variable	Statistischer Test	n	T	Mean ± SD	p	Eta Quadrat
YMRS	T – Test für unabhängige Stichproben ⁵	141	-4,838	non-RSS: 10,18 ± 9,45 RSS: 18,75 ± 11,67	<0,0005 *	0,14 ¹
PANSS – positiv	T – Test für unabhängige Stichproben ⁵	142	-3,968	non-RSS: 18,44 ± 5,71 RSS: 22,71 ± 7,19	<0,0005 *	0,10 ²
PANSS – allgemein	T – Test für unabhängige Stichproben ⁵	142	-2,808	non-RSS: 32,48 ± 8,85 RSS: 37,53 ± 12,71	0,006*	0,05 ³
PANSS – negativ	T – Test für unabhängige Stichproben ⁵	143	2,071	non-RSS: 16,97 ± 6,68 RSS: 14,70 ± 6,29	0,04*	0,05 ⁴
¹ mittlere Differenz = -1,077, 95% CI: -6,406 bis -2,146 ² mittlere Differenz = 1,077, 95% CI: -6,406 bis -2,146 ³ mittlere Differenz = 1,796, 95% CI: -8,593 bis -1,492 ⁴ mittlere Differenz = 1,099, 95% CI: 0,103 bis 4,449 ⁵ 2-seitig						

Tabelle 9 - Psychopathologischer Vergleich zwischen der RSS – non- RSS Gruppe

4.4.3 Vergleich des religiösen Hintergrundes und der unterschiedlichen Dimensionen von Religiosität

- Es wurde kein wesentlicher Unterschied im Wert der organisierten Religiosität (ORA) von DUREL zum t2- Zeitpunkt zwischen der non-RSS und der RSS Gruppe festgestellt.
- Es wurde ein signifikanter Unterschied im Wert der nicht organisierten Religiosität (NORA) von DUREL zwischen der non-RSS und der RSS Gruppe festgestellt, mit einer moderat bis großen Effektstärke.
- Es wurde auch ein signifikanter Unterschied im Wert der intrinsischen Religiosität (IR) von DUREL zwischen den zwei Gruppen festgestellt, mit einer moderat bis großen Effektstärke.
- Es wurde ein signifikanter Unterschied im Ausmaß des religiösen Commitments zwischen den zwei Gruppen festgestellt, mit einer großen Effektstärke. Die RSS- Gruppe wies auch einen Mittelwert auf, welcher auf eine hohe Religiosität hinwies.
- Schließlich wurde ein Unterschied im Wert der religiösen Erziehung zwischen den zwei Gruppen festgestellt mit einer kleinen bis moderaten Effektstärke (s. Tab 9).

Religiöser Hintergrund RSS – non-RSS						
Vari- able	Statistische r Test	n	T	Mean ± SD	p	Eta Quadr at
ORA	T – Test für unabhängige Stichproben ⁶	13 6	-1,289	non-RSS: 3,59 ± 1,97 RSS: 4,01 ± 1,80	0,200	0,01 ¹
NORA	T – Test für unabhängige Stichproben ⁶	13 7	-4,125	non-RSS: 8,33 ± 3,57 RSS: 10,35 ± 2,30	<0,0005 *	0,11 ²
IR	T – Test für unabhängige Stichproben ⁶	13 4	-3,694	non-RSS: 3,59 ± 1,97 RSS: 4.01 ± 1,80	<0,0005 *	0,09 ³
Religiöses Committee	T – Test für unabhängige Stichproben ⁶	12 1	-4,177	non-RSS: 11,05 ± 6,60 RSS: 15,52 ± 4,19	<0,0005 *	0,13 ⁴
Religiöse Erziehung	T – Test für unabhängige Stichproben ⁶	12 1	-2,127	non-RSS: 3,24 ± 1,89 RSS: 3,90 ± 1,26	0,035*	0,04 ⁵
¹ mittlere Differenz = -0,424, 95% CI: -1.076 bis -0,227 ² mittlere Differenz = -1,329, 95% CI: -1,967 bis -0,692 ³ mittlere Differenz = -2,012, 95% CI: -3,089 bis -0,934 ⁴ mittlere Differenz = -4,467, 95% CI: -6,585 bis -2,350 ⁵ mittlere Differenz = -0,654, 95% CI: -1,264 bis -0,045 ⁶ 2-seitig						

Tabelle 10 - Vergleich des religiösen Hintergrunds zwischen der RSS - non-RSS Gruppe

4.5 Die konfessionslose Patientengruppe in Berlin

Eine weitere Patientengruppe stellte in unserer Stichprobe die der nach eigener Einschätzung konfessionslosen Patient*innen in Berlin dar. Diese Gruppe verlieh der Berliner Stichprobe ihre kennzeichnende, säkuläre Eigenschaft und differenzierte sie stark von der Stichprobe in Malawi. Es wurden 26 konfessionslose Patient*innen in Berlin und nur zwei konfessionslose Patient*innen in Malawi in unsere Studie eingeschlossen.

- Die Gruppe unterschied sich soziodemographisch (Alter, Geschlecht, Schuljahre, Familienstand) nicht von den konfessionellen Patient*innen in Berlin. Auch die psychopathologischen Erhebungen (YMRS, PANSS – positiv, PANSS – negativ, PANSS – allgemein) zeigten keine Unterschiede bezüglich des Schweregrads der Erkrankung dieser Patient*innen.
- Erwartungsgemäß, wiesen diese Patient*innen in allen religiösen Domänen (ORA, NORA, IR, religiöses Commitment, religiöse Erziehung) statistisch signifikant niedrigere Mittelwerte als die konfessionelle Patientengruppe in Berlin auf, wie sich in der folgenden Tabelle 10 veranschaulichen lässt:

Religiosität konfessionell vs. konfessionslos						
Variable	Statistischer Test	n	T	Mean	SD	p
ORA	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	69	-5,359	konfessionell : 2,90 konfessionslos: 1,33	konfessionell : 1,69 konfessionslos: 0,73	<0,0005 *
NORA	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	69	-5,866	konfessionell : 3,83 konfessionslos: 1,52	konfessionell : 2,02 konfessionslos: 1,21	<0,0005 *
IR	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	67	-5,659	konfessionell : 8,70 konfessionslos: 4,43	konfessionell : 2,40 konfessionslos: 3,04	<0,0005 *
Religiöses Commitment	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	55	-7,471	konfessionell : 10,45 konfessionslos: 2,40	konfessionell : 4,74 konfessionslos: 3,00	<0,0005 *
Religiöse Erziehung	T – Test für unabhängige Stichproben ¹	55	-4,517	konfessionell : 3,32 konfessionslos: 1,28	konfessionell : 1,67 konfessionslos: 1,36	<0,0005 *
¹ 2-seitig						

Tabelle 11 - Religiosität in der konfessionellen vs. konfessionslosen Patientengruppe in Berlin

- Unter den konfessionslosen Patient*innen war der Anteil derer, die ein RSS entwickelten, niedriger als unter den konfessionellen ($\chi^2(1, n = 75) = 10,288$, $p = .001$, $\phi = 0,399$).

4.6 Binäre logistische Regressionsanalyse – religiöser Hintergrund

Eine erste binäre logistische Regression wurde zum Erhebungszeitpunkt t2 durchgeführt, um die Auswirkungen von Behandlungsort, religiösem Commitment, religiöser Erziehung und den Interaktionen zwischen religiösem Commitment und Behandlungsort sowie religiöser Erziehung und Behandlungsort auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines religiös/spirituellen psychotischen Syndroms (RSS) zu ermitteln (s. Tab. 11).

Die Linearität der kontinuierlichen Variablen in Bezug auf den Logit der abhängigen Variable wurde über das Box-Tidwell-Verfahren bewertet. Eine Bonferroni-Korrektur wurde unter Verwendung aller sechs Terme im Modell angewendet, was dazu führte, dass statistische Signifikanz akzeptiert wurde, wenn $p < 0,008$ (Tabachnick und Fidell, 2014) war. Basierend auf dieser Bewertung wurde festgestellt, dass alle kontinuierlichen unabhängigen Variablen linear mit dem Logit der abhängigen Variablen zusammenhängen. Es gab ein standardisiertes Residuum mit einem Wert von 2,775 Standardabweichungen, das in der Analyse beibehalten wurde. Das logistische Regressionsmodell war statistisch signifikant, ($\chi^2(5) = 48,952$, $p < 0,0005$). Das Modell erklärte 47,1% der Varianz (Nagelkerke R²) von religiös-spirituellem Syndrom (RSS) und klassifizierte 76,5 % der Fälle korrekt. Die Sensitivität betrug 61,4 %, die Spezifität 85,9%, der positive Vorhersagewert 72,9% und der negative Vorhersagewert 78,2 %. Von den sechs Prädiktorvariablen war eine statistisch signifikant: Die Interaktion zwischen Religiösem Commitment und Behandlungsort. Zunehmende Werte religiösen Commitments waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, eine religiöse Wahnthematik zu zeigen – abhängig vom Behandlungsort. In Berlin ist es wahrscheinlicher als in Malawi, bei zunehmenden Werten von religiösem Commitment an einem religiös/spirituellen psychotischen Syndroms (RSS) zu erkranken. Veranschaulicht werden diese Ergebnisse in der *Abbildung 15*.

Binär logistische Regressionsanalyse religiöser Hintergrund

Variablen in der Gleichung ^a		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	p	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a	Religiöse Erziehung	-,003	,329	,000	1	,993	,997	,523	1,901
	Religious Commitment	,206	,107	3,706	1	,054	1,228	,996	1,515
	Behandlungsort Berlin oder Malawi(1)	-1,287	2,674	,232	1	,630	,276	,001	52,171
	Behandlungsort Berlin oder Malawi(1) by Religiöse Erziehung	-,633	,546	1,345	1	,246	,531	,182	1,548
	Behandlungsort Berlin oder Malawi(1) by Religious Commitment	,514	,229	5,017	1	,025*	1,671	1,066	2,620
	Konstante	-4,051	1,962	4,264	1	,039	,017		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Religiöse Erziehung (aus der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung), Religious Commitment (aus der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung), Behandlungsort Berlin oder Malawi, Behandlungsort Berlin oder Malawi * Religiöse Erziehung (aus der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung), Behandlungsort Berlin oder Malawi * Religious Commitment (aus der Skala für Religiosität und Lebensbewältigung).

Tabelle 12 - logistische Regressionsanalyse religiöser Hintergrund

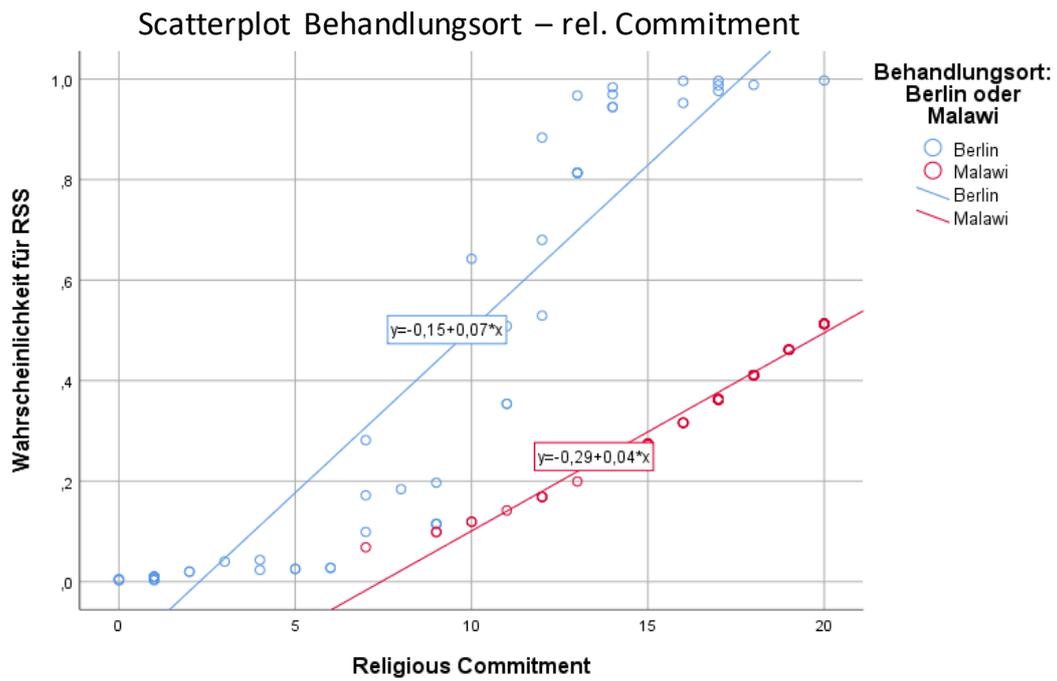
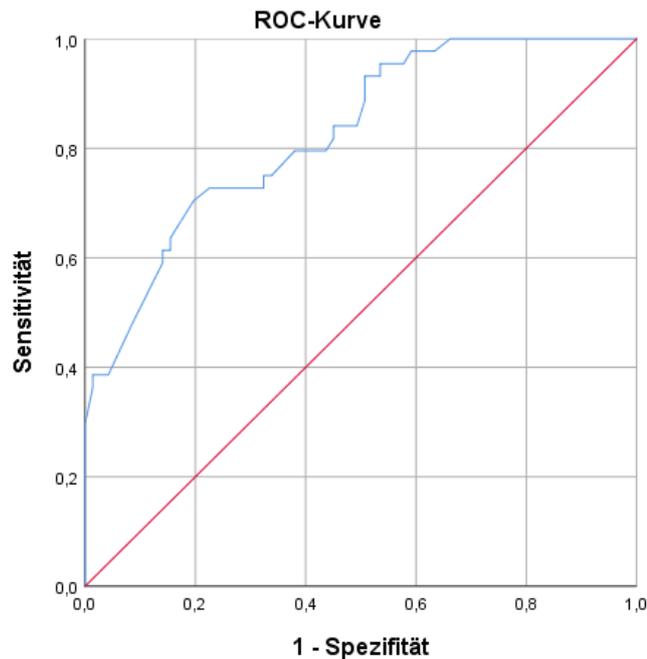


Abbildung 15 - Scatterplot zur Interaktion zwischen Behandlungsort und religiösem Commitment

Die Fläche unter der ROC-Kurve betrug 0,827 (95% CI, 0,752 bis 0,902), was nach Hosmer et al. ein hohes Maß an Diskrimination darstellt (2013) (s. Abb. 16).



4.7 Binäre logistische Regressionsanalyse – Psychopathologie

Eine zweite binäre logistische Regression wurde schließlich zum initialen Erhebungszeitpunkt t1 durchgeführt, um die Auswirkungen von psychotischer Psychopathologie (PANSS positiv, PANSS negativ, PANSS allgemein) sowie manischer Symptomatik, (Young Mania Rating Scale) auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines religiös/spirituellen psychotischen Syndroms (RSS) zu ermitteln.

Die Linearität aller Variablen in Bezug auf den Logit der abhängigen Variable wurde über das Box-Tidwell-Verfahren bewertet. Eine Bonferroni-Korrektur wurde unter Verwendung aller fünf Terme im Modell angewendet, was dazu führte, dass statistische Signifikanz akzeptiert wurde, wenn $p < 0,01$ (Tabachnick und Fidell, 2014) war. Basierend auf dieser Bewertung wurde festgestellt, dass alle kontinuierlichen unabhängigen Variablen linear mit dem Logit der abhängigen Variablen zusammenhängen.

In dem initialen Block wurden lediglich die Variablen der PANSS- Subskalen einbezogen (positive, negative, allgemeinspsychopathologische Skala). Das logistische Regressionsmodell war statistisch signifikant, ($\chi^2(3) = 31,733, p < 0,0005$). Das Modell erklärte 27,8% der Varianz (Nagelkerke R^2) des religiös- spirituell psychotischen Syndroms und klassifizierte 71,5 % der Fälle korrekt. Die Sensitivität betrug 55,2 %, die Spezifität 83,5%, der positive Vorhersagewert 71,1 % und der

negative Vorhersagewert 71,7 %. Von den vier Prädiktorvariablen waren zwei statistisch signifikant, der Wert der PANSS – allgemein und der Wert der PANSS – negativ: Zunehmende Werte der PANSS – allgemein waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, ein RSS zu zeigen. Zunehmende Werte der PANSS – negativ waren hingegen mit einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit verbunden, RSS zu zeigen (s. Tab. 12).

Binär logistische Regressionsanalyse Psychopathologie, 1. Block.									
Variablen in der Gleichung ^a		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	p	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^b	PANSS positiv Summenscore	,071	,040	3,231	1	,072	1,074	,994	1,161
	PANSS allgemein Summenscore	,080	,030	7,008	1	,008*	1,083	1,021	1,150
	PANSS negativ Summenscore	-,159	,044	13,094	1	,000*	,853	,783	,930
	Konstante	-2,067	,773	7,142	1	,008	,127		
a. Messzeitpunkt = t1									
b. In Schritt 1 eingegebene Variablen: PANSS positiv Summenscore, PANSS allgemein Summenscore, PANSS negativ Summenscore.									

Tabelle 13 - logistische Regressionsanalyse Psychopathologie, erster Block (PANSS)

In dem endgültigen zweiten Block der Regression, wurde anschließend zusätzlich zu den PANSS – Subskalen auch der YMRS-Wert einbezogen.

Es gab zwei standardisierte Residuen mit einem Wert von entsprechend -2,934 und 2,574 Standardabweichungen, die in der Analyse beibehalten wurden. Das logistische Regressionsmodell war statistisch signifikant, $\chi^2(4) = 36,102$, $p < 0,0005$. Das Modell erklärte 31,1% der Varianz (Nagelkerke R^2) von RSS und klassifizierte 74,5% der Fälle korrekt. Die Sensitivität betrug 60,3%, die Spezifität 84,8%, der positive Vorhersagewert 74,4% und der negative Vorhersagewert 74,4%. Von den fünf Prädiktorvariablen, waren zwei statistisch signifikant, der YMRS – Wert und der Wert der PANSS – negativ: Zunehmende Werte der YMRS waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, ein RSS zu zeigen. Zunehmende Werte der PANSS-negativ waren hingegen mit einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit verbunden, ein RSS zu zeigen. Die ursprüngliche statistische Signifikanz der PANSS – allgemein Subskala konnte in diesem endgültigen Modell nicht mehr gezeigt werden (s. Tab. 13).

Binär logistische Regressionsanalyse Psychopathologie, 2. Block									
Variablen in der Gleichung ^a		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	p	Exp (B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^b	YMRS Summenscore	,044	,021	4,176	1	,041*	1,045	1,002	1,089
	PANSS positiv Summenscore	,059	,040	2,110	1	,146	1,060	,980	1,148
	PANSS allgemein Summenscore	,056	,033	2,890	1	,089	1,058	,991	1,128
	PANSS negativ Summenscore	-,133	,046	8,554	1	,003*	,875	,800	,957
	Konstante	-1,982	,778	6,492	1	,011	,138		

a. Messzeitpunkt = t1, b. In Schritt 1 eingegebene Variablen: YMRS Summenscore.

Tabelle 14 - logistische Regressionsanalyse Psychopathologie, zweiter Block (YMRS, PANSS)

4.7.1 ROC – Kurve

Die Fläche unter der ROC-Kurve betrug 0,786 (95% CI, 0,709 bis 0,863), was nach Hosmer et al. ein akzeptables Maß an Diskrimination darstellt (2013) (s. Abb. 17).

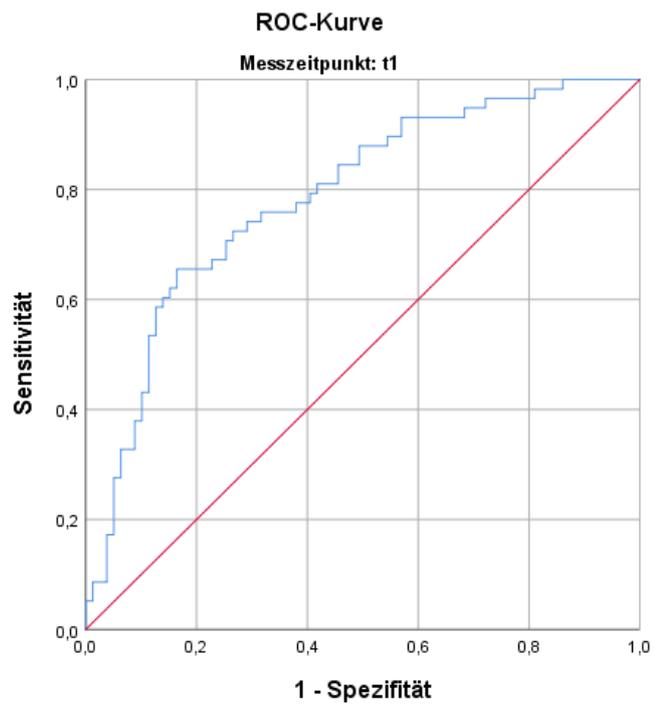


Abbildung 16 - Roc-Kurve zur log. Regressionsanalyse Psychopathologie

5. Diskussion

5.1 Religiöser Hintergrund und religiös-spirituelles psychotisches Syndrom (RSS)

Unser primäres Studienziel war die Erforschung der Frage, ob Hochreligiosität in jedem Kontext oder nur unter bestimmten Bedingungen hervortreten und die religiöse Ausformung von Psychothematiken prägen kann. Unsere Annahme war, dass nur in einer säkularisierten Gesellschaft ein hoher religiöser Hintergrund auffällig aus dem nicht-religiösen Kontext hervortritt, was die religiöse Ausformung von psychotischen Inhalten beeinflussen könnte. Ein solcher Einfluss wäre also nur kontextbezogen wirksam und stark abhängig von der übrigen soziokulturellen Lage. Alternativ dazu besteht die in der Literatur aufgeführte Beobachtung, dass eine hohe individuelle Religiosität häufiger mit religiösen Themen in der Psychose zusammenhängt, entweder als Resultat einer pauschalen Kausalität oder umgekehrt als Ergebnis einer engeren religiösen Anbindung z.B. als Copingmechanismus und Ressource in der Akutphase.

5.1.1 Religiöses Commitment und RSS

Die Prädiktoranalyse zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen religiösem Commitment und dem Auftreten eines religiös-spirituellen Syndroms (RSS), allerdings nur im Zusammenhang mit dem entsprechenden Behandlungsort, nämlich nur in der Berliner Stichprobe. Ein hohes religiöses Commitment in der stabilen Erkrankungsphase, wie dieses zum Zeitpunkt t2 eruiert wurde, erwies sich als Prädiktor für das Auftreten von religiösen Themen in der floriden psychotischen Erkrankung in Berlin. Hier zeigte die RSS – Patientengruppe insgesamt ein hohes religiöses Commitment, während die non-RSS – Patientengruppe durch ein niedriges Commitment gekennzeichnet war. Die Werte wurden zum Zeitpunkt der Remission gemessen und umfassten Elemente, die sowohl eine lebenslange und mit der Persönlichkeit verbundene religiöse Einstellung widerspiegeln, als auch Verhaltensweisen und Ansichten, die einer aktuellen Momentaufnahme entsprechen. Dabei wird davon ausgegangen, dass dieser Wert die Religiosität repräsentiert, die einem relativ beständigen Persönlichkeitsmerkmal auch außerhalb von Krankheitsphasen nahekommt und nicht ausschließlich von einer Erkrankung wie z.

B. einer psychotischen Krise als Symptom oder Copingmechanismus hervorgerufen oder beeinflusst wurde.

Der Befund ist besonders auffällig, wenn wir den Anteil der Patient*innen mit einem religiös-spirituellen psychotischen Syndrom (RSS) in den zwei Städten betrachten. Der Anteil der RSS – Patient*innen in den jeweiligen Stichproben war zwischen den zwei Städten nicht statistisch signifikant verschieden, obwohl die Patient*innen in Malawi fast ausschließlich eine hohe Religiosität aufwiesen. Wir interpretierten diese Beobachtung so, dass die untersuchte Stichprobe in Malawi, auch wenn sie Merkmale aufweist, welche mit einem hohen religiösen Commitment verbunden sind, kein höheres Risiko für die Entwicklung eines RSS trägt. In Malawi tritt Hochreligiosität aus dem kulturellen „Grundrauschen“ möglicherweise weniger auffällig hervor, sodass sie keine pathoplastische Wirkung auf die psychotische Entwicklung hat. Diese Annahme soll dennoch unter dem Vorbehalt diskutiert werden, dass unsere Stichproben kein repräsentatives Bild für die untersuchten Bevölkerungen und die jeweilige Prävalenz eines (nicht)religiösen psychotischen Syndroms darstellen, obwohl die eingeschlossenen Proband*innen nach dem Zufallsprinzip konsekutiv nach Aufnahme und unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien selektiert wurden.

Hierdurch wird unsere erste Primärhypothese bestätigt. Nur in einer säkularisierten Gesellschaft wie in Berlin tritt eine hohe prämorbid Religiösität auffällig aus dem nicht-religiösen Kontext hervor, was die religiöse Ausformung der psychotischen Inhalte beeinflussen könnte. Das religiöse Bekenntnis bekommt damit eine unterscheidende, identitätsstiftende Qualität, welches in dieser Besonderheit als „Kondensationskern“ für die Wahnbildung wirken kann. Im Gegensatz dazu ist die Gesellschaft in Malawi ausnahmslos durch eine starke religiöse Einbindung geprägt, sodass prämorbid Religiösität keine Eigenart darstellt und daher religiöse Themen weniger gut zur Erklärung von außergewöhnlichen Sinneseindrücken und Entfremdungserfahrungen taugen und daher in der beginnenden Psychose weniger häufig aufgenommen werden. Diese Ergebnisse decken sich teilweise mit den Beobachtungen von Drinnan und Lavender von 2006, dass der religiöse Hintergrund die Natur von Wahnvorstellungen beeinflusst (87). Die Autoren untersuchten eine

kleine Stichprobe von Patienten mit einem ähnlichen ethnischen (primär ‚white english‘) aber vielfältigem religiösem Hintergrund und stellten in ihrer explorativen Arbeit fest, dass der Einfluss der individuellen Religiosität auf die Wahnthemen stark vom jeweiligen biographischen Kontext, der Identitätsstiftung und den familiären Erfahrungen abhängig ist. Somit wird auch dort der soziobiographisch kontextabhängige Einfluss von Religiosität auf die Psychothematiken unterstrichen. In unserer Studie wird hingegen die kontextbezogene Interaktion mit der kulturellen Matrix überprüft.

Unsere Ergebnisse zeigten, dass sich in Berlin die Anzahl der Patient*innen mit RSS unter den konfessionellen Proband*innen von der unter den konfessionslosen Personen signifikant unterschied. Konfessionelle Patient*innen erkrankten häufiger an RSS als konfessionslose Proband*innen. Diese Beobachtung unterstützt unsere Annahme, dass in einer sich atheistisch – säkular orientierten Gesellschaft wie in Berlin die Hochreligiosität als abweichende kulturelle Eigenschaft hervortritt und die Ausformung von religiösem Wahn und weiteren Symptomen pathoplastisch definiert. Gleichwohl erlaubte die eingeschränkte Repräsentation konfessionsloser Patient*innen in Malawi keinen Länder- bzw. Kulturvergleich, was die Interpretation unserer Annahmen limitiert.

Stompe postulierte 1999, dass das unterschiedliche Auftreten religiöser Wahnvorstellungen zwischen unterschiedlichen Kulturen mit der religiösen Durchdringung des Alltags zusammenhängt (77) und stellte heraus, dass religiöse Wahnvorstellungen in katholischen Gesellschaften im Vergleich zu islamischen und protestantischen Gesellschaften eine höhere Prävalenz haben. Darüber hinaus wurde auch eine aufrechterhaltene Distanz zur Religion postuliert, welche für die Entwicklung religiöser Wahnvorstellungen notwendig ist. Laut Stompe stellen die im normalen Leben stark ritualisierten religiösen Praktiken im Islam (und in einem anderen Sinne auch die evtl. eher formal bestehenden Bekenntnisse zum Protestantismus) den Grund dar, weshalb psychotische Patient*innen außergewöhnliche bzw. psychotische Erfahrungen nicht mit Hilfe religionsbezogener Erklärungsansätze externalisierend interpretieren. Im Gegensatz dazu könnte das Bekenntnis zum Katholizismus noch stärker emotional aufgeladen sein. Gleichzeitig

erscheint Gott im Islam so stark transzendent und unnahbar, dass jede Nachbildung seiner Gestalt, und sei es in einem Wahn, einem Verbot unterliegt.

Stompes Hypothese betrifft unsere Argumentation in einer leicht veränderten Form, sodass wir der besagten notwendigen Distanz in unserer Studie auf eine andere Weise begegnen: Gott ist in der Berliner Kultur nicht unnahbar, weil er unvergleichlich transzendent ist, sondern weil ein beachtlicher Anteil der Gesellschaft sich von der organisierten (vorherrschend christlichen) Religion abgewendet hat. Das Fehlen einer alltäglichen Auseinandersetzung mit religiösen Praktiken und Symbolen ist diejenige die es in der Psychose ermöglicht, befremdende Wahrnehmungen durch das in Berlin ungewöhnliche religiöse Prisma zu betrachten.

Unsere Annahme ist also, dass die Kultur zwar pathoplastisch auf die Entwicklung von religiösem Wahn wirkt, aber nur als Matrix, aus der auffällige Elemente – wie in unserem Fall Hochreligiosität im säkularen Kontext – herausstechen, um dem Wahn seine endgültige Form zu verleihen. Diese Hypothese deckt sich z.B. mit der Beobachtung von Ndetei (1988), dass religiöse Psychopathologie bei afrikanischen und westindianischen Einwander*innen in Großbritannien besonders häufig auftritt und mit dem kulturellen Hintergrund der Patient*innen in einem nicht mehr kongruenten Kontext zusammenhängt (78).

Der in der Literatur reichlich belegte positive Zusammenhang zwischen Religiosität und religiösem Wahn, wie zum Beispiel in der Publikation von Siddle 2002 (58) oder Huang 2011 (57) aufgezeigt wurde, deckt sich nur bedingt mit unseren Ergebnissen. Huang sah in seiner Arbeit das Niveau von Religiosität als direkten Prädiktor für die Entwicklung von religiösem Wahn oder Halluzinationen. Darüber hinaus postulierte Suhail 2010, dass das religiöse Commitment auch einen prädiktiven Wert für das Auftreten von religiösen und religiös-megalomanen Inhalten bei religiösen Patienten in der Schizophrenie hat (80).

Schließlich sollte hier die ‚Henne-Ei‘ Problematik erwähnt werden, die bereits von Siddle in seiner Studie 2002 berichtet wurde und die Kausalität von Religiosität bei religiös wahnhaften Patienten betrifft. Der Autor behauptete, dass die religiöse Anbindung prä- oder perimorbid als Reaktion auf die sich nähernde psychotische Krise verstärkt wurde, und letztere somit nicht als Ergebnis eines pathoplastischen

Prozesses mit religiöser Prägung auftritt, sondern von religiösen Kompensations- oder Copingmechanismen nicht verhindert werden konnte. Somit stellt sich die Frage, ob psychotisch erkrankte Patient*innen diejenigen sind, die sogar in einem säkularisierten kulturellen Kontext vor und während der Psychose einen Halt in der religiösen Anbindung suchen. Da unsere Stichprobe auch Patient*innen mit längerem Krankheitsverlauf umfasste, kann eine gegenseitige Beeinflussung pathoplastischer und reaktiver („Coping“-) Prozesse im Hinblick auf religiöses Commitment nicht ausgeschlossen werden.

5.1.2 Religiöse Erziehung und RSS

Die zweite Primärhypothese unserer Studie beschrieb die Annahme, dass Patient*innen in Berlin häufiger ein religiös – spirituelles Syndrom (RSS) aufweisen als die Patient*innen in Malawi, wenn sie einen prämorbid hochreligiösen Erziehung erfahren.

Wir stellten durch unsere Prädiktoranalyse keinen Zusammenhang zwischen religiöser Erziehung, wie sie durch den Fragebogen zur religiösen Orientierung und allgemeinen Bewältigung abgebildet wurde, und dem Auftreten von RSS fest.

Diese Ergebnisse decken sich möglicherweise mit den Annahmen von Drinnan 2006, dass eher die späteren Religionserfahrungen auf dem Boden einer multifaktoriellen Persönlichkeitsentwicklung das Potenzial haben, die Entwicklung ungewöhnlicher religiöser Überzeugungen zu beeinflussen (87). Der Autor postulierte unter anderem, dass auch frühe traumatische familiäre Erfahrungen das Bedürfnis für die Ausprägung einer späteren religiösen Identität verstärken, welche ähnlich wie angesichts einer drohenden psychotischen Dekompensation eine immense Angst und Haltlosigkeit linderte. Bhavsar postulierte 2008, dass die Familie die Rolle des Regulators für die Verfügbarkeit und Auseinandersetzung mit religiösen Symbolen spielt, vermutlich ohne die genannte Entwicklung direkt auszuformen (75). In diesem Zusammenhang argumentieren wir, dass eine religiöse Erziehung im Kindesalter die spätere Religiosität im Erwachsenenleben nicht immer bestimmen kann. In einigen Fällen erfüllt Religiosität außerhalb der elterlichen Erziehung eine potentielle Ersatzfunktion bei Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit. In anderen Fällen

ist religiöse Erziehung mit einer Stärkung der Familienverhältnisse, Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen und Vorbildfunktionen verbunden. Religiöse Erziehung kann aber auch nur formal und inhaltlos sein oder gar eine emotional leere Familienatmosphäre bzw. ein Misslingen des emotionalen Attunements repräsentieren. Es wäre daher in diesem Kontext wichtig, nicht nur zu fragen, ob eine formale (religiöse) Erziehung überhaupt stattgefunden hat, sondern auch, welche konkreten Erziehungserfahrungen gemacht wurden.

Unsere Ergebnisse decken sich daher nicht vollständig mit der Theorie von Klosterkötter, bei der der Inhalt des wahnhaft- halluzinatorischen Erlebens in seinem Endstadium durch die individuelle Lebensgeschichte und den Wissensbestand der betroffenen Person geformt wird (73). Möglicherweise gelingt dies nur dann, wenn lebensgeschichtliche Fakten und Wissen noch eine hohe emotionale Salienz aufweisen. Die biografische formale religiöse Erziehung scheint in unserer Arbeit keine entscheidende Rolle für die religiöse Ausformung der psychotischen Symptomatik zu spielen.

5.1.3 Sonstige soziodemographische Faktoren und RSS

Darüber hinaus stellten wir in unseren Untersuchungen keine Zusammenhänge zwischen dem Familienstand oder dem Bildungsniveau der eingeschlossenen Patient*innen und dem Auftreten von religiösen Themen in deren psychotischen Syndromen fest. Unsere Befunde stehen also im Gegensatz zu der Annahme von Rudalevičienė (2008), dass der religiöse Inhalt von Wahnvorstellungen von Religiosität nicht direkt beeinflusst wird und dass dieser eher mit dem Familienstand und dem Bildungsniveau von schizophrenen Patient*innen zusammenhängt (79). Auch ein geschlechtsrelevanter Zusammenhang ließ sich in unserer Untersuchung nicht bestätigen und deckte sich nicht mit der von Suhail festgestellten Assoziation zwischen sozioökonomischer Klasse, Geschlecht (wohlhabend und männlich versus mittellos und weiblich) und psychotischen Inhalten bei schizophrenen Patient*innen (102).

5.2 Psychopathologie und RSS

Unser sekundäres Studienziel war die Erforschung der Assoziation zwischen Psychopathologie, genauer, der manischen sowie psychotischen Positiv- und Negativsymptomatik und religiösen Themen in der Psychose. Unsere Sekundärhypothese beinhaltet die Annahme, dass Positivsymptomatik eine direkte Assoziation mit der Entwicklung eines religiös- spirituellen Syndroms (RSS) aufweist, und außerdem manische Symptome einen Prädiktor für das Auftreten von RSS darstellen. Im Gegensatz dazu wurde angenommen, dass psychotische Negativsymptomatik keine Rolle für das Auftreten eines RSS spielt.

5.2.1 Manische Symptomatik und RSS

In unserer Untersuchung ließ sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von RSS bei zunehmenden Werten der Young Mania Rating Scale, wie diese im floriden Zustand zum Aufnahmezeitpunkt t1 erhoben wurden, feststellen. Die Annahme eines positiven Zusammenhangs von manischer Symptomatik mit dem Erscheinen eines RSS - und somit unsere erste Sekundärhypothese - wurden hier bestätigt.

Unsere Ergebnisse decken sich mit denen in der Literatur zum Verhältnis zwischen manischer Symptomatik und religiösen Wahnthemen, insbesondere mit den Studien von Brewerton 1994, welche Überreligiosität mit bipolarer Manie assoziierte (55) sowie von Sethi 1993, welcher einen hohen Zusammenhang zwischen religiösen Wahnvorstellungen und manischen Patient*innen in Indien feststellte (65).

Die in der Literatur untersuchte Annahme, dass religiöse Erfahrungen und manische Symptome gemeinsame neuronale Pfade im Sinne einer limbischen Überaktivität oder als Folge von dopaminergem Überaktivität verfolgen (64, 103) könnte auch hier Unterstützung finden. Wie Saver in seiner Studie postulierte, gehen wir davon aus, dass Gefühle von Transzendenz, Ekstase und Selbstreferenz, wie diese sowohl in psychotisch gesteigerten manischen Syndromen, aber auch in hochreligiösen Grenzerfahrungen stattfinden, auf einem gemeinsamen neurophysiologischen Mechanismus basieren. In dieser Hinsicht, aber vor allem im entsprechenden

soziokulturellen und biographischen Kontext, werden solche Erfahrungen kognitiv als ‚religiös‘ oder ‚spirituell‘ interpretiert. Ng postulierte 2007 dass eine initiale, temporal- limbische Überaktivierung in der psychotischen Pathogenese zur Auslösung von intensiven, aberranten Wahrnehmungen führt (104). Darauf aufbauend können wir spekulieren, dass diese Wahrnehmungen dann im Zusammenhang mit einer pathoplastischen kognitiven Verarbeitung als religiös – spirituell erlebt werden.

In der Arbeit von Gauthier (105) wurde die extrinsische Religiosität zudem als ein möglicher Prädiktor für die Früherkennung einer bipolaren Störung erforscht. Es könnte aber sein, dass nicht nur die extrinsisch – organisierte Religiosität, sondern auch die intrinsische Wahrnehmung von außergewöhnlichen, als religiös-spirituell interpretierten Gefühlen den Vorboten des gemeinsamen Prozesses zur Entwicklung einer Manie darstellen könnte. Denn spirituell- transzendente oder ekstatische Gefühle scheinen eine gemeinsame Schnittstelle mit einer manisch- expansiven Psychopathologie zu besitzen, welche hierdurch anklingt.

5.2.2 Schizophrene Symptomatik und RSS

Unsere zweite Sekundärhypothese vermutete einen positiven Zusammenhang zwischen psychotischer Positivsymptomatik und der Erscheinung von RSS.

In der initialen Prädiktoranalyse ließ sich zunächst ein Zusammenhang zwischen höheren Werten der PANSS – allgemein und dem Auftreten von RSS feststellen. Dieses Ergebnis könnte die in der Literatur widersprüchlich belegte Annahme unterstützen, dass religiöse Wahnvorstellungen im Vergleich zu anderen Themen mit einer schwerwiegenderen Psychopathologie zusammenhängen, insbesondere bei schizophren erkrankten Patient*innen. Diese Annahme wurde reichlich in der untersuchten Literatur unterstützt; Appelbaum fand, dass religiöse Themen mit fanatischer Überzeugung gehalten wurden und somit den Genesungsprozess erheblich beeinflussten (56); Siddle stellte in seiner Veröffentlichung fest, dass religiöse Themen in der Schizophrenie mit einem niedrigeren Global Assessment Functioning (GAF)- Score sowie höheren Medikamentendosierungen assoziiert waren (58).

In unserem Regressionsmodell ließ sich allerdings kein signifikanter Zusammenhang mehr zwischen positiv-psychotischer Psychopathologie (wie diese sich durch die PANSS – Positivskala abbildete) und dem Auftreten von RSS feststellen, es ergaben sich nur ein signifikanter, positiv-prädiktiver Wert des PANSS Scores für allgemeine Psychopathologie und ein negativer Zusammenhang mit Negativsymptomatik. Die allgemeinpsychopathologische PANSS- Skala beinhaltet unter anderem Symptome wie Anspannung, unkooperatives Verhalten, ungewöhnliche Denkinhalte, Mangel an Aufmerksamkeit sowie fehlende Krankheitseinsicht und Störung der Impulskontrolle. Diese Symptome treten häufig und insbesondere bei einer manischen Psychopathologie auf, sodass diese scheinbare Assoziation täuschen kann, wenn nicht gleichzeitig für Manie kontrolliert wird.

In unserer Regressionsanalyse verschwand die statistische Signifikanz des Scores für allgemeine Psychopathologie nach Einbeziehung der manischen Symptomatik in das Regressionsmodell, sodass wir davon ausgehen, dass in der Stichprobe kein kausales Verhältnis zwischen dem Schweregrad der schizophrenen Psychopathologie und RSS besteht.

Im Gegensatz dazu ließ sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von RSS in unserer psychopathologischen Prädiktoranalyse bei rückläufigen Werten der PANSS – Negativskala, wie diese im floriden Zustand zum t1 -Aufnahmezeitpunkt verzeichnet wurde, feststellen. Somit kann die Vermutung aufgestellt werden, dass eine mit einem psychotischen Syndrom einhergehende Negativsymptomatik ein umgekehrtes Verhältnis zu der Erscheinung von religiös-spirituellen Themen in der Psychose aufweist. Möglicherweise stehen unsere Ergebnisse in Übereinstimmung mit der klinischen Erfahrung, dass ein religiös-spiritueller Syndrom (RSS) seltener bei den Subtypen des schizophrenen Formenkreises auftritt, die mit einer starken Negativsymptomatik vergesellschaftet sind, wie z.B. im Fall der Hebephrenie oder der Schizophrenia simplex, und im Gegenzug bei paranoiden oder schizomanischen Erscheinungsformen häufiger auftritt. Möglicherweise kann Religiosität bei diesen Erkrankungsformen eher als strukturgebende Ressource integriert werden, wie bei etlichen Untersuchungen gezeigt werden konnte.

5.2.3. Schizophrenie versus Manie und das Auftreten von RSS

Koenig postulierte 2007, dass bei bipolaren Patient*innen religiöse Wahnvorstellungen als Intensivierung ihres regulären Glaubens auftreten, während Personen mit Schizophrenie eher bizarre und autistisch- mystische Wahnvorstellungen haben (68). Wir greifen diese auch klinisch häufige Beobachtung auf und postulieren, dass dies möglicherweise durch die bei Schizophrenien vorliegende, tiefergreifende Entfremdung des Selbst von geteilten interpersonellen Erfahrungen bedingt ist. Huber beschrieb 1989 in seiner Theorie über die schizophrenen Basisstörungen die subtilen, subjektiv erlebten Störungen in Körperwahrnehmung, Antrieb, Affekt, Denken, Sprache, Motorik, zentralen vegetativen Funktionen und Stresstoleranz (106), auf deren Grundlage die Vulnerabilität für psychotische Störungen erhöht wird. Fuchs betrachtete Schizophrenien unter anderem als ‚Störung des verkörperten Selbst‘ (‚disorder of the embodied self‘) (107), und Stanghellini konzeptualisierte die Schizophrenie als Störung des „common sense“ und dessen Integration in der Selbst- und Weltwahrnehmung, der Zuordnung von interpersonellen Interaktionen sowie unausgesprochenen sozialen Konventionen welche von Entfremdung und Misstrauen geprägt ist (108). Unter Annahme dieser fehlenden Resonanz und ‚Einstimmung‘ auf die interpersonelle Welt wird verständlich, dass außergewöhnliche, (prä)psychotische Wahrnehmungen eher einen bizarr oder entfremdet scheinenden, religiösen Charakter erhalten. In der Manie handelt es sich hingegen um eine Intensivierung der ekstatisch -expansiven Gefühle, die häufig den Rahmen des interpersonell Nachvollziehbaren nicht verlässt.

In der vorliegenden Studie wurde deutlich, dass eher die Manie der für religiöse Thematiken in der Psychose generierende Faktor ist, und nicht die schizophrene Positivsymptomatik. Die in der Literatur früher aufgeführte Assoziation von schwerer, insbesondere psychotischer Psychopathologie und religiöser Thematik, stellte möglicherweise ein Artefakt dar, da für gleichzeitig auftretende manische Symptomatik nicht kontrolliert wurde. Möglicherweise bedingt eine Zunahme der Symptomschwere bei einer Manie das Auftreten, hier noch interpersonell teilbarer religiöser Inhalte, während bei einer Schizophrenie religiös inspirierte Symptome mit

zunehmendem Schweregrad sogar wieder verschwinden bzw. primär durch weniger sozial-konforme Interpretationen geprägt werden.

Der festgestellte Zusammenhang zwischen Abnahme von negativer Psychopathologie und RSS wird folgendermaßen gedeutet: Die negativsymptomatische Dimension bei schizophren erkrankten Patient*innen mag mit einer generell selteneren Erscheinung von Wahn bzw. Halluzinationen assoziiert sein, was allerdings sowohl die RSS- als auch die non-RSS-Gruppe betreffen würde. Möglicherweise wurde in unserer Stichprobe auch Depressivität - als Gegensatz zur manischen Symptomatik – im PANSS-Negativscore miterfasst. Die partielle Überlappung von Depressivität und Negativsymptomen sollte daher in zukünftigen Studien unbedingt berücksichtigt werden.

5.4 Limitationen

Das Fehlen einer gesunden Kontrollgruppe zum Vergleich stellt eine wesentliche Limitation unserer Studie dar. Dadurch könnten nicht-psychotische hochreligiöse Proband*innen mit den entsprechend psychotisch erkrankten Patient*innen verglichen und nützliche Informationen über die religiösen Grenzbereiche hergeleitet werden. Auch die relativ niedrige Anzahl der eingeschlossenen Proband*innen erlaubt eine Interpretation der statistischen Evaluation nur unter Vorbehalt. Im selben Kontext sollen zukünftige Studien ebenfalls hochreligiöse Personen ohne Psychopathologie als Kontrollgruppe einbeziehen, damit die Grenzbereiche zwischen gesund integrierter Hochreligiosität und RSS eingehender exploriert werden.

Die diagnostische Einteilung der Patient*innen in Malawi nach ICD-10 zeigte sich bei einem uneinheitlichen Konsens des Klassifikationssystems problematisch. Oft wurden durch die dortigen Studienärzt*innen entgegen der Vereinbarung keine Diagnosen nach ICD-10, sondern deskriptive Diagnosen vergeben. Teilweise wurde gleichzeitig eine schizoaffektive sowie schizophrene Erkrankung diagnostiziert, oder aber der Einfluss von Substanzkonsum bzw. die Rolle substanzinduzierter psychotischer Störungen war nicht eindeutig. Teilweise musste die diagnostische Zuordnung der Patient*innen in Malawi nachträglich anhand der psychopathologischen Charakteristiken teilweise neu evaluiert werden, sodass jeweils

als Hauptdiagnose diejenige selektiert wurde, die zu einer höheren Funktionseinschränkung und zum Schweregrad der Psychopathologie mehr beigetragen hat. Bei Erstmanifestationen von psychotischen Erkrankungen bei gleichzeitigem Substanzkonsum unter den Patient*innen in Malawi, bei denen im späteren Behandlungsverlauf (t2) eine substanzinduzierte Psychose diskutiert wurde, behielten wir die initiale Verdachtsdiagnose, meist die einer akut polymorphen psychotischen Störung, bei. Auf eine Subgruppenanalyse anhand der diagnostischen Kategorien wurde aufgrund dieser Unschärfen und der limitierten Stichprobengröße verzichtet.

Auch die Differenzialdiagnostik und Erfassung des in der unserer Studie beschriebenen ‚religiös/spirituellen psychotischen Syndroms (RSS)‘ verfehlt die Differenzierung von ungewöhnlichen spirituellen Phänomenen als Teil einer nicht pathologischen psychischen Struktur, im Gegensatz zu einer psychisch inflationären, also psychopathologischen Entwicklung, wie in der Studie von Scagnetti–Feurer postuliert wurde (26). Den Schwerpunkt unserer Studie stellte allerdings die übermäßige R/S als Teil einer psychopathologischen Entwicklung dar, und nicht als gesund integrierte psychische Struktur.

Die diagnostischen Gruppen waren zudem nicht einheitlich vertreten; insgesamt wurden in unserer Stichprobe weitaus mehr Patient*innen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis eingeschlossen (56,4 % der Stichprobe in Berlin und 47,9 % der Stichprobe in Malawi).

Zukünftige Studien sollten auch auf die Erhebung repräsentativer Stichproben achten, um die Prävalenzen von RSS und non-RSS aussagekräftig bestimmen zu können.

Auf Grund der umfangreichen, zeitaufwändigen und teilweise komplexen Datenerhebung blieben zum Teil Fragen unbeantwortet, was die Zahl der auswertbaren Fragebögen reduzierte; oder aber die einzuschließenden Patient*innen schieden nach Durchführung der initialen Erhebung (t1) aus der Studie und konnten somit zum remittierten Zeitpunkt (t2) nicht evaluiert werden.

Eine weitere signifikante Limitation der Studie stellte die Anwendung verschiedensprachlicher Instrumente zur Beurteilung von Religiosität und Psychopathologie dar, welche durch die in Malawi agierenden Studienärzt*innen auf Englisch, Chichewa und Tumbuka übersetzt wurden. Eine entsprechende Validierung der verwendeten Übersetzungen wurde im Rahmen der vorliegenden Studie noch nicht durchgeführt. Bereits bestehende validierte Versionen der verwendeten Instrumente auf Englisch wurden allerdings unverändert gebraucht.

Außerdem war die verwendete Operationalisierung von Religiosität/Spiritualität fast ausschließlich auf die dimensionale Messung von Religiosität gewichtet. Ein ursprünglich geplantes Instrument, die Mysticism Scale von Hood (109), welches sich zur Erfassung von spirituellen Erfahrungen bei Gesunden gut eignet, erwies sich als sehr komplex und zu unübersichtlich für die psychotisch erkrankten Patient*innen, welche auch die grundsätzliche Unterscheidung zwischen Religiosität und Spiritualität oft nicht erfassen konnten. Aus diesem Grund wurde in dieser Population bevorzugt, sich auf die religiöse Dimension zu beschränken. Allerdings ist zu vermuten, dass die Erfassung von Spiritualität und ihren unterschiedlichen Dimensionen auch für die Allgemeinbevölkerung eine komplizierte Aufgabe darstellt. Gleichwohl bedarf auch die Operationalisierung der prämorbid religiösen Erziehung, die in dieser Studie lediglich durch eine nichtvalidierte Auswahl von Fragen aus dem ‚Fragebogen zur religiösen Orientierung und allgemeinen Bewältigung‘ von Pfeifer und Waeltly umgesetzt wurde, zukünftig einer umfassenderen und detaillierteren Herangehensweise.

Die Auswahl der durch uns verwendeten Erfassungsinstrumente für Religiosität entspricht mittlerweile nicht mehr den aktuellen religionswissenschaftlichen Standards. Die Übersichtsstudie von Hodapp & Zwingmann 2019 (48) bietet eine Zusammenfassung der deutschsprachigen Studien und entsprechender Instrumente. Hier werden R/S in den eingeschlossenen Studien anhand unterschiedlicher Konzepte erfasst: Zentralität von Religiosität (Centrality of Religiosity), religiöses Interesse, Glaube an Gott, religiöse Ideologie, religiöse Erfahrung, private religiöse Praxis, Häufigkeit des Kirchenbesuchs, religiöse Praxis (ohne weitere Spezifizierung), intrinsische und extrinsische Religiosität, Gottessuche, positives/negatives Gottesbild

und Beziehung zu Gott, positives/negatives religiöses Coping, religiöses/spirituelles Wohlbefinden, Spiritualität. Die o.g. Arbeit erschien dennoch nach Abschluss unserer Studienplanung, sodass wir sie für die Auswahl unserer Untersuchungsinstrumente nicht mehr nutzen konnten.

Als multidimensionale Skala die mehrere Kerndimensionen von Religiosität berücksichtigt, wird der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T) von Huber 2008 verwendet, den wir leider in unserer Untersuchung ebenfalls nicht inkludiert haben (110). Insbesondere das auch im R-S-T fokussierte Konzept der Zentralität von Religiosität bzw. die Centrality of Religiosity Scale, die u.a. durch Huber beschrieben wurde (111), wäre ein wertvolles Instrument auch für die präzisere Erfassung von R/S und auch von Hochreligiosität in unserer Studie gewesen. Die Centrality of Religiosity Scale eignet sich im Vergleich zum Instrument von DUREL eher für interreligiöse und interkulturelle Vergleiche, da letzteres entworfen wurde, um R/S in westlichen Religionen (z. B. Christentum, Judentum, Islam) zu messen und bei der Bewertung der Religiosität in anderen Kulturen ungenauer sein könnte (112). Die Centrality of Religiosity Scale konzeptualisiert die Bedeutung, die die Religiosität im Leben eines Individuums hat und basiert auf den fünf Kerndimensionen, die sich auf Stark und Glock (1968) beziehen: religiöse Ideologie, religiöser Intellekt, religiöse Erfahrung, private religiöse Praxis, öffentliche religiöse Praxis. In seiner Veröffentlichung 2020 (113), setzt sich Huber auch mit der Frage auseinander, ob die genannte Operationalisierung von Religiosität bzw. Hochreligiosität, ein ‚brauchbares tertium comparationis für interreligiöse und interkulturelle Vergleiche‘ darstellt. In der von Huber verwendeten Statistik wird darauf hingewiesen, dass sowohl hochreligiöse Respondenten als auch nichtreligiöse Respondenten einen substantiellen Anteil in der Stichprobe haben. Sind jedoch beispielsweise die meisten Respondenten hochreligiös wie z.B. in Nigeria (bzw. nicht religiös), dann zeigte die Skala eine verminderte Reliabilität bzw. ein unakzeptables Cronbachs Alpha von $<0,57$ (bei der besagten Studie wurden Werte ab 0,65 als gerade noch akzeptabel gewertet). Die Befunde von Huber deuteten darauf hin, dass eine befriedigende Reliabilität der Centrality of Religiosity Scale (CRS-10) mit der Ausnahme von Muslimen und Christen in Nigeria in allen Ländern und Religionskulturen des internationalen Religionsmonitors 2007 erreicht werden konnte, sodass mit ihr die Zentralität der Religiosität in allen großen Religionskulturen abgebildet werden

könnte. Die Ausnahme der hochreligiösen Region in Nigeria, wies dennoch möglicherweise darauf hin, dass das Instrument von CRS-10 gerade für unsere ebenfalls primär hochreligiöse Population in Malawi ungeeignet bzw. nicht genügend reliabel sein könnte.

Unsere Arbeit blendet auch den religionswissenschaftlichen Befund aus, dass eine säkuläre Gesellschaft sich nicht primär zu mehr Konfessions-, ‚freiheit‘ entwickelt, sondern sich pluralisiert und diversifiziert. Das heißt, auch in einem stark säkularisierten Land wie Deutschland ist der Anteil der hochreligiösen Bevölkerung beträchtlich. Eine Berücksichtigung dieses Faktums hätte die Hypothesenbildung möglicherweise verändert. Andererseits könnte man argumentieren, dass auch die hochreligiösen Personen aus dem säkularen Kontext ‚herausragen‘, denn die Pluralisierung schafft eben viele Arten des Besonderen. Hochreligiöse Menschen weisen dennoch nicht notwendigerweise eine psychotische oder anderweitige Psychopathologie auf, da hierfür evtl. zusätzliche oder andere Vulnerabilitätsfaktoren eine Rolle spielen könnten. Darüber hinaus sollten auch andere Wahnthemen als das religiös geprägte Syndrom (RSS) untersucht werden, welche aus ‚herausstechenden‘ soziokulturellen Phänomenen entspringen (z.B. High-Tech und technikbezogene Wahnthemen), mit der Frage, ob diese einen dem hier diskutierten analogen Mechanismus in deren Entwicklung zeigen.

Die konfessionelle Zugehörigkeit unserer Patientengruppe war nicht homogen: Die konfessionelle Patientengruppe bestand größtenteils aus christlichen Patient*innen, sodass ein interreligiöser Vergleich zwischen der Einwirkung von unterschiedlichen Dogmen auf die Entwicklung von RSS in unserer Untersuchung nicht stattfinden konnte. In dieser Hinsicht konnte z.B. die Annahme der höheren Prävalenz von religiösen Wahnvorstellungen in katholischen Gesellschaften im Vergleich zu islamischen und protestantischen Gesellschaften von Stompe nicht überprüft werden (77). Auch die niedrige Varianz an religiöser Zugehörigkeit die in Malawi erfasst wurde, beeinflusst die Ergebnisse unserer Arbeit, sodass die positive Interaktion mit dem dortigen religiösen Hintergrund teilweise darauf zurückgeführt werden kann.

Noch ein limitierender Faktor ist das persönliche Bias durch den Autor dieser Arbeit sowie der im Forschungsprojekt mitarbeitenden Kolleg*innen, welche hinsichtlich

ihrer individuellen religiös-spirituellen Ansichten und Biografien mit ihren unbewussten Vorurteilen den Charakter und die Ergebnisse der Arbeit möglicherweise beeinflussten.

5.4 Ausblick

Die Studie liefert einen explorativen Blick auf die Zusammenhänge zwischen religiösem Hintergrund und Psychopathologie und religiösen Themen in der Psychose und vergleicht die gewonnenen Ergebnisse mit denen aus bereits vorliegenden Studien. Daraus ergeben sich Hinweise für den Umgang mit Aspekten von Religiosität/Spiritualität im klinischen Kontext, welche das Verstehen von Menschen mit psychotischen Erkrankungen und ihren persönlichen, in den Symptomen manifestierten Themen erleichtern, die individualisierte Einbeziehung von Religiosität/Spiritualität bei der Bewältigung der Psychose ermöglichen, sowie auch im differenzialdiagnostischen Prozess Anwendung finden können.

Wünschenswert wäre allerdings eine Replikation der Studie in größeren Stichproben, deren Repräsentativität sicherere Rückschlüsse erlauben würde, sowie eine differenzierte interreligiöse Untersuchung zwischen den dogmatischen Strukturen und deren Einfluss auf die Ausformung von psychotischen Symptomen. Ein dimensionaler diagnostischer Vergleich, z. B. unter Einbezug von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko oder Schizotypie würde auch die untersuchten Assoziationen in einem psychotischen Kontinuum besser beleuchten. Die Erforschung sowohl von phänomenalen als auch neurobiologischen Zusammenhängen im Kontinuum zwischen nichtpathologischer Spiritualität bis hin zu krankheitswertigen manischen und psychotischen Symptomen stellt ein weiteres Feld dar, in dem weitere Untersuchungen lohnenswert wären.

6. Literaturverzeichnis

1. DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache [Internet]. DWDS. [zitiert 30. März 2021]. Verfügbar unter: <https://www.dwds.de/wb/Religion>
2. Digi20 | Band | Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs vom Frühchristentum bis zur Reformation / Feil, Ernst | Religio / Feil, Ernst [Internet]. [zitiert 22. Mai 2020]. Verfügbar unter: https://digi20.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb00044681_00001.html
3. Digi20 | Band | Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs im 17. und frühen 18. Jahrhundert / Feil, Ernst | Religio / Feil, Ernst [Internet]. [zitiert 22. Mai 2020]. Verfügbar unter: https://digi20.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb00040048_00001.html
4. Digi20 | Band | Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs zwischen Reformation und Rationalismus / Feil, Ernst | Religio / Feil, Ernst [Internet]. [zitiert 22. Mai 2020]. Verfügbar unter: https://digi20.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb00040047_00002.html
5. Schmitz B. „Religion“ und seine Entsprechungen im interkulturellen Bereich. Tectum Verlag DE; 1996. 220 S.
6. Bogerts B, Häfele J, Schmidt B, Herausgeber. Verschwörung, Ablehnung, Gewalt: Transdisziplinäre Perspektiven auf gruppenbezogene Aggression und Intoleranz [Internet]. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2020 [zitiert 1. April 2021]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-31701-0>
7. de Gruyter. Theologische Realenzyklopädie [Internet]. De Gruyter. [zitiert 22. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://www.degruyter.com/view/mvw/TRE-GEB-B>
8. Betz HD. Religion in Geschichte und Gegenwart: Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. 4. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck; 1998.
9. Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. Can J Psychiatry. 1. Mai 2009;54(5):283–91.
10. Roof WC. The Post-war Generation And Establishment Religion: Cross-cultural Perspectives. 1 edition. Boulder, CO: Routledge; 1995. 291 S.
11. Peterson EA, Nelson K. How to meet your clients' spiritual needs. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. Mai 1987;25(5):34–9.
12. ISBN 9783506757289 „Verrückt nach Gott - Zum Umgang mit aussergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie“ – neu & gebraucht kaufen [Internet]. [zitiert 2. April 2021]. Verfügbar unter: <https://www.booklooker.de/B%C3%BCcher/Jacob-van-Henning-Belzen+Verr%C3%BCckt-nach-Gott-Zum-Umgang-mit->

aussergew% C3% B6hnlichen-religi% C3% B6sen-
Ph% C3% A4nomenen/isbn/9783506757289

13. Cottam S, Paul SN, Doughty OJ, Carpenter L, Al-Mousawi A, Karvounis S, u. a. Does religious belief enable positive interpretation of auditory hallucinations?: a comparison of religious voice hearers with and without psychosis. *Cogn Neuropsychiatry*. September 2011;16(5):403–21.
14. Greenberg D, Brom D. Nocturnal hallucinations in ultra-orthodox Jewish Israeli men. *Psychiatry*. 2001;64(1):81–90.
15. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Deshpande S, Fernyhough C, u. a. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull*. Juli 2014;40 Suppl 4:S213–220.
16. Simpson CJ. The stigmata: pathology or miracle? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 22. Dezember 1984;289(6460):1746–8.
17. Koić E, Filaković P, Nad S, Celić I. Glossolalia. *Coll Antropol*. Juni 2005;29(1):373–9.
18. Pattison EM, Casey RL. Glossolalia: a contemporary mystical experience. *Int Psychiatry Clin*. 1969;5(4):133–48.
19. Dobkin de Rios M, Winkelman M. Shamanism and altered states of consciousness: an introduction. *J Psychoactive Drugs*. März 1989;21(1):1–7.
20. Castillo RJ. Trance, functional psychosis, and culture. *Psychiatry*. 2003;66(1):9–21.
21. Leikind BJ, McCarthy WJ. Firewalking. *Experientia*. 15. April 1988;44(4):310–5.
22. Hanwella R, de Silva V, Yoosuf A, Karunaratne S, de Silva P. Religious Beliefs, Possession States, and Spirits: Three Case Studies from Sri Lanka. *Case Rep Psychiatry* [Internet]. 2012 [zitiert 2. April 2021];2012. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437272/>
23. Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, Cuoco F, Bhavsar V. Delusion, possession and religion†. *Nord J Psychiatry*. September 2018;72(sup1):S13–5.
24. de Oliveira Maraldi E, Costa A, Cunha A, Flores D, Hamazaki E, de Queiroz GP, u. a. Cultural Presentations of Dissociation: The Case of Possession Trance Experiences. *J Trauma Dissociation*. Februar 2021;22(1):11–6.
25. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*. Mai 2011;33:s21–8.

26. Scagnetti-Feurer T. Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden. *Gesund oder krank.* :22.
27. Michael Utsch, Raphael M. Bonelli, Samuel Pfeifer. *Psychotherapie und Spiritualität.* Springer; 2014.
28. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie.* Springer-Verlag; 2013. 765 S.
29. Michael Schödlbauer. *Wahnbegegnungen. Zugänge zur Paranoia.* 1. Auflage 2016. Bd. I. © Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2016; 2016. 370 S.
30. Demling J. *Gesunde Religiosität oder religiöser Wahn? DNP - Der Neurologe und Psychiater.* 1. Februar 2016;17:45–53.
31. psychosis | Search Online Etymology Dictionary [Internet]. [zitiert 4. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://www.etymonline.com/search?q=psychosis>
32. Sommer R. The Etymology of Psychosis. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2011;81(2):162–6.
33. Strömgren E. The concept of schizophrenia: the conflict between nosological and symptomatological aspects. *J Psychiatr Res.* Oktober 1992;26(4):237–46.
34. Feuchtersleben E von. *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde.* Gerold; 1845. 460 S.
35. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studirende.* Verlag von Adolph Krabbe; 1867. 552 S.
36. Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.* Thieme; 1894. book.
37. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci.* März 2015;17(1):9–18.
38. Schneider K. *Klinische Psychopathologie.* Georg Thieme Verlag; 2007. 152 S.
39. Marneros A. The psychotic „continuum“. *Psychiatriki.* Dezember 2010;21(4):275–6.
40. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum (Minneap Minn).* Juni 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715–36.
41. Zilboorg G, Henry GW. *A history of medical psychology.* New York, NY, US: W W Norton & Co; 1941. 606 S. (A history of medical psychology).
42. Pollak K, Underwood EA. *Jünger Des Hippokrates.* Nelson; 1968. 296 S.

43. Madness in America: cultural and medical perceptions of mental illness before 1914 [Internet]. [zitiert 23. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1037178/>
44. Freud S. Totem and Taboo: Resemblances Between the Psychic Lives of Savages and Neurotics. Library of Alexandria; 1940. 181 S.
45. Freud S. The Future of an Illusion. Mansfield Centre, CT: MARTINO FINE BOOKS; 2011. 100 S.
46. Ellis A. Psychotherapy and atheistic values: a response to A. E. Bergin's „Psychotherapy and religious values“. J Consult Clin Psychol. Oktober 1980;48(5):635–9.
47. Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. J Relig Health. 1. Juni 2013;52(2):657–73.
48. Hodapp B, Zwingmann C. Religiosity/Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. J Relig Health. 1. Dezember 2019;58(6):1970–98.
49. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, Pierre-Yves B, Gilliéron C, Huguelet P. Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. 1. Juni 2010;73(2):158–72.
50. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P. Religious Beliefs in Schizophrenia: Their Relevance for Adherence to Treatment. Schizophr Bull. 1. September 2007;33(5):1238–46.
51. Cook CC. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder: International Journal of Social Psychiatry [Internet]. 12. März 2015 [zitiert 4. Mai 2020]; Verfügbar unter: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764015573089?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov
52. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. Schizophr Res. März 2011;126(1–3):150–63.
53. Handbook of religion and mental health. San Diego, CA, US: Academic Press; 1998. xxxvii, 408 S. (Koenig HG, Reihenherausgeber. Handbook of religion and mental health).

54. Kállai I, Kéri S. [Religious-spiritual crisis or psychosis? The impact of basic symptoms in the differentiation of prepsychotic states]. *Psychiatr Hung.* 2020;35(2):102–10.
55. Brewerton TD. Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis.* Mai 1994;182(5):302–4.
56. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry.* Dezember 1999;156(12):1938–43.
57. Huang CLC, Shang CY, Shieh MS, Lin HN, Su JCJ. The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry Res.* 30. Mai 2011;187(3):347–53.
58. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* März 2002;37(3):130–8.
59. Julia von Iljin, Kristin Klapheck, Friederike Ruppelt, Thomas Bock. Religiosität bei Psychosen - Fluch oder Segen? Ergebnisse aus dem SuSi-Forschungsprojekt. September 2015; Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/282319761>
60. Dein S, Littlewood R. Religion and psychosis: a common evolutionary trajectory? *Transcult Psychiatry.* Juli 2011;48(3):318–35.
61. Murray ED, Cunningham MG, Price BH. The role of psychotic disorders in religious history considered. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012;24(4):410–26.
62. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* 2013;15(4):385–93.
63. Vai B, Bertocchi C, Benedetti F. Cortico-limbic connectivity as a possible biomarker for bipolar disorder: where are we now? *Expert Rev Neurother.* Februar 2019;19(2):159–72.
64. Saver JL, Rabin J. The neural substrates of religious experience. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1997;9(3):498–510.
65. Sethi S, Khanna R. Phenomenology of mania in eastern India. *Psychopathology.* 1993;26(5–6):274–8.
66. Garcia-Santibanez R, Sarva H. Isolated Hyperreligiosity in a Patient with Temporal Lobe Epilepsy. *Case Rep Neurol Med.* 2015;2015:235856.

67. Tucker DM, Novelly RA, Walker PJ. Hyperreligiosity in temporal lobe epilepsy: redefining the relationship. *J Nerv Ment Dis.* März 1987;175(3):181–4.
68. Koenig HG. Religion, spirituality and psychotic disorders. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo).* 2007;34:95–104.
69. Pathoplasticity | Johns Hopkins Psychiatry Guide [Internet]. [zitiert 2. April 2021]. Verfügbar unter: https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787167/all/Pathoplasticity?refer=true
70. T. Stompe, G. Ortwein-Swoboda, K. Ritter, H. Schanda. Old Wine in New Bottles? *Psychopathology.* Januar 2003;36(1):6.
71. Braudel F. The Mediterranean and the Mediterranean World in the Age of Philip II: Volume I [Internet]. 1ST Aufl. 1972 [zitiert 30. März 2021]. Verfügbar unter: <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=b0c9eca0f53fbca7af7119eb25f302ea>
72. Braudel F. The Mediterranean: The Mediterranean World in the Age of Philip II [Internet]. Bd. 2. University of California Press; 1996 [zitiert 30. März 2021]. Verfügbar unter: <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=99419effbe89cdc262a70ee60602ec4b>
73. Klosterkötter J. Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Springer-Verlag; 1988.
74. Kim KI, Li D, Jiang Z, Cui X, Lin L, Kang JJ, u. a. Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a transcultural study. *Int J Soc Psychiatry.* 1993;39(3):190–9.
75. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology.* 2008;41(3):165–72.
76. Krzystanek M, Krysta K, Klasik A, Krupka-Matuszczyk I. Religious content of hallucinations in paranoid schizophrenia. *Psychiatr Danub.* September 2012;24 Suppl 1:S65-69.
77. Stompe T, Friedman A, Ortwein G, Strobl R, Chaudhry HR, Najam N, u. a. Comparison of Delusions among Schizophrenics in Austria and in Pakistan. *PSP.* 1999;32(5):225–34.
78. Ndeti DM. Psychiatric phenomenology across countries: constitutional, cultural, or environmental? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1988;344:33–44.
79. Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, Raskauskiene N, Bunevicius R. Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? *Medicina (Kaunas).* 2008;44(7):529–35.

80. Suhail K, Ghauri S. Phenomenology of delusions and hallucinations in schizophrenia by religious convictions. *Mental Health*. 1. April 2010; *Religion & Culture*:245–59.
81. Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S. Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany). *Psychopathology*. 1998;31(2):59–68.
82. Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Res*. 5. August 2001;103(1):87–91.
83. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H. Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology*. Dezember 2001;34(6):289–98.
84. Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S. Religion, Spirituality, and Schizophrenia: A Review. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(2):119–24.
85. Tateyama M, Asai M, Kamisada M, Hashimoto M, Bartels M, Heimann H. Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany. *Psychopathology*. 1993;26(3–4):151–8.
86. Abdel Gawad N, Desai P, Ali T, Lewis KK, Polo R, Engstrom A, u. a. Religious Activity, Psychotic Features, and Suicidality in 688 Acute Psychiatric Inpatients. *J Psychiatr Pract*. Juli 2018;24(4):253–60.
87. Drinnan A, Lavender T. Deconstructing delusions: A qualitative study examining the relationship between religious beliefs and religious delusions. *Mental Health, Religion & Culture*. 2006;9(4):317–31.
88. Wilson WP. 11 - Religion and Psychoses. In: Koenig HG, Herausgeber. *Handbook of Religion and Mental Health* [Internet]. San Diego: Academic Press; 1998 [zitiert 31. Dezember 2020]. S. 161–73. Verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012417645450078X>
89. Pollack D, Pickel G. Religious individualization or secularization? Testing hypotheses of religious change – the case of Eastern and Western Germany. *The British Journal of Sociology*. 2007;58(4):603–32.
90. Wolf C. How Secularized is Germany? Cohort and Comparative Perspectives. *Social Compass*. 1. Juni 2008;55(2):111–26.
91. Religionszugehörigkeiten 2018 [Internet]. [zitiert 16. April 2020]. Verfügbar unter: <https://fowid.de/meldung/religionszugehoerigkeiten-2018>
92. Streib H, Keller B. Was bedeutet Spiritualität? Befunde, Analysen und Fallstudien aus Deutschland. 2015.

93. Forster PG. Religion and the State in Tanzania and Malawi. *Journal of Asian and African Studies*. 1. Januar 1997;32(3–4):163–84.
94. Malawi - People [Internet]. *Encyclopedia Britannica*. [zitiert 2. Oktober 2020]. Verfügbar unter: <https://www.britannica.com/place/Malawi>
95. Benson TD. *Malawi: an atlas of social statistics*. Washington, DC : Malawi: International Food Policy Research Institute ; National Statistical Office; 2002.
96. National Statistical Office, Zomba, Malawi. *Malawi Demographic and Health Survey 2004* [Internet]. 2005. Verfügbar unter: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR175/FR-175-MW04.pdf>
97. Sindima H. Bondedness, *Moyo* and *Umunthu* As the Elements of a Chewa Spirituality: Organizing Logic and Principle of Life. *Ultimate Reality and Meaning*. März 1991;14(1):5–20.
98. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
99. Andreasen NC, Arndt S, Miller D, Flaum M, Nopoulos P. Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: an overview and update. *Psychopathology*. 1995;28(1):7–17.
100. Pfeifer S, Waelty U. Psychopathology and religious commitment--a controlled study. *Psychopathology*. 1995;28(2):70–7.
101. Julie P. *SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 6. Open University Press; 377 S.
102. Suhail K. Phenomenology of Delusions in Pakistani Patients: Effect of Gender and Social Class. *PSP*. 2003;36(4):195–9.
103. Previc FH. The role of the extrapersonal brain systems in religious activity. *Consciousness and Cognition*. 1. September 2006;15(3):500–39.
104. Ng F. The interface between religion and psychosis. *Australas Psychiatry*. Februar 2007;15(1):62–6.
105. Marine G. *Der Zusammenhang von Religiosität mit dem Risiko eine bipolare Störung zu entwickeln in einer Risikopopulation*. Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin; 2021.
106. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med*. Dezember 1989;80(12):646–52.
107. Fuchs T, Röhrich F. Schizophrenia and intersubjectivity. An embodied and enactive approach to psychopathology and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 1. Juni 2017;24.

108. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull.* 2000;26(4):775–87.
109. Hood RW. The Construction and Preliminary Validation of a Measure of Reported Mystical Experience. *Journal for the Scientific Study of Religion.* 1975;14(1):29–41.
110. Huber S. Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). :3.
111. Huber S, Huber OW. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions.* 20. August 2012;3(3):710–24.
112. Koenig H, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions.* 1. Dezember 2010;1.
113. Huber S, Ackert M, Scheiblich H. Religiosität in unterschiedlichen Religionskulturen – Vergleiche auf der Basis der Centrality of Religiosity Scale. *cult.psych.* 1. Dezember 2020;1(1):171–85.

7. Eidesstaatliche Versicherung

„Ich, Ioannis Tsagkas, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zur Rolle von Religiosität und Spiritualität im Psychose-Spektrum“ - „On the role of religiosity and spirituality in the psychotic spectrum“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

8. Tabellarischer Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9. Danksagung

Ich danke Frau PD Dr. med. Christiane Montag für die freundliche Bereitstellung des Themas und die beste Begleitung während der Bearbeitung. Ihr kompetenter Rat, ihre Freundlichkeit und Geduld halfen mir durch Zeiten, in denen ich mal nicht weiterwusste.

Ebenso besonderer Dank gebührt Herr Dr. Lasse Brandt für die zuverlässige Betreuung und die konstruktiven Hinweise vor allem beim Projektdesign, der Erstellung der Datenbank und der statistischen Auswertung. Sowohl von ihm als auch von Frau PD Dr. Montag habe ich mich zu jeder Zeit bestens betreut gefühlt.

Meiner Familie, meinen engsten Freunden und Anja danke ich für die bedingungslose Unterstützung, die aufbauenden Worte und Geduld zu dieser Zeit. Ich konnte zu jeder Zeit hundertprozentig darauf bauen.

Zuletzt möchte ich meinen besonderen Dank an meine Eltern richten, denen diese Arbeit gewidmet ist. Ich konnte zu jeder Zeit meines Studiums und meiner bisherigen Laufbahn auf eure Unterstützung vertrauen. Es ist schwer in Worte zu fassen, wie froh ich bin, dass ihr mich auf dem Weg zu diesem Abschluss begleitet habt.