

Psychosomatik und Spiritualität
Rheinfelden 11. Dezember 2009

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

Integration spiritueller Aspekte in die Behandlung psychosomatischer Patienten

Dr. med. René Hefti

Chefarzt Psychosomatik Klinik SGM Langenthal
Dozent für psychosoziale Medizin an der Universität Bern
Leiter Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit





Medizinstudium in Zürich, Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkte Kardiologie und Psychosomatik, FAPPM, Ausbildung in existenzanalytischer Psychotherapie, seit 1998 Leitender Arzt, seit 2006 Chefarzt in der Klinik SGM

INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

KLINIK SGM LANGENTHAL
Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit







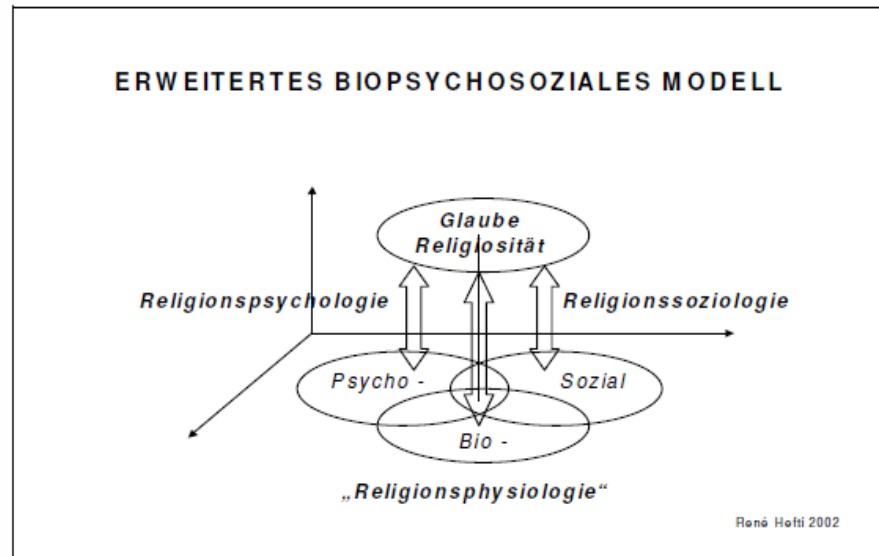
KLINIK SGM LANGENTHAL



- 1980 Stiftung für ganzheitliche Medizin
- 1987 Eröffnung der Klinik mit 36 Betten
- Überregionales Patientengut
- Aufnahme über ärztliche Zuweisung, keine Zwangsbehandlungen (FFE)
- Fachliche Schwerpunkte:
 - Psychosomatik und Psychiatrie
- Auch teilstationäres Angebot, Tagesklinik ab 2007 mit 12-14 Plätzen
- Zudem psychosomatisches und psychiatrisches Ambulatorium
- Ausbildungsanerkennung:
 - 1 Jahr Psychiatrie (stationär)
 - 1 Jahr Psychosomatik (FAPPM)
- 3 Ausbildungsstellen für AA
- www.klinik-sgm.ch



- Seit der Eröffnung der Klinik 1987 haben wir im Rahmen unseres Ganzheitsverständnisses spirituelle Aspekte in die Therapie integriert
- Im Sinne eines erweiterten biopsychosozialen Modells („Arbeitsmodell“)



INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

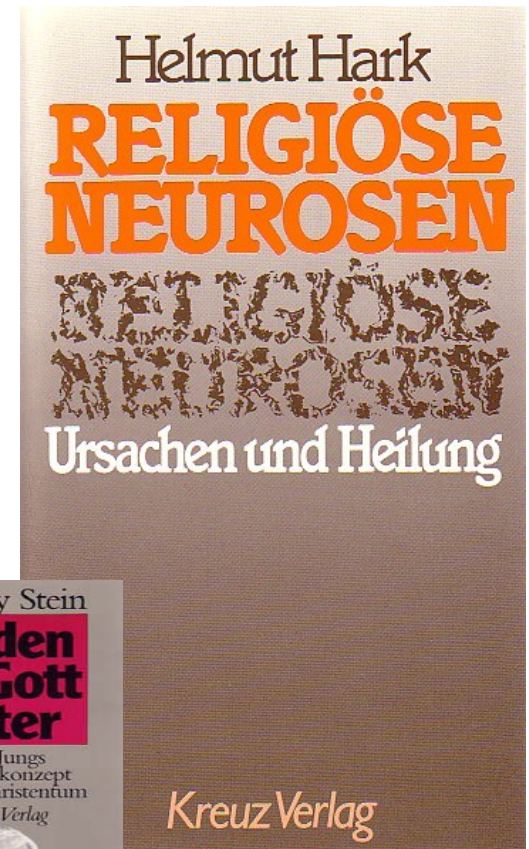
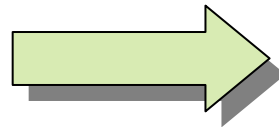
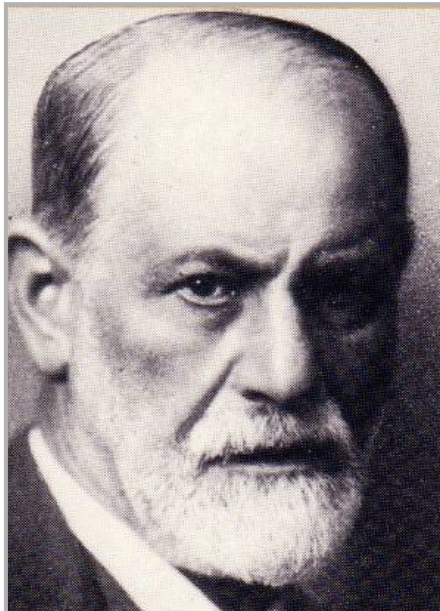


Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit



Pathologisierung des Glaubens



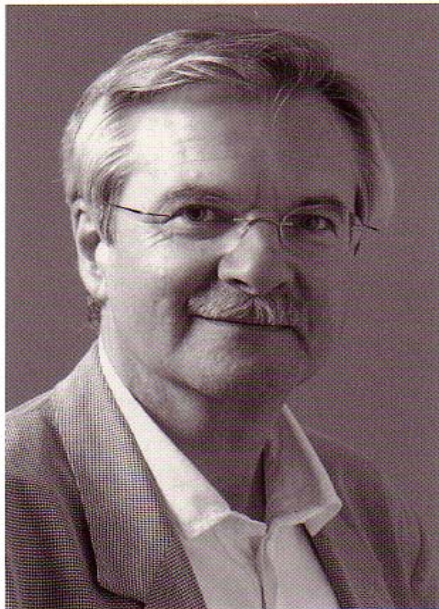
Zukunft einer Illusion 1927

Freud bezeichnet die Religion

- als „universelle Zwangsneurose“
- als „Opium für das Volk“



Situation in der Psychiatrie



Prof. Dr. med. Daniel Hell
Ehemaliger Klinikdirektor
der Psychiatrischen
Universitätsklinik Zürich

Fordert eine spirituelle Öffnung

- Die psychiatrische und psychotherapeutische Praxis **kann sich dem Seelisch-Geistigen nicht entziehen**, will sie die Hilfe suchenden Menschen wirklich ernst nehmen.
- Deshalb sollen die religiösen Weisen des Erlebens **im therapeutischen Gespräch unbedingt ernst genommen** werden und offen zur Sprache kommen können
- Ich bin davon überzeugt, dass die **Religiosität eine Kraft darstellt**, die zur Gemeinschaftsbildung beiträgt und den einzelnen Menschen stärken kann.

Aus dem Jahresbericht 2004 Der Psychiatrischen Klinik Littenheid



Dr. med. Carola Schildbach
Oberärztin Stationäre Psychotherapie
Thema „Narzissmus“

Spirituelle Krise

Die narzisstische Gesellschaft, die auf die olympische Masslosigkeit des «schneller, höher, weiter» setzt, zeigt längst deutlich Eigenschaften von Gewalttätigkeit, Nihilismus (völlige Verneinung aller Normen und Werte) und Hoffnungslosigkeit. Hoffnungslosigkeit und Gewalt gegen sich selbst ereilen den Narzissen, wenn seine Images zerbrechen. Es passt zum narzisstischen Zug unserer westlichen Kultur, dass es kaum ein öffentlich anerkanntes Erfahrungsmodell der Innenschau, der inneren Umkehr gibt und zunehmend weniger ehrfurchtsvolle Wertschätzung von Leben und Liebe. Liebe verkommt zur Funktion körperlicher Attraktivität und sexueller Potenz, Leben zur Verfügungsmasse ökologischer Ausbeutung. Innenschau gilt als verdächtig, weil sie Stille an die Stelle permanenter Reizüberflutung setzt. Demut und Ehrfurcht werden nur noch als lächerlich denunziert.

Abraham Maslow, einer der Begründer der humanistischen Psychologie, betont, wie wichtig, auch in den helfenden Berufen der «gute Mensch», der «Mensch guten Willens» ist. Der Gedanke vom «guten Menschen» lässt Maslow wie selbstverständlich über den Menschen hinaus nach oben blicken:

«Ohne das Transzendente und Transpersonale werden wir krank, gewalttätig, nihilistisch oder sogar hoffnungslos und apathisch. Wir brauchen etwas «Grösseres, als wir es selbst sind», um Ehrfurcht davor zu empfinden und uns in einer neuen, naturalistischen, empirischen, nichtkirchlichen Weise zu engagieren.»

Stationäre Psychotherapie bietet einen Ort der Umkehr, der inneren Einkehr, an. Im Rahmen der therapeutischen Erfahrung des Angenommenwerdens kann der narzisstische Mensch auch die Sehnsucht nach spiritueller Grundlegung des eigenen Lebens entwickeln. Psychotherapie kann in diesem Sinn nicht nur individuelle Heilung bedeuten, sondern auch Heilung einer heillosen Gesellschaft.

Beten stärkt die Abwehrkräfte

VON FRIDERIKE STÖWERT



Morgen ist Heiligabend. Viele Kirchen werden gut gefüllt sein. Denn eine Studie der Bertelsmann-Stiftung zeigte jetzt, dass 70 Prozent der Deutschen „religiös“, jeder Fünfte sogar „hochreligiös“ ist. Und das ist auch gut so.

Denn religiöse Menschen leben länger. „Beten ist eine Kraft, die wie keine andere hilft, Krankheitssituationen zu bewältigen“, sagt der Chefarzt Dr. René Hefti, Leiter des Forschungsinstituts für Spiritualität und Gesundheit an der Klinik SGM Langenthal (Schweiz) und Facharzt für Innere Medizin. „Der Glaube ist eine ganzheitliche Lebenshilfe, die sich nicht nur seelisch, sondern auch körperlich auswirkt“, sagt Dr. Hefti. „Er stärkt die Abwehr, das Herz-Kreislauf- und Hormon-System und wirkt stressreduzierend.“

Seine Erfahrungen aus dem Klinikalltag wurden in den letzten Jahren vielfach wissenschaftlich untersucht. So zeigte eine Studie an der Georgetown-Universität in Washington mit Patienten, die an rheumatoider Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung) litten, Überraschendes: Die Patienten, die sich einem dreitägigen Gebetsprozedere mit einem Gebetsteam unterzogen, hatten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe deutlich weniger schmerzhaft Gelenke.



Dr. René Hefti kombiniert Medizin und Glaube

MMW Beilage
Fortschritte der Medizin
51-52 15. Dezember 2007
www.mmw.de
www.stgk.at

Hilfe von oben
Glauben als Therapie?
Schwerpunkt ab S. 30

Welche Therapie für FAVK-Patienten?
Gentraining, Medikamente
und Angioplastie

Tipps für Praxis-Chefs
So halten Sie
Ihr Team bei Laune

Hausarzt-CME
Vom Symptom Husten
zur Diagnose

CME

INTERDISZIPLINÄRE SCHWERPUNKT

Interne und kardiologische Erkrankungen
**Das Gebet als
Therapeutikum?**
VON R. HEFTI, H. G. KOZIG

Hilft das Gebet eine „applikative Therapiemethode“? Soll der Patient selbst beten oder beten lassen? Einige wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem umstrittenen Thema liegen jetzt vor. Die Ergebnisse reichen von einer Symptombesserung bis hin zum Fortschreiten als Risikofaktor. Aber es gibt auch klärende Einwände.

Dr. René Hefti
Chefarzt für Innere Medizin und Leiter des Forschungsinstituts für Spiritualität und Gesundheit, Klinik SGM Langenthal, Schweiz

Dr. Hans-Joachim Koziol
Zusatzarzt für die Abteilung für Geriatrie, Klinik für Innere Medizin, Universitätsklinikum Bonn, Deutschland

... Die von uns reportierten Daten im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie (1) zeigten, dass die Patienten, die sich einem dreitägigen Gebetsprozedere mit einem Gebetsteam unterzogen, hatten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe deutlich weniger schmerzhaft Gelenke.

Studien
Clearwater-Studie: Wirkung des Gebets bei Patienten mit Arthritis

| Parameter | Interdisziplinäre Gruppe (n=14) | Kontrollgruppe (n=14) |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Schmerzmittelkonsum | 100% | 100% |
| CRP-Wert | 100% | 100% |
| ESR-Wert | 100% | 100% |
| ESR-Veränderung | 100% | 100% |
| ESR-Veränderung | 100% | 100% |
| ESR-Veränderung | 100% | 100% |
| ESR-Veränderung | 100% | 100% |

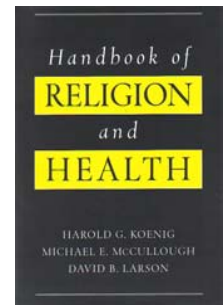
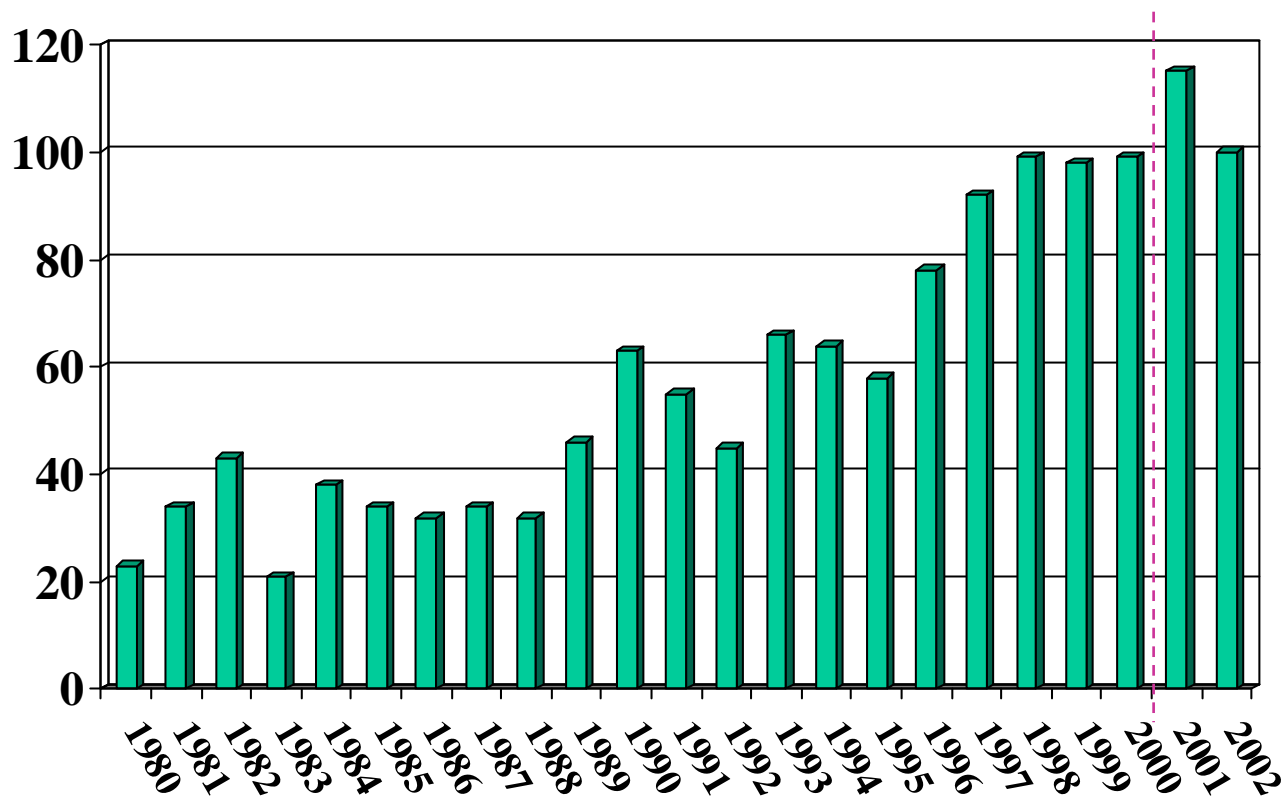
Wissenschaftliche Untersuchungen:
Auch Wissenschaftler setzen sich seit einigen Jahren mit dem Thema „Gebet“ auseinander. In der randomisierten, kontrollierten Studie von Koziol und Hefti (1) wurden 28 Patienten in Österreich geteilt in die Gebetsgruppe und die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten in der Gebetsgruppe weniger Schmerzen hatten und weniger Medikamente einnahmen. Zudem zeigten sie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit:
Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen ist entscheidend für die Entwicklung neuer Therapien. In der Clearwater-Studie (2) wurden 100 Patienten mit Arthritis in die Gebetsgruppe und die Kontrollgruppe eingeteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten in der Gebetsgruppe weniger Schmerzen hatten und weniger Medikamente einnahmen. Zudem zeigten sie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

Einfluss von Spiritueller Pflege:
Spirituelle Pflege ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Sie hilft Patienten, mit ihrer Krankheit umzugehen und ihre Lebensqualität zu verbessern. In der Clearwater-Studie (2) wurden 100 Patienten mit Arthritis in die Gebetsgruppe und die Kontrollgruppe eingeteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten in der Gebetsgruppe weniger Schmerzen hatten und weniger Medikamente einnahmen. Zudem zeigten sie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität.

RELIGION AND HEALTH ALS FORSCHUNGSRICHTUNG (in den USA)

NIH-funded Medline-listed Papers with Religion Variables 1980 - 2002



Analysis by J. McLaughlin and E. Idler, 2003, N=1373 since 1980 when Medline included funding acknowledgements

Frühe Arbeiten - 1987/1989

Journal of Religion and Health, Volume 28, No. 4, Winter 1989

The Impact of Religion on Men's Blood Pressure

DAVID B. LARSON, HAROLD G. KOENIG, BERTON H. KAPLAN, RAYMOND S. GREENBERG, EVERETT LOGUE, and HERMAN A. TYROLER

ABSTRACT: Most clinical studies examining the relation between religion and blood pressure status have focused on church attendance, finding lower pressures among frequent attenders. The present study examines the effect on blood pressure status of a religious meaning variable, importance of religion, both by itself and together with frequency of church attendance. The relation between blood pressure, self-perceived importance of religion, and frequency of church attendance was examined among a rural sample of 407 white men free from hypertension or cardiovascular disease. The data confirmed an interaction between the effects of both religious variables on blood pressure status, with importance of religion having an even greater association with lower pressures than church attendance. Diastolic blood pressures of persons with high church attendance and high religious importance were significantly lower than those in the low attendance, low importance group. These differences persisted after adjusting the analyses for age, socioeconomic status, smoking, and weight-height ratio (Quetelet Index). The difference in mean diastolic pressures based on response to the religious importance variable alone was statistically and clinically significant, particularly among men aged 55 and over (6 mm) and among smokers (5 mm). These findings suggest that both religious attitudes and involvement may interact favorably in their effects on cardiovascular hemodynamics.

David B. Larson, M.D., M.S.P.H., is Research Psychiatrist at the Biometrics and Clinical Applications Branch of the National Institute of Mental Health in Rockville, Maryland.
Harold G. Koenig, M.D., is Geriatric Medicine Fellow at the Center for the Study of Aging and Human Development at Duke University Medical Center in Durham, North Carolina.
Berton H. Kaplan, Ph.D., is a professor in the Department of Epidemiology School of Public Health at the University of North Carolina in Chapel Hill.
Raymond S. Greenberg, M.D., Ph.D., is chairman, Epidemiology and Biostatistics, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia.
Everett Logue, Ph.D., is with the College of Medicine at Northeastern Ohio University in Rootstown, Ohio.
Herman A. Tyroler, M.D., is a professor in the Department of Epidemiology School of Public Health at the University of North Carolina in Chapel Hill.
Funding for this study was provided by the Departments of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill; the Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University Medical Center; and the Geriatric Research Education and Clinical Center, Durham, North Carolina.
The authors thank Ann Blazer for his advice, assistance, and encouragement. They are also grateful to Dana Anne Miekush for her help with manuscript preparation and her thoughtful input to this project.
Send all correspondence to David B. Larson, M.D., M.S.P.H., BCAB/DBAS/NIMH, Rm. 18c-14, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD, 20857.

265

© 1989 Institution of Religion and Health

Soc. Sci. Med. Vol. 24, No. 7, pp. 589-600, 1987
Printed in Great Britain. All rights reserved

0277-9536/87 \$3.00 + 0.00
Copyright © 1987 Pergamon Journals Ltd

IS FREQUENT RELIGIOUS ATTENDANCE REALLY CONDUCTIVE TO BETTER HEALTH?: TOWARD AN EPIDEMIOLOGY OF RELIGION

JEFFREY S. LEVIN and HAROLD Y. VANDERPOOL

Department of Preventive Medicine and Community Health, The University of Texas Medical Branch, Galveston, TX 77550-2777, U.S.A.

Abstract—Although hundreds of published studies have addressed the effects of religion on morbidity and mortality, many investigators may be unaware of this literature. This paper begins with an analysis of an important subset of these studies—those 27 which operationalize "religiosity" as religious attendance—and which, taken as a whole, point to a consistent salutary effect for frequent attendance. Upon identifying several pervasive epistemological, methodological, and analytical problems with these studies, however, this paper shows that there is insufficient evidence to conclude that religious attendance is positively and significantly related to health. Nevertheless, the authors present a theoretical basis for expecting such associations. This framework is included in a brief primer on religion for epidemiologists and other sociomedical scientists interested in exploring the health-related effects of religious factors. Finally, a possible scenario for the development of an epidemiology of religion is discussed.

Key words—epidemiology, religion, measurement, methodology

Scholars from diverse disciplines have long speculated about the effects of religion on human health and well-being. These include theologians such as Paul Tillich [1] and William Clebsch [2], philosophers such as Bertrand Russell [3] and William James [4], and psychologists such as Abraham Maslow [5] and Sigmund Freud [6]. Although these scholars universally agree that religion exerts a profound influence on health, they greatly disagree as to whether religion has mostly salutary or deleterious effects. The relationship, if any, between religious factors and health outcomes has been a source of intense debate for decades. While religion scholars have naturally shown great interest in this area (e.g. [7, 8]), many prominent clinicians and researchers in the health field, from John Shaw Billings [9] and William Osler [10] to Jerome Frank [11, 12] and Berton Kaplan [13], have also composed their thoughts on potential, empirically verifiable linkages between religion and health.

More importantly, several epidemiologists, most notably Professor George Comstock and his associates at Johns Hopkins, have given serious, if sporadic, attention to religion-health interrelationships, as manifested by their use of religion variables in epidemiologic surveys. In a seminal article published over 15 years ago, Comstock and Partridge [14] first set forth the challenge that epidemiologists should forge past their "ignorance" and begin to attend to religion as a health-related factor, despite its apparent "complexity and elusiveness." Even if actual mechanisms linking religion to health were not identifiable, other researchers familiar with the work of Comstock and Partridge felt certain that measuring levels of religious commitment could still prove useful as an ad hoc screening device for certain chronic diseases [15].

Despite this research, most social scientists and epidemiologists likely believe that this area of inquiry has been neglected, and perhaps deservedly so. Indeed, two authors recently claimed that "there has been a paucity of studies examining the epidemiological effects of religion and health" [16]. Others generally assume that only a few eccentrics in epidemiology are interested in religion, are disturbed about the quality of epidemiologic work utilizing religion variables, and believe that this represents a vital and promising area of investigation. The purpose of this paper is to assay and assail these assumptions, and, in so doing, to take the reader on a dialectical roller-coaster ride. As we proceed, we will address the following points:

- (1) Unbeknownst to many sociomedical scientists and perhaps most epidemiologists, the study of religion factors in epidemiology represents an ongoing scholarly enterprise that accounts for a large portion of the social and behavioral epidemiologic literature.
- (2) In the overwhelming majority of these studies, the investigation of religion has been confined to comparisons of morbidity and mortality rates across religious groups (e.g. Protestants vs Catholics; Mormons vs non-Mormons; Jews vs gentiles). Religion, *per se*, has not been treated as a true independent variable. However, in about two dozen of these studies, a measure of religious behavior has been used—the frequency of religious attendance. We will review this subset of the religion and epidemiology literature. In general, these studies suggest that infra-

Handbook of RELIGION and HEALTH

HAROLD G. KOENIG
MICHAEL E. MCCULLOUGH
DAVID B. LARSON

589

Religious Coping, Ethnicity, and Ambulatory Blood Pressure

PATRICK R. STEFFEN, PhD, ALAN L. HINDERLITER, MD, JAMES A. BLUMENTHAL, PhD, AND ANDREW SHERWOOD, PhD

Objective: To investigate the relationship between religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure (ABP) measured during daily life. **Methods:** A 24-hour ABP was obtained from 155 men and women (78 African American and 77 white) on a typical workday. ABP was averaged over awake and sleep periods, and clinic BP was also assessed. Psychosocial measures of coping style, negative affect, social support, stress, and health behaviors were completed before ABP measurement. **Results:** Multiple regression analyses, controlling for demographic variables, revealed a significant religious coping by ethnicity interaction for ABP ($p < .01$) and clinic BP ($p < .05$). Religious coping was not related to BP among whites. Among African Americans, however, higher levels of religious coping were associated with lower awake ($p < .05$) and sleep ($p < .01$) ABP. Social support satisfaction also was related to lower awake ABP among African Americans, but it did not mediate the relationship between religious coping and ABP. **Conclusions:** The results of this study extend previous findings by showing that, among African Americans, religious coping and BP are related during daily activities as well as in the clinic. Lower 24-hour BP load may be a pathway through which religiosity and cardiovascular health are related. **Key words:** religious coping, ethnicity, blood pressure, ambulatory blood pressure.

Psychosomatic Medicine 63:523–530 (2001)



TABLE 1. Sample Characteristics by Ethnicity (mean \pm SD or %)

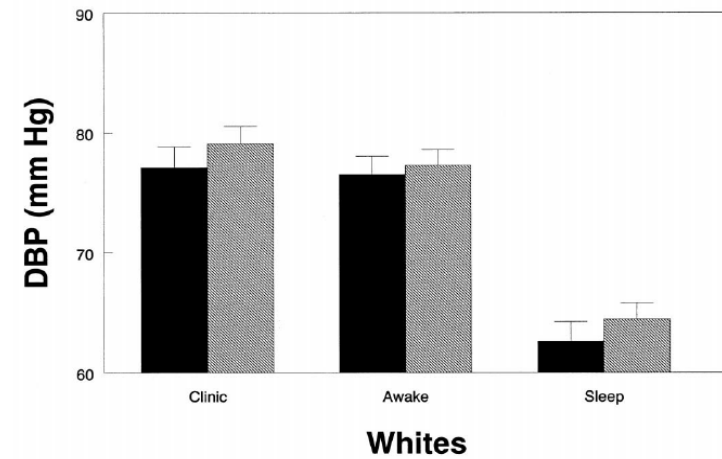
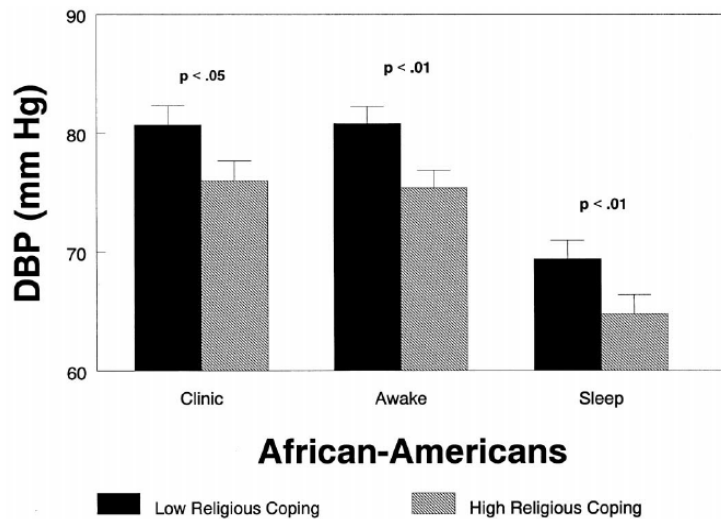
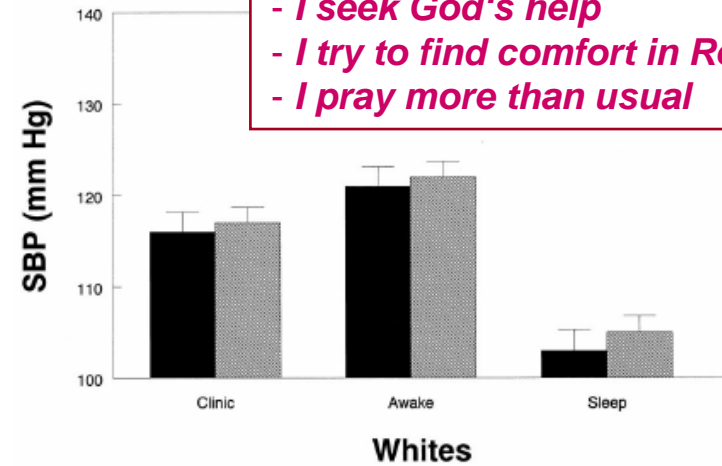
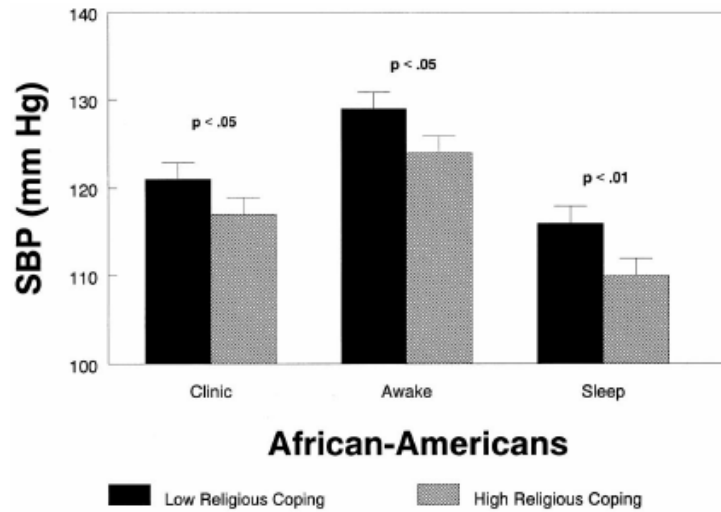
| Variable | African American (n = 78) | White (n = 77) | p |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|------|
| Demographics/SES | | | |
| Age | 34 \pm 6 | 33 \pm 6 | NS |
| Median number of children | 1 \pm 1 | 1 \pm 1 | NS |
| Sex (% women) | 57% | 36% | <.01 |
| Income (% >\$30,000) | 54% | 65% | .01 |
| Education (years) | 15 | 18 | <.01 |
| Anthropometric | | | |
| Height (cm) | 170 \pm 11 | 173 \pm 10 | NS |
| Weight (kg) | 77 \pm 13 | 76 \pm 11 | NS |
| BMI (kg/m ²) | 26.5 \pm 3.7 | 25.1 \pm 2.8 | <.01 |
| Blood pressure | | | |
| Clinic SBP (mm Hg) | 119 \pm 13 | 118 \pm 14 | NS |
| Clinic DBP (mm Hg) | 78 \pm 10 | 78 \pm 10 | NS |
| Awake SBP (mm Hg) | 125 \pm 13 | 123 \pm 12 | NS |
| Awake DBP (mm Hg) | 78 \pm 10 | 76 \pm 9 | NS |
| Sleep SBP (mm Hg) | 112 \pm 14 | 106 \pm 12 | <.01 |
| Sleep DBP (mm Hg) | 66 \pm 11 | 63 \pm 9 | .04 |

TABLE 2. Religious, Psychosocial, and Health Behavior Variables by Ethnicity (mean \pm SD)

| Variable | African American | White | p |
|---------------------------|------------------|-----------------|------|
| Coping | | | |
| Religious | 13.4 \pm 3.2 | 9.2 \pm 4.5 | <.01 |
| Active | 68.7 \pm 10.9 | 68.1 \pm 11.1 | NS |
| Avoidant | 29.8 \pm 7.2 | 30.2 \pm 5.4 | NS |
| Acceptance | 18.6 \pm 5.0 | 20.8 \pm 4.5 | <.01 |
| Depression | | | |
| Beck Depression Inventory | 5.4 \pm 5.3 | 5.3 \pm 4.5 | NS |
| Anxiety | | | |
| State | 33 \pm 9 | 35 \pm 8 | NS |
| Trait | 36 \pm 9 | 38 \pm 8 | NS |
| Social Support | | | |
| Number of support persons | 2.8 \pm 1.7 | 3.5 \pm 1.9 | <.05 |
| Satisfaction with support | 5.5 \pm 0.7 | 5.1 \pm 1.1 | <.05 |
| Stress | | | |
| Diary stress ratings | 1.5 \pm .6 | 1.5 \pm .5 | NS |
| Health Behaviors | | | |
| Alcohol (drinks/week) | 3.0 \pm 6.0 | 3.2 \pm 4.1 | NS |
| Exercise | 33 \pm 43 | 33 \pm 34 | NS |
| Sleep (hours) | 5.9 \pm 1.9 | 6.8 \pm 1.4 | <.01 |

Religious Coping

- I put my trust in God
- I seek God's help
- I try to find comfort in Religion
- I pray more than usual



Erfolgreich gegen Bluthochdruck



- **Neue britische Leitlinien:**
Betablocker nicht mehr erste Wahl
- **Berichte vom Kongress der European Society of Hypertension in Madrid**
- **Berichte vom Kongress der American Society of Hypertension in New York**



Messe in der St. Augustine Kirche in New Orleans. Steckt darin ein antihypertensives Potential? Quelle: imago / UPI/Photo

Geht von Religiosität eine antihypertensive Wirkung aus?

In der Frage, wie sich Religiosität auf die Gesundheit auswirkt, gehen die Meinungen auseinander. Sigmund Freud etwa wertete gegen die Religion als „universelle Zwangsneurose“, die sich aus verdrängter Sexualität, plagenden Schuldgefühlen und unterdrückten Emotionen speise. Rudolf Steiner hielt umgekehrt den Atheismus für eine krankmachende Gesinnung. Die Leugnung des Göttlichen war für ihn zugleich die Ablehnung einer Kraft, die ein „gesundes Gefühl des Leibes eingibt“. Naturwissenschaftlich geprägte Forscher, die Objektivität stets mit messbaren Befunden begründet sehen möchten, werden beiden Thesen wohl kaum etwas abgewinnen können.

Je eifriger gebetet wurde, um so niedriger war der Blutdruck

Vor allem in den USA, wo die Wissenschaft der Religiosität mit deutlich weniger Distanz als in Europa begegnet, haben Forscher zunehmend die gesundheitlichen Auswirkungen religiöser Aktivität ins Visier genommen. Ihre Ergebnisse sprechen eher gegen die These, dass Religion dem seelischen Wohlbefinden der Gläubigen abträglich ist. Je eifriger die Befragten ihrem religiösen Glauben in der Praxis Ausdruck verliehen, um so stärker waren sie etwa gegen den Missbrauch von Alkohol und Drogen gefeit. Kirchliche Gebundenheit war mit einer niedrigeren Scheidungsrate

und einer höheren Zufriedenheit in der Ehe assoziiert, was wiederum die Rate psychiatrischer Behandlungen reduzierte.

Religiöse Betätigung in einer Religions- oder Kirchengemeinschaft, von denen es in den USA bekanntlich unzählige gibt, scheint auch eine entspannende Wirkung auf die Blutgefäße zu haben. Schon 1998 haben Wissenschaftler der Duke University in Durham in einer Studie eine quasi antihypertensive Wirkung von regelmäßigem Kirchgang, Beten und Bibelstudium beobachtet. Sie hatten sich in dieser Studie bei knapp 4000 älteren Einwohnern von North Carolina per Befragung ein genaues Bild von der Intensität der religiösen Betätigung verschafft und diese in Beziehung zum Blutdruck gesetzt.

Das Ergebnis: Je häufiger die Kirche besucht, daheim gebetet oder das Buch der Bücher studiert wurde, um so niedriger war der Blutdruck. In der Gruppe der Gläubigen, die ihre Religiosität am eifrigsten praktizierten, war die Prävalenz hypertoner Blutdruckwerte um 40 Prozent niedriger als bei Mitmenschen, die nur hin und wieder das Bedürfnis nach Kirchgang oder privatem Gespräch mit Gott im Gebet verspürten. Allerdings schien der Blutdruckeffekt sehr davon abhängig zu sein, welches Medium für die Glaubensvermittlung gewählt wurde: Wer sich nämlich vornehmlich auf dem häuslichen Sofa an der per Fernseher ausgestrahlten Predigt er-

baute oder der Heilsbotschaft am Radio lauschte, hatte sogar höhere Blutdruckwerte als Vergleichspersonen.

In einer neuen Studie, deren Ergebnisse Dr. Sharon B. Wyatt beim ASH-Kongress vorgestellt hat, sind die Forscher nun auf einen ähnlichen Zusammenhang zwischen praktizierter Religiosität und Blutdrucksenkung gestossen. In dieser Studie (Jackson Heart Study) sind 5302 Afro-Amerikaner – in der Mehrzahl Frauen – ausführlich nach ihren kirchlich organisierten wie auch privaten religiösen Aktivitäten befragt worden.

Religiosität möglicherweise ein „Puffer“ gegen Stress

Auch in dieser Studie zeigte sich, dass Frauen, deren Aktivitäten und Lebenseinstellungen in hohem Masse religiös geprägt waren, niedrigere Blutdruckwerte hatten als die übrigen Studienteilnehmerinnen – und dies, obwohl bei ihnen der Body Mass-Index überdurchschnittlich hoch und die Compliance bei der Einnahme ihrer antihypertensiven Medikation relativ schlecht war. Wyatt vermutet, dass Religiosität wie ein „Puffer“ die Auswirkungen von Stressbelastung unter anderem auf die Blutgefäße abmildern kann. Dafür spricht auch die in der Studie gemachte Beobachtung, dass ein hoher Grad an religiöser Betätigung mit einem relativ niedrigen Plasmaspiegel des Stresshormons Cortisol assoziiert war. (ob)



Home

Events

Newsletter

Shop

Downloads

Support

Links

Institut

Kontakt

Newsletter

Abonnieren Sie unseren
Newsletter und bleiben Sie
aktuell informiert!

► mehr

Europäische Konferenz

European Network of Research
on Religion, Spirituality and Health

Newsletter July 2009

Volume 4 • No. 3

Editorial

Dear colleagues, dear friends

First of all I want to thank Emilia Colucci for her brilliant contribution to this newsletter on "Spirituality and Suicidology" which brings up a very relevant topic in mental health care. I want to encourage you to read the full article that can be freely downloaded (see reference).

Second I invite you to see the news letter as a platform to share your research projects and promote your publications. The European Network is growing constantly and „transcending“ European borders, as Emilia Colucci's contribution shows.

Thirdly I am happy to announce our 2nd European Conference on Religion, Spirituality and Health, which is going to take place in May 13-15, 2010 in Bern, Switzerland. The overall topic will be religious and spiritual coping, the international keynote speaker Prof. Ken Pargament. As a pre-conference there will again be the opportunity to participate in a 1-day research workshop with Prof. Harold Koenig. I warmly invite you to take part in both events and to submit your abstracts for the European Conference where we plan to launch a Young Researcher Award (further information see our webpage www.ecrsh.eu)

Roni Hefti, MD

Topic

Recognizing Spirituality in the Assessment and Prevention of Suicidal Behaviour

Introduction
In pre-modern times, concerns related to illness and healing were often encompassed within the wider domain of a religious worldview and, in many cultures, healing was a sacred art (Barthele, 2003). Today,

(Western) Medicine, including Psychiatry and in general Psychology, are secular disciplines. But, as observed by D'Souza (2002), in many parts of the world a holistic view of human being has survived. This is seen, for instance, in Chinese and Indian Medicine, in the healing arts of American Indians and among Indigenous Australian peoples. However, as Swinton (2001) points out in his *Spirituality and mental health care: Re-discovering a „forgotten“ dimension*, even though the idea of spirituality appears to belong to a supposed era, in fact the latter part of the twentieth century has seen a noticeable rise in interest in spirituality within the West.

Swinton (2001) clarifies later, this does not refer to institutionalized religions which are becoming less popular. The distinction between religion and spirituality has gained greater prominence since the 1960s (Evan, 2005) and, nowadays, there seems to be general agreement (e.g. Birbaumer & Birbaumer, 2004; Fetzer Institute, 1999; Okada, 1996) about the necessity to differentiate between these two concepts: religion and spirituality do not necessarily overlap for everyone and individuals may be spiritual without being religious (interreligious spirituality) and religion may be spiritual (intra-religious spirituality). Consequently, religion - defined more narrowly as a formal, ritualized and institutionalized system of beliefs - should not be treated as synonymous of spirituality but, eventually, as one form of spirituality (or the most common cultural representation of spirituality in Eckler's 2007 words).

After a brief discussion on the definition of spirituality, the article presents evidence from the literature that, in spite of the importance spirituality might have for mental health patients and suicidal people, it is still an overlooked area in Suicidology. Attention is also given to a central aspect of spirituality that has, with few exceptions, been neglected in suicide research, i.e. meaning and purpose in life. Suggestions for future research are offered in the closing section.

What Should Not Go Neglected and How Future Direction
The Mental Health Foundation report (2006) points out that, whilst there is recognition that there are differences between religion and spirituality, much of the research uses measures of religious practice as a proxy. But, as Swinton (2001) affirms, the significant thing to bear in mind is that spirituality may well be significant to many people with mental health problems, even though they may not express an interest in or adherence to an established religious tradition. For instance, Welch (2003) admits that a faith-based religious spirituality was not going to work for someone with a rationalistic and atheistic upbringing like his but that this form of sacred relationship with a religious God has been the key to the recovery of other suicidal patients. Therefore, research should attempt to discover those aspects of life that give meaning to individuals that are beyond the traditional parameters of religion (Mental Health Foundation, 2006). Consequently, the first suggestion for future direction in research is to focalize on the broader concept of spirituality, on the feeling of transcendence, on the personal and cultural ways of experiencing and expressing spirituality, and so by increasing the use of qualitative methodology. Swinton (2001) is very critical of the use of quantitative methods to study religion and spirituality. One of the limits shown by quantitative studies of religion is that usually they are reductionistic, simplistic, and treat religion and spirituality as if they are unidimensional constructs, often assuming that these can be adequately measured by a single variable. In fact, in the cross-cultural journals reviewed by Tasker-Brown, Stanton and Pargament (2003), the authors criticized that religious-dimension was assessed through a few global indicators (such as church affiliation, church attendance and prayer) which do not reflect the multi-dimensional nature of religion'. Burkhardt (1989) supports the idea that spirituality

EC RSH10

First Announcement

2nd European Conference on
Religion, Spirituality and Health

May 13-15, 2010 • Bern, Switzerland • www.ecrsh.eu

General Information

The 2nd European Conference on Religion, Spirituality and Health puts a special emphasis on religious and spiritual coping in health and disease. The keynote speakers approach the topic from their specific professional background, aiming to enhance the interdisciplinary dialogue between medicine, neuroscience and theology. The newly established Bern Lecture will be offered by Prof. Kenneth Pargament, an internationally

recognised expert on religious coping. Symposia invite discussion and free communications allow research groups to present their research projects either orally or as posters. The best presentation given by a young researcher will be honoured by the Young Researchers Award. Another focus is to strengthen the network among researchers in the field and to promote scientific projects. A public lecture will be given by Prof. Thierry Carrel.

Keynote Speakers & Main Topics

- PD Dr. med. et scient. Raphael Bonelli
Medical Faculty, University of Salzburg, Austria
Research in Forgiveness Therapy
- Prof. Dr. med. Jean-Marc Burgunder
Department of Neurology, University of Bern, Switzerland
The Neurobiology of Coping
- Prof. Dr. med. et. M.M.E. Peter Heusser
Chair for Theory of Medicine, Integrative and Anthropogenic Medicine, University of Witten/Herdecke, Germany
Spirituality in Medical Anthropology: Why? And how?
- Ass. Prof. Dr. theol. Niels Christian Hvidt
Research Unit of Health, Man and Society, University of Southern Denmark, Denmark
Theological Perspectives on Religious Coping
- Prof. Dr. Mary Kalfoss
Nursing Research, Dalarna University College, Norway
Spirituality, Love and Quality of Life

- Prof. Dr. med. Maria Kopp
Institute of Behavioral Sciences, Semmelweis University, Hungary
Meaning in Life, Religion and Health in a Changing Society
- Prof. Dr. Kenneth I. Pargament
Dep. of Psychology, Bowling Green State University USA
Wrestling with the Angels: Spiritual Struggles and their Implications for Health & Well-Being
- Prof. Dr. John Swinton
School of Divinity, History and Philosophy, King's College, University of Aberdeen, UK
Religion and Mental Health
- Prof. Dr. Harald Walach
School of Social Sciences, University of Northampton, UK
Mindfulness Spirituality and Coping

Public Lecture

- Prof. Dr. med. Thierry Carrel
Department of Cardiovascular Surgery, University of Bern
Hat Spiritualität überhaupt noch einen Platz in der hochspezialisierten Medizin? (German)

Call for Abstracts

We invite the submission for presentations until December
www.ecrsh.eu (see abstracts)





World Psychiatric Association WPA-Online

Welcome to the website of the World Psychiatric Association, and its 130 Member Societies, concerned

▶ **What's New (Electronic Bulletin)**

[Home](#)

[Site Map](#)

Psychophysiology: Silvana Galderisi (Italy)



Psychotherapy: Daniel Wilson (USA)



Public Policy and Psychiatry: Helen Herrman (Australia)



Quality Assurance in Psychiatry: John McIntyre (USA)

Religion, Spirituality and Psychiatry: Herman Van Praag

Psychiatry: Jean-Paul Macher (France)



Health: Sadamand Rajkumar (Australia)

Psychiatry: Wolfgang Gaebel (Germany)



Business: Wolfgang Fleischhacker (Austria)

Psychiatry: Jean-Pierre Soubrier

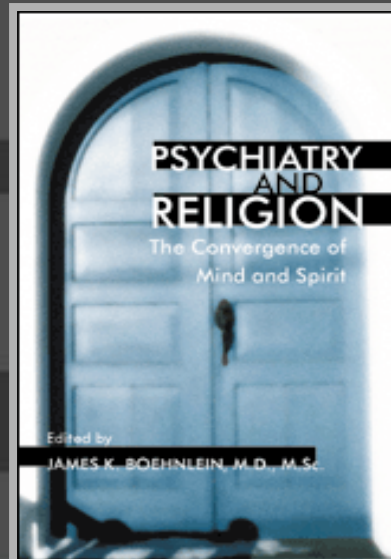
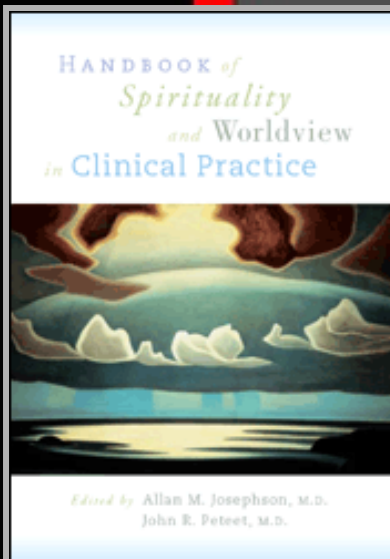


- About Us
- Leadership
- Members
- Sections

- Purposes
- Officers & Activities
- Directory
- Sections' Bulletin
- Advances in Psychiatry
- WPA Athens Electronic Congress

- Meetings
- Publications
- Education
- Institutional Documents
- Young (YPN)
- Public Info
- Contact us
- Search

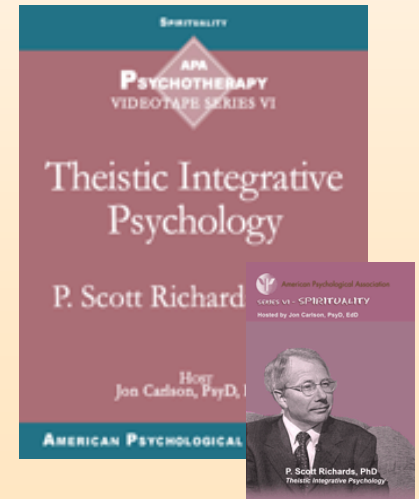
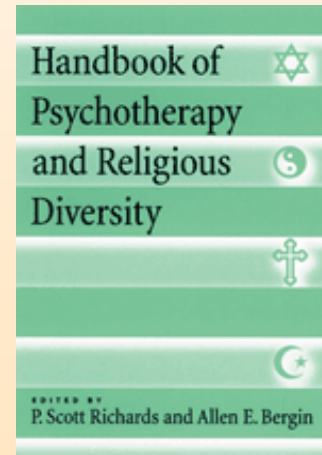
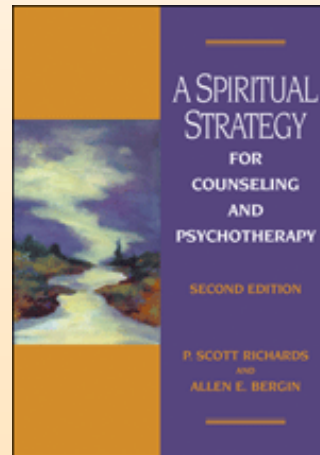
Latest Update
August 16, 2006



APA – Psychology of Religion (Division 36)



Allen E. Bergin, PhD, received his PhD in clinical psychology in 1960 from Stanford University. He was a faculty member at Teachers College, Columbia University, from 1961 to 1972. He was a Professor of Psychology at Brigham Young University (BYU) from 1972 until his retirement in 2001. **Dr. Bergin is past-president of the Society for Psychotherapy Research** and co-editor of the classic Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. He is co-author of „**A Spiritual Strategy of Counseling and Psychotherapy (1997)** and co-editor of the „**Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity (2000)**. In 1989 he received an Award for Distinguished Professional Contributions to Knowledge from the American Psychological Association (APA). In 1990, **Division 36 (Psychology of Religion)** of APA presented him with the William James Award for Psychology of Religion Research.



INHALTSÜBERSICHT

u^b

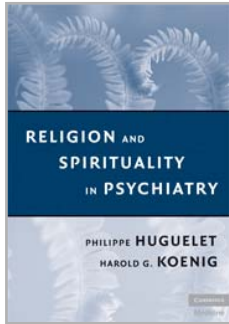
UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- **Patientenbeispiel**
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit

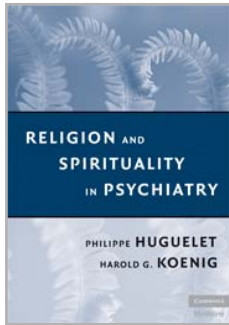




52-jährige Patientin

Postpoliomyelitissyndrom

- Poliomyelitis mit 2.5 Jahren, seither Beinschwäche rechts
- Mehrere Operationen an beiden Füßen
- Im Verlauf OSG-Arthrose, Gonarthrose rechts
- Zunehmender Kraftverlust im rechten Bein
- Discopathien und Spondylose der BWS
- ***Fazit: Chronische Schmerzsymptomatik rechtes Bein, Hüfte und BWS***



52-jährige Patientin

- **Multimodaler Behandlungsansatz**
- Medikamentöse Schmerztherapie (Opiate)
- Paravertebrale Infiltrationen mit Xylocain 2%
- Physiotherapie zur Schmerzlinderung und Kräftigung des rechten Beines
- ***Supportive Psychotherapie unter Einbezug von Glaubensaspekten***
- Ergo-Gestaltungs-Ausdruckstherapie



Schmerzerleben der Patientin

Rote Figur:

Brennen, wie Feuer,
„Giftiger Schmerz“
Weckt aggressive
Gefühle,

Schwarze Figur:

Dumpfer, drückender,
bohrender Schmerz
Zermürbt, frisst Kraft,
macht depressiv



Schmerz – Bewältigung

1. Schmerz aushalten und annehmen !

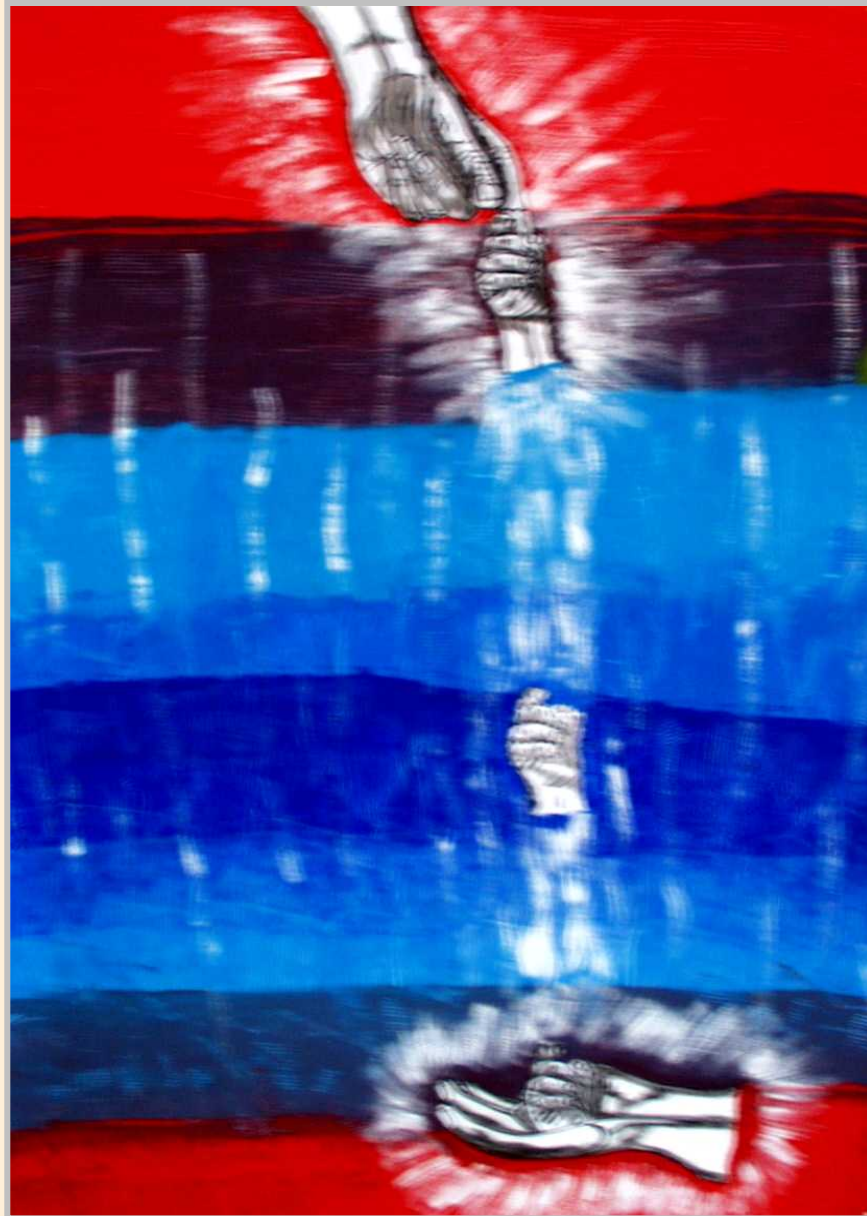
⇒ *Ringen um Halt in Ihrer
Gottesbeziehung*

⇒ *Jesus als Modell/Vorbild,
als Schmerzensmann*

2. Gefühle ausdrücken

⇒ *Ihrem Unverständnis, ihrer
Wut und Aggression auch Gott
gegenüber Ausdruck geben*

⇒ *Offenes Zwiegespräch mit
Gott (Don Camillo, Psalmen)*



Schmerz – Bewältigung

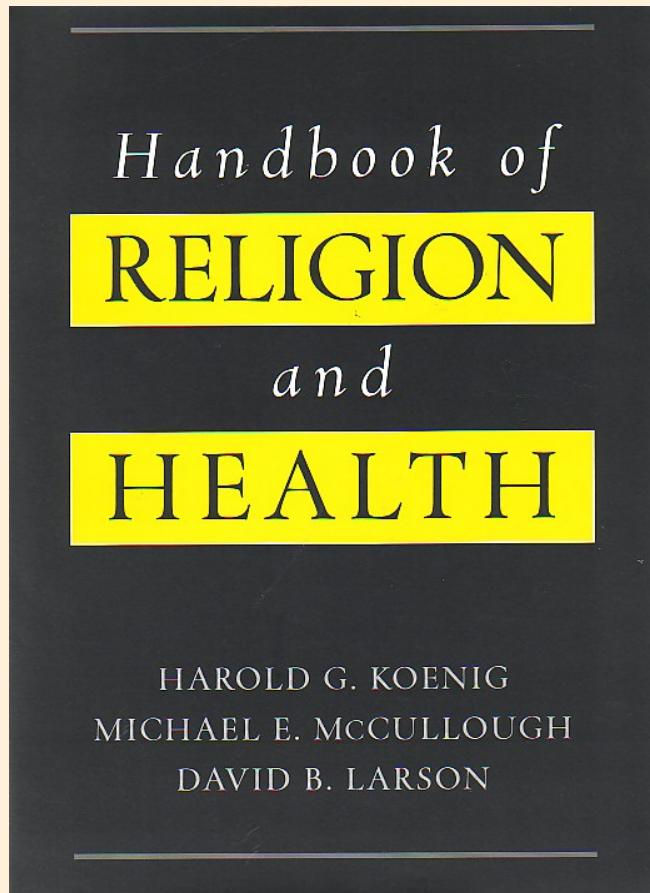
3. Sich in den Schmerz (und in die Depression) hineinfallen lassen

- ⇒ *Im Vertrauen, dass Gott trägt und durchträgt*
- ⇒ *Kontrolle auf-/abgeben*

4. Transformation

- ⇒ *Verändert den Schmerz, nimmt ihm die macht*
- ⇒ *Führt zu Entspannung und Schmerzlinderung*
- ⇒ *Verändert auch die Person*

SPIRITUELLE ASPEKTE



Religion and the Relief of Pain (Seite 350 ff)

- *Religious Views*
- *Distraction*
- *Power of Belief*
- *Coping with Pain*
- *Social Support*

GLAUBE UND SCHMERZ

„Christianity does teach, that pain and suffering can be constructive forces for personal growth and for accomplishment of a greater good“

→ *Eröffnet eine Entwicklungs- und Sinnperspektive*

GLAUBE UND SCHMERZ

Florell et al. 1973

- *44 Patienten mit orthopädischer Verletzung*
- *Chaplain-Gruppe mit täglichen Besuchen eines Seelsorgers (15 Min) und Non-Chaplain-Gruppe mit “business as usual”*
- ***Patienten in der Chaplain-Gruppe***
 - *hatte weniger Schmerzen und Stress*
 - *brauchten weniger Schmerzmedikamente*
 - *und beanspruchten die Pflege weniger*

GLAUBE UND SCHMERZ

Turner & Clancy et al. 1986, Pain

*74 Patienten mit Chronic Low Back Pain
Treatment Study in Seattle, Washington
Füllten einen Coping Fragebogen aus (CSQ)*

*Im zeitlichen Verlauf zeigte sich, dass die
Schmerzintensität bei denen, die **Gebet als
Bewältigungsstrategie** einsetzten, abnahm.*

SPIRITUELLE ASPEKTE



Egle
Hofmann

Der Schmerzkranke

Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht

Schattauer

Algesiometer

4/98

Organ der Gesellschaft zur Weiterentwicklung der interdisziplinären Schmerzmedizin

Essay
Nur im Tod ist kein Schmerz
Jürgen Peter Stössel

moderne Zivilisation dem Menschen beigebracht hat. Schmerz ist ausschließlich ein biomedizinisches Problem? Wer so denkt, muss an eine technische Lösung glauben. Das auf elektrische Impulse und chemische Überträgersubstanzen eingeschränkte Subjekt, von seinen Leiden abgespalten, kann nichts beitragen zum ersehnten Heil – mussen. Gegenüber den Behandlungsvarianten...

Millionen Menschen plagt chronisch ein Missbehagen, das am häufigsten Kopf und Rücken betrifft, aber ebenso jede andere Körperregion einbeziehen kann. Nicht selten wechselt es im Lauf der Jahre die Lokalisation, ohne an Endringlichkeit zu verlieren. Was wohl hat, entsprechend der indogermanischen Wurzel des Wortes »Schmerz« als gewöhnlich, aufreistand erwidert wird, hat in diesen Fällen oft keinen »objektiven« von einem unbefähigten Beobachter anerkennen Grund. Dabei lindern die gegen akute Nöte erprobten Methoden das Übel höchstens vorübergehend. Oder sie verschlimmern es noch.

Eine Brandwunde, die Muskelzerrung des Sportlers, das durch Entzündung plötzlich anschwellende Gelenk oder die Nervenläsion infolge eines in den Hornwegen eingeklemmten Steins – derartige Ereignisse

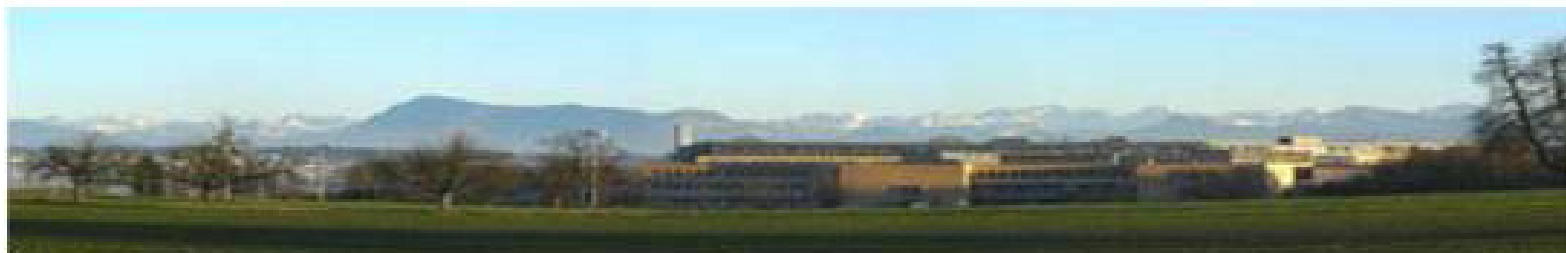
Mit freundlicher Genehmigung von Dieter Wiesmüller Fortsetzung auf Seite 2

| Inhaltsverzeichnis | | | |
|----------------------------|---|--|----|
| Essay | 1 | Schmerz-Schicksale | 9 |
| Pressemittteilung | 3 | Zwangst | 10 |
| Übersichtsreferat | 4 | Programm 10. Internationaler Stress-Kongress | 11 |
| Übersichtsreferat (franz.) | 8 | Schmerz-Kongresse, Internet-Adressen | 12 |

INTERPAIN

Herausgeber: INTER • PAIN, Gesellschaft zur Weiterentwicklung der interdisziplinären Schmerzmedizin
Société pour le développement de la médecine antidouleur interdisciplinaire, Società per lo sviluppo della medicina del dolore interdisciplinare
Reaktion Dr. med. Christoph Biemack-Recher, Dr. med. Annel Reiter, Dr. med. Christoph Reiter
Ch: 9428 Wallethausen, Tel. +41 71 888 04 34, Fax +41 71 888 04 35, <http://www.inter-pain.ch>
E-Mail: inter-pain.europa@main-heimer.de Copyright 1998 by INTER • PAIN. Alle Rechte vorbehalten.
Algesiometer erscheint vierteljährlich, sein Bezugspreis ist im INTER • PAIN-Mitgliedsbeitrag enthalten.

Leiden und Schmerz - Wege aus der Sackgasse



SAPPAM | ASMPP

Leiden und Schmerz - Wege aus der Sackgasse
Douleur et souffrance - comment sortir de l'impasse

Internationaler Kongress

17. - 19. Juni 2010 in Nottwil

3. Nottwiler Schmerzpsychotherapie Tage & 9. Jahreskongress SAPPAM/ASMPP

Eine gemeinsame Veranstaltung der
Nottwiler Schmerzpsychotherapie Tage und der
Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin - SAPPAM / ASMPP

INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



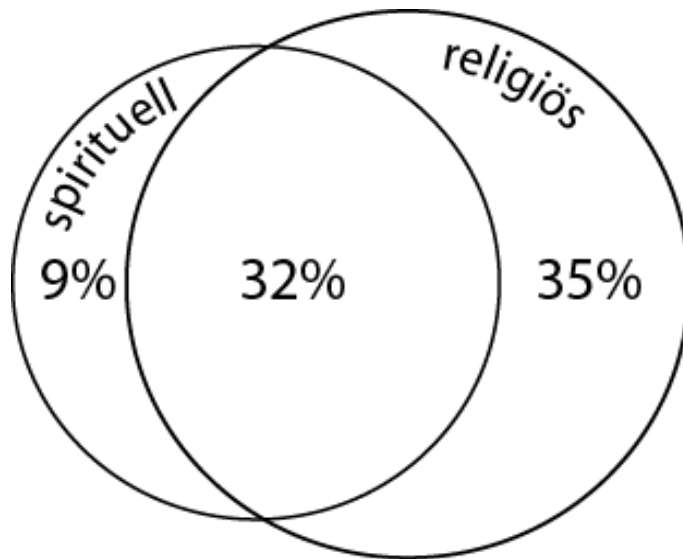
Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- **Begriffsbestimmung**
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit



RELIGIOSITÄT & SPIRITUALITÄT

- Versuch einer Begriffsklärung



Klinikpatienten beschreiben sich:

- ausschliesslich religiös (35%)
- sowohl religiös als auch spirituell (32%)
- spirituell, jedoch nicht religiös (9%)

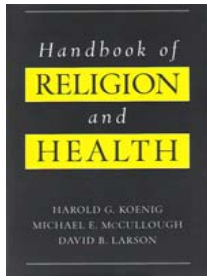
(Ostermann, Büssing & Matthiessen, 2004)

Ostermann, Büssing & Matthiessen (2004). Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). In: *Forschende Komplementärmedizin und klassische Naturheilverfahren*, 11, 346-353.



Jesus heilt einen Blinden
Duccio di Buoninsegno 1308-11



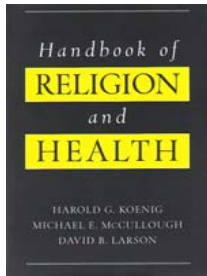


BEGRIFFSKLÄRUNG



SPIRITUALITÄT

- Suche nach dem **Heiligen**, nach dem **Wesentlichen**, nach **Transzendenz**
- Auf das **Individuum**, auf das **persönliche Erleben** bezogen, subjektiv
- **Nicht dogmatisch**, nicht auf Lehrsätze oder Glaubenswahrheiten ausgerichtet
- **Offenes, aber eher unscharfes Konzept**



BEGRIFFSKLÄRUNG



RELIGIOSITÄT

- Lat. religare = zurück(ver)binden
- **Religionsgemeinschaften**, Denominationen, Glaubenssätze und -bekenntnisse
- **Glaubenslehre (Dogmatik)**, Symbole, Handlungsanweisungen, Gebote, Rituale
- Gemeinschaftsbezogen
- **Klarer definierbare Dimension**

Religiosität ist multidimensional

– Modell von Huber: Zentralität und Inhalt

| | | Hauptfaktoren der Religiosität | | | |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|
| | | Zentralität (→ Stärke) | Inhalt (→ Richtung) | | |
| Kerndimensionen der Religiosität | Intellekt | allgemeine Items (2-3) | Religiöse Suche: (Quest-Konzept) Reflexivität (3), Sinnfrage (1), Leidfrage (1), Suche (Selbstdefinition) (1) | | |
| | Ideologie | allgemeine Items (2-3) + Reinkarnation + PSI-Glaube | Gottesbilder (9): atheistisch, apersonal, personal Theodizee (6): Plan, Strafe, Reifung, Gott leidet, Nachfolge, Beziehung Fundamentalismus: Soziale Strenge (3), Religiöse Abgrenzung (3), Moralischer Dualismus (3), Religiöser Absolutismus (3) | | |
| | Devotion | allgemeine Items (2-3) + Meditation | <table border="1"> <tr> <td>Ressourcen: Positive Gefühle gegenüber Gott (9); Skalen für bestimmte Gefühle: Vergebung (5), Dankbarkeit (2), Verehrung (4), Geborgenheit (4) Religiöses Coping: Gebet: Thema Hilfe (7) Erfahrung von Gottes Hilfe (5)</td> <td>Beilastung: Negative Gefühle gegenüber Gott (7); Skalen für bestimmte Gefühle: Furcht (9), Hader (6), Schuld (5)</td> </tr> </table> | Ressourcen: Positive Gefühle gegenüber Gott (9); Skalen für bestimmte Gefühle: Vergebung (5), Dankbarkeit (2), Verehrung (4), Geborgenheit (4) Religiöses Coping: Gebet: Thema Hilfe (7) Erfahrung von Gottes Hilfe (5) | Beilastung: Negative Gefühle gegenüber Gott (7); Skalen für bestimmte Gefühle: Furcht (9), Hader (6), Schuld (5) |
| | Ressourcen: Positive Gefühle gegenüber Gott (9); Skalen für bestimmte Gefühle: Vergebung (5), Dankbarkeit (2), Verehrung (4), Geborgenheit (4) Religiöses Coping: Gebet: Thema Hilfe (7) Erfahrung von Gottes Hilfe (5) | Beilastung: Negative Gefühle gegenüber Gott (7); Skalen für bestimmte Gefühle: Furcht (9), Hader (6), Schuld (5) | | | |
| | Erfahrung | allgemeine Items (2-3) + Einheitserfahrung + PSI-Erfahrung | | | |
| Ritus | allgemeine Items (2-3) + Rituale | Gemeinde als soziale Ressource (5) | | | |

Huber, Stefan (2006). The "Structure-of-Religiosity-Test" In: Research Institute for Spirituality and Health (Ed.). *European Network of Research on Religion, Spirituality, and Health - Newsletter April 2006, 1*, S. 1-2.

RST - Zentralität

Tabelle 5: Indikatoren zur Messung der Zentralität der Religiosität (Zentralitätsskala)

Dimension des kognitiven Interesses:

Wie oft denken Sie über religiöse Fragen nach?

Wie sehr interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Fragen zu erfahren?

Dimension der religiösen Ideologie:

Wie wahrscheinlich ist Ihrer Ansicht nach die Existenz Gottes?

Wie wahrscheinlich ist Ihrer Ansicht nach ein Leben nach dem Tod?

Dimension des Gebets:

Wie häufig beten oder meditieren Sie in der Regel?

Wie wichtig ist für Sie das persönliche Gebet?

Dimension der religiösen Erfahrung:

Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie fühlen, dass Gott Ihnen etwas mitteilt?

Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie fühlen, dass Gott konkret eingreift?

Dimension des Gottesdienstes:

Wie häufig nehmen Sie in der Regel an Gottesdiensten teil?

Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an Gottesdiensten?



INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- **Religiöses Coping**
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit

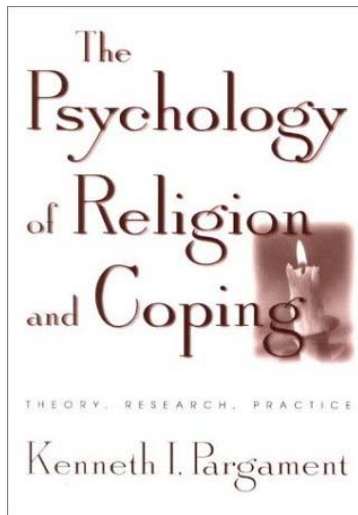


RELIGIOUS COPING

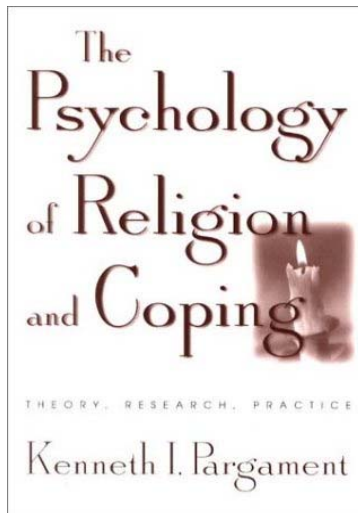


Prof. Kenneth Pargament, Psychologe, Bowling Green State University, USA

- “Vater” des religious Coping
- Buch “Psychology of Religion and Coping”
- Hat Standardmessinstrument entwickelt (R-Cope), positives und negatives religiöses Coping
- Aktuell: 2009 honored by the American Psychiatric Association for his contributions to the dialogue concerning religion, spirituality and psychiatry by the Oskar Pfister Award. The award is named for the Swiss Protestant minister and psychoanalyst who was an early proponent of the integration of psychiatry and religion.



RELIGIOUS COPING



Positive „Funktionen“ des Glaubens:

- **Sinn/Bedeutung/Identität**
 - Auch im Kranksein, im Leiden, im Sterben
 - Ist eine identitätsbildende Kraft (Hell)
- **Kontrolle**
 - Schafft ein Gefühl von Kontrolle (Paradoxon)
 - Zentrale Dimension in Krankheit/-bewältigung
- **Wohlbefinden**
 - Stärkt die positiven Emotionen (Freude, Dankbarkeit)
 - Fördert das Loslassen negativer Gefühle durch Vergebung
- **Intimität, Verbundenheit, Nähe**
 - Fördert Beziehungen, Verbundenheit, Ich-Du (Buber)
 - Ist eine gemeinschaftsbildende Kraft (Durkheim, Hell)
- **Lebensveränderung**
 - Fördert Veränderungsprozesse, Neuorientierung

Alle oben genannten Aspekte können sich bei ungesunden Glaubensformen genau ins Gegenteil wenden

BEFOS – Berner Bewältigungsformen (Heim, 1983)

Kompensation

Konstruktive Aktivität

Zuwendung

Rückzug

Wut ausleben

Altruismus

Zupacken

Aktives Vermeiden

Ablenken

Valorisieren

Problemanalyse

Rumifizieren

Sinngebung

Religiosität

Akzeptieren

Haltung bewahren

Relativieren

Auflehnung

Selbstbeschuldigung

Passive Kooperation

Resignation

Optimismus

BEFOS – Berner Bewältigungsformen (Heim, 1983)

Altruismus: Für andere etwas tun, Gefallen erweisen, Hilfe leisten, Sympathie ausdrücken, „***Solange es mit möglich ist, will ich etwas für andere tun***“

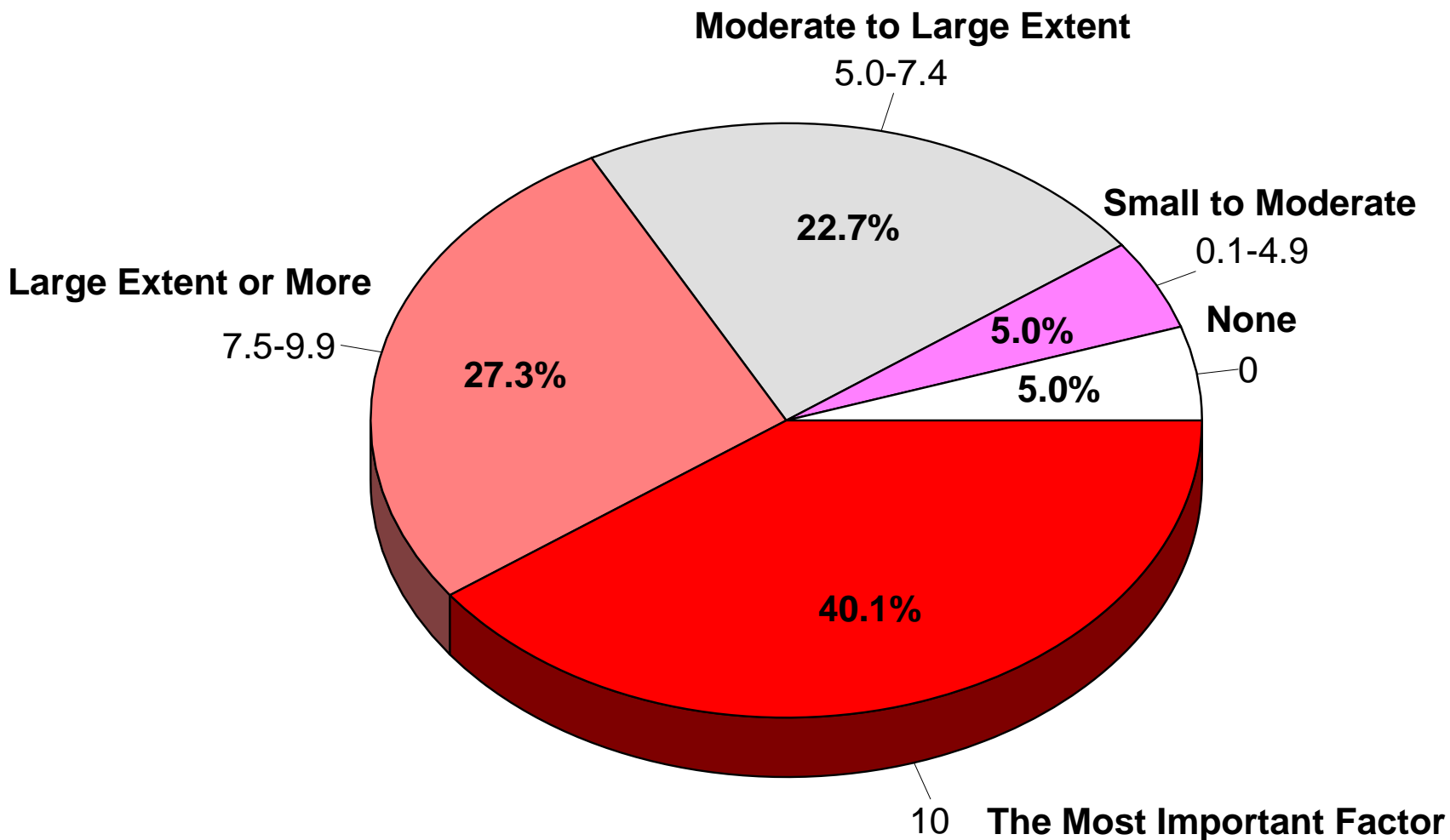
Sinngebung: Der Krankheit einen Sinn geben, sie als Aufgabe, Chance sehen, durch sie die Lebenseinstellung ändern, „***durch die Krankheit habe ich zu meinem wahren Selbst gefunden***“

Religiosität: Halt im Glauben, die Krankheit ist gottgewollt, mir von Gott auferlegt, „***Gott steht mir bei***“

Optimismus: Glaube, dass die Krise überwunden werden kann, Zuversicht, „***alles wird wieder gut***“

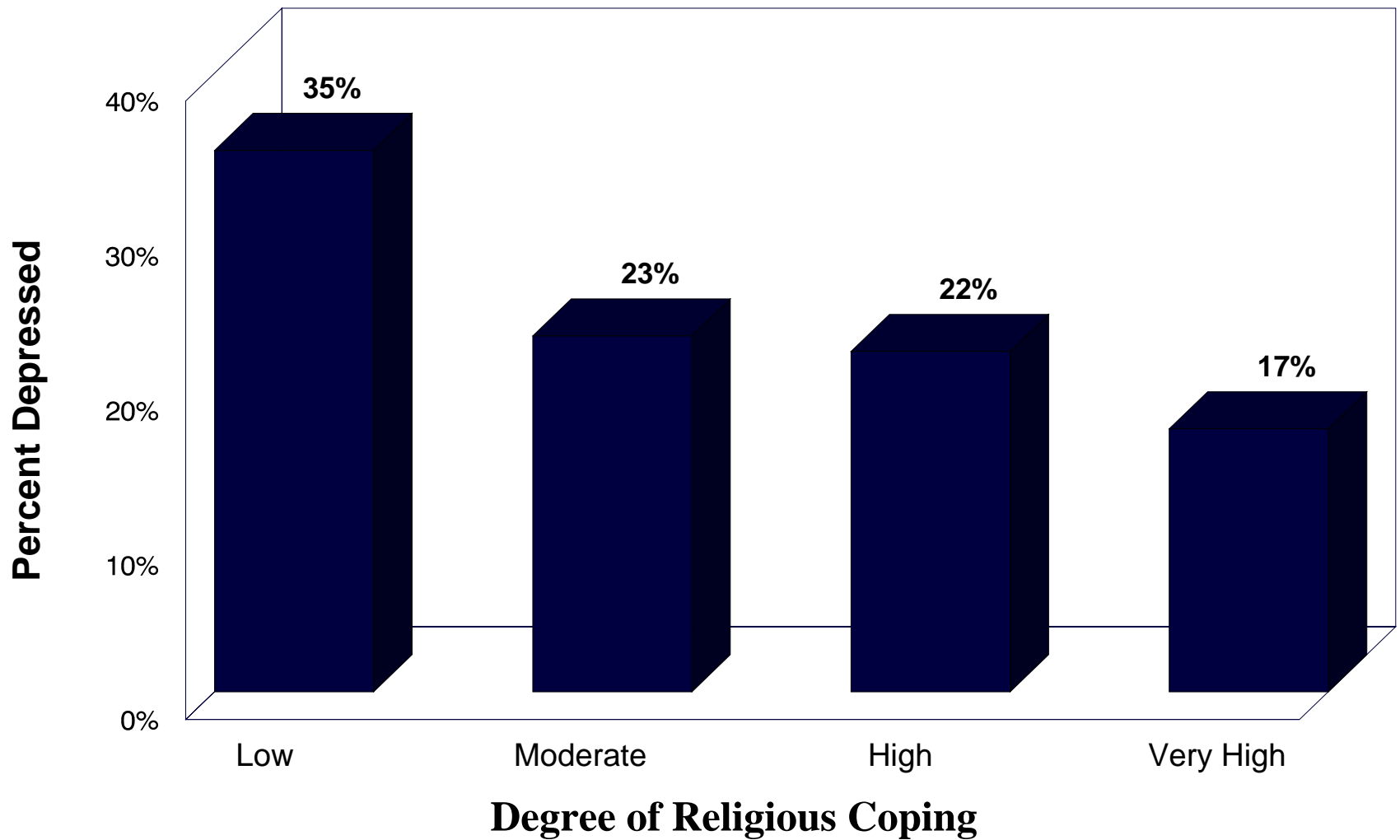
Self-Rated Religious Coping

(On a 0-10 scale, how much do you use religion to cope?)



Responses by 337 consecutively admitted patients to Duke Hospital (Koenig 1998)

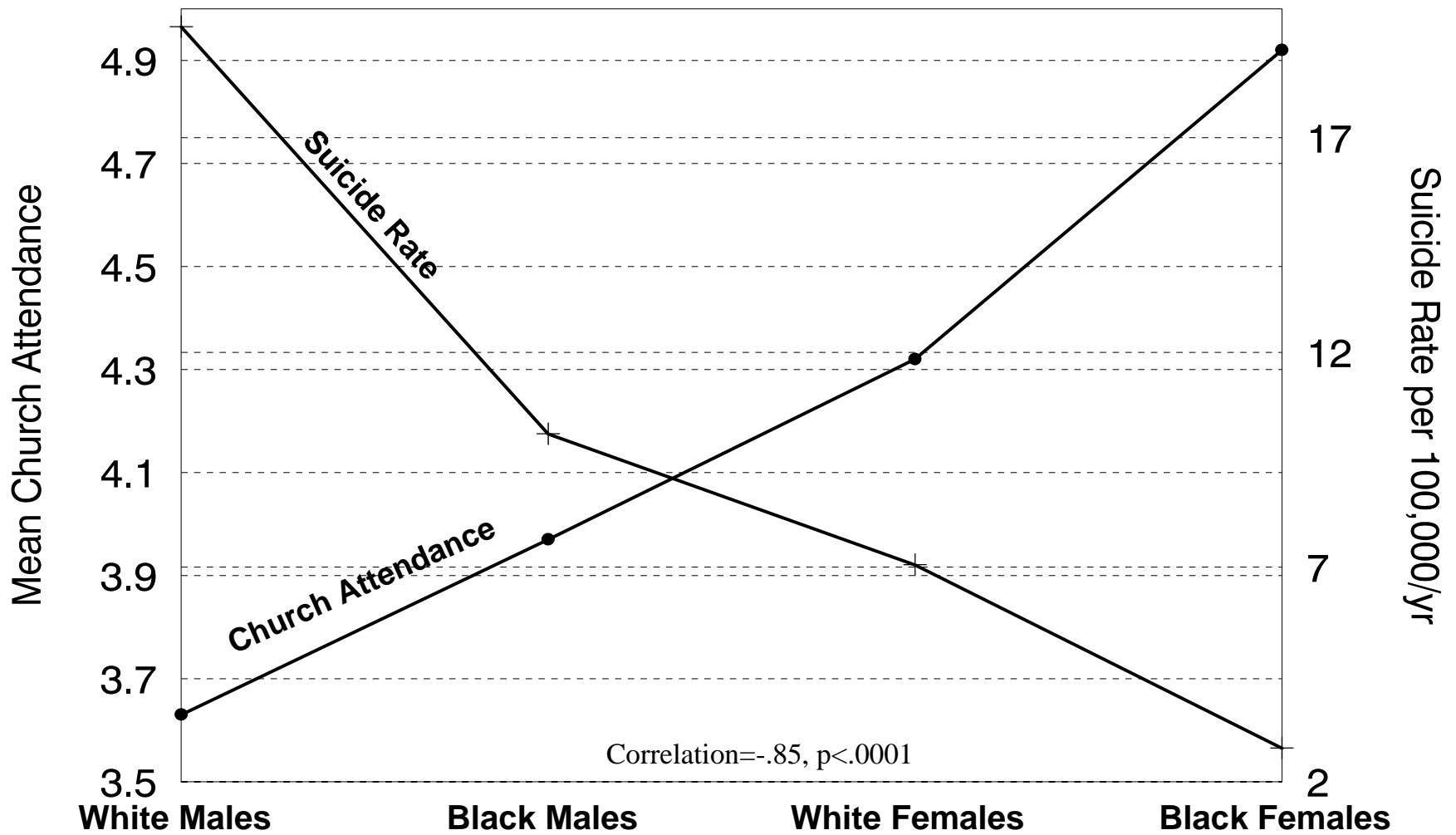
Religion and Depression in Hospitalized Patients



Geriatric Depression Scale

Information based on results from 991 consecutively admitted patients (differences significant at $p < .0001$)




Church Attendance and Suicide Rates



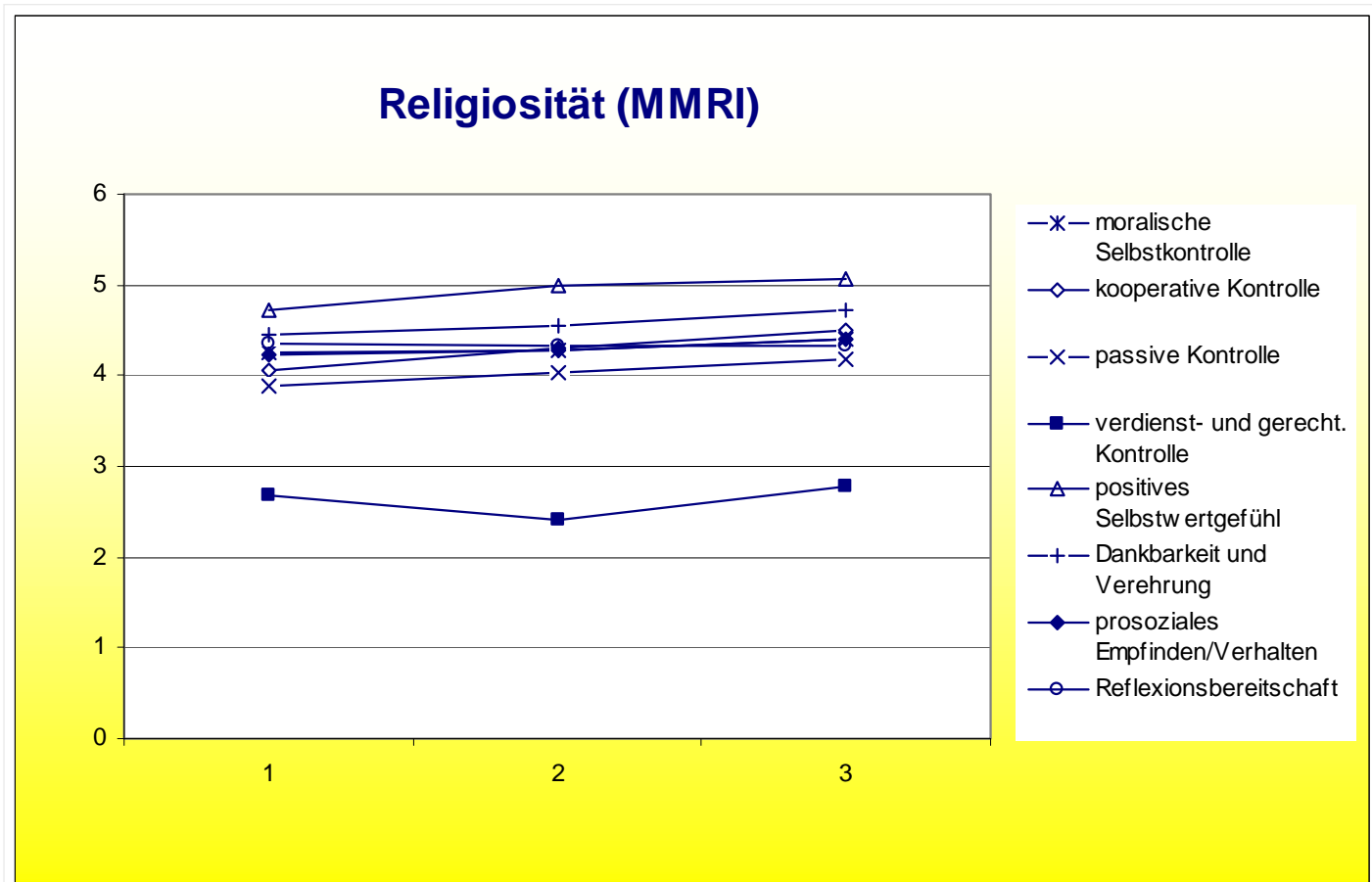
Hilft der Glaube schizophrenen Patienten bei der Bewältigung ihrer Krankheit

Ph. Huguelet, S. Mohr, L. Borrás,
P.Y. Brandt, C. Gilliéron

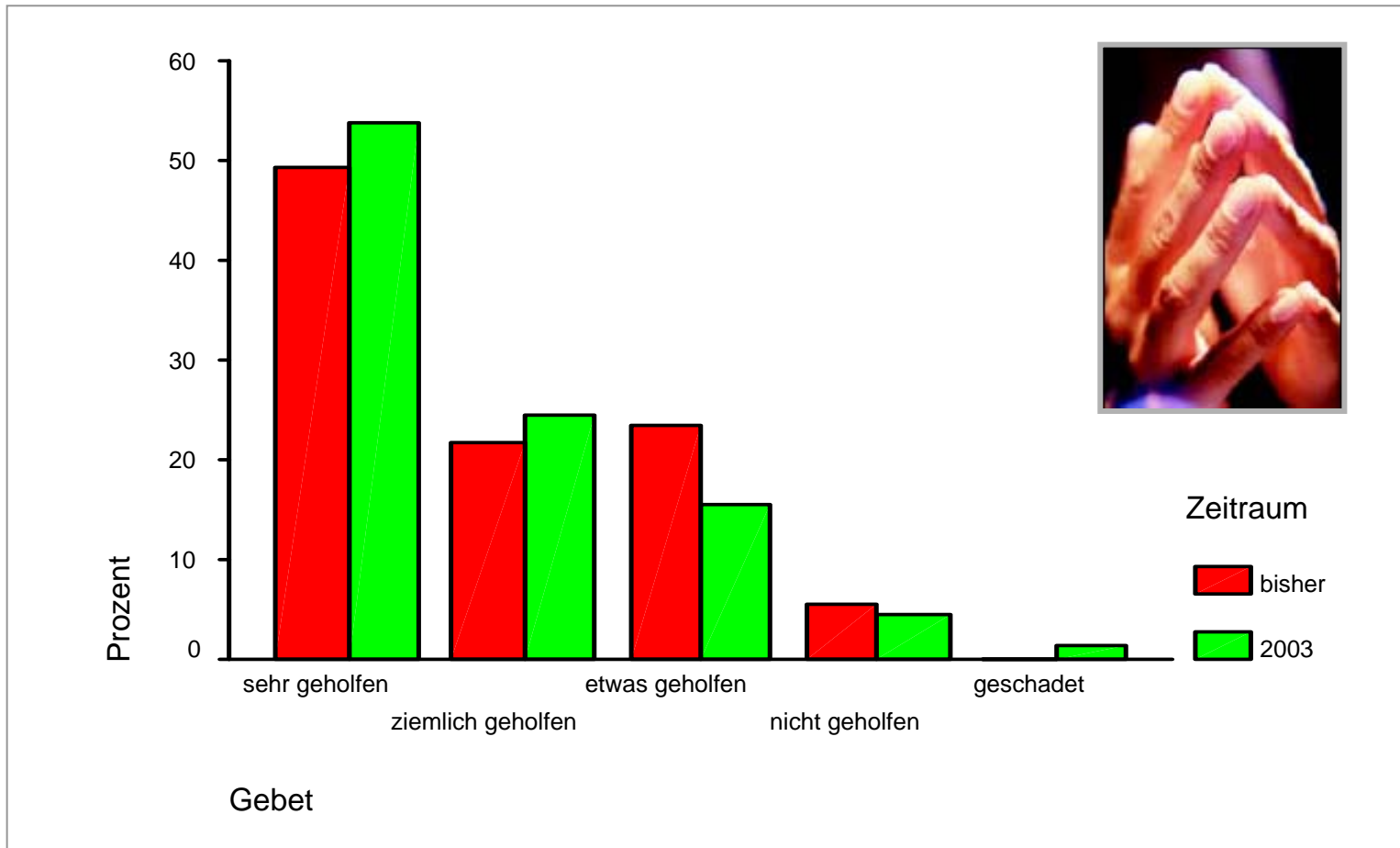
Positive und negative Aspekte des Glaubens

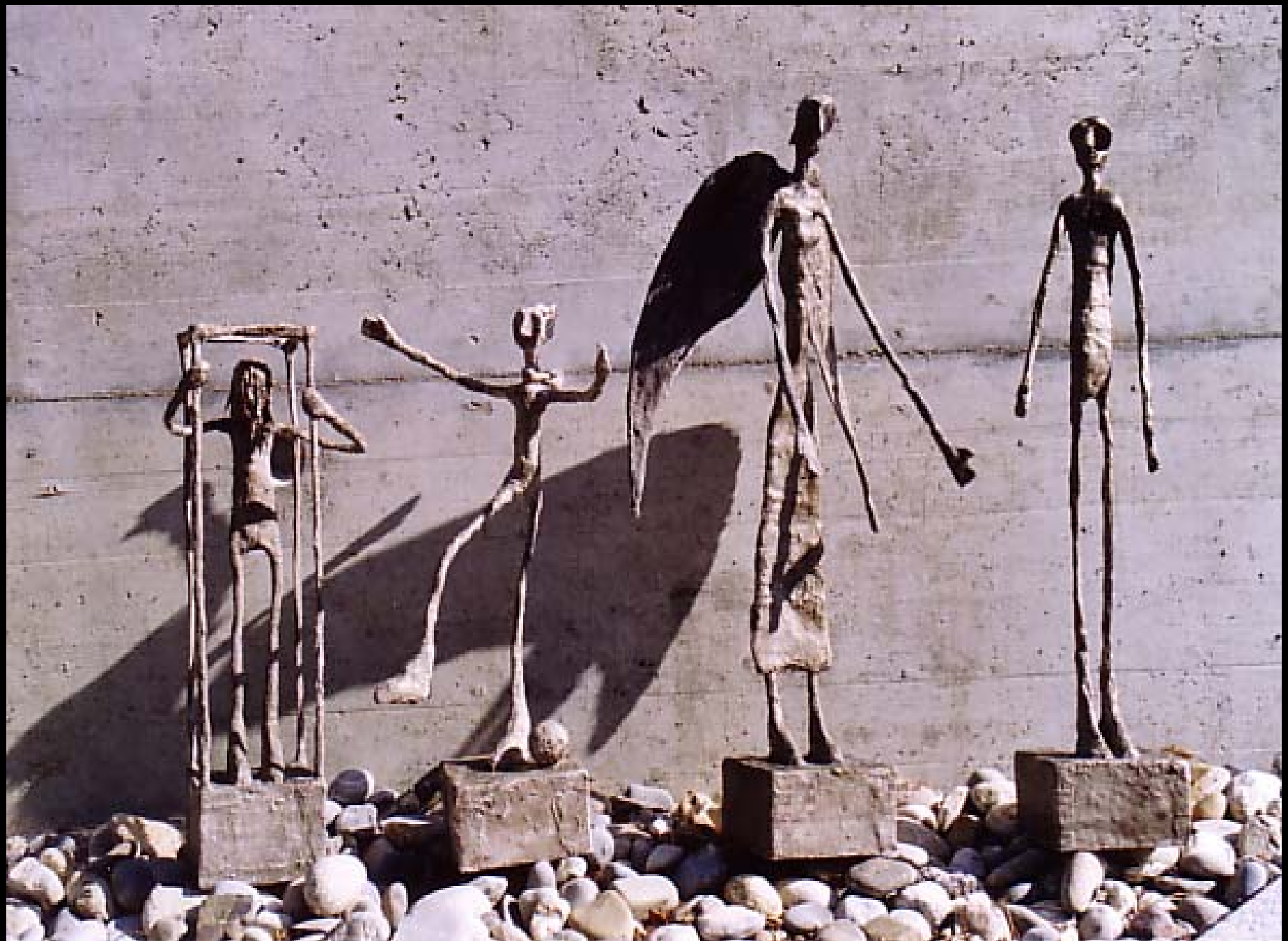
| |  |  |  |
|----------------------------------|---|---|---|
| Bzgl. des täglichen Lebens | 79 | 7 | 14 |
| Bzgl. des Lebenssinn | 66 | 14 | 20 |
| Bzgl. Bedeutung der Krankheit | 40 | 29 | 31 |
| Bzgl. Umgang mit der Krankheit | 64 | 9 | 27 |
| Bzgl. Kontrolle ü. die Krankheit | 47 | 10 | 43 |
| Bzgl. Wohlbefinden | 67 | 12 | 21 |

KATAMNESEPROJEKT



Wie sehr hat Ihnen ... geholfen ?





INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- **Spirituelle Anamnese**
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit



We'd like to talk to you about cheeses.



Spirituelle Anamnese – ein Tabu?

Bernhard Gurtner

Das Zitat

«Zunächst ist nicht mehr erforderlich, als sich bewusst zu machen, dass die Wahrnehmung und das Ernstnehmen der spirituellen Bedürfnisse und Nöte von Patienten genauso wichtig ist, wie die Beachtung körperlicher, seelischer oder sozialer Nöte. Die Wahrnehmung spiritueller Nöte im Konzept einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des kranken Menschen ist unverzichtbar.»

(Geisler LS. Medizin und Spiritualität. Die Tagespost 2005;58[18, 12. Februar]:17–8)

Der Tipp

Allmählich – aber reichlich spät nach Sigmund Freud – haben auch die nicht psychiatrisch tätigen Ärzte gelernt, bei Anamnesen gezielte Fragen zum Sexualleben zu stellen. Zu Hilfe gekommen ist ihnen der «Kinsey-Report» und die seither immer ungehemmtere Diskussion intimster Themen in den Massenmedien, begleitet von einer zunehmend freizügigeren Werbung und Modeströmung.

Nach wie vor scheuen aber viele Ärzte davor zurück, Patienten über deren religiöse Vergangenheit und die aktuellen spirituellen Bedürfnisse oder Kraftquellen zu befragen. Das ist bei vielen ambulanten Konsultationen auch gar nicht notwendig. Am Krankenbett von Chronischkranken oder bald einmal Sterbenden sind aber diese Fragen genauso angebracht wie die Erkundigung, ob genügend Schmerzmittel angeboten werden. Daher empfiehlt das American College of Physicians vier Fragen für die spirituelle Anamnese:

- Ist Glaube (religiöse Bindung, philosophisch begründete Weltanschauung) für Sie in dieser Krankheit wichtig?
- Hat Glaube zu anderen Zeiten in Ihrem Leben eine entscheidende Rolle gespielt?
- Haben Sie bereits jemanden, mit dem Sie über diese Belange reden können?
- Möchten Sie Ihre religiösen Anliegen mit jemandem hier besprechen?

Die letztgenannte Frage wird wohl am häufigsten und am liebsten gestellt, weil sie erlaubt, das Anliegen an Spitalpfarrer oder Fachleute eines Care Teams zu delegieren.

Spirituelle Anamnese



- **Wer soll das machen?**
 - Arzt? Pflege? Seelsorger?
 - Im Praxis-Setting stellt sich diese Frage weniger
- **Wieso soll ich das machen?**
 - Ist die Spiritualität für den Patienten eine Ressource, eine Belastung oder irrelevant?
 - Hat der Patient religiöse Überzeugungen, die die Behandlung in irgend einer Form beeinflussen?
 - Vertieft die Arzt-Patienten-Beziehung
- **Wie soll ich das machen?**
 - So wie mir selber wohl ist dabei
 - Was hilft ihnen, ihre Situation, ihre Krankheit zu tragen?

S - P - I - R



Lehnt sich an FICA an (Puchalsky und Romer 2000)

- | | |
|----------------------------|--|
| S - Spiritualität: | Betrachten Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (=spirituellen/religiösen) Menschen? |
| P - Platz im Leben: | Welchen Platz hat Spiritualität in ihrem Leben? Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben/ im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung? |
| I - Integration: | Gehören Sie einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe) an? |
| R - Rolle : | Wie soll ich als Ihr Arzt mit spirituellen Fragen umgehen ? |

Schmerzpatientin, Jg 1944

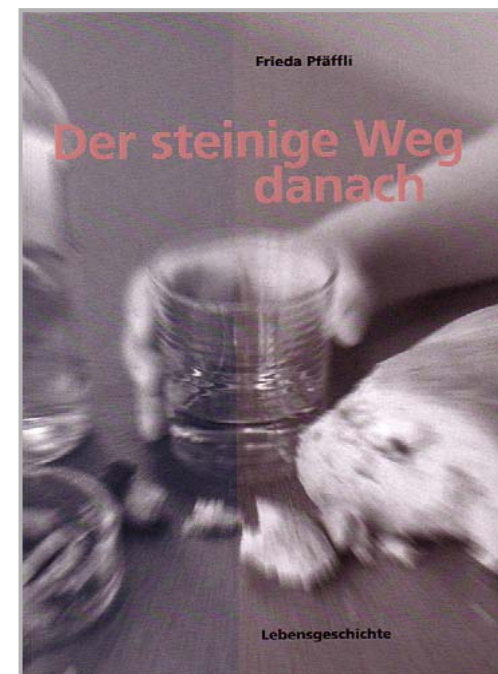
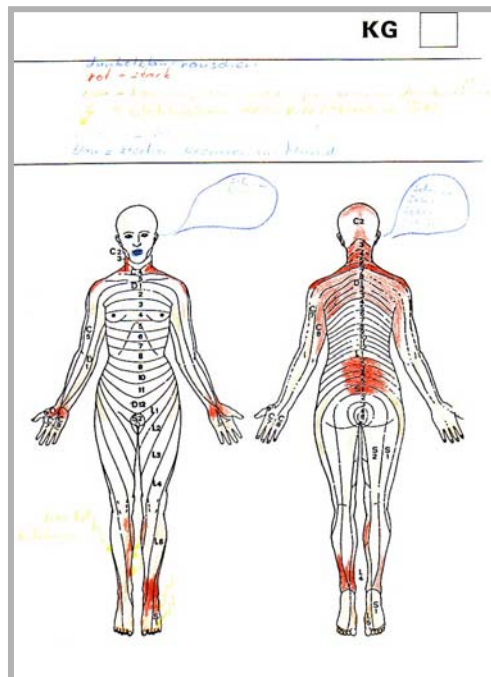


- **Eintrittsanamnese:** seit ca. 3 Jahren leide die Patientin unter **chronischen Schmerzen** am ganzen Körper wie Rücken, Schultern, Arme, Kopf, Hand- und Fussgelenke. Auch habe sie ein **Brennen im ganzen Körper** wie ein inneres Feuer, ein Brand in sich. Frau Meier sei seit ca. 1 Jahr bei **verschiedenen Ärzten** behandelt und abgeklärt worden, ohne dass die Ursache der Schmerzen und des Brennens herausgefunden worden sei. Sie habe lediglich Abnützungen, sonst sei sie gesund nach ärztlichen Angaben.

Schmerzpatientin, Jg 1944



- **Eintrittsmedikation:** Ecofenac CR 75 mg Tbl. 1-0-1-0, Dafalgan 1 g Tbl. 1-1-1-1, Sirdalud 4 mg Tbl. 0-1/2-0-1/2, Wellbutrin XR 150 mg 1-0-0-0, Temesta 1 mg 1/2-1/2-1/2-1, Omeprazol 20 mg Tbl. 1-0-0-0, Eltroxin 0,1 mg Tbl. 1-0-0-0 etc.



Schmerzpatientin, Jg 1944



Erweiterte spirituelle Anamnese

- Mutter war fromm, katholisch, habe oft gesagt „Du musst halt beten, Bibel lesen ..“
- Ging die reformierte Unterweisung, wurde konfirmiert, Konfirmationsvers: „Seelig sind die , die nicht sehen und doch glauben“ Joh.
- Später in eine Familie gekommen, waren Neuapostolen, friedliches Familienleben, am Tisch gebetet, „das hat ihr gefallen“
- Dann lange Durststrecke, Gott nicht mehr gespürt, nur noch bei der Geburt ihrer Kinder

Schmerzpatientin, Jg 1944



- Manchmal noch zu Gott geschrien, warum hilfst Du mir nicht, was mache ich falsch?
- Wie kann Gott als das zulassen, das verstehe ich nicht! Ich bin durch die Hölle gegangen!
- Nun sei sie bei einem Pfarrersehepaar gelandet, wie eine Rettung, wie eine neue Familie, wo sie Geborgenheit erlebt. *Wen sie mit mir beten, dann bekomme ich ein warmes Gefühl, Liebesgefühl, wie Schmetterlinge im Bauch, ein Kribbeln, und dann sind die Schmerzen weg, völlig weg!*
- Wenn sie alleine ist, kommen sie wieder ...,

INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit



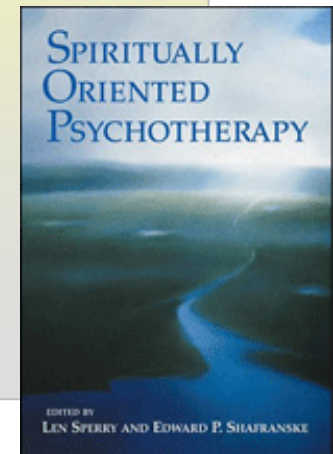
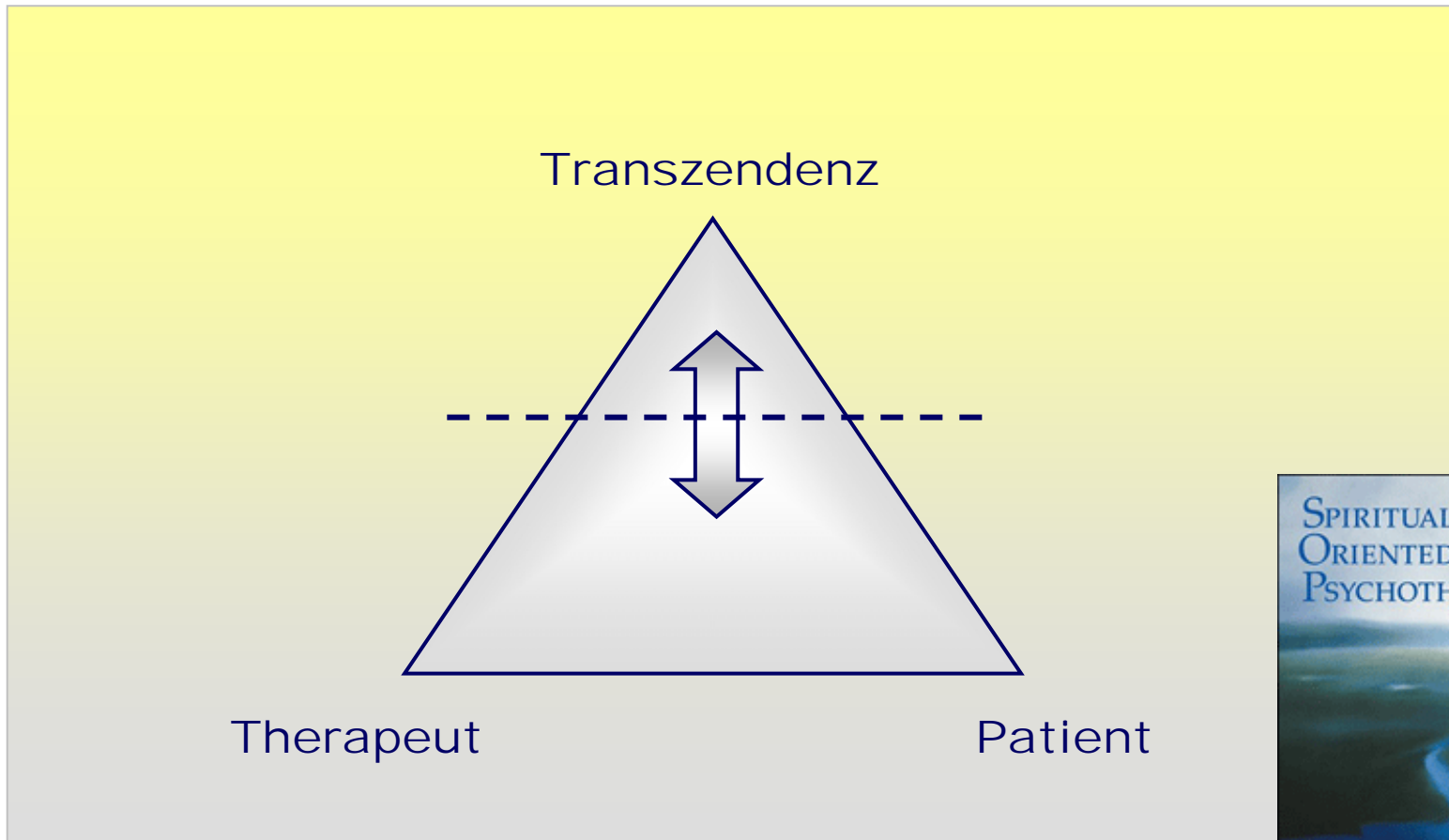


“They’re not testing any drugs on me.
Instead they’re providing spiritual advisers.”



KLINIK SGM FÜR PSYCHOSOMATIK
Stiftung für ganzheitliche Medizin

BASISMODELL SEP



36-jährige Patientin

Schwere Depression mit Suizidalität

- Aussagen der Patienten: *„Es liege wie eine grosse Schwere auf ihr, die sie in den Boden hineindrücke“, „Sie könne es fast nicht mehr aushalten in ihrer Haut und habe das Gefühls, sich aufzulösen“*
- Ist als 4. Kind („Nachzüglerin“) auf die Welt gekommen, Vater wollte sie abtreiben
- Mehrere schwere Verlusterlebnisse:
 - Scheidung der Eltern, als die Patientin 6 Jahre alt war
 - Suizid der 11 Jahre ältere Schwester (wegen Depressionen), als die Patientin 9-jährig war
- Aktuell Bäuerin und Mutter von drei Kindern
- Chronische Versagensgefühle, Selbstwertminderung





Psalm 88

„Herr, Du Gott meines Heils,
Zu Dir rufe ich Tag u. Nacht“

Ist wie der Anker ihrer Seele,
an dem sie sich festhalten kann

Gibt ihr Sprache, authentische
Worte, die sie Gott vor die
Füße werfen kann

Lässt sie spüren, dass sie nicht
alleine ist, dass der Psalmist
ebenso empfunden hat

Hilft Ihr, im Schmerz und im
Finsteren auszuharren

Gibt ihr Gewissheit, dass Gottes
Heil für sie unumstösslich ist

Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive–Behavioral Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals

L. Rebecca Propst

Department of Counseling Psychology, Graduate School of Professional Studies
Lewis and Clark College

Richard Ostrom, Philip Watkins, Terri Dean, and David Mashburn
Western Baptist Graduate School of Psychology

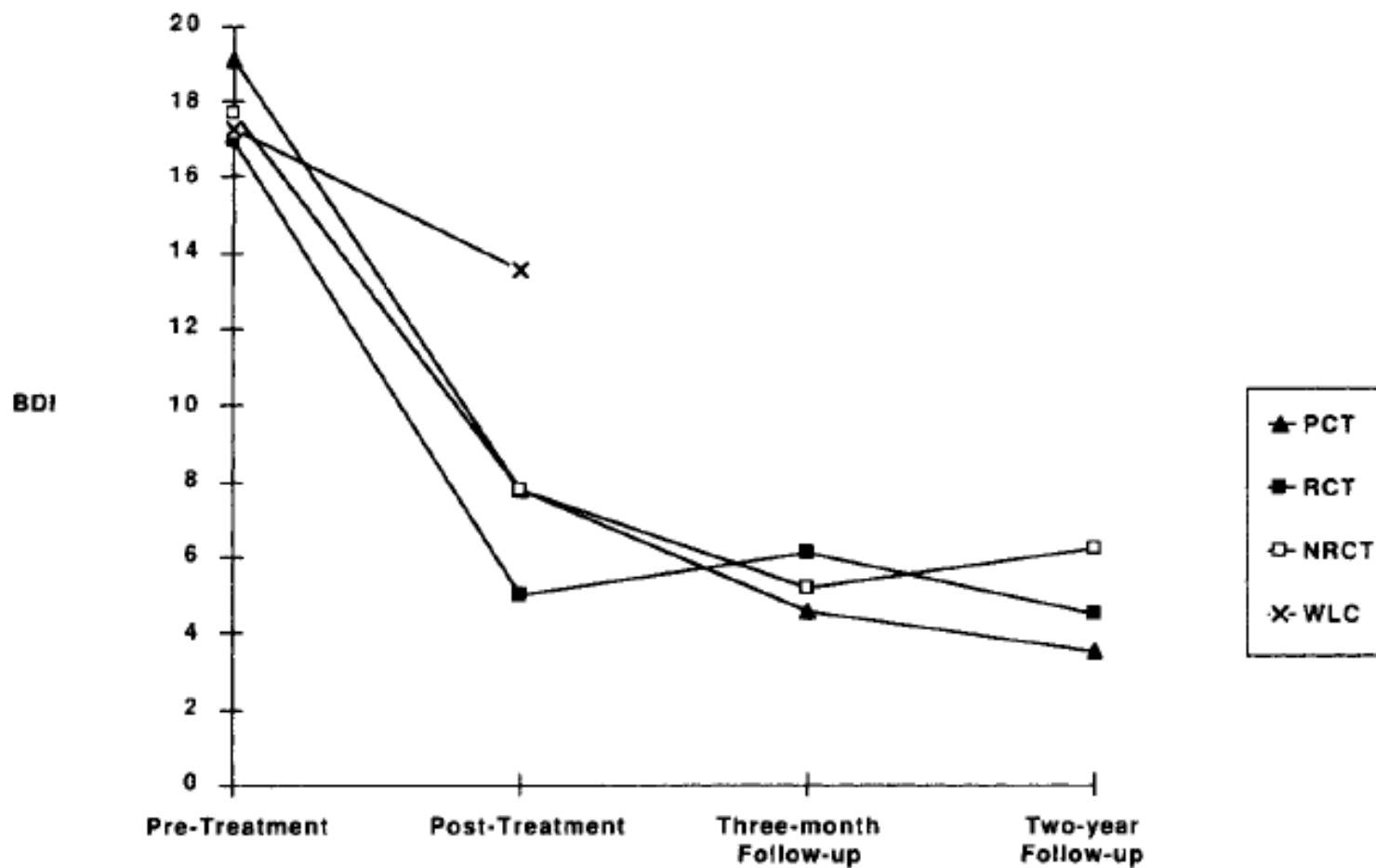
Two versions of cognitive–behavioral therapy (CBT), one with religious content (RCT) and one with standard protocol (NRCT), were used to treat 19–20 religious patients each. Fifty-nine religious patients who met the Research Diagnostic Criteria for nonpsychotic, nonbipolar depression were treated in 18–20 1-hr sessions over 3 months. Religious and nonreligious therapists were used in each CBT group. Pastoral counseling (PCT) treatment-as-usual and waiting-list control (WLC) conditions each contained 10–11 patients. RCT and PCT patients reported significantly lower posttreatment depression and adjustment scores than did either the NRCT or the WLC condition. The CBT difference was due largely to superior performance of the nonreligious therapists (with dissimilar values to the patients) in the RCT over the NRCT condition. Improvement in the three treatment conditions was equal at 3-month and 2-year follow-ups and greater than posttreatment WLC improvement levels.

RELIGIOUS - CBT



- 59 religiöse, depressive Patienten
- Achtzehn 50-minütige Therapiesitzungen, Schwerpunkt kognitive Umstrukturierung
- Bei der R-CBT unter Einbezug eines religiösen Bezugsrahmens, religiöse Bildern
- Durch religiöse oder nicht-religiöse Therapeuten (gemäß Manual)
- *Durch R-CBT kam es zu einer schnelleren Reduktion der depressiven Symptome und einem anhalten guten Ergebnis*

PROPST, OSTROM, WATKINS, DEAN, MASHBURN



INHALTSÜBERSICHT

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



Psychosomatik
Psychiatrie
Psychotherapie

- Einleitung
- Aktualität des Themas
- Patientenbeispiel
- Begriffsbestimmung
- Religiöses Coping
- Spirituelle Anamnese
- „Spirituelle Therapie“
- Ein vorläufiges Fazit



Religiosität und Spiritualität

- **Stärken und vertiefen die Identität**
- **Fördern einen positiven Selbstwert**
- **Erweitern die Bewältigungsmöglichkeiten**
 - z.B. Gebet als Bewältigungsform
- **Schaffen positive Perspektive für Leiden**
 - Unterstützen Annahme und Akzeptanz
- **Verstärken das Gefühl von Kontrolle**
- **Fördern Gelassenheit, Entspannung, WB**

Religiosität und Spiritualität

- **Eröffnen Vergebungsmöglichkeiten**
 - z.B. Heilung von Traumatisierungen
- **Schaffen ein unterstützendes Umfeld**
 - Social Support durch die religiöse Gemeinschaft
- **Geben Sinn- und Hoffnungsperspektiven**
- **Können aber auch belasten und die Therapie ungünstig beeinflussen**
 - negatives religiöses Coping, Misstrauen

Integration spiritueller Aspekte



- Eine Integration spiritueller Elemente in die Therapie ist möglich und kann die Wirkung der Behandlung verstärken (*Probst 1989*)
- Das Erheben einer spirituellen Anamnese ist die Basis dazu (*S-P-I-R, ESA*)
- Es geht darum, die spirituellen Ressourcen der Patienten zu „nutzen“ und Belastungen wie auch religiöse Bedürfnisse zu erkennen
- **Einbezug spiritueller Aspekte vertieft die Arzt-Patienten-Beziehung (*D Matthews*)**



KLINIK SGM FÜR PSYCHOSOMATIK
Stiftung für ganzheitliche Medizin

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit !