

Universität Bern

Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät

Institut für Psychologie

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

Der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf das Therapieergebnis bei Menschen mit depressiven Störungen

Masterarbeit verfasst von

Laura Loos

Stadtbachstrasse 10, 5400 Baden

laura.loos@students.unibe.ch

15-732-688

Eingereicht am Institut für Psychologie

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie

bei Prof. Dr. Thomas Berger

Betreut durch Dr. med. René Hefti & Prof. Dr. Thomas Berger

Bern, Dezember 2021

Danksagung

Mein Dank richtet sich an alle, die mir beim Erarbeiten dieser Masterarbeit zur Seite gestanden sind. Ganz besonders möchte ich mich bei Dr. med. René Hefti bedanken, der mir ermöglichte, Daten aus der Klinik SGM Langenthal auszuwerten und mich im gesamten Entstehungsprozess dieser Arbeit tatkräftig unterstützte. Ein grosses Dankeschön geht auch an Prof. Dr. Thomas Berger, der mir bei wissenschaftlichen Fragen stets zur Verfügung stand, mich ermutigte und diese Arbeit schliesslich begutachten wird. Für das Korrekturlesen bedanke ich mich bei meiner Mutter und bei René Hefti. Nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank meinem Freund Florian, meiner Familie und meinen Freunden, die mich stets seelisch und moralisch unterstützt haben.

Abstract

Forschungsergebnisse aus den letzten drei Jahrzehnten legen nahe, dass Religiosität/Spiritualität (R/S) eine potenzielle Ressource für die psychische Gesundheit darstellt, die einerseits vor Depressivität schützt und andererseits bei der Bewältigung depressiver Störungen förderlich sein könnte. Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie R/S mit dem Therapieergebnis bei Patient*innen mit depressiven Störungen zusammenhängt. Dazu wurden Daten aus der Routinediagnostik der Klinik SGM Langenthal von N = 547 Patient*innen zu zwei Messzeitpunkten ausgewertet. Drei Subgruppen mit unterschiedlichem Therapieergebnis (Response, Non-Response, Verschlechterung) wurden hinsichtlich verschiedener R/S Variablen miteinander verglichen. Es zeigte sich, dass sich die drei Subgruppen nicht in der Ausprägung ihrer R/S zu Beginn der Behandlung unterschieden. Allerdings zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich Veränderung der R/S Variablen während des stationären Aufenthalts: Verglichen mit den Non-Respondern zeigten Responder eine stärkere Zunahme der *Zentralität*, der *positiven Gefühle gegenüber Gott* und der *spirituellen Lebensqualität* sowie eine stärkere Abnahme der *negativen Gefühle gegenüber Gott* und des *negativen religiösen Copings*. Die Gruppe der Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik unterschied sich nicht signifikant von den anderen beiden Gruppen. Nebst der Veränderung der R/S scheinen weitere Variablen (Anzahl frühere Klinikaufenthalte, Depressivität bei Eintritt, allgemeines Funktionsniveau bei Eintritt, therapeutische Beziehung) mit dem Therapieergebnis zusammenzuhängen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass R/S dabei helfen könnte, eine Depression besser zu bewältigen. Theoretische und praktische Implikationen dieser Befunde werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Religiosität; Spiritualität; Psychotherapie; Depression; Therapieergebnis

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Depressive Störungen	9
2.1	Depressive Störungen: Einführung und Grundlagen.....	9
2.1.1	<i>Was sind depressive Störungen?</i>	9
2.1.2	<i>Wie entstehen depressive Störungen?</i>	11
2.2	Behandlung depressiver Störungen	14
2.2.1	<i>Pharmakotherapie</i>	16
2.2.2	<i>Psychotherapie</i>	17
2.2.3	<i>Weitere Therapieformen</i>	20
2.3	Forschungsstand	21
2.3.1	<i>Erfolge und Misserfolge in der Psychotherapie</i>	21
2.3.2	<i>Begriffsdefinitionen</i>	22
2.3.3	<i>Prädiktoren für das Therapieergebnis bei Depressionen</i>	23
3	Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie	24
3.1	Definitionen und Konzepte.....	24
3.2	Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit	26
3.2.1	<i>Prävalenz psychischer Störungen</i>	27
3.2.2	<i>Verlauf und Therapieergebnis psychischer Störungen</i>	29
3.2.3	<i>Erklärungsmechanismen</i>	31
3.3	Religiöse/spirituelle Elemente in der Psychotherapie	32
4	Fragestellungen und Hypothesen	34
4.1	Hauptfragestellung I	34
4.2	Hauptfragestellung II.....	35
5	Methode	36
5.1	Untersuchungsdesign und Datenerhebung	36
5.2	Stichprobe	37
5.3	Darstellung der Behandlung	38
5.4	Messinstrumente.....	40
5.4.1	<i>Erhebung der Depressivität: BDI</i>	40

5.4.2	<i>Erhebung der allgemeinen Funktionsfähigkeit: GAF</i>	41
5.4.3	<i>Erhebung der Zentralität des Glaubens: R-S-T</i>	41
5.4.4	<i>Erhebung des religiösen Copings: RCOPE</i>	42
5.4.5	<i>Erhebung der spirituellen Lebensqualität: WHOQOL</i>	42
5.4.6	<i>Weitere Messmittel</i>	43
5.5	Statistisches Vorgehen.....	43
6	Ergebnisse	44
6.1	Gruppeneinteilung und deskriptive Statistik	44
6.2	Hauptfragestellung I	46
6.2.1	<i>Zentralität des Glaubens (F1)</i>	48
6.2.2	<i>Gefühle gegenüber Gott (F2)</i>	49
6.2.3	<i>Religiöse Coping-Stile (F3)</i>	50
6.2.4	<i>Spirituelle Lebensqualität (F4)</i>	50
6.2.5	<i>Weitere Variablen (F5)</i>	51
6.3	Hauptfragestellung II.....	54
6.3.1	<i>Veränderung der Zentralität des Glaubens (F6)</i>	55
6.3.2	<i>Veränderung der Gefühle gegenüber Gott (F7)</i>	56
6.3.3	<i>Veränderung der religiösen Coping-Stile (F8)</i>	57
6.3.4	<i>Veränderung der spirituellen Lebensqualität (F9)</i>	58
7	Diskussion	58
7.1	Interpretation und Bewertung der Befunde	58
7.2	Stärken und Schwächen.....	63
7.3	Fazit und Ausblick.....	65
8	Literaturverzeichnis	67
9	Erklärung zur Masterarbeit	75
10	Anhang	76
10.1	Anhang A.....	77
10.2	Anhang B.....	79
10.3	Anhang C.....	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien zur Gruppeneinteilung.....	40
Tabelle 2: Gruppeneinteilung durch BDI und GAF	45
Tabelle 3: Deskriptive Statistik der drei Gruppen durch BDI.....	45
Tabelle 4: Deskriptive Statistik der R/S-Masse bei Eintritt	46
Tabelle 5: Levene-Tests der R/S-Masse bei Eintritt.....	47
Tabelle 6: Shapiro-Wilk-Tests der R/S-Masse bei Eintritt.....	48
Tabelle 7: Levene-Tests weiterer Variablen.....	51
Tabelle 8: Shapiro-Wilk-Tests weiterer Variablen (F5).....	51
Tabelle 9: Deskriptive Statistik der Veränderungswerte	54
Tabelle 10: Levene-Tests der Veränderungswerte	55
Tabelle 11: Shapiro-Wilk-Tests der Veränderungswerte	55
Tabelle 12: Deskriptive Statistik der drei Gruppen durch GAF	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (aus Petermann et al., 2011)	12
Abbildung 2: Ätiologiemodell der Depression (aus Beesdo-Baum & Wittchen, 2011)	13
Abbildung 3: Phasen der Behandlung depressiver Störungen (aus Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).....	15
Abbildung 4: Erweitertes bio-psycho-soziales Modell (aus Hefti, 2011)	39

1 Einleitung

Depressive Störungen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 20% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Baer et al., 2013). Für die Betroffenen und ihre Angehörigen verursachen Depressionen grossen Leidensdruck und führen zu erheblichen Einschränkungen im Alltag, in Beziehungen und im Beruf. Ausserdem erzeugen Depressionen grosse wirtschaftliche Kosten: Europaweit werden die jährlichen Folgekosten affektiver Störungen auf rund 100 Milliarden Euro geschätzt. Ein Drittel davon wird direkt durch die Behandlungskosten verursacht, zwei Drittel davon entsteht indirekt durch verminderte Produktivität am Arbeitsplatz, Fehlzeiten und Invalidität (Baer et al., 2013). Die WHO schätzt, dass Depressionen bis 2030 die grösste Krankheitslast in den Industriestaaten ausmachen werden, noch vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Hofer, 2017).

Nicht selten zeigen Depressionen einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf (Baer et al., 2013; Paykel et al., 2005). Daher ist die Erforschung von Einflussfaktoren für den Therapieerfolg, bzw. ausbleibenden Therapieerfolg bei depressiven Störungen von besonderer Relevanz. Die Thematik ausbleibender Therapieerfolg (Non-Response) und/oder sogar eine Verschlechterung der Symptomatik im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung wurde bisher wenig systematisch untersucht (Voderholzer et al., 2012). Lambert und Ogles (2004) vermuteten, dass es bei 25-30% der Patient*innen zu einer ausbleibenden Verbesserung der Symptomatik und bei 5-10% der Patient*innen zu einer Verschlechterung der Symptomatik bzw. des Gesamtbefindens kommt.

Auf der anderen Seite legen verschiedene Forschungsergebnisse nahe, dass Religiosität/Spiritualität (R/S) eine potenzielle Ressource ist, welche einerseits vor Depressivität schützt (Bonelli & Koenig, 2013; Miller et al., 2012) und andererseits bei der Bewältigung depressiver Störungen förderlich sein könnte (vgl. Übersichtsarbeit von Bonelli et al., 2012). So konnte z.B. ein positiver Einfluss von intrinsischer Religiosität (Koenig et al., 1998), Häufigkeit von Gebet/Meditation (Cruz et al., 2009) oder positivem religiösen Coping (Bosworth et al., 2003) auf den Verlauf von Depressionen gezeigt werden. Der Einfluss von religiösen/spirituellen (r/s) Faktoren sowie der Einfluss religiöser Interventionen auf das Therapieergebnis bei Menschen mit depressiven Störungen wurde jedoch bisher wenig empirisch untersucht (Bonelli & Koenig, 2013; Kim et al., 2015). Die meisten Studien, die den Einfluss von r/s Faktoren auf den Verlauf von depressiven Symptomen untersuchten, fokussierten sich auf körperlich erkrankte und/oder ältere Menschen (Koenig, 2009; Bonelli & Koenig, 2013). Es gibt bisher wenige Studien, die

diese Zusammenhänge bei psychiatrischen Patient*innen im jungen und mittleren Erwachsenenalter untersuchten (Kim et al., 2015). Die Ergebnisse der vorhandenen Studien deuten darauf hin, dass eine höhere R/S zu einem günstigeren Therapieverlauf beitragen könnte (z.B. Huta & Hawley, 2010; Kim et al., 2015; Murphy & Fitchett, 2009; Peselow et al., 2014; Rosmarin et al., 2013). Es gibt jedoch auch Studien, die diesen Zusammenhang nicht belegen konnten (z.B. Nasser & Overholser, 2005; Weissman et al., 1978), einen negativen Einfluss von R/S auf die Depressivität zeigten (z.B. Leurent et al., 2013; Pirutinsky et al., 2011) oder gemischte Resultate fanden (z.B. Schettino et al., 2011). Dies könnte damit zusammenhängen, dass R/S ein multidimensionales Konstrukt ist (Bergin, 1983), welches verschiedene Facetten beinhaltet, die unterschiedlich mit psychischer Belastung zusammenhängen.

Mit der vorliegenden Masterarbeit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die Effekte von R/S auf das Therapieergebnis bei Menschen mit depressiven Störungen besser zu verstehen. Aufgrund des Forschungsbedarfs im Bereich therapeutischer Misserfolg (Brakemeier, Breger & Spitzer, 2012) wird in dieser Studie ein spezieller Fokus gelegt auf therapeutischen Misserfolg im Sinne von ausbleibendem Erfolg (Non-Response) und Verschlechterung („deterioration“) der Symptomatik.

In dieser Arbeit wird zunächst detailliert auf das Störungsbild der Depression und deren Behandlung eingegangen (Kapitel 2). Danach wird thematisiert, welche Rolle Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie spielt und wie religiöse/spirituelle Faktoren mit psychischer Gesundheit (insb. Depressionen) zusammenhängen (Kapitel 3). Anschliessend werden Fragestellungen und Hypothesen formuliert (Kapitel 4) sowie die Methodik der Studie (Kapitel 5) erläutert. Die Ergebnisse werden im sechsten Kapitel präsentiert. In der Diskussion werden die Befunde schliesslich interpretiert, Stärken und Schwächen besprochen sowie Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet (Kapitel 7).

2 Depressive Störungen

In diesem Kapitel werden die Grundlagen zum Störungsbild der Depression vermittelt sowie Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Anschliessend werden wichtige Forschungsergebnisse zur Therapie depressiver Störungen dargestellt.

2.1 Depressive Störungen: Einführung und Grundlagen

2.1.1 Was sind depressive Störungen?

Störungsbild: Eine depressive Episode ist gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung, Interessensverlust sowie einer Verminderung von Antrieb und Aktivität (BfArM, 2020). Viele Betroffene erleben Konzentrationsschwierigkeiten sowie ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung. Meist ist der Schlaf gestört und der Appetit vermindert. Fast immer sind Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen beeinträchtigt. Viele Betroffene beschreiben Schuldgefühle, Gedanken über die eigene Wertlosigkeit sowie negative, pessimistische Zukunftsperspektiven. Auch Suizidgedanken und/oder -handlungen können im Rahmen einer depressiven Episode vorkommen und sind insbesondere bei schweren depressiven Episoden häufig (BfArM, 2020).

Diagnostik: Depressive Störungen gehören zu den affektiven Störungen und sind im ICD-10 (International Classification of Diseases) im Kapitel V unter der Kategorie F3 zu finden (BfArM, 2020). Als affektive Störungen werden Störungen bezeichnet, deren Hauptsymptome eine Veränderung der Stimmung (zur Depression oder zur gehobenen Stimmung) charakterisiert. Depressive Episoden werden als leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1) oder schwer (F32.2 und F32.3) eingeteilt, je nach Anzahl und Schwere der Symptome. Beim Vorliegen von vier bis fünf Symptomen wird eine depressive Episode gemäss ICD-10 als «leicht», bei sechs bis sieben Symptomen als «mittelschwer», und bei acht oder mehr Symptomen als «schwer» eingeschätzt (Voderholzer & Hohagen, 2021). Im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V wird von einer «Major Depression» gesprochen, was einer schweren depressiven Episode entspricht (Petermann et al., 2011). Die Symptome müssen dabei über einen Zeitraum von mind. zwei Wochen vorhanden sein (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Bei einer schweren depressiven Episode können zudem psychotische Symptome auftreten, wie z.B. Halluzinationen, Wahnideen oder Stupor (Erstarrung) (BfArM, 2020). Wenn sich depressive Episoden wiederholen, wird von einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) gesprochen, wobei die gegenwärtige Episode leicht, mittelgradig oder schwer sein kann. Die sogenannte Dysthymie (F34.1) bezeichnet eine chronische, mind. 2 Jahre andauernde depressive Verstimmung, welche durch

eine geringere Symptomatik gekennzeichnet ist, jedoch durch den chronischen Verlauf die Betroffenen nachhaltig beeinträchtigt (BfArM, 2020; Petermann et al., 2011). Es gibt noch weitere affektive Störungen (z.B. manische Episode, bipolare affektive Störung, Zylothymie), welche jedoch nicht im Fokus dieser Arbeit stehen, weshalb nicht genauer darauf eingegangen wird.

Epidemiologie: Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Lebenszeitprävalenz von Depressionen liegt in der Schweiz ca. bei 20%, das heisst, dass ca. jede 5. Person im Verlauf ihres Lebens an einer Depression erkrankt (Baer et al., 2013). Rund 7% der Bevölkerung erkrankt innerhalb eines Jahres erstmalig oder wiederholt an einer depressiven Störung (Baer et al., 2013). Epidemiologische Studien stellen insgesamt eine stabile Depressionsprävalenz in der Bevölkerung fest (Nübel et al., 2019). Depressionen können unabhängig vom Geschlecht, Alter und sozialen Status jeden Menschen betreffen. Frauen sind jedoch verglichen mit Männern etwa doppelt so häufig von depressiven Störungen betroffen. Als Grund dafür werden unterschiedliche Erklärungen diskutiert (z.B. hormonelle Unterschiede, Persönlichkeitsfaktoren, Umweltfaktoren) (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Rund 50% der Betroffenen erkranken vor dem 30. Lebensjahr erstmalig an einer Depression, nach dem 60. Lebensjahr sind Ersterkrankungen selten (Voderholzer & Hohagen, 2021). In Bezug auf den Familienstand wurde festgestellt, dass depressive Störungen bei geschiedenen, getrenntlebenden oder verwitweten Menschen besonders häufig auftreten. Depressionen sind zudem häufiger bei Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status. Psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Isolation) und kritische Lebensereignisse (Tod einer nahestehenden Person, Scheidung) stellen Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen dar (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Verlauf: Depressionen verlaufen meist episodisch (phasenhaft). Etwa bei einem Drittel der Betroffenen tritt nur eine einzige Episode im Lebensverlauf auf. Bei einem weiteren Drittel kommt es zu erneuten depressiven Episoden mit vollständigen Remissionen (Symptombfreiheit) im Intervall und das letzte Drittel zeigt einen chronischen Verlauf ohne Remission. Mit zunehmender Anzahl depressiver Episoden steigt die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden an (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Paykel et al., 2005).

Suizidalität: Es ist zudem wichtig festzuhalten, dass Depressionen mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden sind. Ca. 15% der Betroffenen einer schweren Depression versterben durch Suizid (Paykel et al., 2005). Wiederkehrende Suizidgedanken finden sich bei 40-80% der Betroffenen, ca. 20-60% begehen einen Suizidversuch. Es ist schwierig vorherzusagen, ob und wann eine Person einen Suizidversuch unternehmen wird. Grundsätzlich gilt, je genauer der Suizidversuch geplant wurde (z.B. Ort, Zeit, Methode), desto grösser ist die Suizidgefahr.

Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht insbesondere bei Betroffenen mit psychotischen Symptomen oder gleichzeitigem Substanzgebrauch. Weitere wichtige Risikofaktoren sind vergangene Suizidversuche, Suizide in der Familie, höheres Alter, männliches Geschlecht, Alleinleben und einige spezifische Symptome (z.B. Hoffnungslosigkeit, Schlaflosigkeit). Bei Menschen mit Depressionen besteht das Suizidmotiv häufig darin, den als endlos wahrgenommenen schmerzhaften Gefühlszustand zu beenden oder aufgrund scheinbar unüberwindbarer Hindernisse aufzugeben (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Paykel et al., 2005).

Komorbiditäten: Depressive Störungen weisen hohe Komorbidität mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen auf (Paykel et al., 2005). Die häufigsten psychischen Komorbiditäten sind Angst- oder Panikstörungen (bei 30-50%), gefolgt von Suchterkrankungen (bei 30-60%). Auch gehäuft kommen komorbide Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangserkrankungen vor (Voderholzer & Hohagen, 2021). Das Vorliegen von Komorbiditäten geht mit grösseren Beeinträchtigungen einher und bedeutet zudem eine ungünstigere Prognose, sowohl in Bezug auf die depressive Störung als auch auf die komorbiden Erkrankungen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). In Bezug auf somatische Komorbiditäten lässt sich festhalten, dass bei älteren Menschen mit depressiven Störungen häufiger körperliche Beschwerden und Krankheiten zu finden sind. Durch verschiedene körperliche Erkrankungen (Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, neurogenerative Erkrankungen) wird zudem die Entstehung einer depressiven Symptomatik begünstigt. Dies sind jedoch keine unidirektionalen Zusammenhänge, sondern es kommt dabei zu reziproken Wechselwirkungen zwischen den körperlichen Beschwerden und der depressiven Symptomatik. Das Vorliegen einer Depression ist zudem ein Risikofaktor für die Entstehung und/oder einen ungünstigen Verlauf verschiedener körperlicher Krankheiten, wie z.B. koronare Herzerkrankungen (z.B. Lett et al. 2004).

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass Depressionen mit grossen Einschränkungen in der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit verbunden sind. Wichtig ist zudem zu betonen, dass auch das unmittelbare familiäre und soziale Umfeld meist massiv durch die Erkrankung belastet ist (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

2.1.2 *Wie entstehen depressive Störungen?*

Bisher gibt es keine einheitliche Theorie als Erklärung für die Entstehung einer depressiven Störung (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Es wird heute davon ausgegangen, dass bei allen psychischen Störungen biologische, psychologische und soziale Faktoren an der Entstehung beteiligt sind, weshalb von einem bio-psycho-sozialen Modell gesprochen wird. Das bio-

psycho-soziale Modell ist eher allgemein angelegt und erlaubt an sich keine konkreten Vorhersagen (Petermann et al., 2011). Es kann jedoch spezifiziert werden in Bezug auf depressive Störungen und solche Spezifizierungen wurden bereits empirisch untersucht (z.B. Kendler et al., 2002). Bspw. konnten Kendler et al. (2002) zeigen, dass sowohl biologische (z.B. genetisches Risiko), als auch psychologische (z.B. Neurotizismus, frühere psychische Erkrankungen) und soziale Faktoren (z.B. Eheprobleme, Arbeitsplatzverlust, massive finanzielle Probleme) einen direkten Einfluss auf das Auftreten einer erneuten depressiven Episode haben. Daneben gab es in der Studie weitere Faktoren, die einen indirekten Einfluss auf die Entstehung einer erneuten depressiven Episode hatten wie z.B. tiefes Selbstwertgefühl, gestörtes Familienumfeld, traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit oder Substanzmissbrauch.

Hilfreich für das Verständnis der Entstehung psychischer Störungen sind auch sogenannte Vulnerabilitäts-Stress-Modelle (vgl. Abbildung 1). Dabei wird angenommen, dass prä-

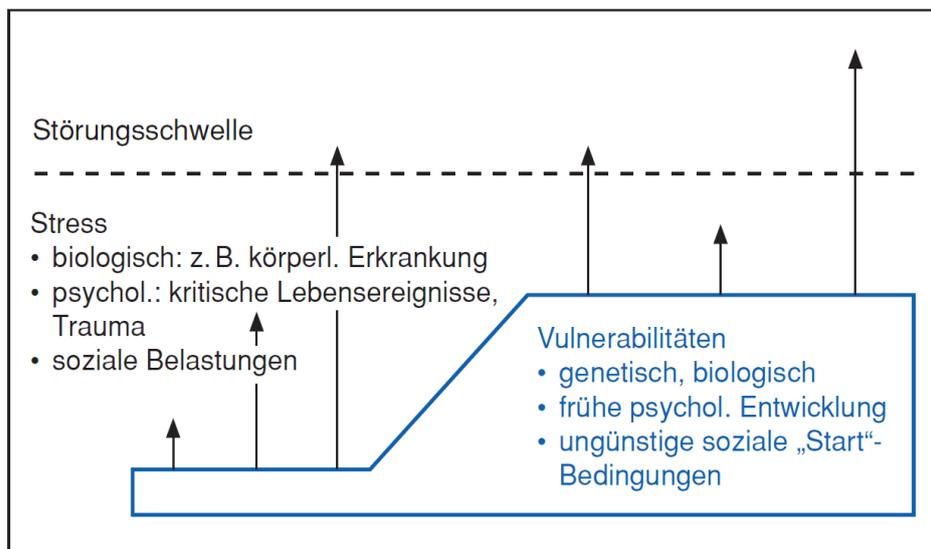


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (aus Petermann et al., 2011)

disponierende Faktoren (genetischer bzw. familiengenetischer Art, frühe adverse soziale und umweltbezogene Ereignisse) zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität (Anfälligkeit) führen. Wenn dann zu dieser erhöhten Vulnerabilität stressreiche Lebensereignisse oder weitere Belastungsfaktoren dazukommen, kann es zu Ausbruch einer Störung (z.B. Depression) kommen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Das in Abbildung 2 dargestellte Ätiologiemodell der Depression (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011) hat sich für Forschung und Praxis bewährt und ist durch viele Untersuchungen

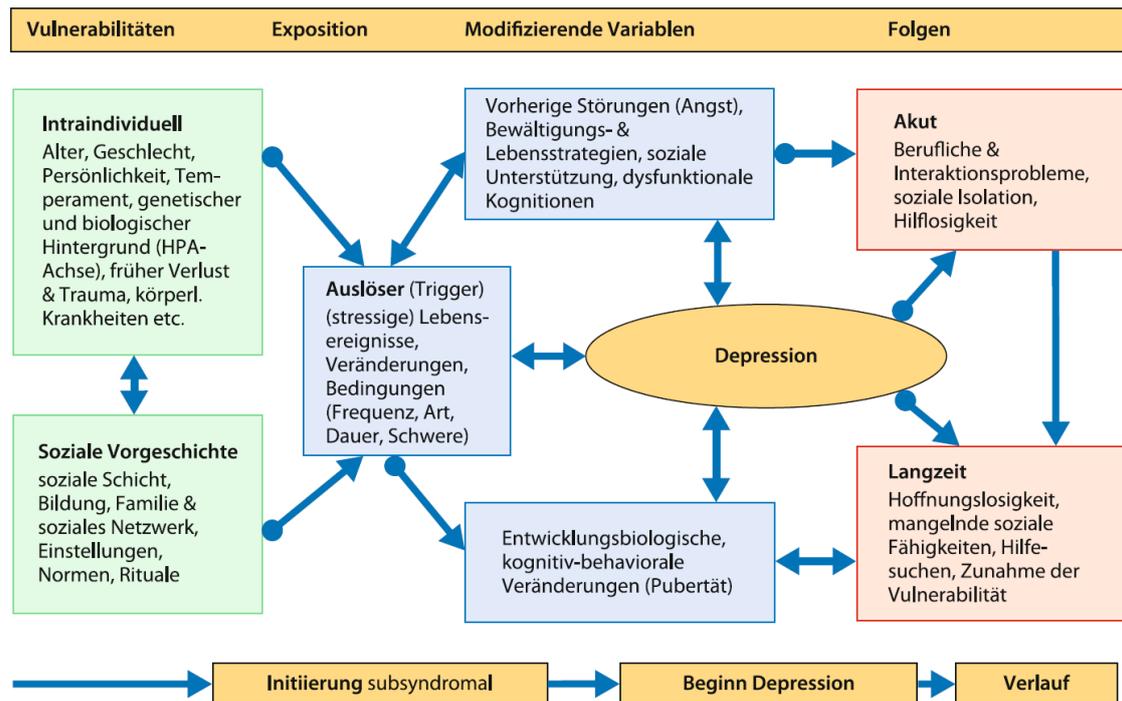


Abbildung 2: Ätiologiemodell der Depression (aus Beesdo-Baum & Wittchen, 2011)

in Teilkomponenten gut belegt. Es zeigt das komplexe Zusammenspiel verschiedener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung. Darin integriert befindet sich ein Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Eine detailliertere Übersicht zu den einzelnen Faktoren ist bei Beesdo-Baum & Wittchen (2011) zu finden. An dieser Stelle sollen drei einflussreiche psychologische Depressionstheorien kurz vorgestellt werden, da diese für psychotherapeutische Behandlungsansätze besonders relevant sind.

Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman): Seligman (1974) geht davon aus, dass Depressionen bzw. depressive Symptome erlernt sind. Seine Überlegungen gehen auf Tierexperimente zurück, wo er feststellte, dass sich durch die wiederholte Erfahrung von mangelnder Kontrolle über die eigene Situation (insb. aversive Umweltaspekte wie Elektroschocks) eine generalisierte Erwartung von Nichtkontrolle entwickelt, die ein depressives Reaktionsmuster nach sich zieht. Dieses Modell wurde später um die Rolle der Kausalattributionen (Ursachenzuschreibungen) erweitert, weil sich zeigte, dass es ohne kognitive Annahmen eine Depression nur in Teilaspekten erklären kann (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Es wurde festgestellt, dass Depressive einen pessimistischen Attributionsstil aufweisen, wobei negative Ereignisse (z.B. Misserfolge) tendenziell auf internale, globale und stabile Ursachen zurückgeführt werden. Eine Depression entsteht nach dem erweiterten Modell dann, wenn Menschen der Überzeugung sind, dass sie keine Kontrolle über bestimmte Ereignisse oder Lebensumstände haben und für diesen Zustand selbst verantwortlich seien (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn): Gemäss Lewinsohn (1974) kommt es bei einer Depression zu einem Mangel an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung. Diese geringe Rate an Verstärkern kann bedingt sein durch drei Prozesse: a) geringe Anzahl und niedrige Qualität potenziell verstärkender Ereignisse (z.B. aufgrund schlechter sozioökonomischer Bedingungen, Isolation im höheren Alter), b) mangelnde Erreichbarkeit von Verstärkern (z.B. durch Scheidung, Arbeitsplatzverlust) und c) instrumentelles Verhalten der Person (z.B. mangelnde soziale Kompetenzen). Gemäss der Theorie kommt es durch eine niedrige Verstärker-rate zu einem depressiven Verhaltensmuster (z.B. Inaktivität, Klagen). Dieses wird nun kurzfristig durch die Umgebung meist verstärkt (z.B. durch vermehrte Aufmerksamkeit, Hilfestellungen) und nimmt somit zu, bzw. wird damit aufrechterhalten. Langfristig hat dieses Verhalten jedoch negative Folgen: Bspw. werden depressive Personen von ihren Mitmenschen eher gemieden, was mit einem weiteren Verstärkerverlust einhergeht und die Depression verstärken kann (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata (Beck): Für Beck (1970, 1974) ist eine Depression bedingt durch die Art und Weise, wie Menschen denken. Er geht davon aus, dass dysfunktionale kognitive Schemata (stabile Denkstrukturen wie z.B. die Annahme «Ich muss perfekt sein») die Wahrnehmung und Interpretation der Welt negativ verzerren. Dabei sind typische kognitive Schemata depressiver Menschen, negative und pessimistische Einstellungen zu sich selbst, der eigenen Zukunft und der Welt (kognitive Triade). Diese Denkmuster wurden durch ungünstige frühe Lernerfahrungen (z.B. Zurückweisungen, Verlusterlebnisse) erworben. Sie können in der weiteren Lebensgeschichte (besonders in Situationen, die der Entstehungssituation ähneln) dann aktiviert werden und zu automatischen Gedanken führen (in Form von absolutistischen, verallgemeinernden, verzerrten und unlogischen Fehlschlüssen) und somit depressive Symptome bewirken (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

2.2 Behandlung depressiver Störungen

Ansätze zur Behandlung depressiver Störungen lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: 1. die pharmakologischen/somatischen Therapien und 2. die psychologischen Therapien. Diese beiden Therapieansätze lassen sich auch sinnvoll kombinieren. Wichtige Ziele der beiden Therapieansätze sind dabei die Linderung der akuten depressiven Symptomatik bis zur Remission (symptomfreier Zustand) sowie eine langfristig wirksame Rückfallprophylaxe (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Der Einsatz der Behandlungsansätze hängt jedoch auch vom Schweregrad der Symptomatik und weiteren Krankheitsmerkmalen ab. Bei leichten depressiven Episoden

kann gemäss Leitlinienempfehlung (DGPPN et al., 2017) mit der Behandlung abgewartet werden, wenn Betroffene die Behandlung ablehnen oder davon auszugehen ist, dass sich die depressive Symptomatik auch ohne Behandlung zurückbildet (Spontanremission). Dabei ist jedoch das «watchful waiting» im Sinne eines aktiv-abwartenden Begleitens wichtig. Dabei sollte die Symptomatik innerhalb der ersten zwei Wochen überprüft werden. In diesem Rahmen können niederschwellige psychosoziale Interventionen wie z.B. Bibliothherapie (Unterstützung durch Selbsthilfe-Bücher) oder andere Massnahmen des Selbstmanagements eingesetzt werden (DGPPN et al., 2017). Auch regelmässige körperliche Aktivität kann eine antidepressive Wirkung haben (Kvam et al., 2016). Falls die depressive Symptomatik anhält oder sich verschlechtert, sollte mit dem Patient*in über eine intensivere Behandlung gesprochen werden. Möglichkeiten sind dabei z.B. Beratung, psychoedukativ-supportive Gespräche, qualifizierte angeleitete Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfebücher/Online-Programme), Problemlösungsansätze oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung. Gemäss den Leitlinien ist eine Behandlung mit Antidepressiva erst bei mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden indiziert. Bei einer schweren depressiven Episode sollte eine Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie stattfinden (DGPPN et al., 2017).

Die Behandlung einer Depression (insb. einer rezidivierenden depressiven Störung) lässt sich grob in drei Phasen aufgliedern: die Akuttherapie, die Erhaltungstherapie und die Rezidivprophylaxe (siehe Abbildung 3). Das Ziel der Akuttherapie ist eine wirksame Reduktion der depressiven Symptomatik, sodass eine stabile Remission erreicht werden kann. Dabei geht

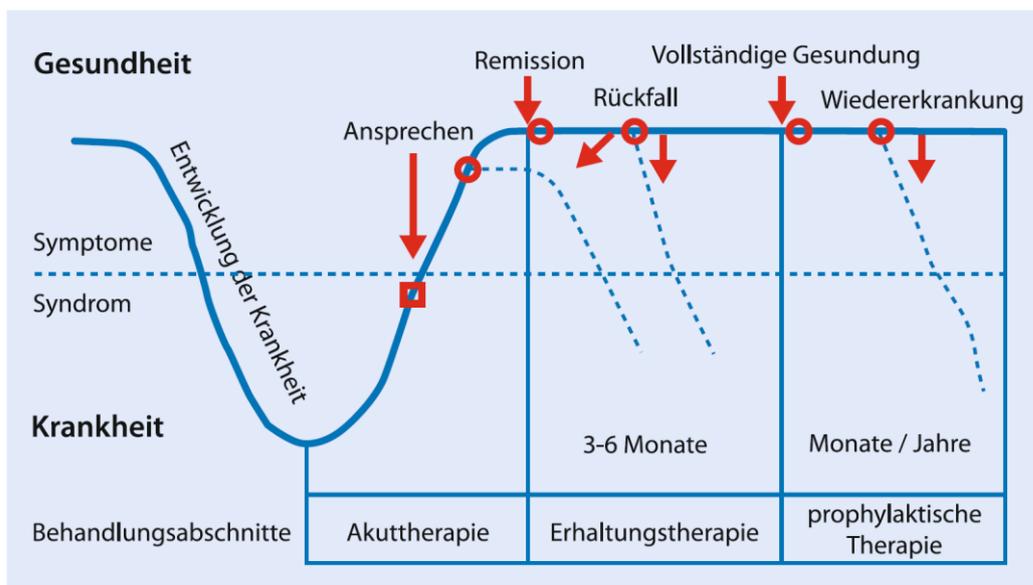


Abbildung 3: Phasen der Behandlung depressiver Störungen (aus Beesdo-Baum & Wittchen, 2011)

es oftmals auch um die Reduktion der Symptomatik von komorbiden Störungen (z.B. Angststörungen). Um Rückfälle zu verhindern ist nach der Akuttherapie eine Erhaltungstherapie notwendig, welche während ca. 3-6 Monate durchgeführt wird. Dabei wird i.d.R. die medikamentöse Behandlung in gleicher Dosis weitergeführt. Psychotherapeutische Gespräche können in geringerer Frequenz (z.B. einmal pro Monat) fortgeführt werden. In einer dritten Phase werden weitere Kontakte zu Patient*innen empfohlen, um eine mögliche Wiedererkrankung rechtzeitig zu erkennen, bzw. verhindern zu können (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

2.2.1 Pharmakotherapie

Es wird davon ausgegangen, dass Depressionen mit Störungen im Neurotransmitterstoffwechsel assoziiert sind. Daher können sie durch die Gabe von Medikamenten, welche auf den Neurotransmitterstoffwechsel einwirken, beeinflusst werden. Zur pharmakologischen Behandlung werden sogenannte Antidepressiva eingesetzt. Es gibt verschiedene Antidepressiva, welche unterschiedlich wirken. Die meisten greifen in den Stoffwechsel von Serotonin und Noradrenalin ein. Wichtige Antidepressiva sind u.a. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI), Trizyklische (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA), Monaminoxidasehemmer (MAOI) und weitere. Zudem gibt es nicht klassifizierte Antidepressiva (z.B. Trazodon), Lithiumsalze und pflanzliche Antidepressiva (z.B. Johanniskraut) (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; DGPPN et al., 2017).

Es ist wichtig, bei der Auswahl des Medikaments (inkl. Dosis und Dauer) den individuellen Patienten mit seiner Symptomatik miteinzubeziehen. Dabei sind sowohl spezifische Funktionen (wie z.B. Verbesserung der Schlafqualität), Patientenpräferenzen als auch komorbide Erkrankungen zu berücksichtigen. Besonders in der Aufdosierungsphase ist eine sorgfältige Überwachung der Wirkungen und Nebenwirkungen zentral (DGPPN et al., 2017). Wenn ein Patient*in nach 4-6 Wochen nicht ausreichend auf die Medikation anspricht, sollte eine Anpassung (z.B. Veränderung der Dosis, Wechsel des Medikaments, bzw. der Kombination) vorgenommen werden. Meist zeigt sich nach 2-4 Wochen eine Reduktion der depressiven Symptomatik und in den folgenden Wochen eine weitere Verbesserung. Die medikamentöse Therapie sollte bis zur vollständigen Remission beibehalten werden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Während der Erhaltungstherapie sollte das Antidepressiva in gleicher Dosierung über einen Zeitraum von vier bis neun Monaten weiter eingenommen werden. Das Absetzen der Antidepressiva erfolgt meist schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen (DGPPN et al., 2017).

2.2.2 Psychotherapie

Für die Behandlung depressiver Störungen gibt es heute viele gut untersuchte, wirksame psychotherapeutische Interventionen. Die Auswahl der therapeutischen Interventionen erfolgt für jeden Patienten massgeschneidert und hängt u.a. von der Motivation und den Präferenzen des Patienten, dem Vorliegen komorbider Störungen oder der Verfügbarkeit eines Verfahrens ab (Hautzinger, 2008). Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist zu Beginn jeder Psychotherapie eine wichtige Grundlage für den Behandlungserfolg (DGPPN et al., 2017). Von besonderer Relevanz in der Behandlung depressiver Störungen sind die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die interpersonelle Therapie (IPT), da ihre Wirkung bei der Behandlung von Depressionen am besten belegt ist (Hautzinger, 2008).

Interventionen aus der *kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)* basieren auf der Annahme, dass Depressionen sowohl mit kognitiven Prozessen (dysfunktionale Denkmuster und Einstellungen), als auch mit dem Verlust von Verstärkern (in Bezug auf Aktivitätsrate, soziale Fertigkeiten) zusammenhängen. Zudem wird davon ausgegangen, dass sich diese Prozesse gegenseitig beeinflussen. In der KVT wird daher der Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten thematisiert und analysiert. Wichtige Bausteine der Therapie sind zudem der Aufbau von positiven Aktivitäten, die Verbesserung von sozialen Kompetenzen sowie das Erkennen, Überprüfen und Korrigieren dysfunktionaler Denkmuster und Schemata. In der KVT werden zudem häufig Hausaufgaben mitgegeben und es werden oftmals Protokolle oder Tagebücher ausgefüllt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die Interventionen im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) lassen sich grob in sechs Phasen aufteilen:

- Phase 1: Eine ausführliche Diagnostik stellt den Beginn der Behandlung dar. Dabei sollte festgestellt werden, ob es sich um eine depressive Störung handelt und ob ggf. noch weitere komorbide Störungen vorliegen, die behandelt werden müssen. Danach wird eine strukturierte Verhaltens- und Problemanalyse gemacht, in der eine Darstellung des aktuellen depressiven Problemverhaltens auf gedanklicher (kognitiver), verhaltensbezogener (behavioraler), gefühlsbezogener (emotionaler) und körperlicher Ebene einbezogen wird. Ein weiterer wichtiger Baustein dieser ersten Phase ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.
- Phase 2: Der Fokus dieser zweiten Phase liegt auf Psychoedukation über das Störungsbild sowie der Vermittlung eines therapeutischen Modells. Es werden Therapieschwerpunkte und Therapieziele herausgearbeitet. Es ist wichtig, dass Patient*innen wichtige Zusammenhänge verstehen, da dies Hoffnung vermittelt und Motivation fördert.

- Phase 3: Abgeleitet vom Verstärkerverlustmodell der Depression nach Lewinsohn (1974), ist Aktivitätsaufbau ein wichtiges Element in der Behandlung depressiver Störungen. Das Ziel wäre, dass Patient*innen wieder mehr positive Erfahrungen und Verstärkung erleben. Dabei sollten einerseits positive Aktivitäten gefördert, andererseits belastende Aktivitäten vermindert werden. Für den Aktivitätsaufbau werden häufig Tages- und Wochenpläne eingesetzt, wo Patient*innen ihre Aktivitäten und die Stimmung dabei protokollieren. Es wäre wünschenswert, dass Patient*innen Zusammenhänge zwischen Aktivitäten (Handeln) und ihrem Befinden (Emotion) erkennen und lernen, über Aktivitäten ihre Stimmung zu beeinflussen, bzw. zu verbessern. Angenehme Aktivitäten sollten dann gezielt in den Wochenplan eingebaut werden. Es kann auch auf vorgefertigte Listen angenehmer Aktivitäten zurückgegriffen werden.
- Phase 4: Die Verbesserung der sozialen Kompetenz ist ein weiterer Baustein der KVT. Menschen mit depressiven Störungen haben häufig reduzierte oder belastete soziale Beziehungen und zeigen Defizite in sozialen Kompetenzen (vgl. Lewinsohn-Modell). Daher können in der Therapie Trainings sozialer Kompetenzen (soziale Sicherheit, Kontaktverhalten, Kommunikations- und Problembewältigungsfertigkeiten) sinnvoll sein. Dies wird in Form von Rollenspielen (auch mit Hilfe von Videotechnik) trainiert. Falls Partnerschaftsprobleme vorhanden sind, ist zudem ein Einbezug des Partners*in in die Therapie sinnvoll.
- Phase 5: Da Depressionen durch negative, dysfunktionale Denkmuster (Kognitionen) charakterisiert sind (vgl. Beck, Seligman), ist das Bearbeiten und Umstrukturieren solcher Kognitionen (=kognitive Umstrukturierung) ein weiterer wichtiger Baustein der Behandlung. Zuerst soll dabei der Einfluss von negativen Gedanken auf das emotionale Befinden verdeutlicht werden. Dazu werden oftmals Gedankenprotokolle (oder «ABC-Schemas») eingesetzt, wo Patient*innen in ganz konkreten Situationen ihre Gedanken und die daraus resultierenden Emotionen beobachten und protokollieren können. In einem zweiten Schritt werden die negativen Gedanken dann in hilfreichere und rationalere Gedanken verändert. Durch spezifische Fragetechniken (z.B. sokratischer Dialog) helfen Therapeut*innen den Patient*innen, Gedanken auf ihre Adäquatheit und ihren Realitätsgehalt hin zu überprüfen und alternative, hilfreichere Gedanken und Annahmen zu entwickeln.

- Phase 6: In der letzten Phase ist es wichtig, Patient*innen auf mögliche Krisen und Rückschläge vorzubereiten. Während der Therapie wurden verschiedene Techniken erlernt und im Alltag geübt (Hausaufgaben). Es wäre wichtig, dass Patient*innen in Krisen die erlernten Techniken selbständig anwenden können und nicht in die depressiven Denk- und Verhaltensmuster zurückfallen. Besonders zentral ist dabei ist, dass Patient*innen Auslöser, Frühwarnzeichen und erste Symptome möglichst frühzeitig erkennen und gegensteuern können (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011).

Bei der *Interpersonellen Therapie (IPT)* nach Klerman und Weissman liegt der Behandlungsfokus auf dem Zusammenhang zwischen der Depression und den akuten oder langfristigen interpersonellen Belastungsfaktoren. Interpersonelle Belastungsfaktoren sind z.B. Konflikte in der Partnerschaft, der Verlust einer vertrauten Rolle, Vereinsamung/Isolation sowie Trennungs- oder Verlusterfahrungen von nahestehenden Personen. Es wird angenommen, dass diese psychosozialen Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen haben. Das Verstehen und Bearbeiten des interpersonellen Kontexts ist dabei entscheidend für die Remission und Prävention eines Rückfalls. In der IPT wird davon ausgegangen, dass sich Depression und interpersonelle Probleme wechselseitig beeinflussen: Einerseits können belastende Lebensereignisse (z.B. Trennung) zur Entstehung depressiver Symptome führen, andererseits können Depressionen interpersonelle Probleme auslösen und verschlimmern (Böker, 2011). Die IPT entwickelte sich ursprünglich aus den psychodynamischen Ansätzen heraus. Der Einfluss früherer Bindungserfahrungen und intrapsychischer Konflikte und Wünsche auf spätere zwischenmenschliche Beziehungsmuster wird zwar berücksichtigt, steht jedoch nicht im Fokus der Therapie. Die therapeutische Arbeit konzentriert sich auf das Hier und Jetzt, indem aktuelle zwischenmenschliche und psychosoziale Probleme bearbeitet werden. Es handelt es sich um eine Kurzzeittherapie, welche im Rahmen von ca. 12-20 ambulanten Einzelsitzungen stattfindet. Die Behandlung gliedert sich in drei Abschnitte, die jeweils einen unterschiedlichen Schwerpunkt aufweisen (Böker, 2011; Hautzinger, 2008). Die IPT gilt neben der KVT als eine der besten empirisch validierten antidepressiven Behandlungsmethoden. In einer Metaanalyse von Cuijpers et al. (2016) konnten im Vergleich zu Kontrollbedingungen mittlere bis grosse Effekte nachgewiesen werden. Zudem erwies sich die IPT auch präventiv und als Rückfallprophylaxe als wirksam.

Neben der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der interpersonellen Therapie (IPT) gibt es weitere Verfahren, die für die Behandlung depressiver Störungen entwickelt worden sind oder häufig angewendet werden. Dazu gehört z.B. das Cognitive Behavioral Analysis

System of Psychotherapy (CBASP) nach McCullough, welches speziell für die Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurden. Ebenfalls werden achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapien (z.B. Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT; Acceptance and commitment therapy, ACT), psychodynamische Therapien oder Gesprächspsychotherapie zur Behandlung depressiver Störungen eingesetzt (Hautzinger, 2008; Voderholzer & Hohagen, 2021). Auch für diese Verfahren liegen Wirksamkeitsnachweise vor, diese sind jedoch bisher weniger gut empirisch gesichert verglichen zur KVT oder zur IPT (Voderholzer & Hohagen, 2021).

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass in den letzten Jahren zunehmend auch internetgestützte Therapien an Bedeutsamkeit gewinnen. Diese reichen von angeleiteten Selbsthilfeprogrammen bis hin zu videogestützten Therapiesitzungen und werden auch bei depressiven Störungen eingesetzt. Es gibt bereits einzelne Belege für die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz solcher Tools bei depressiven Symptomen (Carlbring et al., 2018; Karyotaki et al., 2017). Therapeutisch angeleitete Selbsthilfeprogramme erweisen sich dabei verglichen mit Programmen ohne jeglichen therapeutischen Kontakt als effektiver. Die Unterschiede in der Wirksamkeit sind v.a. auf höhere Abbrecherquoten bei ungeleiteten Selbsthilfeprogrammen zurückzuführen (Berger, 2015).

2.2.3 Weitere Therapieformen

Neben der Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung gibt es weitere Verfahren, die bei der Behandlung depressiver Störungen eingesetzt werden können:

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie): Vollständiger Schlafentzug oder partieller Schlafentzug in der zweiten Nachthälfte hat eine erwiesene antidepressive Wirkung. Es ist die einzige antidepressive Intervention mit ausgeprägten positiven Effekten noch am selben Tag. Die Effekte sind jedoch meist nicht anhaltend. Aufgrund der Kosteneffizienz, der relativ leichten Umsetzbarkeit, Nichtinvasivität und der raschen Wirkung kann die Wachtherapie ergänzend eingesetzt werden (DGPPN et al., 2017).

Lichttherapie: Als besonders hilfreich ist der Einsatz von Lichttherapie bei Patient*innen mit saisonal abhängigen Depressionen (regelmässiges Auftreten von depressiven Episoden in den Herbst- und Wintermonaten) (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die Lichtquelle sollte weißes, fluoreszierendes Licht abgeben und Lichtintensitäten von mind. 2 500 Lux erzeugen. Patient*innen sollen dabei höchstens ca. 50-80 cm von der Lichtquelle entfernt sitzen und die Augen geöffnet haben. Die Lichttherapie sollte jeden Morgen (möglichst rasch nach dem Erwachen) angewendet werden. Bei einer Intensität von 10'000 Lux wird eine Anwendungsdauer von 30-40 Minuten pro Tag empfohlen (DGPPN et al., 2017).

Elektrokonvulsive Therapie (EKT): Bei der EKT werden unter Narkose mittels kurzen Stromimpulsen Krampfanfälle ausgelöst. Für Patient*innen, die nicht auf eine medikamentöse Therapie ansprechen und unter schweren depressiven Störungen leiden, ist die EKT eine geeignete Methode (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die EKT gilt als eine wirksame Behandlungsmethode bei therapieresistenten und schweren depressiven Störungen mit einem raschen Wirkeintritt (DGPPN et al., 2017).

Ergänzend werden im stationären Bereich auch Angehörigengruppen, Ergotherapie oder künstlerische Therapieformen angeboten (DGPPN et al., 2017). Ein weiterer Zugangsweg sind körperorientierte Interventionen, wie z.B. die Bewegungs- und Tanztherapie. Da sich Depressionen auch auf einer körperlichen Ebene manifestieren (gebeugte Körperhaltung, leerer Blick, starre Mimik, psychomotorische Gehemmtheit) und viele depressiv Erkrankte das Gefühl für den eigenen Körper verloren haben, können körperorientierte Interventionen sinnvolle Zugangswege sein. Dabei gibt es ein breites Spektrum von Möglichkeiten (Tanz, Wahrnehmungsübungen, Entspannungstechniken, Bewegungsrituale, Sport und Gymnastik, etc.). Mit bewegungs- und tanztherapeutischen Interventionen wird versucht die Körperwahrnehmung zu stärken, einen Zugang zu finden zu den eigenen Gefühlen, Spannungen abzubauen sowie die Stimmung zu verbessern (Böker, 2011).

2.3 Forschungsstand

2.3.1 *Erfolge und Misserfolge in der Psychotherapie*

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren ist durch eine Vielzahl randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) gut belegt (Lambert & Ogles, 2004). Diese Effekte sind nicht nur statistisch signifikant, sondern auch klinisch bedeutsam. Psychotherapie erleichtert die Remission von Symptomen und verbessert die Funktionsfähigkeit (Lambert & Ogles, 2004). Lipsey und Wilson (1993) kamen zum Schluss, dass die Effektstärken von psychotherapeutischen Interventionen vergleichbar oder sogar grösser sind im Vergleich zu verschiedenen medizinischen Interventionen. Auch scheinen diese Effekte langfristig anzuhalten, viele Patient*innen können die in der Therapie erreichten Fortschritte (gains) beibehalten (Lambert & Ogles, 2004).

Als besonders gut untersucht und wirksam gelten Verfahren aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich (Jacobi, 2001). Die Forschungstätigkeit fokussierte sich lange auf die Überprüfung von Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. Im Vergleich dazu gibt es wenige Studien, die sich mit Misserfolgen, Nebenwirkungen oder Therapieschäden befassen.

Ein Hauptgrund dafür ist die Schwierigkeit Begrifflichkeiten wie „Therapieerfolg“, „Misserfolg“, „Therapieschaden“ und „Nebenwirkung“ überhaupt zu definieren und diese voneinander abzugrenzen (Brakemeier et al., 2012; Jacobi, 2001). Es werden jedoch noch weitere Gründe für den unbefriedigenden Forschungsstand in diesem Bereich genannt, wie z.B. eine verzerrende Publikationspraxis (nur Erfolgsmeldungen werden veröffentlicht) oder methodologische Probleme (z.B. Nichterfassen von Verschlechterungen durch die meisten Messinstrumente, Therapieablehner und -abbrecher gehen zu selten in die Datenanalysen ein) (Jacobi, 2001).

Misserfolg kann als «unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit oder implizit angestrebten Ziele» definiert werden (Hoffmann et al., 2008, S.5). Dazu gehören einerseits Misserfolge im Vorfeld (z.B. aufgrund mangelnden Zugangs), Therapie-Ablehnung sowie Therapie-Abbruch. Diese werden in vielen Studien nicht erfasst und/oder nicht berichtet. Andererseits werden Nichtreagierer (Non-Responder), Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik und Rückfälle als Misserfolge gezählt (Brakemeier et al., 2012; Jacobi, 2001). Studien geben unterschiedliche Prävalenzen von Erfolgen und Misserfolgen an, was vor allem auf unterschiedlichen Definitionen und Konzeptualisierungen zu tun hat. In Überblicksarbeiten wird angegeben, dass es bei 10-50% zu ausbleibenden Verbesserungen (Non-Response) und bei 5-15% zu Verschlechterungen der Symptomatik kommt (z.B. Fischer-Klepsch et al., 2009; Lambert, Hawkins & Hafield, 2002, zitiert nach Jacobi et al., 2011; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995). Im ambulanten Setting mit Stichproben aus Deutschland wurden Verschlechterungen von 0.8- 4.3% und Non-Response-Raten von 11 % bis 17 % angegeben (Jacobi et al., 2011; Nelson & Hiller, 2013). Misserfolge gehören zur psychotherapeutischen Praxis. Entscheidend ist jedoch, wie mit Misserfolgen umgegangen wird. Schliesslich kann aus Fehlern gelernt werden. Eine Auseinandersetzung mit Misserfolgen ist für eine evidenzbasierte Psychotherapieforschung daher unerlässlich (Margraf & Scholten, 2018).

2.3.2 Begriffsdefinitionen

Wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, existieren in der Literatur verschiedene Definitionen und Methoden, um Therapieerfolg, bzw. Therapiemisserfolg zu beschreiben. Dies ist auch für den Bereich der depressiven Störungen der Fall (Nierenberg & DeCecco, 2001). Ein gängiges Mass zur Einschätzung von Therapieerfolg ist die Methode der prozentualen Symptombesserung (Hiller & Schindler, 2011). Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die drei Phänomene «Response», «Non-Response» und Verschlechterung der Symptomatik, die wie folgt definiert werden.

Therapeutischer Erfolg:

- *Response*: In Bezug auf depressive Störungen wird unter Ansprechen (Response) eine $\geq 50\%$ Reduktion der Symptomatik von der Baselinemessung in einem Depressivitätsmessinstrument verstanden (Nierenberg & DeCecco, 2001).

Therapeutischer Misserfolg:

- *Non-Response*: Ausbleibende Verbesserung (Non-Response) wird definiert als eine Symptomreduktion von weniger als 50% im Beck-Depressionsinventar (BDI) im Zeitraum zwischen Eintritt und Austritt (vgl. Hölzel et al., 2010).
- *Verschlechterung* („deterioration“): Eine reliable Verschlechterung wird definiert, als jegliche negative Veränderung im BDI von ≥ 8.46 Punkten (vgl. Jakcobi et al., 2011).

2.3.3 Prädiktoren für das Therapieergebnis bei Depressionen

In Bezug auf Einflussfaktoren für den Therapieerfolg bei der Behandlung depressiver Störungen wurde bereits viel Forschung betrieben (z.B. De Carlo, Calati, & Serretti, 2016; Rozental, Andersson, & Carlbring, 2019). Es gibt gute Evidenz dafür, dass sich eine längere Störungsdauer, komorbide psychiatrische Störungen (v.a. Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen) sowie verschiedene weitere Krankheitsmerkmale (z.B. höhere Anzahl frühere Klinikaufenthalte, mittleres- hohes Suizidrisiko) als ungünstig für den Therapieerfolg erweisen (vgl. Übersichtsarbeit von De Carlo et al., 2016). In Bezug auf den Schweregrad der Erkrankung zu Beginn ist der Zusammenhang etwas komplexer und es wurden teilweise widersprüchliche Ergebnisse gefunden. Dies hängt unter anderem mit unterschiedlichen Definitionen von therapeutischem Erfolg, bzgl. Misserfolg zusammen (Nelson & Hiller, 2013). Es scheint so zu sein, dass die am stärksten belasteten Patient*innen am meisten profitieren, am Schluss jedoch immer noch stärker belastet sind als weniger stark belastete Patient*innen. Dies zeigt sich in Studienergebnissen darin, dass die Symptomschwere zu Beginn nicht mit einer reduzierten Response-Rate (z.B. Sagud et al., 2013; Petersen et al., 2002), jedoch mit einer reduzierten Remissionsrate (z.B. Howland et al., 2009) assoziiert ist (De Carlo et al., 2016). Einige Studien fanden zudem Hinweise auf den Einfluss von soziodemografischen Variablen, wie z.B. Alter (z.B. Petersen et al., 2002, Sagud et al., 2013) oder Geschlecht (Rozental et al., 2019). In Bezug auf soziodemografische Variablen ist die Datenlage jedoch wenig eindeutig und es finden sich z.T. auch widersprüchliche Ergebnisse. Non-Response scheint nicht mit Arbeitstätigkeit, Bildungsstand oder Familienstand zusammenzuhängen (De Carlo et al., 2016). Auch somatische Komorbiditäten scheinen keinen prädiktiven Wert auf das Therapieergebnis zu haben (De Carlo et al.,

2016). Neben den erwähnten Patientenmerkmalen ist gut belegt, dass auch die Qualität der therapeutischen Beziehung ein wichtiger Prädiktor für das Therapieergebnis ist (Martin et al., 2000).

3 Religiosität/Spiritualität in der Psychotherapie

Lange Zeit wurden religiöse und spirituelle Themen in der Psychotherapie und in der wissenschaftlich-psychiatrischen Forschung vermieden (Utsch & Frick, 2015). Die Vorbehalte der Psychiatrie gegenüber religiösen oder spirituellen Themen gehen unter anderem auf Jean Charcot und Sigmund Freud zurück, die im späten 19. Jh. begannen, religiöse Ansichten zu pathologisieren, indem sie Religion mit Hysterie und Neurose assoziierten. Dies schuf für das nächste Jahrhundert eine tiefe Kluft zwischen Religion und dem psychiatrischen Gesundheitswesen. Heute hat sich die Einstellung zur Religion in der Psychiatrie geändert. Ein Grund für diese Änderungen sind Forschungsergebnisse der letzten drei Jahrzehnte, die nahelegen, dass R/S wichtige Ressourcen für die psychische Gesundheit darstellen können (Koenig, 2009).

In diesem Kapitel werden zunächst die Konstrukte Religiosität und Spiritualität eingeführt und definiert. Anschliessend wird der Forschungsstand zum Zusammenhang von R/S und psychischer Gesundheit zusammengefasst. Zum Schluss wird berichtet, wie r/s Elemente in die Psychotherapie integriert werden können.

3.1 Definitionen und Konzepte

In den letzten Jahrzehnten rückten religiöse und spirituelle Faktoren immer mehr ins Interesse der medizinischen und psychologischen Forschung. Eine Herausforderung dabei stellt jedoch die uneinheitliche Definition und Messung der Konstrukte Spiritualität und Religiosität in der Literatur dar (Bonelli & Koenig, 2013). Bisher existiert in den Sozialwissenschaften keine einheitliche Definition von Spiritualität und Religiosität (Utsch, Bonelli & Pfeifer, 2014). Schon früh wurde Religiosität als komplexes Phänomen und multidimensionales Konstrukt beschrieben (Bergin, 1983).

Der Psychologe Allport unterschied zwischen *intrinsischer* und *extrinsischer Religiosität* und fasst dies folgendermassen zusammen: “the extrinsically motivated person *uses* his religion, whereas the intrinsically motivated *lives* his religion” (Allport & Ross, 1967, S. 434). Dabei meint extrinsische Religiosität eine oberflächliche, äusserlich aufgesetzte Religiosität, welche zweckorientiert ist, um andere Ziele zu erreichen (z.B. Sicherheit, Status, soziale Unterstützung). Intrinsische Religiosität hingegen meint eine verinnerlichte und aus tiefer persönlicher Überzeugung kommende Gläubigkeit.

In Bezug auf Religiosität wird zudem häufig auf Überlegungen des Religionssoziologen Charles Glock (1969) zurückgegriffen, der die fünf Dimensionen der Religiosität «Ideologie/Glaube», «Intellekt/Wissen», «öffentliche Praxis», «private Praxis» und «Erfahrung» unterscheidet. Dieser multidimensionale Ansatz hat sich für eine differenzierte psychologische Untersuchung von Religiosität als besonders hilfreich erwiesen (Utsch et al., 2014).

In den letzten 50 Jahren hat sich die Bedeutung der Religion für viele Menschen verändert. Der Trend sei dahingehend, dass die traditionelle Religiosität (z.B. Gottesdienstbesuche) abnimmt, jedoch die individuelle Suche nach Spiritualität zunimmt (Utsch, 2013). Viele Menschen bezeichnen sich selbst als spirituell (oder gläubig), jedoch nicht als religiös (Utsch et al., 2014). Daher geriet das Konstrukt Spiritualität in den letzten Jahren immer mehr ins Interesse der psychologischen Forschung. Der Begriff Spiritualität bezeichnet jedoch ein Sammelsurium von Begriffen und wird dafür auch immer wieder kritisiert (z.B. Koenig, 2008). Viele Forschende gehen heute von einem weiten Spiritualitätsbegriff aus, der auch traditionell-religiöse Ausdrucksformen einschliesst (Utsch et al., 2014). Die vorliegende Arbeit stützt sich auf die Definition von **Becvar** (1994): »Spirituality is a way of being in the world that acknowledges the existence of a transcendent dimension. It includes an awareness of the connectedness of all that is, and accepts that all of life has meaning and purpose and is thus sacred« (Becvar, 1994, S. 13-14). Aufgrund der konzeptuellen Überlappung und der bisher fehlenden Abgrenzung der beiden Begrifflichkeiten, werden in dieser Arbeit die Begriffe Religiosität/Spiritualität (im Folgenden R/S genannt) weitgehend synonym verwendet.

Eine zentrale Facette von R/S wird als *religiöses Coping* (religiöse Bewältigungsstrategien) bezeichnet (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998). Die Autoren fanden zwei übergreifende Formen von religiösen Coping-Strategien, nämlich positives und negatives religiöses Coping. Das positive religiöse Coping ist gekennzeichnet durch eine sichere Beziehung zu Gott, einer wohlwollenden Weltsicht und einem Gefühl der spirituellen Verbundenheit mit anderen. Dazu gehört z.B. das wohlwollende religiöse Bewerten negativer Situationen («Ich habe versucht zu erkennen, wie Gott mich in dieser Situation versucht zu stärken»), die Suche nach Nähe und Unterstützung durch Gott oder andere Gläubige sowie das Bitten um Vergebung. Im Gegensatz dazu steht das negative religiöse Coping. Dieses ist gekennzeichnet durch eine unsichere Beziehung zu Gott, eine bedrohliche Sicht auf die Welt, sowie spirituelle Kämpfe und Spannungen. Zu den negativen religiösen Coping-Strategien gehören das Infragestellen der Macht Gottes, der Ausdruck von Wut oder Unzufriedenheit mit Gott oder der Kirche sowie strafende und dämonische religiöse Bewertung von negativen Situationen (Pargament, 2002; Pargament et al., 1998).

Es lässt sich festhalten, dass R/S ein facettenreiches Konstrukt ist, das kognitive, emotionale, motivationale und verhaltensbezogene Aspekte beinhaltet (Hackney & Sanders, 2003). Religiöse und spirituelle Glaubensformen befinden sich zudem in einem stetigen gesellschaftlichen Wandel. In der Forschung wurde Religiosität jedoch lange als eine einzige, globale Variable betrachtet und es wurden grobe Messmittel verwendet, die das Konstrukt zu sehr vereinfachen und wenig darüber aussagen, wie Religiosität im täglichen Leben, insbesondere in Stresssituationen wirkt (Ano & Vasconcelles, 2005). Diese Betrachtungsweise führte oftmals zu inkonsistenten Befunden und daher wurde die Notwendigkeit für eine differenzierte Betrachtungsweise dieses Konstruktes immer deutlicher (Hackney & Sanders, 2003). Heute existieren verschiedene Messinstrumente, um verschiedene Facetten von R/S zu erfassen. Die in dieser Arbeit verwendeten Messinstrumente zur Erfassung von religiösen/spirituellen Variablen werden im Methodenteil (Kapitel 5) detailliert beschrieben.

3.2 Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit

Spirituelles Wohlbefinden wird gemäss der WHO als Teil der Gesundheit betrachtet (WHOQOL Group, 1998). Es gilt heute als erwiesen, dass Menschen mit stabilen Glaubensüberzeugungen und einer reflektierten Sinnorientierung Lebenskrisen (z.B. Verlusterfahrungen, schwere Erkrankung) besser bewältigen können (Utsch & Frick, 2015). Allerdings wird heute davon ausgegangen, dass sich Glaubensüberzeugungen sowohl heilsam als auch schädigend auswirken können, also eine Ressource oder ein Belastungsfaktor darstellen können (Utsch & Frick, 2015). Der amerikanische Religionspsychologe Pargament (2002) fasst die positiven und negativen Wirkungen von R/S in einem Übersichtsartikel zusammen und kommt dabei auf fünf Schlussfolgerungen:

1. Einige Formen von Religion sind hilfreicher als andere. Eine verinnerlichte, intrinsisch motivierte R/S, die auf einer vertrauensvollen Gottesbeziehung beruht, wirkt sich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus. Im Gegensatz dazu beeinträchtigt eine rein anerzogene und unreflektierte R/S sowie eine schwach ausgeprägte Beziehung zu Gott das Wohlbefinden.
2. Auch umstrittene Formen von Religion (wie z. B. der Fundamentalismus) haben neben Nachteilen auch Vorteile. Beispielsweise stillt fundamentalistische Religiosität die Sehnsucht nach Gewissheit und bietet angesichts unübersichtlicher Vielfalt klare Handlungsanweisungen.
3. Als besonders hilfreich erweist sich R/S für marginalisierte Gruppen und für Menschen, die R/S ganzheitlich in ihr Leben einbinden.

4. In Stresssituationen und Grenzerfahrungen scheinen religiöse Überzeugungen und Praktiken besonders wirksam zu sein.
5. Die Wirksamkeit von R/S ist abhängig von dem Ausmass, indem sie in das alltägliche Leben des Einzelnen integriert ist.

R/S ist also ein vielseitiges Konstrukt, welches unterschiedliche Auswirkungen auf das Leben von Individuen haben kann. Aktuell werden in der Forschung eher die positiven Wirkungen von R/S wiederentdeckt und untersucht (wie z.B. die befreiende Wirkung des Verzeihens oder positive Funktionen von Dankbarkeit). Dabei sollte jedoch das Missbrauchspotenzial von Religionen nicht ausser Acht gelassen werden. Durch eine unterdrückende religiöse Erziehung können Menschen psychischen Schaden nehmen (Utsch & Frick, 2015). In den nachfolgenden Abschnitten werden Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von R/S und psychischen Störungen (insb. Depressionen) dargestellt.

3.2.1 Prävalenz psychischer Störungen

Der Zusammenhang zwischen R/S und psychischer Gesundheit, bzw. psychischer Belastung wurde bereits umfassend beforscht. Metaanalysen aus den USA zeigen wiederholt einen leicht positiven Zusammenhang zwischen R/S und psychischer Gesundheit mit mittleren Korrelationen zwischen .06 und .19 (Hackney & Sanders, 2003; Salsman et al., 2015; Smith et al., 2003; Yonker et al., 2012). Es wurden jedoch unterschiedliche Korrelationen gefunden in Bezug auf die unterschiedlichen Maße von R/S. Für einige der Maße von R/S (z.B. negatives religiöses Coping, extrinsische Religiosität) lässt sich ein umgekehrter Zusammenhang feststellen, sodass die Korrelation zwischen R/S und psychischer Gesundheit negativ ausfällt (Ano & Vasconcelles, 2005; Smith et al., 2003).

Insbesondere zum Zusammenhang zwischen religiösem Coping und psychischer Gesundheit wurde bereits viel Forschung betrieben (vgl. Ano & Vasconcelles, 2005). Es gibt gute Evidenz dafür, dass positives religiöses Coping in Bezug auf die psychische Gesundheit (insb. Depression, Angst) vorteilhaft ist, während negatives religiöses Coping schädlich ist (Ano & Vasconcelles, 2005). Viele Studien untersuchten diesen Zusammenhang jedoch in einem querschnittlichen Design. Jedoch gibt es Hinweise für kausale Effekte von positivem, bzw. negativem religiösem Coping (Fitchett et al., 1999; Pargament et al., 1994; Pirutinsky et al., 2011). Zum Beispiel konnten Pargament et al. (1994) zeigen, dass positives religiöses Coping im Umgang mit Erfahrungen im Golfkrieg zum ersten Messzeitpunkt, die Verringerung des Stresses zum zweiten Messzeitpunkt vorhersagen konnte. Auf der anderen Seite fanden die Autoren, dass negatives religiöses Coping (z.B. religiöse Vermeidung) mit einer Zunahme der globalen

Belastung (distress) nach drei Wochen assoziiert war. Eine andere Forschergruppe (Pirutinsky et al., 2011) untersuchte orthodoxe Juden und fand Hinweise darauf, dass negatives religiöses Coping depressive Symptome zu einem späteren Zeitpunkt vorhersagen konnte.

Bonelli und Koenig (2013) analysierten in einer systematischen Übersichtsarbeit 43 Studien (Zeitraum: 1990 bis 2010) die den Zusammenhang zwischen R/S und psychischen Störungen untersuchten. Die Mehrheit der Studien (72.1%) fand, dass religiöses/ spirituelles Engagement mit geringeren psychischen Störungen einherging. Gerade im Bereich Depressivität und Suizidalität gibt es gute Evidenz, dass R/S mit besserer psychischer Gesundheit einhergeht (Bonelli & Koenig, 2013).

Es gibt zudem Hinweise darauf, dass R/S vor Depressivität schützen könnte. So konnten z.B. Miller et al. (2012) in einer Längsschnittstudie zeigen, dass Personen mit hoher persönlicher Wichtigkeit von R/S ein um ca. 75% geringeres Risiko hatten, über einen Zeitraum von 10 Jahren eine depressive Episode zu erleiden, verglichen mit Personen mit geringerer Wichtigkeit von R/S. Noch stärker war dieser Effekt bei Menschen mit hohem Depressionsrisiko (Nachkommen depressiver Eltern), welche ein um 90% reduziertes Risiko aufwiesen. Insbesondere auch bei körperlichen Erkrankungen oder Lebensereignissen im höheren Alter scheint R/S einen Stress puffernden Effekt zu haben, der Menschen in herausfordernden Zeiten vor dem Abdriften in eine Depression schützen kann (Pfeifer, 2014).

Um den kausalen Einfluss von R/S auf die psychische Gesundheit herauszufinden wäre ein experimentelles Forschungsdesign mit Manipulation der r/s Variablen notwendig. Dies haben z.B. Wachholtz und Pargament (2005) versucht, indem sie die Auswirkungen von drei Interventionsformen verglichen: Entspannung, säkulare Meditation und spirituelle Meditation. Die drei Interventionen bewirkten ein ähnliches Maß an Entspannung. Die Gruppe mit der spirituellen Meditation zeigte jedoch den größten Zuwachs an s/r Variablen, zudem zeigten sie die besten Verbesserungen in Bezug Wohlbefinden und Stress. Dies deutet auf einen kausalen Zusammenhang zwischen R/S und psychischer Gesundheit hin. Für die kausalen Effekte von R/S auf die psychische Gesundheit interessierten sich auch Garssen, Visser und Pool (2021), die in einer aktuellen Metaanalyse ausschliesslich Längsschnittstudien einschlossen. Psychische Gesundheit umfasste in dieser Studie die Variablen Stress, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. Zudem wurden verschiedene R/S Variablen untersucht (öffentliche und private religiösen Aktivitäten, Unterstützung durch Kirchenmitglieder, Wichtigkeit der Religion, intrinsische Religiosität, positives religiöses Coping, Sinnhaftigkeit und zusammengesetzte Maße). Die Autoren fanden eine signifikante, aber geringe Gesamteffektgrösse von $r = .08$. Von den acht R/S Prädiktoren hing nur die Teilnahme an öffentlichen religiösen Aktivitäten

sowie die Bedeutsamkeit der Religion signifikant mit psychischer Gesundheit zusammen. Die Autoren schlussfolgerten, dass es Belege gibt für die positiven Auswirkungen von R/S auf die Gesundheit, dass dieser Effekt jedoch gering sei (Garssen et al., 2021).

3.2.2 Verlauf und Therapieergebnis psychischer Störungen

Im vorherigen Kapitel wurde die Frage adressiert, ob R/S die psychische Gesundheit verbessert und vor depressiven Störungen schützen kann. Für die klinische Praxis stellt sich jedoch noch eine weitere relevante Frage: Wenn die Depression einmal da ist, kann R/S auch dabei helfen, diese schneller oder besser zu bewältigen? Es wurde festgestellt, dass religiöse Überzeugungen und Aktivitäten auch unter den depressiven psychiatrischen Patient*innen gängig sind. Die Häufigkeit des Gebets ist vermutlich sogar noch verbreiteter, unabhängig davon, ob es zur Genesung beiträgt (Braam, 2011, zitiert nach Pfeifer, 2014).

Im Vergleich zu den Studien, die die Effekte von R/S auf die Prävalenz oder Symptom-schwere von psychischen Erkrankungen untersuchten, existieren deutlich weniger Studien, die den Einfluss von R/S auf den Verlauf von depressiven Störungen untersuchten (Kim et al., 2015). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass R/S bei Menschen mit depressiven Störungen zu einem günstigeren Therapieverlauf beitragen kann. Beispielsweise untersuchten Koenig et al. (1998) körperlich kranke, ältere Personen bei denen eine depressive Störung diagnostiziert wurde und fanden heraus, dass intrinsische Religiosität eine schnellere Remission der depressiven Symptomatik vorhersagte. Auch andere Studien mit älteren Menschen konnten einen positiven Einfluss von subjektiver Bedeutung der Religion (Braam et al., 1997; Payman & Ryburn, 2010), Häufigkeit von Gebet/Meditation (Cruz et al., 2009) und positivem religiösen Coping (Bosworth et al., 2003) auf das Outcome von Depressionen belegen.

Es konnten jedoch nur einzelne Studien gefunden werden, die den Einfluss r/s Faktoren auf das Therapieergebnis bei jüngeren erwachsenen Menschen mit depressiven Störungen untersuchten. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine höhere R/S zu einem günstigeren Therapieverlauf beitragen könnte. Beispielsweise konnten Kim et al. (2015) zeigen, dass Spiritualität, unabhängig von anderen demografischen und klinischen Faktoren, ein signifikanter Einflussfaktor für das Therapieergebnis bei Menschen mit depressiven Störungen war. Andere Autoren (Peselow et al., 2014) fanden heraus, dass Patient*innen, die zu Beginn der Studie über eine größere Spiritualität berichteten, signifikant weniger Hoffnungslosigkeit, dysfunktionale Einstellungen und depressive Symptome aufwiesen. Diejenigen, die an Gott glaubten, hatten auf verschiedenen Depressivitätsinstrumenten einen größeren mittleren Veränderungswert verglichen mit denjenigen, die dies nicht taten. Huta und Hawley (2010) untersuchten psychiatrische

Patient*innen und fanden, dass Stärken wie Hoffnung oder Spiritualität vor der Behandlung die Genesung der Depression voraussagen konnten. Andere Autoren (Murphy & Fitchett, 2009) beobachteten, dass der Glaube an einen besorgten/betroffenen Gott das Ansprechen auf eine Behandlung bei Erwachsenen mit klinischer Depression voraussagte. Rosmarin et al. (2013) stellten fest, dass der Glaube an Gott bei den Respondern signifikant höher war als bei den Non-Respondern. Ein höheres Maß an Glauben war auch mit einer stärkeren Reduktion von Depressionen, Selbstverletzungen und einer größeren Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens im Verlauf der Behandlung verbunden. Dieser Zusammenhang wurde vermittelt durch die wahrgenommene Glaubwürdigkeit/Erwartung der Behandlung. Religionszugehörigkeit hatte im Gegensatz zum Glauben an Gott keinen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse.

In einzelnen Studien wurde jedoch kein linearer, sondern ein U-förmiger Zusammenhang zwischen diesen Konstrukten festgestellt (z.B. Schettino et al., 2011; Schnittker, 2001). So kam es z.B. bei Schettino et al. (2011) zu einem besseren Verlauf der Depression (höhere Remissionsrate, grössere Reduktion des Schweregrades) bei Patient*innen mit einem moderaten Mass an R/S im Vergleich zu Patient*innen mit einem niedrigen oder hohen Mass an R/S. Dazu gibt es jedoch noch weniger Untersuchungen und es wird empfohlen, in zukünftigen Forschungsarbeiten solche nicht-linearen Zusammenhänge vermehrt zu berücksichtigen (Braam & Koenig, 2019).

Braam und Koenig (2019) fassen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit die Forschungsergebnisse von 152 prospektiven Studien (mit verschiedenen Zielgruppen) zusammen und kommen insgesamt zum Schluss, dass 49% der Studien mindestens einen signifikanten Zusammenhang zwischen R/S und besserem Verlauf der Depression fanden, 41% fanden keine signifikanten Zusammenhänge und 10% gaben eine Assoziation mit mehr Depression oder gemischte Ergebnisse an. Die geschätzte Effektstärke der Zusammenhänge waren klein ($d = -.18$). Insbesondere aber in den 21 Studien mit psychiatrischen Patient*innen war R/S signifikant häufiger schützend mit grösseren Effektstärken ($d = -.37$). In rund drei Viertel der Studien mit psychiatrischen Patient*innen wurde ein Zusammenhang von R/S mit weniger Depressivität im Verlauf gefunden, bei einem Viertel wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden. Keine Studie mit psychiatrischen Patient*innen fand Zusammenhänge von R/S mit mehr Depression oder gemischte Resultate (Braam & Koenig, 2019). Aus diesen Befunden wird Hauptfragestellung I abgeleitet, welche in Kapitel 4 genauer beschrieben wird.

3.2.3 **Erklärungsmechanismen**

Wie kommt es dazu, dass R/S einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat? In der Literatur werden verschiedene Erklärungsmechanismen beschrieben. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass religiöse/spirituelle Überzeugungen Menschen helfen, besser mit stressigen Lebensereignissen umzugehen. Dieses Ergebnis ist bekannt aus hunderten von Studien, in denen Menschen in belastenden Lebensumständen dazu befragt wurden, was ihnen bei der Stressbewältigung geholfen hat (Bonelli et al., 2012). Bspw. gaben in einer Studie mit 330 Krankenhauspatient*innen über 40% spontan an, dass ein Aspekt des religiösen Glaubens ihnen dabei geholfen habe, mit dem Stress durch die Erkrankung umzugehen (Koenig, 1998).

Ausserdem hilft R/S nicht nur, mit Stressoren besser umzugehen, sondern scheint auch die Wahrscheinlichkeit zu verringern, dass gewisse Stressoren überhaupt erst auftreten. Durch tägliche Entscheidungen im Umgang mit anderen (z.B. Grosszügigkeit, Dankbarkeit, Vergebungsbereitschaft), Lebensgewohnheiten (z.B. eheliche Treue, Kriminalität, schulische Leistungen) und Gesundheitsverhalten (z.B. Alkohol-/ Drogenkonsum) beeinflussen Menschen die psychosozialen und physischen Stressoren mit denen sie konfrontiert werden. R/S wurde in Verbindung gebracht mit grösserem Altruismus, Dankbarkeit, Vergebungsbereitschaft, Zufriedenheit in der Ehe, weniger Kriminalität, besseren Schulleistungen, weniger Substanzmissbrauch und mehr Krankheitsvorsorge. Deshalb ist anzunehmen, dass r/s Menschen auch weniger stressreiche Lebensereignisse bewältigen müssen (Bonelli et al., 2012).

Ein weiterer wichtiger Erklärungsfaktor ist das Vorhandensein von sozialer Unterstützung. Es ist aus vielen Studien bekannt, dass soziale Unterstützung vor Depressionen und Suizidalität schützt (Bonelli et al., 2012). Ein starkes Unterstützungssystem durch Freunde und Familie ist eine wichtige Ressource für Menschen in schwierigen Lebensumständen. In einer systematischen Übersichtsarbeit über 74 Studien zum Zusammenhang zwischen R/S und sozialer Unterstützung berichteten 82% von einem signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren (Koenig et al., 2012, zitiert nach Bonelli et al., 2012).

Ausserdem wurden R/S mit mehr positiven Emotionen in Verbindung gebracht, wie grössere Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, Hoffnung, Optimismus, Bedeutung und Sinnhaftigkeit im Leben. Diese Emotionen helfen dabei, negative Emotionen zu neutralisieren, die der Depression zugrunde liegen (Bonelli et al., 2012).

3.3 Religiöse/spirituelle Elemente in der Psychotherapie

Das Erleben von S/R unterscheidet sich zwischen gesunden und depressiven Phasen. «Die allermeisten Menschen sind sich nicht bewusst, wie sehr ihre Glaubenserfahrung von psychologischen Basisfunktionen abhängig ist», schreibt Pfeifer (2014, S.126). In gesunden Zeiten ist S/R für viele Menschen eine Quelle positiver Emotionen, der inneren Ruhe, der Freude und hängt zusammen mit einem Gefühl der Verbundenheit mit Gott und den Mitmenschen. Eine Depression beeinträchtigt diese positive Emotionalität enorm (eine Übersicht ist bei Pfeifer, 2014 zu finden). Die emotionale Schwingungsfähigkeit sowie die innere Lebendigkeit sind wichtige Voraussetzungen für positive Erfahrungen der R/S, bzw. in der Gottesbeziehung. Durch die Depression beeinträchtigt ist auch die kognitive Fähigkeit, sich gedanklich mit dem Glauben auseinanderzusetzen und eine positive Sicht der Welt und von sich selbst aufrechtzuerhalten. Des Weiteren ist eine soziale Komponente betroffen, nämlich sich in eine Gemeinschaft zu integrieren, in der man sich wohl fühlt und sich sinnstiftend einbringen kann. Religiöse/spirituelle Patient*innen beschreiben ihre Depression oft ähnlich wie nicht religiöse/spirituelle Patient*innen, jedoch mit einer religiösen Färbung (Pfeifer, 2014).

Das Gefühl von Gott verstossen zu sein, sowie negative Empfindungen (Enttäuschungen, Unzufriedenheit mit Gott) sind während depressiven Episoden sehr häufig. Auch gibt es Evidenz dafür, dass depressive Patient*innen mit einem christlichen Hintergrund mit grösserer Wahrscheinlichkeit Schuldgefühle beschreiben (Braam, 2011, zitiert nach Pfeifer, 2014). Besonders problematisch ist es, wenn Menschen Glaubensüberzeugungen haben, z.B. in dem Sinne, dass «ein guter Christ» keine Depression haben darf, was dazu führen kann, dass eine depressive Störung als Niederlage erlebt wird, die verheimlicht werden sollte. Nicht selten bringen r/s Patient*innen Themen in die Psychotherapie, die für ihn/sie mit Scham und grossem Leiden verbunden sind. Auch besteht oftmals die Befürchtung von einem r/s nicht erfahrenen Therapeuten nicht verstanden zu werden. Respektvolles und geduldiges Zuhören sind wichtige Elemente in der Anfangsphase der Therapie. Dabei sollten religiöse Wahrnehmungen nicht unkritisch übernommen werden. Weitere wichtige Elemente sind Diagnostik und Psychoedukation (Pfeifer, 2014). Es bietet sich zudem an, eine sogenannte «spirituelle Anamnese» zu erheben. Dabei ist darauf zu achten, eine möglichst offene und nichtwertende Haltung einzunehmen. Therapeut*innen sollten im Hinterkopf behalten, dass R/S für viele Menschen ein Tabu- oder Privatthema ist. Das Ansprechen von R/S sollte zu einem geeigneten Zeitpunkt geschehen, jedoch proaktiv, also auch wenn Patient*innen nicht von sich aus auf dieses Thema zu sprechen kommen (Utsch & Frick, 2015). Bei einer spirituellen Anamnese kann z.B. das Konzept

«SPIR» verwendet werden, welches in Anlehnung an das englische FICA-Interview entwickelt wurde und folgende vier Bereiche beinhaltet:

- S: spirituelle und Glaubensüberzeugungen
- P: Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen
- I: Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe
- R: Rolle der Fachpersonen: Wie sollen diese mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen? (weitere Infos bei Utsch & Frick, 2015, S. 9f)

Es gibt vermehrt Bestrebungen, s/r Elemente in die Psychotherapie zu integrieren und dies auch wissenschaftlich zu untersuchen. In Bezug auf die Wirksamkeit von s/r basierten Interventionen lässt sich festhalten, dass es Evidenz dafür gibt, dass Psychotherapie, die Religion integriert, bei der Behandlung von Depressionen mindestens genauso wirksam ist wie andere Formen der Psychotherapie (z.B. Metaanalyse von Paukert et al., 2011). Autoren einer anderen Metaanalyse (Worthington et al., 2011) kamen zum Ergebnis, dass Patient*innen in r/s Psychotherapien grössere Verbesserungen zeigten als Patient*innen in säkularen Psychotherapien, sowohl in psychologischen als auch spirituellen Outcomes. Sie weisen jedoch darauf hin, dass keine reliablen Verbesserungen gezeigt werden durch einfaches Hinzufügen von r/s Elementen zu etablierten säkularen Therapieformen. Insbesondere bei hochreligiösen Patient*innen liess sich die höchste Wirksamkeit von r/s Interventionen nachweisen (Worthington et al., 2011). Es gibt auch Hinweise darauf, dass eine weltanschauliche Passung im Sinne von gemeinsamen Glaubensüberzeugungen zwischen Therapeut*in und Patient*in ein wichtiger Wirksamkeitsfaktor sein könnte (Wade et al., 2007). Es ist jedoch festzuhalten, dass die meisten Studien diesbezüglich in den USA durchgeführt wurden. Im deutschsprachigen Raum gibt es vergleichsweise wenig Forschung zu spirituell orientierten Psychotherapien. Weil r/s Traditionen ein hohes therapeutisches Potential in sich bergen, welches nutzbar gemacht werden sollte, besteht an dieser Stelle grosser Nachholbedarf (Utsch et al., 2014).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es Bestrebungen gibt, R/S in die Psychotherapie zu integrieren. Die Forschungsergebnisse legen nahe, dass insbesondere gläubige Patient*innen von r/s Angeboten während der Behandlung profitieren könnten. Aus diesem Grund ist es durchaus denkbar, dass sich durch eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit christlichen-religiösen Angeboten die individuelle R/S von Patient*innen verändern könnte. Diese Veränderung könnte zusätzlich einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben.

Die potenzielle Veränderung von R/S während des stationären Aufenthalts wird in Hauptfragestellung II näher untersucht. Im folgenden Kapitel werden die verschiedenen Fragestellungen, bzw. Hypothesen formuliert.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Im Rahmen dieser Masterarbeit sollen zwei Hauptfragestellungen beantwortet werden:

- Hauptfragestellung I: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen (Responder, Non-Responder, Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik) hinsichtlich der Ausprägung ihrer Religiosität/Spiritualität bei Eintritt?
- Hauptfragestellung II: Wie verändert sich die Religiosität/Spiritualität innerhalb der genannten Subgruppen von Patient*innen während eines stationären Aufenthalts?

Dabei werden immer zunächst Responder jeweils mit den Non-Respondern und den Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik («Verschlechterte») verglichen. Danach wird geschaut, ob sich die Gruppe der Verschlechterten von der Gruppe der Non-Responder abgrenzt und somit eine distinkte Subgruppe bildet. Im Folgenden werden die formulierten Fragestellungen und Hypothesen detailliert aufgeführt.

4.1 Hauptfragestellung I

Hauptfragestellung I: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen (Responder, Non-Responder, Verschlechterte) hinsichtlich der Ausprägung ihrer Religiosität/Spiritualität bei Eintritt (T1)?

*F1: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich der Zentralität des Glaubens (R-S-T)?*

- H1a: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant höhere Ausprägung der Zentralität des Glaubens verglichen mit Non-Respondern und Verschlechterten.
- F1b: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechterten hinsichtlich der Ausprägung der Zentralität des Glaubens bei Eintritt?
- F1c: Unterscheiden sich die verschiedenen Subgruppen auch auf der inhaltlichen Ebene (Interesse, Ideologie, Erfahrung, Gebet, Gottesdienst)?

*F2: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich ihrer Gefühle gegenüber Gott (R-S-T)?*

- H2a: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant höhere Ausprägung *positiver Gefühle gegenüber Gott* verglichen mit Non-Respondern und Verschlechterten.

- F2b: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechtern hinsichtlich der Ausprägung positiver Gefühle gegenüber Gott bei Eintritt?
- H2c: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant geringere Ausprägung *negativer Gefühle gegenüber Gott* verglichen mit Non-Respondern und Verschlechtern.
- F2d: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechtern hinsichtlich der Ausprägung negativer Gefühle gegenüber Gott bei Eintritt?

*F3: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich ihrer religiösen Coping-Stile (RCOPE)?*

- H3a: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant höhere Ausprägung *von positivem religiösen Coping* verglichen mit Non-Respondern und Verschlechtern.
- H3b: Verschlechterte hatten bei Eintritt eine signifikant geringere Ausprägung von positivem religiösen Coping verglichen mit Non-Respondern.
- H3c: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant geringere Ausprägung *von negativem religiösen Coping* verglichen mit Non-Respondern und Verschlechtern.
- H3d: Verschlechterte hatten bei Eintritt eine signifikant höhere Ausprägung von negativem religiösen Coping verglichen mit Non-Respondern.

*F4: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich ihrer spirituellen Lebensqualität (WHOQOL Spiritualität)?*

- H4a: Responder hatten bei Eintritt eine signifikant höhere Ausprägung der spirituellen Lebensqualität verglichen mit Non-Respondern und Verschlechtern.
- F4b: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechtern hinsichtlich ihrer Ausprägung der spirituellen Lebensqualität bei Eintritt?

*F5: Unterscheiden sich verschiedene Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich weiterer Variablen?*

4.2 Hauptfragestellung II

Hauptfragestellung II: Wie verändert sich die Religiosität/Spiritualität innerhalb der verschiedenen Subgruppen von Patient*innen (Responder, Non-Responder, Verschlechterte) während eines stationären Aufenthalts?

F6: Wie verändert sich die Zentralität des Glaubens innerhalb der Subgruppen?

- H6a: Bei Respondern findet sich eine stärkere Zunahme der Zentralität des Glaubens von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechtern.
- F6b: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechtern hinsichtlich der Veränderung der Zentralität des Glaubens?

F7: Wie verändern sich die Gefühle gegenüber Gott innerhalb der Subgruppen?

- H7a: Bei Respondern findet sich eine stärkere Zunahme der *positiven Gefühle gegenüber Gott* von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechterten.
- F7b: Unterscheiden sich Non-Responder und Verschlechterten hinsichtlich der Veränderung der positiven Gefühle gegenüber Gott von T1 zu T2?
- H7c: Bei Respondern findet sich eine stärkere Abnahme der *negativen Gefühle gegenüber Gott* von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechterten.
- F7d: Unterscheiden sich Non-Responder und Verschlechterten hinsichtlich der Veränderung der negativen Gefühle gegenüber Gott von T1 zu T2?

F8: Wie verändern sich die religiösen Coping-Stile innerhalb der Subgruppen?

- H8a: Bei Respondern findet sich eine stärkere Zunahme von *positivem religiösen Coping* von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechterten.
- F8b: Unterscheiden sich Non-Responder und Verschlechterte hinsichtlich der Veränderung von positivem religiösen Coping von T1 zu T2?
- H8c: Bei Respondern findet sich eine stärkere Abnahme der *von negativem religiösen Coping* von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechterten.
- F8d: Unterscheiden sich Non-Responder und Verschlechterten hinsichtlich der Veränderung von negativem religiösen Coping von T1 zu T2?

F9: Wie verändert sich die spirituelle Lebensqualität innerhalb der Subgruppen?

- H9a: Bei Respondern findet sich eine stärkere Zunahme der spirituellen Lebensqualität von T1 zu T2 verglichen mit Non-Respondern und den Verschlechterten.
- F9b: Unterscheiden sich Non-Responder von Verschlechterten hinsichtlich der Veränderung ihrer spirituellen Lebensqualität?

5 Methode

In diesem Kapitel wird die Methodik dieser Studie detailliert beschrieben. Dabei wird zuerst auf das Untersuchungsdesign und die Stichprobe eingegangen. Danach folgt eine kurze Beschreibung der Behandlung, welche die Patient*innen in der Stichprobe erhielten. Schliesslich werden die verwendeten Messinstrumente und das statistische Vorgehen vorgestellt.

5.1 Untersuchungsdesign und Datenerhebung

In dieser Arbeit wurden Daten ausgewertet, die in der Klinik SGM Langenthal routinemässig erhoben wurden. Die Routinediagnostik besteht aus einer Ein- und einer Austrittsmessung. Patient*innen füllen dabei kurz nach Eintritt und kurz vor Austritt mehrere Fragebögen am Computer selbstständig aus. Die gesamte Testung dauert jeweils ca. zwei Stunden. Wenn nötig werden die Patient*innen beim Ausfüllen der Fragebögen durch Psychologie-Praktikant*innen unterstützt. Die Ein- und Austrittsdiagnostik findet bei allen Patient*innen statt, die gesundheitlich dazu in der Lage sind. Bevor die Testung stattfindet, werden Patient*innen über den Zweck der

Diagnostik (Qualitätssicherung, Diagnostik, Forschung) aufgeklärt. Ausserdem werden sie befragt, ob ihre Daten anonymisiert für Forschungszwecke verwendet werden dürfen. Alle Patient*innen deren Daten im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden, haben ihr schriftliches Einverständnis dafür gegeben. Neben der Selbsteinschätzung wird bei Ein- und Austritt routinemässig eine Einschätzung durch die behandelnden Therapeuten gemacht. Alle Daten werden im Programm XPsy (www.xpsy.eu) erfasst und gespeichert.

5.2 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus Patient*innen der Klinik SGM Langenthal, welche im Zeitraum von Juni 2013 bis April 2018 stationär behandelt wurden. Da in der Klinik SGM christliche Werte vertreten werden und die Spiritualität des Menschen in die Behandlung miteinbezogen wird (Hefti, 2011), findet sich gehäuft ein christlich-religiöses Klientel vor. In der vorliegenden Untersuchung wurden Patient*innen mit einer depressiven Störung untersucht, d.h. Patient*innen mit Hauptdiagnose F32 (depressive Episode) oder F33 (rezidivierende depressive Störung) gemäss International Classification of Diseases (ICD-10). Die untersuchten Patient*innen waren zwischen 18 und 65 Jahre alt. Von der Gesamtstichprobe aus dem genannten Zeitraum (Juni 2013- April 2018) von $N = 737$ Patient*innen mit Diagnose F32 oder F33 mussten 132 Patient*innen ausgeschlossen werden durch unplausible oder fehlende Werte im BDI oder GAF. Zusätzlich wurden 58 Patient*innen aufgrund ihres Alters ausgeschlossen (>65 oder <18 Jahre). Dies führte zu einer finalen Stichprobe von $N = 547$.

Die finale Stichprobe bestand aus rund 72% Frauen ($n = 396$) und 28% Männer ($n = 151$). Das Alter der Patient*innen lag zwischen 18 und 65 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 42.6 Jahren ($SD = 12.6$). In Bezug auf die Ausbildung präsentierte sich folgende Verteilung: 0.5% waren ohne Schulabschluss, 13% hatten als höchsten Ausbildungsabschluss eine abgeschlossene Primar- oder Oberstufe, 54% absolvierten eine Lehre oder Anlehre, 8% eine berufliche, fachliche oder gymnasiale Maturität, 20% eine höhere Berufsschule (HF) oder Fachhochschule (FH) und 4% hatten eine universitäre Hochschule (Uni, ETH) oder ein Doktorat abgeschlossen. Bzgl. Familienstand lässt sich folgendes festhalten: Rund 46% waren verheiratet, 39% waren ledig, 15% waren geschieden oder getrennt lebend und 0.5% waren verwitwet. Die Mehrheit der Patient*innen (59%) war in einer festen Partnerschaft, 41% waren Single.

In Bezug auf Religionszugehörigkeit zeigte sich folgendes Bild: Knapp über die Hälfte (55%) fühlte sich einer evangelischen Freikirche am stärksten zugehörig, 24% der reformierten Landeskirche, 8% der katholischen Landeskirche und 0.5% einer orthodoxen Kirche. 10% gaben an, keiner Religion anzugehören und 4% gehörte einer anderen Religion an. Gemäss der

Kategorisierung von Huber (2003) auf Basis des Religiositäts-Struktur-Tests können 11% der Patient*innen als nicht-religiös, 36% als religiös und 48% als hochreligiös eingestuft werden. Somit ist die grosse Mehrheit der Patient*innen dieser Stichprobe (84%) religiös oder hochreligiös.

Die durchschnittliche Dauer des Klinikaufenthalts lag bei 47.3 Tagen ($SD = 12.5$). Rund ein Drittel ($n = 184$) hatte als Hauptdiagnose eine depressive Episode (F32.x) und rund zwei Drittel ($n = 363$) eine rezidivierende depressive Störung (F33.x). Die häufigsten Hauptdiagnosen waren F33.1 (rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode) bei 37%, gefolgt von F33.2 (rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome) bei 28% und F32.1 (mittelgradige depressive Episode) bei 22%. Ein Balkendiagramm zur Diagnoseverteilung befindet sich im **Anhang A**. Der durchschnittliche BDI bei Eintritt lag bei 27.9 ($SD = 10.4$), was einer mittelschweren Depressivität entspricht. Das allgemeine Funktionsniveau (GAF) bei Eintritt lag im Durchschnitt bei 50.0 ($SD = 11.9$), was bedeutet, dass ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit vorlagen.

Über 80% ($n = 453$) hatte mindestens eine weitere Diagnose. Knapp die Hälfte ($n = 255$) hatte mindestens eine psychiatrische Nebendiagnose. Die häufigsten psychischen Komorbiditäten waren aus dem Bereich Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4.x) bei knapp einem Drittel ($n = 150$), gefolgt von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6.x) bei 15% ($n = 82$) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9.x) bei 10% ($n = 57$). Bei 20% der Patient*innen ($n = 110$) wurde die Zusatzdiagnose Z73 «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Burnout-Syndrom)» vergeben.

5.3 Darstellung der Behandlung

Da mit Hauptfragestellung II auch die Veränderung der R/S von Patient*innen untersucht wird, soll an dieser Stelle kurz die Behandlung dargestellt werden, welche die Patient*innen erhielten.

Die Klinik SGM Langenthal (Stiftung für ganzheitliche Medizin) ist eine Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie verfügt über ein stationäres Angebot (40 Betten) aufgeteilt auf zwei Stationen sowie über mehrere Ambulatorien (Klinik SGM Langenthal, 2018). Das therapeutische Konzept beruht auf einem erweiterten bio-psycho-sozialen Modell, bei dem christliche Spiritualität als vierte Dimension in die Behandlung integriert wird

(Hefti, 2011). Diese Dimension steht mit den anderen drei Dimensionen (Körper, Psyche, soziales Umfeld) in einer Wechselbeziehung (vgl. Abbildung 4).

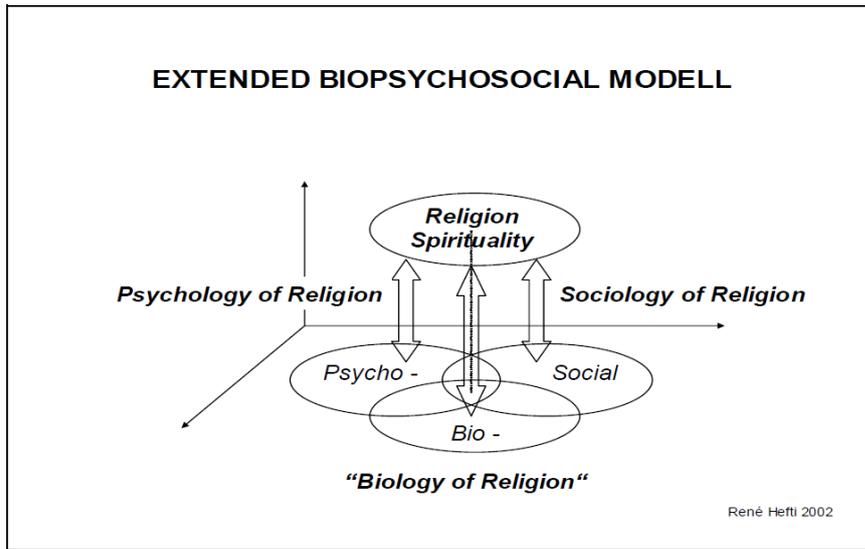


Abbildung 4: *Erweitertes bio-psycho-soziales Modell (aus Hefti, 2011)*

Zu Beginn wird bei jedem Patienten eine kurze spirituelle Anamnese erhoben, um die Bedeutung von R/S im Leben und in der Erkrankung des Patienten einschätzen zu können. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Identifizierung von spirituellen Ressourcen und Belastungsfaktoren. Wenn R/S für einen Patienten relevant ist, wäre es wichtig zu verstehen, wie diese Dimension in die Therapie integriert werden könnte und welche Rolle Therapeuten dabei spielen. Auf unterschiedliche Art und Weise können r/s Elemente dann in die Einzelpsychotherapie integriert werden. Beispielsweise kann ein Patient spirituelle Ziele in seinen Behandlungsplan integrieren (z.B. Wiederfinden von Hoffnung und Sinn, die Beziehung zu Gott stärken, in zerbrochenen Beziehungen versuchen zu vergeben). Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die spirituellen Ziele nicht in Konflikt stehen mit anderen Behandlungszielen (Hefti, 2011).

Neben dem erweiterten bio-psycho-sozialen Modell arbeitet jede*r Therapeut*in auf Basis seiner/ihrer schulspezifischen Ausbildung und es wird nicht nach einer spezifischen Psychotherapieschule gearbeitet. Üblich ist der Einbezug von Angehörigen (z.B. Partnern, Kindern), sodass auch Gespräche im Paar- oder Mehrpersonensetting geführt werden.

Zum Behandlungsangebot gehören neben Einzelpsychotherapie auch Gruppenpsychotherapien (z.B. Skillsgruppe, soziales Kompetenztraining), medikamentöse Therapie, Gestaltungs- und Musiktherapie sowie Physiotherapie (Sportangebote, Körperwahrnehmung, Entspannungsverfahren). Bei Bedarf kann zusätzlich die Beratung durch den klinikinternen Sozialdienst in Anspruch genommen werden. Ausserdem gibt es verschiedene religiöse Angebote

(z.B. Morgen-Andachten, Abendmahl, Seelsorge) an denen Patient*innen freiwillig teilnehmen können (Hefti, 2011; Klinik SGM Langenthal, 2018).

5.4 Messinstrumente

Anhand des Beck-Depressionsinventar (BDI, Hautzinger et al., 1994; Hautzinger et al., 2006) und des Global Assessment of Functioning (GAF, American Psychiatric Association, 2000) wurde die Gruppeneinteilung in Responder, Non-Responder und Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik vorgenommen. Die Kombination der beiden Messinstrumente ermöglichte eine Gruppeneinteilung auf der Basis einer Selbsteinschätzung mit einem störungsspezifischen Mass (BDI), sowie auf der Basis einer Fremdeinschätzung in einem störungsübergreifenden Mass (GAF). Eine Übersicht über die Kriterien der Gruppeneinteilung ist in Tabelle 1 zu finden (in Anlehnung an Hölzel et al., 2010 und Jacobi et al., 2011).

Tabelle 1: Kriterien zur Gruppeneinteilung

	Response	Non-Response	Verschlechterung
BDI (Prä-Post, Patient)	≥ 50% Reduktion der Symptomatik	< 50% Reduktion der Symptomatik	jegliche negative Veränderung ≥ 8.46
GAF (Prä-Post, Therapeut)	positive Veränderung von ≥ 12.5	positive Veränderung < 12.5	jegliche negative Veränderung von ≥ 12.5

5.4.1 Erhebung der Depressivität: BDI

Das Beck-Depressionsinventar (BDI) dient der Beurteilung depressiver Symptome. Weltweit ist es das am weitesten verbreitete Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads der depressiven Symptomatik (Kühner et al., 2007). Der Fragebogen umfasst 21 Items, die anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (0-3 Punkte) bewertet werden (siehe **Anhang B**). Diese werden schliesslich zu einem Summenwert addiert, der den Schweregrad der Depression angibt. Ein Summenwert von 14-19 gilt als leichte, 20-28 als mittelschwere und 29-63 als schwere depressive Symptomatik. Seit seiner Einführung wurde der BDI mehrfach überarbeitet. In dieser Arbeit wurde sowohl der BDI (Hautzinger et al., 1994) als auch der BDI-II (Hautzinger et al., 2006) in der deutschsprachigen Version verwendet. Der Grund dafür ist, dass in der Klinik SGM bis Ende 2015 der BDI eingesetzt wurde und ab 2016 auf den BDI-II umgestellt wurde. Die interne Konsistenz für den BDI liegt bei $\alpha = .88$ (Hautzinger et al., 1994), für den BDI-II wurden Werte zwischen $\alpha = .84$ und $.90$ berichtet (Kühner et al., 2007).

5.4.2 Erhebung der allgemeinen Funktionsfähigkeit: GAF

Mit der Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) wird die allgemeine Funktionsfähigkeit aus Therapeutenperspektive erfasst (American Psychiatric Association, 2000). Die Skala umfasst das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau und entspricht der Achse V des DSM-IV. Funktionseinschränkungen aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen sollten nicht in die Beurteilung einbezogen werden. Auf der GAF-Skala können zehn verschiedene Funktionsniveaus unterschieden werden (Werte zwischen 0 und 100). Eingeschätzt wird meist der aktuelle Zustand und es soll ein einzelner Wert festgelegt werden, der das allgemeine Funktionsniveau am treffendsten widerspiegelt. Das höchste Funktionsniveau (91-100) meint dabei «herorragender Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; keine Symptome», das tiefste Funktionsniveau (1-10) meint «ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen, oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten, oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht» (Sass et al., 2003). Die GAF-Skala ist im **Anhang B** zu finden. Die in der Literatur beschriebenen Inter-Rater-Reliabilitätswerte liegen zwischen $r = .54$ und $r = .90$ (je nach Trainingsstand der Rater und Art der Datenerhebung). Eine hohe Reliabilität wurde dann beobachtet, wenn Rater vorher trainiert wurden und wenn Interviewbedingungen vorlagen (Lange & Heuft, 2002). Im klinischen Routinekontext scheint die Inter-Rater-Reliabilität von GAF-Scores unzureichend zu sein (Vatnaland et al., 2007).

5.4.3 Erhebung der Zentralität des Glaubens: R-S-T

Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T) ist ein multidimensionales Messinstrument zur differenzierten Erfassung von religiösem Erleben und Verhalten. Er besteht aus fünf Kerndimensionen: Intellekt, Ideologie, öffentliche Praxis, private Praxis und Erfahrung. Diese fünf Kerndimensionen bilden die Zentralität, welche die Hauptachse des R-S-T darstellt. Daneben erfasst der R-S-T Gefühle gegenüber Gott, wobei zwischen positiven Gefühlen (z.B. Geborgenheit, Dankbarkeit, Freude) und negativen Gefühlen (z.B. Schuld, Zorn, Angst) unterschieden wird (Huber, 2008a; Huber, 2008b). In dieser Arbeit wurde die Kurzversion mit 26 Items (jeweils 5-stufige Likert-Skala) verwendet und ausgewertet (siehe **Anhang C**). Diese Version zeigte in acht Studien eine gute Reliabilität von $\alpha = .89$ bis $.94$ (Huber & Huber, 2012).

5.4.4 Erhebung des religiösen Copings: RCOPE

Mit dem RCOPE können religiöse Coping-Strategien differenziert erfasst werden. Er ist in der Forschung der am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Messung religiöser Bewältigungsstrategien. Entwickelt wurde der RCOPE durch Interviews mit Menschen, die grosse Lebensbelastungen erfahren haben. Mittels Faktorenanalyse wurden zwei übergreifende Formen von religiösem Coping, positives und negatives religiöses Coping herausgearbeitet (Pargament et al., 1998; Pargament et al., 2011). Eine Beschreibung dieser zwei Formen ist unter 3.1 zu finden. Die Autoren entwickelten zudem eine Kurzversion (Brief RCOPE) dieses Fragebogens (Pargament et al., 1998). In der Klinik SGM wird der Brief RCOPE in deutscher Übersetzung von Lehr et al. (2007) eingesetzt. Dieser besteht aus 14-Items, die jeweils anhand einer 4-stufigen Likert-Skala abgefragt werden (siehe Anhang C). In einer Reihe von Studien mit sehr unterschiedlichen Stichproben hat der Brief RCOPE gute interne Konsistenz bewiesen mit durchschnittlichen Cronbachs Alpha von $\alpha = .92$ für positives religiöses Coping und $\alpha = .81$ für negatives religiöses Coping. Zudem stützen empirische Studien die Konstruktvalidität, die prädiktive Validität und die inkrementelle Validität der Subskalen (Pargament et al., 2011).

5.4.5 Erhebung der spirituellen Lebensqualität: WHOQOL

Der Fragebogen World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) wurde von der WHO entwickelt und erfasst auf einer 5-stufigen Likert-Skala die subjektive Lebensqualität Erwachsener. Lebensqualität wird dabei definiert als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen und Interessen sowie im Kontext der jeweiligen Kultur. Die Langversion (WHOQOL-100) misst mit 100 Items die Dimensionen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Spiritualität. Die Kurzversion (WHOQOL-BREF) misst mit 26 Items die Dimensionen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000). In der Klinik SGM wird der WHOQOL-BREF sowie die Subskala Spiritualität des WHOQOL-100 seit 2005 eingesetzt. Für die vorliegende Untersuchung wird ausschliesslich die Dimension Spiritualität ausgewertet (im Folgenden «spirituelle Lebensqualität» genannt). Mit dieser Dimension wird erfragt, in welchem Ausmass die persönlichen (Glaubens)-Überzeugungen im Leben Sinn geben und bei der Bewältigung von Schwierigkeiten helfen (siehe Anhang C). Es wurden hohe interne Konsistenzen von $\alpha = .86$ bis $.91$ für die Skala Spiritualität berichtet (Angermeyer et al., 2000).

5.4.6 Weitere Messmittel

Neben den bereits beschriebenen Hauptmessinstrumenten wurden weitere Variablen im Rahmen dieser Studie analysiert. Dazu gehört der *Fragebogen zur therapeutischen Beziehung* (FTB). Dieser basiert auf dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky (1984) und misst die Qualität der therapeutischen Beziehung mit 12 Items auf einer 6-stufigen Likert-Skala. Bassler et al. (1995) übersetzten den Fragebogen auf Deutsch und ergänzten die Einschätzung von Patienten (FTB-P) durch eine Einschätzung von Therapeuten (FTB-Th). Die Autoren fanden faktorenanalytisch zwei Subskalen, die sich von den ursprünglich postulierten Dimensionen (Luborsky, 1984) unterschieden. Bassler et al. (1995) fanden für die deutsche Version die beiden Subskalen «Beziehungszufriedenheit» (HAQ1) und «Erfolgswilligkeit» (HAQ2). Aufgrund der hohen Interkorrelation der beiden Subskalen kann gemäss den Autoren jedoch auch mit dem Gesamtsummenwert aller Items gearbeitet werden, was für diese Arbeit so gemacht wurde. Für den gesamten Fragebogen wurde eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .89$ (HAQ1 mit $\alpha = .89$; HAQ2 mit $\alpha = .84$) berichtet (Bassler et al., 1995).

In der Klinik werden zudem mehrere unveröffentlichte Fragebögen eingesetzt, die ebenfalls online über das Programm XPsy ausgefüllt werden. Daraus wurden nur einzelne Items verwendet, weshalb diese Fragebögen an dieser Stelle nicht detailliert vorgestellt werden. Einige Variablen wurden aus Patientensicht beurteilt (z.B. Familienstand, Partnerschaft, Ausbildungsabschluss, Zugehörigkeit kirchliche Institution/Religion). Andere Variablen wurden durch Therapeuten eingeschätzt (z.B. Anzahl vorherige stationäre/teilstationäre Aufenthalte, Dauer der Beschwerden in Bezug auf Hauptdiagnose, Art der Beendigung). Therapeuten müssen zudem Ein- und Austrittsdatum sowie Diagnosen (psychiatrische und somatische) in XPsy erfassen.

5.5 Statistisches Vorgehen

In der vorliegenden Untersuchung wurden drei Gruppen (Responder, Non-Responder, Verschlechterte) hinsichtlich Mittelwertsunterschieden in verschiedenen Variablen untersucht. Dafür wurden jeweils Varianzanalysen (ANOVAs) gerechnet. Mit der Varianzanalyse wird untersucht, ob die Varianz zwischen den Gruppen grösser ist als innerhalb einer Gruppe. Ist dies der Fall, ist dies ein Hinweis auf signifikante Mittelwertsunterschiede. Anschliessend kann mittels Post-hoc-Tests analysiert werden, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden.

Dabei steigt jedoch das Risiko einer α -Fehler-Inflation. Dafür kann statistisch kontrolliert werden. In dieser Arbeit wurde jeweils die Tukey-HSD-Korrektur verwendet. Wenn keine Varianzhomogenität gegeben war, wurden jeweils Games-Howell Post-hoc Tests durchgeführt.

Verschiedene Voraussetzungen sollten erfüllt sein, damit eine Varianzanalyse gerechnet werden kann (Universität Zürich, 2020). So muss die abhängige Variable intervallskaliert sein und die unabhängige Variable (Faktor) kategorial (d.h. nominal- oder ordinalskaliert). Es wurden in der vorliegenden Arbeit nur Varianzanalysen gerechnet, wo diese Datenstruktur vorlag. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die durch den Faktor gebildeten Gruppen unabhängig voneinander sind. Da aufgrund der Einteilung jede Person einer anderen Gruppe zugeteilt und somit keine Person in mehreren Gruppen vorkommen kann, sollte diese Annahme erfüllt sein. Eine sehr wichtige Voraussetzung für eine Varianzanalyse ist die Varianzhomogenität (Homoskedastizität) der abhängigen Variablen. Diese Annahme wurde durch Levene-Test überprüft. Falls diese Annahme verletzt war, wurde dann jeweils ein Oneway-Welch-Test (Welch's ANOVA) durchgeführt, bei dem die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht erfüllt sein muss. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die abhängige Variable innerhalb jeder Gruppe normalverteilt sein sollte. Dies wurde jeweils mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. Falls die Annahme der Normalverteilung in grösseren Gruppen (> 25 Personen) verletzt war, wurde jeweils trotzdem eine ANOVA gerechnet, weil sich die ANOVA unter diesen Bedingungen als robust erwiesen hatte (Universität Zürich, 2020). War dies nicht der Fall (Gruppengrösse < 25 Personen), wurde ein Kruskal-Wallis-Test (nichtparametrischer Test) gerechnet.

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Softwareprogramm «RStudio» durchgeführt. Es wurde jeweils ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ (5%) angenommen. Die Berechnung und Einordnung der Effektstärken erfolgte gemäss Cohen (1992).

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Gruppeneinteilung und die deskriptiven Ergebnisse dargestellt. Anschliessend folgen die Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen und Hypothesen.

6.1 Gruppeneinteilung und deskriptive Statistik

Die Gruppeneinteilung in die drei (Miss-)Erfolgskategorien (Response, Non-Response, Verschlechterung der Symptomatik) wurde gemäss den bereits beschriebenen Kriterien (unter 5.4) vorgenommen. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Stichprobe anhand der zwei Messinstrumente

BDI und GAF. Es ist ersichtlich, dass die Gruppeneinteilung durch die verschiedenen Messinstrumente leicht unterschiedlich ausfällt. Die allermeisten Patient*innen fallen in die Gruppe der Responder oder der Non-Responder. Nur ein sehr geringer Teil der Patient*innen zeigt eine Verschlechterung der Symptomatik (0.7% - 1.5%).

Tabelle 2: Gruppeneinteilung durch BDI und GAF

	Response	Non-Response	Verschlechterung
BDI	$n = 307$ (ca. 56%)	$n = 236$ (ca. 43%)	$n = 4$ (ca. 0.7%)
GAF	$n = 239$ (ca. 44%)	$n = 300$ (ca. 55%)	$n = 8$ (ca. 1.5%)

In Tabelle 3 werden die drei Gruppen (eingeteilt durch BDI) hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Variablen beschrieben. Für eine bessere Lesbarkeit wird hier auf eine Darstellung derselben Merkmale durch die Gruppeneinteilung mittels GAF verzichtet. Die Tabelle für den GAF ist im **Anhang A** zu finden.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik der drei Gruppen durch BDI

	Responder $n = 307$	Non-Responder $n = 236$	Verschlechterte $n = 4$
Alter			
<i>Mittelwert (SD)</i>	43.0 (12.7)	42.1 (12.5)	36 (11.9)
Geschlecht			
<i>männlich</i>	82 (27%)	67 (28%)	2 (50%)
<i>weiblich</i>	225 (73%)	169 (72%)	2 (50%)
Bildungsniveau			
<i>ohne Schulabschluss</i>	2 (0.7%)	1 (0.4%)	0 (0%)
<i>abgeschl. Primar/-Oberstufe</i>	34 (11%)	36 (15%)	1 (25%)
<i>Lehre/Anlehre</i>	168 (55%)	125 (53%)	0 (0%)
<i>Maturität</i>	27 (9%)	18 (8%)	1 (25%)
<i>HF/ FH</i>	65 (21%)	44 (19%)	2 (50%)
<i>Uni/ ETH/ Doktorat</i>	11 (4%)	12 (5%)	0(0%)
Familienstand			
<i>verheiratet</i>	151 (49%)	97 (41%)	1 (25%)
<i>ledig</i>	109 (36%)	102 (43%)	2 (50%)
<i>geschieden/ getrennt</i>	46 (15%)	35 (15%)	0 (0%)
<i>verwitwet</i>	1 (0.3%)	2 (1%)	1 (25%)
Hauptdiagnose			
<i>Unipolare Depression (F32)</i>	111 (36%)	72 (31%)	1 (25%)
<i>Rezidivierende Depression (F33)</i>	196 (64%)	164 (69%)	3 (75%)
Störungsdauer			
<i>weniger als 1 Jahr</i>	111 (36%)	60 (25%)	1 (25%)
<i>1-2 Jahre</i>	40 (13%)	36 (15%)	0 (0%)

<i>bis 5 Jahre</i>	50 (16%)	36 (15%)	2 (50%)
<i>bis 10 Jahre</i>	37 (12%)	36 (15%)	0 (0%)
<i>bis 20 Jahre</i>	44 (14%)	39 (17%)	1 (25%)
<i>länger als 20 Jahre</i>	22 (7%)	21 (9%)	0 (0%)
Frühere stationäre Aufenthalte			
<i>keine</i>	170 (55%)	92 (39%)	0 (0%)
<i>1-2</i>	97 (32%)	80 (34%)	1 (25%)
<i>3-5</i>	25 (8%)	30 (13%)	1 (25%)
<i>mehr als 5</i>	12 (4%)	29 (12%)	2 (50%)
Psychische Komorbidität			
<i>ja (mind. eine)</i>	120 (39%)	133 (56%)	2 (50%)
<i>nein</i>	187 (61%)	103 (44%)	2 (50%)
Somatische Komorbidität			
<i>ja (mind. eine)</i>	120 (39%)	84 (36%)	0 (0%)
<i>nein</i>	187 (61%)	152 (64%)	4 (100%)
Depressivität bei Eintritt			
<i>Mittelwert (SD) von BDI</i>	26.5 (9.6)	29.7 (11.2)	30 (8.9)
Allg. Funktionsniveau bei Eintritt			
<i>Mittelwert (SD) von GAF</i>	50 (11)	49.9 (13)	49.5 (19.2)
Behandlungsdauer in T			
<i>Mittelwert (SD)</i>	46.1 (11.9)	48.9 (12.8)	48.8 (28.8)
Art der Beendigung			
<i>regulär</i>	300 (98%)	224 (95%)	2 (50%)
<i>Abbruch</i>	5 (2%)	7 (3%)	1 (25%)
<i>Vorzeitig d. Therapeut/Klinik</i>	0 (0%)	3 (1%)	0 (0%)
<i>Verlegung in andere Klinik</i>	1 (0.3%)	1 (0.4%)	1 (25%)
<i>sonstiges</i>	0 (0%)	1 (0.4%)	0 (0%)

Anmerkungen. *n* = Anzahl. *SD* = Standardabweichung. BDI = Beck-Depressionsinventar. GAF = Global Assessment of Functioning.

6.2 Hauptfragestellung I

Mit Hauptfragestellung I wird untersucht, ob sich die drei Subgruppen (R, NR, V) zu Beginn der Behandlung bereits in ihrer Religiosität/Spiritualität unterscheiden. Tabelle 4 zeigt die deskriptiven Ergebnisse der drei Subgruppen in Bezug auf die R/S-Masse bei Eintritt. Mittelwerte und Standardabweichungen werden dabei einmal für die Einteilung durch den BDI und einmal für die Einteilung durch den GAF dargestellt. Für eine bessere Lesbarkeit werden im Fließtext Mittelwerte, Standardabweichungen und P-Werte jeweils nur für die Einteilung durch den BDI explizit erwähnt.

Tabelle 4: *Deskriptive Statistik der R/S-Masse bei Eintritt*

	Responder	Non-Responder	Verschlechterte
--	-----------	---------------	-----------------

<i>M (SD)</i>	BDI	GAF	BDI	GAF	BDI	GAF
Zentralität	25.7 (8.4)	25.4 (8.4)	25.1 (9.3)	25.5 (9.3)	21.0 (15.4)	23.3 (11.3)
<i>Interesse</i>	7.3 (2.0)	7.2 (2.0)	7.2 (2.2)	7.4 (2.1)	6.5 (3.4)	6.6 (2.3)
<i>Ideologie</i>	8.7 (1.9)	8.8 (1.9)	8.6 (2.1)	8.6 (2.1)	7.5 (3.7)	8.0 (2.8)
<i>Erfahrung</i>	5.8 (1.9)	5.8 (1.9)	5.7 (2.1)	5.7 (2.1)	6.3 (3.1)	5.6 (2.4)
<i>Gebet</i>	7.4 (2.2)	7.3 (2.2)	7.3 (2.3)	7.4 (2.3)	6.3 (3.5)	6.6 (2.3)
<i>Gottesdienst</i>	6.5 (2.4)	6.4 (2.4)	6.3 (2.5)	6.4 (2.4)	4.5 (2.6)	6.4 (2.9)
Positive Gefühle	29.1 (7.8)	28.0 (7.8)	27.9 (8.7)	29.1 (8.4)	21.5 (9.8)	24.4 (9.3)
Negative Gefühle	16.9 (5.8)	16.7 (6.0)	17.1 (6.1)	17.2 (5.9)	20.5 (7.0)	16.9 (7.5)
Positives rel. Coping	18.8 (4.4)	18.4 (4.6)	18.5 (4.8)	18.9 (4.7)	18.0 (9.6)	19.0 (2.8)
Negatives rel. Coping	14.3 (4.6)	14.5 (4.5)	14.8 (4.2)	14.6 (4.5)	16.0 (7.9)	14.4 (3.7)
Spirit. Lebensqualität	12.9 (3.9)	12.7 (4.0)	12.2 (4.1)	12.5 (4.1)	8.8 (5.1)	11.0 (3.4)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. BDI = Beck-Depressionsinventar. GAF = Global Assessment of Functioning.

Bevor Varianzanalysen gerechnet werden konnten, musste mittels Levene-Tests überprüft werden, ob sich die Varianzen zwischen den Gruppen unterscheiden. In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Levene-Tests für die verschiedenen Skalen für Fragestellungen 1- 4 aufgeführt. Es ist ersichtlich, dass sich die Varianzen der drei Gruppen in keiner der relevanten Masse signifikant unterscheiden ($p > .05$). Die Voraussetzung der Varianzhomogenität gilt somit für diese Variablen als erfüllt.

Tabelle 5: *Levene-Tests der R/S-Masse bei Eintritt*

	BDI	GAF
Zentralität	p = .252	p = .540
<i>Interesse</i>	p = .248	p = .839
<i>Ideologie</i>	p = .716	p = .453
<i>Erfahrung</i>	p = .089	p = .477
<i>Gebet</i>	p = .372	p = .940
<i>Gottesdienst</i>	p = .617	p = .775
Positive Gefühle ggü. Gott	p = .256	p = .638
Negative Gefühle ggü. Gott	p = .522	p = .551
Positives religiöses Coping	p = .352	p = .487
Negatives religiöses Coping	p = .142	p = .548
Spirituelle Lebensqualität	p = .559	p = .844

Für die gleichen Variablen wurde mit dem Shapiro-Wilk-Test die Annahme der Normalverteilung überprüft. Wie der Tabelle 6 zu entnehmen ist, war diese Annahme oftmals verletzt. Dies

war insbesondere für die Gruppe der Responder und der Non-Responder der Fall. Da diese beiden Gruppen jedoch sehr gross waren ($N > 200$) und sich gezeigt hat, dass Verletzungen ab > 25 Personen pro Gruppe in der Regel unproblematisch sind (Universität Zürich, 2020), wurde in diesen Fällen jeweils trotzdem eine Varianzanalyse gerechnet. Problematischer sind Verletzungen der Gruppe der Verschlechterten, weil diese Gruppe sehr klein war. In dieser Gruppe war die Normalverteilung jedoch in den allermeisten Fällen nicht verletzt. Ausnahmen bildeten die Variablen *positives religiöses Coping* in der Gruppeneinteilung durch den GAF ($p = .037$) sowie die Subkategorie *Ideologie* durch BDI ($p = .029$) und GAF ($p = .012$). In diesen Fällen wurde ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, der verwendet wird, wenn die Voraussetzungen für die Varianzanalyse nicht erfüllt sind.

Tabelle 6: *Shapiro-Wilk-Tests der R/S-Masse bei Eintritt*

	Responder		Non-Responder		Verschlechterte	
	BDI	GAF	BDI	GAF	BDI	GAF
Zentralität	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .552$	$p = .207$
<i>Interesse</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .85$	$p = .602$
<i>Ideologie</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .029$	$p = .012$
<i>Erfahrung</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .538$	$p = .893$
<i>Gebet</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .894$	$p = .313$
<i>Gottesdienst</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .689$	$p = .558$
Positive Gefühle	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .714$	$p = .512$
Negative Gefühle	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .273$	$p = .516$
Positives rel. Coping	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .298$	$p = .037$
Negatives rel. Coping	$p < .001$	$p < .01$	$p < .01$	$p < .001$	$p = .363$	$p = .055$
Spirit. Lebensqualität	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .426$	$p = .257$

6.2.1 Zentralität des Glaubens (F1)

Der globale Test der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) in Bezug auf die Zentralität des Glaubens wurde nicht signifikant ($F(2,519) = 0.83$, $p = .438$), d.h. insgesamt kann nicht davon ausgegangen werden, dass es überzufällige Unterschiede in der Zentralität zwischen Respondern, Non-Respondern und Verschlechterten (eingeteilt durch BDI) gibt. Dasselbe Ergebnis zeigte eine Varianzanalyse mit den drei Gruppen eingeteilt durch den GAF ($F(2,519) = 0.26$, $p = .775$). Insofern muss *H1a* verworfen werden: Responder ($M = 25.7$, $SD = 8.4$) hatten bei Eintritt keine signifikant höhere Ausprägung der Zentralität des Glaubens verglichen mit Non-Respondern ($M = 25.1$, $SD = 9.3$) oder den Verschlechterten ($M = 21.0$, $SD = 15.4$). In Bezug

auf Fragestellung *F1b* ist festzuhalten, dass sich Non-Responder von Verschlechtern hinsichtlich der Ausprägung der Zentralität des Glaubens nicht signifikant unterscheiden ($p = .630$). Mit Fragestellung *F1c* sollte zusätzlich untersucht werden, ob sich die verschiedenen Subgruppen auf den fünf inhaltlichen Ebenen Interesse (Intellekt), Ideologie, Erfahrung, Gebet (private Praxis) und Gottesdienst (öffentliche Praxis) unterscheiden. Varianzanalysen zeigten, dass es auf keiner inhaltlichen Ebene überzufälligen Unterschiede zwischen Respondern, Non-Respondern und Verschlechtern gibt. Die drei Gruppen (eingeteilt durch BDI) unterschieden sich nicht signifikant in Bezug auf das Interesse ($F(2,519) = 0.43, p = .652$), die Ideologie (Chi-Quadrat(2) = 1.6, $p = .450$), die Erfahrung ($F(2,519) = 0.18, p = .833$), das Gebet ($F(2,519) = 0.8, p = .45$) und den Gottesdienst ($F(2,519) = 1.85, p = .159$). Auch durch eine Einteilung mittels GAF unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant hinsichtlich Interesse ($F(2,519) = 1.11, p = .332$), Ideologie (Chi-Quadrat(2) = 0.65, $p = .721$), Erfahrung ($F(2,519) = 0.04, p = .96$), Gebet ($F(2,519) = 0.68, p = .506$) und Gottesdienst ($F(2,519) = 0.03, p = .972$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der drei Gruppen sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

6.2.2 Gefühle gegenüber Gott (F2)

In Bezug auf *positive Gefühle gegenüber Gott* zeigten Varianzanalysen keine signifikanten Effekte an. Dies war sowohl durch die Einteilung mittels BDI ($F(2,519) = 2.88, p = .057$) als auch mittels GAF ($F(2,519) = 2.24, p = .107$) der Fall. Es kann also insgesamt nicht davon ausgegangen werden, dass es überzufällige Unterschiede zwischen Respondern, Non-Respondern und Verschlechtern gibt. Responder ($M = 29.1, SD = 7.8$) hatten keine signifikant höhere Ausprägung positiver Gefühle gegenüber Gott verglichen mit Non-Respondern ($M = 27.9, SD = 8.7$) oder den Verschlechtern ($M = 21.5, SD = 9.8$). Somit muss *H2a* verworfen werden. Bezüglich Fragestellung *F2b* lässt sich folgendes festhalten: Obwohl die Verschlechtern deutlich tiefere Mittelwerte hatten als die Non-Responder, wurde dieser Gruppenunterschied in Post-hoc-Vergleichen mit Tukey-Korrektur (Alpha-Fehler Adjustierung) nicht signifikant ($p = .27$).

Auch hinsichtlich *negativer Gefühle gegenüber Gott* wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden. Dies war unabhängig davon, ob die Gruppen durch den BDI ($F(2,519) = 0.77, p = .465$) oder durch den GAF ($F(2,519) = 0.6, p = .549$) zugeteilt wurden. Insofern muss *H2c* verworfen werden: Responder ($M = 16.9, SD = 5.8$) hatten bei Eintritt keine signifikant geringere Ausprägung negativer Gefühle gegenüber Gott verglichen mit Non-Respondern ($M = 17.1, SD = 6.1$) oder den Verschlechtern ($M = 20.5, SD = 7.0$). Es findet sich auch hier ein deskriptiver Unterschied von 3.4 Punkten zwischen den Non-Respondern und den

Verschlechterten, jedoch wurde dieser statistisch nicht signifikant ($p = .486$), weshalb $F2d$ verneint werden muss.

6.2.3 Religiöse Coping-Stile (F3)

In Bezug auf das *positive religiöse Coping* wurden keine überzufälligen Gruppenunterschiede gefunden. Dieses Ergebnis zeigt eine Varianzanalyse bei der Gruppeneinteilung durch BDI ($F(2,395) = 0.25, p = .777$) und ein Kruskal-Wallis-Test für die Gruppeneinteilung durch den GAF (Chi-Quadrat(2) = 2.04, $p = .360$). Responder ($M = 18.8, SD = 4.4$) hatten bei Eintritt keine signifikant höhere Ausprägung von positivem religiösen Coping verglichen mit Non-Respondern ($M = 18.5, SD = 4.8$) oder den Verschlechterten ($M = 18.0, SD = 9.6$), weshalb $H3a$ verworfen werden muss. Zudem finden sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Verschlechterten und den Non-Respondern ($p = .982$), weshalb auch $H3b$ verworfen werden muss.

Dasselbe gilt für das *negative religiöse Coping*: Varianzanalysen zeigten keine signifikante Gruppenunterschiede an, unabhängig davon, ob die Gruppen mittels BDI ($F(2,395) = 0.62, p = .538$) oder mittels GAF ($F(2,395) = 0.02, p = .983$) zugeteilt wurden. Insofern müssen $H3c$ und $H3d$ verworfen werden. Responder ($M = 14.3, SD = 4.6$) hatten bei Eintritt keine signifikant geringere Ausprägung von negativem religiösen Coping als Non-Respondern ($M = 14.8, SD = 4.2$) oder Verschlechterte ($M = 16.0, SD = 7.9$). Verschlechterte hatten zwar eine leicht höhere Ausprägung von negativem religiösen Coping verglichen mit Non-Respondern, jedoch ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ($p = .881$).

6.2.4 Spirituelle Lebensqualität (F4)

Obwohl der globale F-Test der Varianzanalyse einen signifikanten Effekt anzeigte ($F(2,525) = 3.77, p = .024$), unterscheiden sich die einzelnen Gruppen (eingeteilt durch BDI) hinsichtlich spiritueller Lebensqualität nicht signifikant voneinander, was sich durch Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur herausstellte. Responder ($M = 12.9, SD = 3.9$) und Non-Responder ($M = 12.2, SD = 4.1$) unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der spirituellen Lebensqualität ($p = .117$). Responder unterscheiden sich auch nicht signifikant ($p = .103$) von den Verschlechterten ($M = 8.8, SD = 5.1$). Somit muss $H4a$ verworfen werden. Verschlechterte ($M = 8.8, SD = 5.1$) hatten zwar durchschnittlich eine tiefere Ausprägung von spiritueller Lebensqualität verglichen mit Non-Respondern ($M = 12.2, SD = 4.1$), dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p = .209$), weshalb Fragestellung $F4b$ verneint werden muss. Keine überzufälligen

Gruppenunterschiede wurden durch eine Einteilung mittels GAF gefunden ($F(2,525) = 0.71, p = .494$).

6.2.5 Weitere Variablen (F5)

Mit Fragestellung 5 wurden explorativ weitere Variablen hinsichtlich Gruppenunterschieden untersucht. Bevor Varianzanalysen gerechnet werden konnten, musste auch bei diesen Variablen mittels Levene-Tests die Voraussetzung der Varianzhomogenität überprüft werden. Wie in Tabelle 7 ersichtlich, war nur in rund der Hälfte der Fälle Varianzhomogenität gegeben ($p > .05$). Neun Levene-Tests fielen signifikant aus, d.h. dort unterscheiden sich die Varianzen signifikant voneinander und die Voraussetzung für eine Varianzanalyse war verletzt. Für diese Variablen wurde daher jeweils ein Oneway-Welch-Test (Welch's ANOVA) durchgeführt. Anschliessend wurde jeweils ein Games-Howell Post-hoc Tests durchgeführt.

Tabelle 7: *Levene-Tests weiterer Variablen*

	BDI	GAF
Alter	$p = .952$	$p = .248$
Störungsdauer	$p = .521$	$p = .025^*$
Anzahl früherer Klinikaufenthalte	$p < .001^*$	$p = .012^*$
Depressivität bei Eintritt	$p = .011^*$	$p = .678$
Allg. Funktionsniveau bei Eintritt	$p = .026^*$	$p = .297$
Behandlungsdauer	$p < .001^*$	$p = .229$
Therapeutische Beziehung bei Austritt		
<i>Patientensicht</i>	$p < .001^*$	$p = .049^*$
<i>Therapeutensicht</i>	$p = .181$	$p = .005^*$

Wie Tabelle 8 zeigt, war in zwei Fällen (Störungsdauer, Anzahl frühere Klinikaufenthalte) die Voraussetzung der Normalverteilung bei der Gruppe der Verschlechterten verletzt, weshalb dort jeweils ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet wurde.

Tabelle 8: *Shapiro-Wilk-Tests weiterer Variablen (F5)*

	Responder		Non-Responder		Verschlechterte	
	BDI	GAF	BDI	GAF	BDI	GAF
Alter	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .573$	$p = .615$
Störungsdauer	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .683$	$p = .027$
Anz. früh. Klinikaufenthalte	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .262$	$p < .001$
Depressivität bei Eintritt	$p < .01$	$p = .074$	$p = .021$	$p = .107$	$p = .287$	$p = .084$
Funktionsniveau bei Eintritt	$p < .001$	$p < .01$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .81$	$p = .91$
Behandlungsdauer	$p < .01$	$p < .01$	$p = .017$	$p = .042$	$p = .183$	$p = .122$

Th. Beziehung						
<i>Patientensicht</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .980$	$p = .244$
<i>Therapeutesicht</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .367$	$p = .572$

Alter: Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden in Bezug auf das Alter der Patient*innen. Dies war der Fall unabhängig davon, ob die Gruppen durch den BDI ($F(2,544) = 0.9, p = .408$) oder durch den GAF eingeteilt wurden ($F(2,544) = 1.21, p = .3$). Die deskriptiven Ergebnisse sind in Tabelle 3 (Gruppenzuteilung durch BDI) und Tabelle 12 (Gruppenzuteilung durch GAF) im **Anhang A** zu finden.

Störungsdauer: In Bezug auf die Störungsdauer zeigte sich, dass es keine überzufälligen Gruppenunterschiede gibt. Dies zeigte eine Varianzanalyse für die Gruppeneinteilung durch den BDI ($F(2,533) = 2.24, p = .108$) sowie ein Kruskal-Wallis-Test für die Einteilung durch den GAF ($\text{Chi-Quadrat}(2) = 4.77, p = .092$).

Anzahl früherer Klinikaufenthalte: Die Gruppenzugehörigkeit hängt signifikant mit der Anzahl früherer (teil-)stationäre Klinikaufenthalte zusammen ($F(2, 7.99) = 13.13, p = .003$). Rund 6% der Streuung kann durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .25$ und entspricht einem mittleren Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit Games-Howell-Korrektur zeigten, dass sich nur die Responder von den Non-Respondern signifikant unterscheiden ($p < .001$). Responder hatten im Durchschnitt ein früherer stationärer Aufenthalt ($SD = 1.5$). Non-Responder hatten durchschnittlich 1.7 frühere stationäre Aufenthalte ($SD = 2.1$). Die Gruppe der Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik hatte im Durchschnitt 4 frühere stationäre Aufenthalte ($SD = 2.4$), unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von den anderen beiden Gruppen. Durch eine Gruppeneinteilung mittels GAF unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant ($\text{Chi-Quadrat}(2) = 2.35, p = .309$), was ein Kruskal-Wallis-Test zeigte.

Die *Depressivität bei Eintritt* (Symptombelastung) hängt signifikant mit der Gruppenzugehörigkeit (eingeteilt durch BDI) zusammen ($F(2, 8.10) = 6.08, p = .024$). Durch die Gruppenzugehörigkeit kann 2% der Streuung der BDI-Werte bei Eintritt erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .16$ und entspricht einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit Games-Howell-Korrektur zeigten, dass sich nicht alle drei Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Die Responder ($M = 26.5, SD = 9.6$) und die Verschlechterten ($M = 30.0, SD = 8.9$) unterscheiden sich nicht signifikant. Die Non-Responder ($M = 29.7, SD = 11.2$) und die Verschlechterten auch nicht. Einzig zwischen Responder und Non-Responder

bestehen signifikante Unterschiede ($p = .001$). Non-Responder wiesen zu Beginn der Behandlung eine höhere Symptombelastung auf als Responder (+ 3.2 Punkte auf dem BDI). Keine überzufälligen Gruppenunterschiede wurden durch eine Gruppeneinteilung mittels GAF gefunden ($F(2,544) = 0.05, p = .951$).

Allgemeines Funktionsniveau bei Eintritt: Die Gruppen eingeteilt durch BDI unterscheiden sich nicht signifikant voneinander in Bezug auf das allgemeine Funktionsniveau bei Eintritt ($F(2, 7.99) = 0.004, p = .996$). Allerdings zeigte eine ANOVA signifikante Gruppenunterschiede an, wenn die Gruppen durch den GAF eingeteilt wurden ($F(2,544) = 52.5, p < .001$). Durch die Gruppenzugehörigkeit kann 16% der Streuung der GAF-Werte bei Eintritt erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .44$ und entspricht damit einem grossen Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur zeigten, dass sich alle drei Gruppen signifikant voneinander unterscheiden ($p < .001$). Die Responder ($M = 45.1, SD = 9.9$) hatten dabei das geringste Funktionsniveau bei Eintritt, die Non-Responder ($M = 53.3, SD = 11.6$) ein etwas höheres und die Verschlechterten ($M = 70.6, SD = 14.3$) hatten das höchste Funktionsniveau bei Eintritt.

Behandlungsdauer: Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant in Bezug auf die Behandlungsdauer (in Tagen). Dieses Ergebnis war unabhängig davon, ob die Gruppen durch den BDI ($F(2,544) = 3.03, p = .105$) oder durch den GAF ($F(2,544) = 1.53, p = .217$) zugeteilt wurden.

Therapeutische Beziehung: Die therapeutische Beziehung aus *Patientensicht* hängt signifikant mit der Gruppenzugehörigkeit zusammen. Dieses Ergebnis war unabhängig davon, ob die Gruppen durch den BDI ($F(2, 7.96) = 54.75, p < .001$) oder durch den GAF ($F(2, 19.24) = 11.46, p < .001$) zugeteilt wurden. Wurden die Gruppen durch den BDI eingeteilt, konnte durch die Gruppenzugehörigkeit 23% der Streuung erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .55$ und entspricht damit einem grossen Effekt nach Cohen (1992). Durch eine Gruppeneinteilung mittels GAF konnte 4% der Streuung erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .20$ und entspricht somit einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Bei beiden Gruppeneinteilungen zeigten Post-hoc-Tests mit Games-Howell-Korrektur, dass sich jedoch nur die Responder und die Non-Responder signifikant voneinander unterscheiden ($p < .001$). Responder ($M = 58.1, SD = 6.5$) gaben eine höhere Qualität der therapeutischen Beziehung an als Non-Responder ($M = 51.2, SD = 7.8$). Ähnliche Werte wurden durch eine Einteilung mittels GAF gefunden (Responder: $M = 56.8, SD = 7.1$, Non-Responder: $M = 53.6, SD = 8.9$). Die Gruppe der Verschlechterten ($M = 30.8, SD = 19.9$, bzw. für GAF $M = 51.3, SD = 6.6$) unterschied sich nicht signifikant von den beiden anderen Gruppen.

Signifikante Gruppenunterschiede wurden auch gefunden, wenn die therapeutische Beziehung *durch Therapeuten* eingeschätzt wurde ($F(2,543) = 9.11, p < .001$). Durch die Gruppenzugehörigkeit kann 3% der Streuung erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .18$ und entspricht damit einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur zeigten, dass sich jedoch nur die Responder und die Non-Responder signifikant unterscheiden ($p < .001$). Bei Respondern ($M = 41.8, SD = 6.5$) wurde die Qualität der therapeutischen Beziehung signifikant höher eingeschätzt als bei den Non-Respondern ($M = 39.5, SD = 7.6$). Die Gruppe der Verschlechterten ($M = 34.0, SD = 8.3$) unterschied sich nicht signifikant von den beiden anderen Gruppen. Keine überzufälligen Gruppenunterschiede wurden durch eine Gruppeneinteilung mittels GAF gefunden ($F(2, 19.21) = 0.29, p = .751$).

6.3 Hauptfragestellung II

In der Hauptfragestellung II wird untersucht, ob und wie sich die Religiosität/Spiritualität innerhalb der Subgruppen (R, NR, V) während eines stationären Aufenthalts verändert. Dazu wurde bei den einzelnen Skalen jeweils die Differenz gebildet aus Austritts- und Eintrittswert (Δ). In Tabelle 9 sind die deskriptiven Ergebnisse der Veränderungsmasse für die drei Gruppen dargestellt, einmal für die Einteilung durch BDI und einmal durch GAF. Rein deskriptiv ist festzustellen, dass sich die R/S Variablen bei allen drei Gruppen während des stationären Aufenthalts veränderten. Die Veränderungen waren meist in die Richtung, dass es zu einer Zunahme der positiven Skalen (Zentralität, positive Gefühle, positives religiöses Coping, spirituelle Lebensqualität) und zu einer Abnahme der negativen Skalen (negative Gefühle gegenüber Gott, negatives religiöses Coping) kam. Dieses Muster ist für die Responder, die Non-Responder und die Gruppe der Verschlechterten (eingeteilt durch GAF) zu finden. Eine Ausnahme war die Gruppe der Verschlechterten (eingeteilt durch BDI), die auch in den negativen Skalen eine Zunahme zeigte.

Tabelle 9: Deskriptive Statistik der Veränderungswerte

<i>M (SD)</i>	Responder		Non-Responder		Verschlechterte	
	BDI	GAF	BDI	GAF	BDI	GAF
Δ Zentralität	1.8 (3.8)	1.6 (4.2)	0.8 (3.8)	1.1 (3.7)	2.7 (10.7)	2.6 (4.6)
Δ Positive Gefühle	3.3 (5.2)	3.2 (5.5)	1.5 (5.3)	2.0 (5.2)	5.0 (13.2)	3.9 (6.0)
Δ Negative Gefühle	-2.2 (4.2)	-1.6 (4.0)	-0.7 (3.7)	-1.5 (4.2)	2.0 (5.3)	-0.6 (3.5)
Δ Positives rel. Coping	1.0 (2.9)	1.1 (2.9)	0.8 (2.7)	0.8 (3.0)	3.0 (9.5)	2.0 (2.2)
Δ Negatives rel. Coping	-1.5 (3.5)	-1.2 (3.4)	-0.4 (2.9)	-0.8 (3.4)	2.3 (6.8)	-0.6 (2.6)
Δ Spirit. Lebensqualität	3.3 (3.3)	2.7 (3.2)	1.2 (2.6)	2.1 (3.1)	0.8 (2.2)	2.3 (3.5)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. Δ = Veränderung von T1 zu T2.

Bevor Varianzanalysen gerechnet werden konnten, musste auch bei diesen Variablen mittels Levene-Tests die Varianzhomogenität geprüft werden. Wie in Tabelle 10 ersichtlich, war dies für die meisten Variablen der Fall. Ausnahmen bildeten das positive religiöse Coping ($p = .01$) und die spirituelle Lebensqualität ($p = .001$) für die Gruppenzuteilung durch BDI. Daher wurde für diese beiden Variablen jeweils ein Oneway-Welch-Test durchgeführt.

Tabelle 10: *Levene-Tests der Veränderungswerte*

	BDI	GAF
Δ Zentralität	$p = .087$	$p = .087$
Δ Positive Gefühle ggü. Gott	$p = .083$	$p = .468$
Δ Negative Gefühle ggü. Gott	$p = .090$	$p = .748$
Δ Positives religiöses Coping	$p = .010^*$	$p = .441$
Δ Negatives religiöses Coping	$p = .075$	$p = .854$
Δ Spirituelle Lebensqualität	$p = .001^*$	$p = .905$

Anmerkungen. Δ = Veränderung von T1 zu T2.

Tabelle 11 zeigt die Prüfung der Normalverteilung für die Veränderungswerte. Für die Gruppe der Verschlechterten war dies in den meisten Fällen in Ordnung ($p > .05$) Einzig für die Variable Veränderung von positivem religiösen Coping (durch GAF) fiel der P-Wert signifikant aus, was bei der geringen Gruppengrösse ein Problem darstellen könnte. Dort wurde daher ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet.

Tabelle 11: *Shapiro-Wilk-Tests der Veränderungswerte*

	Responder		Non-Responder		Verschlechterte	
	BDI	GAF	BDI	GAF	BDI	GAF
Δ Zentralität	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .089$	$p = .140$
Δ Positive Gefühle	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .363$	$p = .489$
Δ Negative Gefühle	$p < .001$	$p < .01$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .363$	$p = .663$
Δ Positives rel. Coping	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .100$	$p < .001$
Δ Negatives rel. Coping	$p < .001$	$p = .022$	$p = .035$	$p < .001$	$p = .424$	$p = .421$
Δ Spirit. Lebensqualität	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$	$p = .103$	$p = .178$

Anmerkungen. Δ = Veränderung von T1 zu T2.

6.3.1 Veränderung der Zentralität des Glaubens (F6)

Die Varianzanalyse zeigte, dass signifikante Gruppenunterschiede bestehen in Bezug auf die Veränderung der Zentralität des Glaubens ($F(2,491) = 4.53$, $p = .011$). Dabei kann 1% der Streuung durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .14$ und entspricht einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit

Tukey-Korrektur zeigten, dass sich jedoch nur die Responder und die Non-Responder signifikant unterscheiden ($p = .009$). Dieser Unterschied war in die erwartete Richtung: Responder ($M = 1.8, SD = 3.8$) zeigten eine stärkere Zunahme der Zentralität des Glaubens von T1 zu T2 verglichen mit den Non-Respondern ($M = 0.8, SD = 3.8$). Die Responder unterschieden sich jedoch nicht signifikant ($p = .923$) von den Verschlechtern ($M = 2.7, SD = 10.7$). Somit wurde *H6a* teilweise bestätigt. Allerdings muss festgehalten werden, dass dies nur durch eine Einteilung mittels BDI der Fall war, durch den GAF wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden ($F(2,491) = 1.31, p = .27$). Die Fragestellung *F6b* wird demzufolge verneint: Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Non-Responder und Verschlechtern hinsichtlich der Veränderung der Zentralität.

Da die Responder eine grössere Zunahme der Zentralität zeigten als die Non-Responder, wurde zusätzlich untersucht, auf welchen inhaltlichen Ebenen des R-S-Ts sich diese beiden Gruppen unterscheiden. Varianzanalysen und Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur zeigten, dass einzig auf der Ebene *Erfahrung* signifikante Gruppenunterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern bestehen ($p = .003$). Responder ($M = 0.6, SD = 1.5$) hatten eine signifikant grössere Zunahme im Bereich Erfahrung verglichen mit Non-Respondern ($M = 0.1, SD = 1.4$). Auf den anderen Ebenen (Interesse, Ideologie, Gebet, Gottesdienst) gab es keine signifikante Gruppenunterschiede.

6.3.2 Veränderung der Gefühle gegenüber Gott (F7)

In Bezug auf die Veränderung der *positiven Gefühle gegenüber Gott* zeigten Varianzanalysen, dass es überzufällige Gruppenunterschiede gibt. Dies war unabhängig davon, ob die Gruppen mittels BDI ($F(2,491) = 7.34, p < .001$) oder mittels GAF ($F(2,491) = 3.64, p = .027$) zugeteilt wurden. Je nach Zuteilungsvariante kann 1-3% der Streuung durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .17$ (bzw. $f = .12$ für Gruppenzuteilung durch GAF) und entspricht damit einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Auch hier zeigten Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur, dass sich nur die Responder und die Non-Responder signifikant voneinander unterscheiden ($p < .001$). Bei den Respondern ($M = 3.3, SD = 5.2$) kam es zu einer stärkeren Zunahme der positiven Gefühle gegenüber Gott verglichen mit Non-Respondern ($M = 1.5, SD = 5.3$). Keine signifikanten Unterschiede ($p = .85$) gab es zwischen Respondern und den Verschlechtern ($M = 5.0, SD = 13.2$). Somit wurde auch hier *H7a* teilweise bestätigt.

Bezüglich Veränderung *negativer Gefühle gegenüber Gott* zeigte die Varianzanalyse für die Gruppeneinteilung durch BDI einen signifikanten Haupteffekt an ($F(2,491) = 9.19, p <$

.001). Dabei kann 3% der Streuung durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .19$ und entspricht einem kleinen Effekt nach Cohen (1992). Durch Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur stellte sich heraus, dass sich nur die Responder und die Non-Responder signifikant voneinander unterscheiden ($p < .001$). Auch hier waren die Unterschiede in die erwartete Richtung, d.h. bei Respondern ($M = -2.2, SD = 4.2$) nahmen die negativen Gefühle gegenüber Gott stärker ab als bei den Non-Respondern ($M = -0.7, SD = 3.7$). Keine signifikanten Gruppenunterschiede wurden zwischen den Respondern und den Verschlechterten ($p = .177$), sowie zwischen den Non-Respondern und den Verschlechterten gefunden ($p = .486$). Somit wird auch hier die Fragestellung $F7d$ verneint. Überhaupt keine Gruppenunterschiede wurden durch eine Einteilung mittels GAF gefunden ($F(2,491) = 0.23, p = .795$).

6.3.3 Veränderung der religiösen Coping-Stile (F8)

Hinsichtlich der Veränderung von *positivem religiösen Coping* lässt sich folgendes festhalten: Es scheint keine überzufälligen Gruppenunterschiede zwischen Respondern, Non-Respondern und Verschlechterten zu geben. Dies zeigt ein Oneway-Welch-Test für die Gruppeneinteilung durch den BDI ($F(2, 5.31) = 0.33, p = .735$) sowie ein Kruskal-Wallis-Test für die Einteilung durch den GAF (Chi-Quadrat(2) = 2.25, $p = .325$). Insofern muss $H8a$ verworfen und $F8b$ verneint werden. Responder ($M = 1.0, SD = 2.9$) zeigen keine signifikant stärkere Zunahme von positivem religiösen Coping verglichen mit Non-Respondern ($M = 0.8, SD = 2.7$) oder den Verschlechterten ($M = 3.0, SD = 9.5$).

Hinsichtlich der Veränderung von *negativem religiösen Coping* ergab die Varianzanalyse, dass signifikante Gruppenunterschiede bestehen ($F(2,341) = 5.89, p = .003$). 3% der Streuung kann durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .19$ und entspricht einem kleinen Effekt nach Cohen (1988). Post-hoc-Tests mit Tukey-Korrektur zeigten, dass sich jedoch nur die Responder und die Non-Responder signifikant unterscheiden ($p = .009$). Wie erwartet, zeigten die Responder ($M = -1.5, SD = 3.5$) eine stärkere Abnahme von negativem religiösen Coping im Vergleich zu den Non-Respondern ($M = -0.4, SD = 2.9$). Die Responder unterschieden sich jedoch nicht signifikant ($p = .122$) von den Verschlechterten ($M = 2.3, SD = 6.8$). Somit wurde $H8c$ teilweise bestätigt. Dies war jedoch nur durch die Einteilung mittels BDI der Fall, durch die GAF-Einteilung wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden ($F(2,341) = 0.68, p = .509$). Bzgl. Fragestellung $F8d$ lässt sich festhalten, dass kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Non-Respondern

und Verschlechterten festgestellt wurde ($p = .341$), obwohl deskriptiv ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen (im Sinne einer Zunahme des negativen religiösen Copings bei den Verschlechterten) zu erkennen ist.

6.3.4 Veränderung der spirituellen Lebensqualität (F9)

Ein Oneway-Welch-Test zeigte, dass signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die Veränderung der spirituellen Lebensqualität bestehen ($F(2, 8.17) = 32.35, p < .001$). Dabei kann 11% der Streuung durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt werden (korrigiertes R^2). Die Effektstärke liegt bei $f = .36$ und entspricht damit einem mittleren Effekt nach Cohen (1992). Post-hoc-Tests mit Games-Howell-Korrektur zeigten, dass sich jedoch nur die Responder und die Non-Responder signifikant unterscheiden ($p < .001$). Dieser Unterschied war in die erwartete Richtung: Responder ($M = 3.3, SD = 3.3$) zeigten eine deutlich grössere Zunahme der spirituellen Lebensqualität als Non-Responder ($M = 1.2, SD = 2.6$). Die Responder unterscheiden sich jedoch nicht signifikant ($p = .196$) von den Verschlechterten ($M = 0.8, SD = 2.2$). Somit wurde $H9a$ teilweise bestätigt. Zu einem anderen Ergebnis führte eine Varianzanalyse mit der Einteilung durch den GAF: Dort wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden ($F(2,505) = 2.58, p = .077$). Auch hier wird die Fragestellung $F9b$ verneint, denn es bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Non-Responder von Verschlechterten.

7 Diskussion

7.1 Interpretation und Bewertung der Befunde

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Effekte von Religiosität/Spiritualität auf das Therapieergebnis bei Menschen mit depressiven Störungen besser zu verstehen. Dabei wurde ein besonderer Fokus gelegt auf den Bereich therapeutischer Misserfolg, indem zwei Subgruppen von therapeutischem Misserfolg (Non-Responder und Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik) untersucht und verglichen wurden mit einer Gruppe von Patient*innen, bei denen therapeutischer Erfolg im Sinne eines guten Ansprechens auf die Behandlung (Response) beobachtet wurde. Üblicherweise wird in der Forschung als Kriterium zur Messung von Therapieerfolg bei depressiven Störungen eine bestimmte Veränderung in einem Depressivitätsinstrument (z.B. BDI) verwendet (z.B. Hölzel et al., 2010; Nierenberg & DeCecco, 2001). Dies wurde auch in dieser Arbeit so gehandhabt. Mit der Einteilung durch den BDI sah das Therapieergebnis in der untersuchten Stichprobe folgendermassen aus: Die Mehrheit der Patient*innen (56%) zeigte Response, d.h. sie sprachen ausreichend auf die Behandlung an und hatten

eine mind. 50% Reduktion der depressiven Symptomatik. Jedoch wurde auch ein grosser Teil der Patient*innen (43%) als Non-Responder klassifiziert, d.h. diese sprachen ungenügend auf die Behandlung an und hatten weniger als 50% Reduktion der Symptomatik. Nur vier Personen (ca. 0.7%) zeigten eine Verschlechterung der Symptomatik. Diese Zahlen sind vergleichbar mit Angaben aus der Literatur (Non-Response-Raten von 10-50%, Verschlechterungen bei 5-15%), wobei Non-Response in dieser Stichprobe eher häufig vorkam, Verschlechterungen jedoch deutlich seltener beobachtet wurden.

Als Kriterium für Therapieerfolg, bzw. Misserfolg wurde in dieser Arbeit zusätzlich die Veränderung des allgemeinen Funktionsniveaus betrachtet. Durch eine Einteilung mittels GAF, wurde der grösste Teil der Patient*innen (55%) als Non-Responder klassifiziert, 44% zeigten Response und 1.5% verschlechterte sich in ihrem Funktionsniveau. Insofern lässt sich festhalten, dass durch eine Einteilung durch den GAF mehr Personen ein ungünstiges Therapieergebnis erzielten. Dies könnte daran liegen, dass es längere Zeit benötigt, bis sich das allgemeine Funktionsniveau verbessert. Gemäss dem Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen von Howard et al. (1993) ändern sich psychologische Bereiche unterschiedlich schnell. Die Autoren postulierten drei Phasen: Relativ schnell verbessert sich das subjektive Wohlbefinden (z.B. durch Hoffnung und positive Erwartungen), danach verringern sich die Symptome (durch spezifische Interventionen) und in einer dritten Phase wird das allgemeine Funktionsniveau wiederhergestellt. Insofern ist zu erwarten, dass bei den depressiven Symptomen (BDI) eine schnellere Verbesserung zu beobachten ist als bei dem allgemeinen Funktionsniveau (GAF). Es könnte sein, dass die Zeit des stationären Aufenthalts mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 47.3 Tagen ($SD = 12.5$) noch nicht gereicht hat, um eine deutliche Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus zu erzielen, bzw. dass sich eine Verbesserung erst nach Klinikaufenthalt eingestellt hätte, dies aber nicht mehr erfasst wurde. An dieser Stelle wäre eine Follow-Up Messung sehr wertvoll.

Mit *Hauptfragestellung I* wurde untersucht, ob sich die verschiedenen Subgruppen von Patient*innen hinsichtlich ihrer Ausprägung verschiedener R/S Variablen bei Eintritt unterscheiden. Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse (Huta & Hawley, 2010; Kim et al., 2015; Murphy & Fitchett, 2009; Peselow et al., 2014; Rosmarin et al., 2013) die einen positiven Einfluss von R/S auf den Therapieverlauf von Depressionen beobachteten, wurde erwartet, dass Responder eine höhere Ausprägung der positiven religiösen Variablen (Zentralität, positive Gefühle gegenüber Gott, positives religiöses Coping, spirituelle Lebensqualität) und eine geringere Ausprägung der negativen religiösen Variablen (negative Gefühle gegenüber Gott, negatives religiöses Coping) zu Beginn der Behandlung aufweisen. Unklar war, ob sich die Gruppe

der Verschlechterten von der Gruppe der Non-Responder unterscheidet und somit eine distinkte Untergruppe bildet, weshalb Fragestellungen diesbezüglich offen formuliert wurden. Entgegen der Erwartung unterscheiden sich die Responder jedoch in keiner R/S Variable signifikant von den Non-Respondern. Insofern können in dieser Untersuchung die Ergebnisse der zitierten Studien nicht bestätigt werden. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass die Varianz in den R/S Variablen zu Beginn eingeschränkt war, da es sich um eine überwiegend religiöse Stichprobe handelte (über 80% waren religiös oder hochreligiös). Es wäre interessant, diese Fragestellung zu untersuchen mit einer Population, die sich in ihrer R/S stärker unterscheidet (mehr Varianz). Eine weitere Erklärung für den Befund könnte sein, dass die Depressivität zu Beginn der Behandlung dermassen einnehmend ist und damit psychologische Basisfähigkeiten eingeschränkt sind, die wichtig wären, um positive Erfahrungen mit R/S zu machen (vgl. dazu Abschnitt 3.3). Es wäre denkbar, dass erst im Verlauf der Behandlung, bei Besserung der akuten depressiven Symptomatik, Menschen wieder vermehrt, ihre R/S ausleben (z.B. Beten, Bibellese, an religiösen Ritualen teilnehmen) und somit R/S erst dann wieder ihre positive Wirkung entfalten kann.

Mit *Hauptfragestellung II* wurde zudem der Frage nachgegangen, ob und wie sich die Religiosität/Spiritualität innerhalb der drei Subgruppen während des stationären Aufenthalts in der Klinik SGM Langenthal verändert. Hier wurden einige sehr interessante Ergebnisse gefunden. Als erstes kann festgehalten werden, dass rein deskriptiv Veränderungen in den einzelnen R/S Variablen beobachtet wurden: In den meisten Fällen kam es zu einer Zunahme der positiven Skalen und zu einer Abnahme der negativen Skalen (vgl. Tabelle 9). Hinsichtlich der Gruppenvergleiche zeigten Varianzanalysen, dass es in fast allen R/S Variablen signifikante Unterschiede zwischen den Respondern und den Non-Respondern (eingeteilt durch BDI) gab. Diese Unterschiede waren in die erwartete Richtung: Responder zeigten eine grössere Zunahme der Zentralität, der positiven Gefühle gegenüber Gott und der spirituellen Lebensqualität. Responder zeigten zudem eine stärkere Abnahme der negativen Gefühle gegenüber Gott und des negativen religiösen Copings verglichen mit den Non-Respondern. Die einzige Ausnahme war das positive religiöse Coping, wo keine signifikanten Gruppenunterschiede gefunden wurden.

Dieses Ergebnis spricht dafür, dass eine Veränderung der R/S während des stationären Aufenthalts (im Sinne einer Zunahme der positiven und einer Abnahme der negativen Skalen) einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. R/S könnte dabei helfen, eine Depression besser zu bewältigen. Non-Responder veränderten sich in ihren R/S Variablen deutlich weniger als Responder. Allerdings muss festgehalten werden, dass dieses Ergebnis selten durch die Einteilung mittels GAF bestätigt wurde. Einzig bei den positiven Gefühlen gegenüber Gott zeigte

sich auch in der Gruppenzuteilung durch den GAF dasselbe Ergebnis. Was auch auffällt ist, dass sich die Gruppe der Verschlechterten in keiner der Variablen von den anderen beiden Gruppen signifikant unterscheidet. Dies ist auf den ersten Blick verwirrend, da sich diese Gruppe deskriptiv oftmals deutlich von den beiden anderen Gruppen unterscheidet. Bspw. wurde bei der Veränderung von negativem religiösen Coping ein deskriptiver Unterschied von 1.1 Punkten zwischen Respondern und Non-Respondern signifikant, ein deskriptiver Unterschied von 3.8 Punkten zwischen Respondern und den Verschlechterten wurde jedoch nicht signifikant. Dies scheint methodische Gründe zu haben. Die Gruppe der Verschlechterten war sehr klein ($n = 4$, bzw. $n = 8$). Für die klinische Praxis ist es selbstverständlich erstrebenswert, möglichst wenige bzw. keine Patient*innen zu haben, die sich während der Behandlung verschlechtern. Für die Forschung sind kleine Gruppengrößen jedoch ungünstig und es wird versucht, möglichst grosse Stichproben zu untersuchen, da bei grösseren Stichproben der Standardfehler kleiner und die Schätzung genauer wird (Bortz, 2005). In dieser Untersuchung konnte die Gruppe der Verschlechterten aufgrund der kleinen Stichprobengrösse deshalb schlecht erfasst werden. Aus diesem Grund kann nicht abschliessend beantwortet werden, ob die Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik eine distinkte Untergruppe bilden oder ob sie einfach zur Gruppe der Non-Responder gezählt werden sollten. Dies zu untersuchen wäre Gegenstand zukünftiger Forschungsarbeiten.

Was mit diesem Studiendesign auch nicht abschliessend beantwortet werden kann, ist, was genau Response bzw. Non-Response oder Verschlechterung bewirkte. Die Veränderung von R/S kann durchaus einen Einfluss auf das Therapieergebnis gehabt haben. Allerdings muss gesagt werden, dass die Effektstärken für die signifikanten Variablen meist klein waren mit Ausnahme von einer mittleren Effektstärke für die spirituelle Lebensqualität ($f = .36$). Aus wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass es verschiedene weitere Einflussfaktoren für das Therapieergebnis bei depressiven Störungen gibt (vgl. Abschnitt 2.3.3). Einige dieser Faktoren wurden in Fragestellung 5 explorativ untersucht. Es zeigte sich, dass die Anzahl früherer Klinikaufenthalte, die Depressivität bei Eintritt, das allgemeine Funktionsniveau bei Eintritt sowie die therapeutische Beziehung signifikant mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhing. Keine signifikanten Gruppenunterschiede wurden gefunden für die Variablen Alter, Störungsdauer und Behandlungsdauer.

Einige dieser Befunde sind in Einklang mit früheren Forschungsergebnissen, andere widersprechen ihnen. Besonders erstaunt hat, dass die Störungsdauer nicht mit dem Therapieergebnis zusammenhing, da dies ein gut bestätigtes Forschungsergebnis ist (vgl. Übersichtsarbeit von De Carlo et al., 2016). Dies könnte daran liegen, dass diese Variable evtl. nicht so exakt

erfasst wurde. Diese Information wurde von den Therapeuten erfragt mit einem einzigen Item («Wie lange dauern die Beschwerden in Bezug auf die Hauptdiagnose schon?»). Es ist denkbar, dass die Therapeuten darüber gar nicht so genau informiert waren und hier einfach eine grobe Schätzung eingaben, weshalb diese Variable nicht sehr valide erfasst wurde. Ein anderes Mass für Chronizität hat sich jedoch als relevant erwiesen: Die Anzahl früherer Klinikaufenthalte. Non-Responder hatten mehr frühere Klinikaufenthalte als Responder bei einer mittleren Effektstärke. Dieses Ergebnis war in Einklang mit früheren Forschungsarbeiten, die zeigten, dass sich eine höhere Anzahl früherer Klinikaufenthalte als ungünstig für den Therapieerfolg erweist (De Carlo et al., 2016).

Auch wurden in dieser Arbeit Belege dafür gefunden, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung ein wichtiger Prädiktor für das Therapieergebnis ist (Martin et al., 2000): Die Therapiebeziehung war besser bei den Respondern verglichen mit den Non-Respondern. Allerdings muss hier einschränkend gesagt werden, dass die Therapiebeziehung beim Austritt eingeschätzt wurde. Es ist plausibel, dass Menschen, die stark vom Aufenthalt profitieren konnten, auch die therapeutische Beziehung besser einschätzten. Es wäre interessant, die therapeutische Beziehung im Verlauf (während der Behandlung) zu messen. Eine Messung bei Eintritt lag vor, jedoch ist fraglich, wie gut die therapeutische Beziehung zu diesem Zeitpunkt bereits eingeschätzt werden konnte (u.U. hatten die Patient*innen zu diesem Zeitpunkt noch gar keinen Kontakt mit der fallführenden Person).

Die initiale Symptombelastung sollte laut Literatur (De Carlo et al., 2016) nicht mit einer reduzierten Response-Rate, jedoch mit einer reduzierten Remissionsrate assoziiert sein. Dies hat sich in der Einteilung durch den GAF bestätigt, wo keine Gruppenunterschiede gefunden wurden. In der Einteilung durch den BDI zeigten allerdings die Non-Responder eine höhere initiale Symptombelastung als die Responder. Da in dieser Studie Remission nicht als Kriterium untersucht wurde, kann diesbezüglich keine Aussage gemacht werden. Zukünftige Forschungsarbeiten könnten davon profitieren, neben Response auch Remission (im Sinne einer Veränderung vom klinischen in den Normalbereich) als Erfolgskriterium zu untersuchen.

Ein interessantes Ergebnis ist, dass sich das Funktionsniveau der drei Gruppen zu Beginn signifikant unterscheidet, wenn die Gruppen durch den GAF zugeteilt wurden. Mit Abstand das höchste Funktionsniveau zu Beginn hatten die Verschlechterten ($M = 70.6$, $SD = 14.3$), gefolgt von den Non-Respondern ($M = 53.3$, $SD = 11.6$) und den Respondern ($M = 45.1$, $SD = 9.9$). Dieses Ergebnis könnte mit den Kriterien für die Gruppenzuteilung zusammenhängen. Es könnte sein, dass sich das Funktionsniveau in den unteren Bereichen schneller verändert als in den oberen Bereichen. Wenn eine Person bspw. zu Beginn bereits ein Funktionsniveau

von 90 hat, wird sie gemäss den Kriterien (vgl. Tabelle 1) kein Response erreichen können, weil sie sich maximal um 10 Punkte steigern könnte. Auf der anderen Seite hat jemand mit einem tiefen Funktionsniveau mehr Spielraum, sich zu verbessern. Tatsächlich zeigte sich bei einer nachträglichen Analyse, dass im GAF-Bereich von 70-100 mehrheitlich Non-Responder (über 80%) zu finden sind, während im Bereich unter 30 mehrheitlich Responder (über 90%) anzutreffen sind. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich diese Arbeit an den Kriterien von Jacobi et al. (2011) orientierte, in der diese Grenzwerte jedoch recht willkürlich definiert wurden, weil keine entsprechenden Normen vorlagen. Es wäre daher wünschenswert, wenn in zukünftigen Forschungsarbeiten diese Kriterien evaluiert werden und es schliesslich international gültige Normen gäbe, wie Response, Non-Response und Verschlechterung gemäss GAF eingeschätzt werden sollte.

7.2 Stärken und Schwächen

Diese Arbeit befasst sich mit einer klinisch sehr relevanten Fragestellung, nämlich der Frage nach therapeutischem Erfolg, bzw. Misserfolg. Es wurde ein Konstrukt (R/S) untersucht, welches sich als relevant für die psychische Gesundheit herausstellte. Viele Studien zu R/S wurden jedoch im englischsprachigen Raum durchgeführt, oftmals mit älteren oder körperlich kranken Menschen. In dieser Studie wurde eine Schweizer Population psychiatrischer Patient*innen im Erwachsenenalter (18-65 Jahre) untersucht, was eine wertvolle Ergänzung zu bisherigen Forschungsarbeiten ist.

Eine grosse Stärke dieser Arbeit ist sicherlich die breite Erfassung von R/S: Es wurden sechs verschiedene R/S-Masse analysiert und somit konnte das multidimensionale Konstrukt der R/S gut abgedeckt und differenziert betrachtet werden. Ausserdem wurden verschiedene Messinstrumente eingesetzt, die international etabliert und gut validiert sind. Zwei Messzeitpunkte (Prä und Post) ermöglichten eine indirekte Veränderungsmessung, was valider ist als eine einzige Messung, wo retrospektiv nach Veränderungen gefragt wird. Es konnten verschiedene Perspektiven berücksichtigt werden, indem sowohl Selbst- als auch Fremdauskünfte eingeholt wurden. Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist, dass Therapieerfolg, bzw. Misserfolg auf der Basis zweier Messinstrumente operationalisiert wurde. Dies ermöglichte, das Therapieergebnis störungsspezifisch (Veränderung der depressiven Symptomatik) wie auch störungsübergreifend (Veränderung des allgemeinen Funktionsniveaus) abzubilden. Ausserdem wurde auch hier eine Selbsteinschätzung (BDI) durch eine Fremdeinschätzung (GAF) ergänzt. Diese unterschiedliche Perspektive war interessant, da sie oftmals zu unterschiedlichen Ergebnissen führte.

Als positiv zu bewerten ist auch die grosse Gesamtstichprobe von $N = 547$. Somit war die Power ausreichend gross, um auch kleine Zwischengruppeneffekten finden zu können. Wie bereits erwähnt, waren die Patient*innen jedoch sehr ungleich auf die drei Gruppen verteilt. Die Gruppe der Patient*innen mit Verschlechterung der Symptomatik war zu klein, um hier aussagekräftige Resultate finden zu können. Da es sich bei dieser Untersuchung um Feld-Forschung (und nicht um eine Labor-Studie) handelt, ist anzunehmen, dass sich die Resultate auch auf andere klinische Stichproben generalisieren lassen (Huber, 2013). Allerdings sollte nochmals betont werden, dass es sich hier um eine vorwiegend religiöse Stichprobe handelt, was die Generalisierbarkeit wieder etwas einschränkt.

Eine Limitation der Studie ist sicherlich, dass keine Kontrolle darüber bestand, was in der Behandlung effektiv gemacht wurde. Gerade hinsichtlich der Ergebnisse zur Veränderung von R/S während dem stationären Aufenthalt, wäre es sehr interessant herauszufinden, was genau diese Veränderungen bewirkten. Waren es Interventionen in der Einzelpsychotherapie oder in der Seelsorge, die Morgen-Andachten, die informellen Gespräche unter den Patient*innen oder allein das Ausfüllen der Fragebögen zu R/S, die diese Veränderungen bewirkten? Für zukünftige Forschung wäre es interessant, diese Fragestellung genauer zu untersuchen. Dieses Wissen könnte dann genutzt werden, in anderen Kliniken entsprechende Angebote zu Verfügung zu stellen.

Eine andere Limitation dieser Studie ist, dass es mit der Software RStudio nicht möglich war, Effektstärken und das korrigierte R^2 für den Oneway-Welch-Test (Welch's ANOVA) auszurechnen. Aus diesem Grund wurden diese Angaben jeweils aus der normalen ANOVA berichtet, weshalb sie mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Hinsichtlich Stichprobengewinnung sind auch einige Punkte zu bedenken: Es kamen nur Personen in die finale Stichprobe, die den BDI bei Ein- und Austritt vollständig ausfüllen konnten. Es ist daher möglich, dass Patient*innen, die beim Eintritt sehr schwer belastet waren, keine Eintrittsmessung ausfüllen konnten, weil dies aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht zumutbar gewesen wäre. Diese Personen konnten dann in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt werden, da sie keiner Gruppe zugeteilt werden konnten. Auch nicht untersucht werden konnten Patient*innen, die die Therapie abbrachen oder aus anderen Gründen keine Austrittsmessung machen konnten (z.B. Verlegung, Tod durch Suizid). Wenn über Misserfolg gesprochen wird, wäre es spannend, gerade diese Patient*innen genauer zu untersuchen. In der Studie von Jacobi et al. (2011) hat sich bspw. ein deutlicher Zusammenhang zwischen Misserfolg und fehlenden Abschlusswerten gezeigt. Forschung in diesem Bereich ist jedoch erschwert,

weil eben von genau diesen Personen keine Daten vorhanden sind. Auch schlecht erfasst werden können Personen, die trotz Symptomatik gar nie eine Therapie aufsuchen. Eigentlich könnten auch diese Personen der Kategorie Misserfolg zugeordnet werden.

Des Weiteren gilt zu bedenken, dass die diagnostischen Testungen jeweils ca. zwei Stunden dauerten, mehrere Fragebögen umfassten und daher viel Konzentration erforderten. Es könnte sein, dass die Patient*innen bei den späteren Fragebögen bereits ermüdet waren und evtl. nicht mehr so motiviert waren, die Fragebögen seriös auszufüllen. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.

7.3 Fazit und Ausblick

Als Fazit kann festgehalten werden, dass Non-Response bei depressiven Störungen ein häufiges Phänomen ist. Dies ist insofern problematisch, da Depressionen grossen Leidensdruck verursachen und mit erheblichen Folgekosten einhergehen (Baer et al., 2013). Zukünftige Forschung sollte sich daher vermehrt damit beschäftigen, wie es zu Non-Response kommt und was dagegen unternommen werden könnte. Günstig wäre, wenn bereits während dem Therapieverlauf bemerkt werden könnte, falls sich Patient*innen nicht ausreichend verbessern, sodass dann entsprechend interveniert werden könnte. Erfreulicherweise scheinen Verschlechterungen ein sehr seltenes Phänomen zu sein. Trotzdem gibt es einzelne Personen, bei denen es während der Behandlung zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt. Für zukünftige Forschungsarbeiten wäre es interessant zu untersuchen, was bei diesen Patient*innen genau passiert. Wieso verschlechtern sie sich trotz Behandlung? Sind es spezifische Elemente in der Behandlung, die zu den Verschlechterungen führen (z.B. therapeutische Fehler, Fehldiagnosen), sind es Patientenmerkmale (z.B. fehlende Therapiemotivation, klinische Merkmale), Therapeutenmerkmale (z.B. mangelnde Empathie) oder Prozessmerkmale (z.B. therapeutische Beziehung)? Dieses Wissen könnte dazu genutzt werden, Verschlechterungen zu verhindern.

In dieser Arbeit wurden Belege dafür gefunden, dass R/S dabei helfen könnte, eine Depression besser zu bewältigen. Dabei scheint nicht die Ausprägung der R/S zu Beginn der Behandlung relevant zu sein, sondern die Veränderung der R/S Variablen. Förderlich ist eine Zunahme der positiven religiösen Facetten und eine Abnahme der negativen religiösen Facetten. Es ist plausibel, dass verschiedene Elemente der Behandlung in der Klinik SGM diese Veränderungen bewirkten. Weil sich R/S auch in vielen anderen Forschungsarbeiten als hilfreich zur Bewältigung von Depressionen erwiesen hat (Bonelli et al., 2012), würde es sich lohnen, auch in anderen psychiatrischen Kliniken religiöse Angebote auszubauen (z.B. Seelsorgeangebot,

Gottesdienste, Meditations-/Gebetsräume). Die Nutzung dieser Angebote sollte selbstverständlich freiwillig sein und es wäre wünschenswert, wenn Menschen mit verschiedenen religiösen Hintergründen von solchen Angeboten gleichermassen profitieren könnten. Auch wäre es sinnvoll, Psychotherapeut*innen für die Bedeutung der R/S für die psychische Gesundheit zu sensibilisieren. Diese sollten darin geschult werden, religiöse/spirituelle Themen offen anzusprechen und auf Wunsch der Patient*innen sinnvoll in die Therapie zu integrieren, damit das therapeutische Potenzial von R/S nutzbar gemacht werden kann.

8 Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432-443.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV* (4th edition). Washington: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461–480.
doi:10.1002/jclp.20049
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(1), 23–32.
- Beck, A. T. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression. A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. (S. 3–28). New York: John Wiley & Sons.
- Becvar, D. S. (1994). Can spiritual yearnings and therapeutic goals be melded. *Family Therapy News*, 7, 13-14.
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H. U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 879-914). Heidelberg: Springer.
- Berger, T. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional psychology: Research and practice*, 14(2), 170.
- BfArM (2020). *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f30-f39.htm> [06.07.2021]
- Böker, H. (2011). *Psychotherapie der Depression*. Bern: Huber.

- Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H., & Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment*, 2012, 1-8.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657-673.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6th ed.). Heidelberg: Springer.
- Bosworth, H. B., Park, K. S., McQuoid, D. R., Hays, J. C., & Steffens, D. C. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(10), 905-914.
- Braam, A. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Smit, J. H., & van Tilburg, W. (1997). Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(3), 199-205.
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 257, 428-438.
- Brakemeier, E.-L., Breger V. & Spitzer, C. (2012). Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 44, 489–510.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Cruz, M., Schulz, R., Pincus, H. A., Houck, P. R., Bensasi, S., & Reynolds III, C. F. (2009). The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. *The American journal of geriatric psychiatry*, 17(6), 503-507.
- De Carlo, V., Calati, R., & Serretti, A. (2016). Socio-demographic and clinical predictors of non-response/non-remission in treatment resistant depressed patients: a systematic review. *Psychiatry research*, 240, 421-430.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2017). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung* (2. Aufl.). DOI: 10.6101/AZQ/000366.
- Fekadu, A., Wooderson, S. C., Markopoulo, K., Donaldson, C., Papadopoulos, A., & Cleare, A. J. (2009). What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *Journal of affective disorders*, 116(1-2), 4-11.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N. & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (3. Aufl., S. 261–275). Heidelberg: Springer.

- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G. A., & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation psychology*, 44(4), 333.
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20.
- Glock, C. Y. (1969). Über die Dimensionen der Religiosität. *Kirche und Gesellschaft—Einführung in die Religionssoziologie II*, 150-168.
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the scientific study of religion*, 42(1), 43-55.
- Hautzinger, M. (2008). Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51(4), 422-429.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI): Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *BDI-II Beck-Depressions-Inventar. Revision*. Frankfurt: Harcourt.
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2, 611-627.
- Hiller, W., & Schindler, A. (2011). Response und Remission in der Psychotherapieforschung. *Psychother Psych Med*, 61, 170-176.
- Hofer, J. (2017). *Depressionen: Weshalb steigt die Zahl der Betroffenen?* Beobachter. Verfügbar unter <https://www.beobachter.ch/gesundheit/psychologie/depressionen-weshalb-steigt-die-zahl-der-betroffenen> [30.09.2021]
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Hölzel, L., von Wolff, A., Kriston, L., & Härter, M. (2010). Unter welchen Bedingungen bleibt eine stationäre Depressionsbehandlung erfolglos?. *Psychiatrische Praxis*, 37(01), 27-33.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Howland, R. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Warden, D., Fava, M., ... & Berman, S. R. (2009). Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. *Drug and alcohol dependence*, 99(1-3), 248-260.
- Huber, O. (2013). *Das psychologische Experiment: Eine Einführung* (6th ed.). Bern: Hans Huber.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske & Budrich.
- Huber, S. (2008a). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T): Systematik und operationale Konstrukte. In W. Gräß & L. Charbonnier (Hrsg.), *Individualisierung-Spiritualität-Religion*:

- Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive* (S. 109–143). Münster: Lit.
- Huber, S. (2008b). Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Kernkonzepte und Anwendungsperspektiven. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 31(2), 38–39.
- Huber, S., & Huber, O. W. (2012). The centrality of religiosity scale (CRS). *Religions*, 3(3), 710-724.
- Huta, V., & Hawley, L. (2010). Psychological strengths and cognitive vulnerabilities: are they two ends of the same continuum or do they have independent relationships with well-being and ill-being?. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 71-93.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst.
- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246–256.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(4), 597.
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74(4), 351-359.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1133-1145.
- Kim, N. Y., Huh, H. J., & Chae, J. H. (2015). Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Comprehensive psychiatry*, 60, 26-34.
- Klinik SGM Langenthal (2018). *Wir helfen Ihnen aufwärts* ^ . Verfügbar unter <https://klinik-sgm.ch/> [13.09.2021]
- Koenig, H. G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(4), 213-224.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(5), 349-355.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26(5), 262-272.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536-542.

- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78(6), 651-656.
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67-86.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 139-193). New York: Wiley.
- Lange, C., & Heuft, G. (2002). Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(3), 256–269.
- Lehr, D., Fehlberg, E., Hess, K., & Fix, C. (2007). Wege religiöser Bewältigung—deutsche Adaptation und Validierung des RCOPE. *Verhaltenstherapie*, 17(1), 1-61.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Sherwood, A., Strauman, T., Robins, C. & Newman, M. F. (2004). Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 66, 305–315.
- Leurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M. I., Maaroos, H., Saldivia, S., ... & King, M. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychological medicine*, 43(10), 2109.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: contemporary theory and research* (S. 150-172). New York: Wiley.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Margraf J., & Scholten S. (2018). Risiken und Nebenwirkungen. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (4. Aufl., S. 213-228). Berlin: Springer.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameraff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 89-94.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.
- Murphy, P. E., & Fitchett, G. (2009). Belief in a concerned God predicts response to treatment for adults with clinical depression. *Journal of clinical psychology*, 65(9), 1000-1008.

- Nasser, E. H., & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(2), 125-132.
- Nelson, N. E., & Hiller, W. (2013). Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, *42*(4), 217 – 229.
- Nierenberg, A. A., & DeCecco, L. M. (2001). Definitions of antidepressant treatment response, remission, nonresponse, partial response, and other relevant outcomes: a focus on treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 5-9.
- Nübel, J., Müllender, S., Hapke, U., & Jacobi, F. (2019). Epidemie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. *Der Nervenarzt*, *90*, 1177–1186.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, *13*(3), 168-181.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, *2*, 51-76.
- Pargament, K.I., Ishler, K., Dubow, E.G., Stanik, P., Rouiller, R., Crowe, P., et al. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *33*(4), 347–361.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *37*, 710–724. doi:10.2307/ 1388152
- Paukert, A. L., Phillips, L. L., Cully, J. A., Romero, C., & Stanley, M. A. (2011). Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *41*(2), 99-108.
- Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European neuropsychopharmacology*, *15*, 411-423.
- Payman, V., & Ryburn, B. (2010). Religiousness and recovery from inpatient geriatric depression: Findings from the PEJAMA Study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(6), 560-567.
- Peselow, E., Pi, S., Lopez, E., Besada, A., & IsHak, W. W. (2014). The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, *11*(3-4), 17.
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie-Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.
- Petersen, T., Hughes, M., Papakostas, G. I., Kant, A., Fava, M., Rosenbaum, J. F., & Nierenberg, A. A. (2002). Treatment-resistant depression and Axis II comorbidity. *Psychotherapy and psychosomatics*, *71*(5), 269-274.
- Pfeifer, S. (2014). Seelenfinsternis und dunkle Nacht der Seele – Depression und Spiritualität. In M. Utsch, R. M. Bonelli, & S. Pfeifer (Hrsg.), *Psychotherapie und Spiritualität* (S. 123-132. Berlin: Springer.

- Pirutinsky, S., Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Midlarsky, E. (2011). Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews?. *Journal of affective disorders, 132*(3), 401-405.
- Rosmarin, D.H., Bigda-Peyton, J.S., Kertz, S.J., Smith, N., Rauch, S.L., Björgvinsson, T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of affective disorders, 146*(3), 441-446.
- Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). In the absence of effects: An individual patient data meta-analysis of non-response and its predictors in internet-based cognitive behavior therapy. *Frontiers in psychology, 10*, 589.
- Sagud, M., Mihaljevic-Peles, A., Uzun, S., Cusa, B. V., Kozumplik, O., Kudlek-Mikulic, S., ... & Pivac, N. (2013). The lack of association between components of metabolic syndrome and treatment resistance in depression. *Psychopharmacology, 230*(1), 15-21.
- Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., ... & Fitchett, G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer, 121*(21), 3769-3778.
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schettino, J. R., Olmos, N. T., Myers, H. F., Joseph, N. T., Poland, R. E., & Lesser, I. M. (2011). Religiosity and treatment response to antidepressant medication: A prospective multi-site clinical trial. *Mental health, religion & culture, 14*(8), 805-818.
- Schnittker, J. (2001). When is faith enough? The effects of religious involvement on depression. *Journal for the scientific study of religion, 40*(3), 393-411.
- Seligman, M. E. (1974). Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D.C.: John Wiley & Sons.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological bulletin, 129*(4), 614-636.
- Universität Zürich (2020). *Einfaktorielle Varianzanalyse (ohne Messwiederholung)*. Verfügbar unter https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/evarianz.html [20.09.2021]
- Utsch, M. (2013). Der Boom des Irrationalen: zur Psychodynamik alternativer Glücksrezepte. *Materialdienst, 76*(6), 203-209.
- Utsch, M., Bonelli, R. M., & Pfeifer, S. (Hrsg.) (2014). *Psychotherapie und Spiritualität*. Berlin: Springer.
- Utsch, M., & Frick, E. (2015). Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 60*(5), 451-466.
- Vatnaland, T., Vatnaland, J., Friis, S., & Opjordsmoen, S. (2007). Are GAF scores reliable in routine clinical use?. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(4), 326-330.
- Voderholzer, U., & Hohagen, F. (Hrsg.). (2021). *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art* (16. Aufl.). München: Elsevier.

- Voderholzer, U., Koch, S., Hillert, A., & Schlegl, S. (2012). Response und Non-Response in der stationären Psychotherapie depressiver Patienten. *Psychotherapeut*, 57(5), 410-416.
- Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2005). Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 28(4), 369-384.
- Wade, N. G., Worthington, E. L., & Vogel, D. L. (2007). *Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy*. *Psychotherapy Research*, 17(1), 91-105.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Klerman, G. L. (1978). Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 135, 797-800.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585.
- Worthington, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). *Religion and spirituality*. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 204-214.
- Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., & DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence*, 35(2), 299-314.

9 Erklärung zur Masterarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss Artikel 36 Absatz 1 Buchstabe o des Gesetzes vom 5. September 1996 über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Für die Zwecke der Begutachtung und der Überprüfung der Einhaltung der Selbständigkeitsklärung bzw. der Reglemente betreffend Plagiate erteile ich der Universität Bern das Recht, die dazu erforderlichen Personendaten zu bearbeiten und Nutzungshandlungen vorzunehmen, insbesondere die schriftliche Arbeit zu vervielfältigen und dauerhaft in einer Datenbank zu speichern sowie diese zur Überprüfung von Arbeiten Dritter zu verwenden oder hierzu zur Verfügung zu stellen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

Datum:

Unterschrift:

10 Anhang

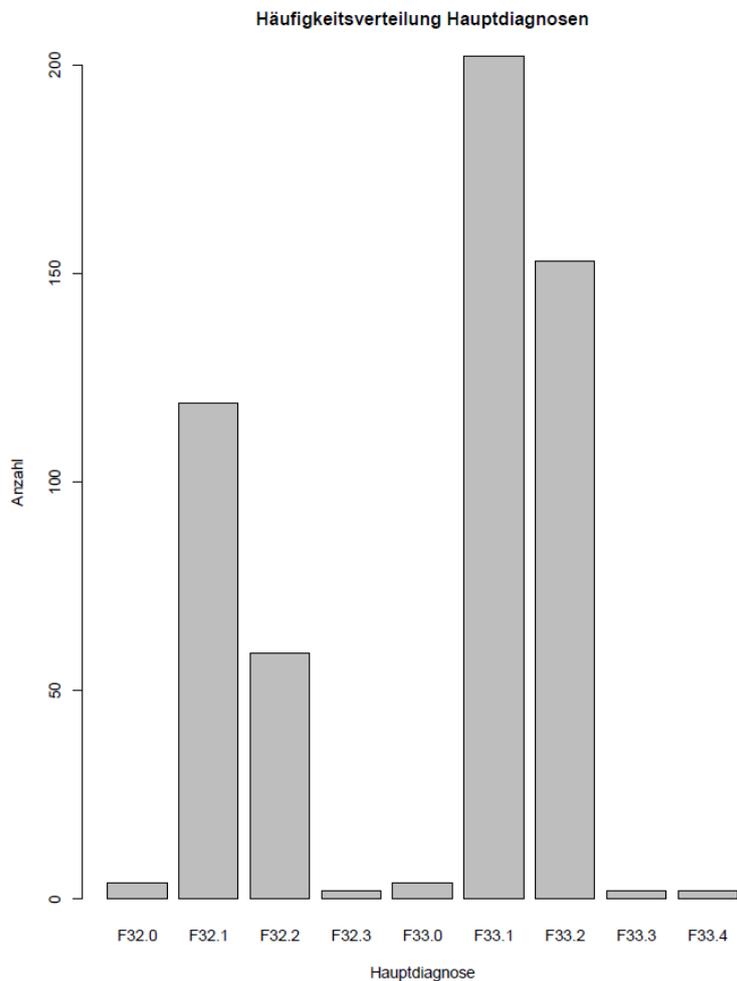
Anhang A: Deskriptive Statistiken

Anhang B: Messinstrumente zur Gruppeneinteilung (BDI, GAF-Skala)

Anhang C: Weitere Messinstrumente (R-S-T, RCOPE, WHOQOL, FTB-P)

10.1 Anhang A

10.1.1 Häufigkeitsverteilung Hauptdiagnosen



10.1.2 Deskriptive Statistik der drei Gruppen durch GAF

Tabelle 12: Deskriptive Statistik der drei Gruppen durch GAF

	Responder <i>n</i> = 239	Non-Responder <i>n</i> = 300	Verschlechterte <i>n</i> = 8
Alter			
<i>Mittelwert (SD)</i>	41.8 (13.1)	43.0 (12.3)	47.3 (9.1)
Geschlecht			
<i>männlich</i>	64 (27%)	83 (28%)	4 (50%)
<i>weiblich</i>	175 (73%)	217 (72%)	4 (50%)
Bildungsniveau			
<i>ohne Schulabschluss</i>	0 (0%)	3 (1%)	0 (0%)
<i>abgeschl. Primar-/Oberstufe</i>	33 (14%)	38 (13%)	0 (0%)
<i>Lehre/Anlehre</i>	116 (49%)	174 (58%)	3 (38%)
<i>Maturität</i>	29 (12%)	14 (5%)	3 (38%)

<i>HF/ FH</i>	53 (22%)	56 (19%)	2 (25%)
<i>Uni/ ETH/ Doktorat</i>	8 (3%)	15 (5%)	0 (0%)
Familienstand			
<i>verheiratet</i>	109 (46%)	135 (45%)	5 (63%)
<i>ledig</i>	98 (41%)	113 (38%)	2 (25%)
<i>geschieden/ getrennt</i>	31 (13%)	50 (17%)	1 (13%)
<i>verwitwet</i>	1 (0.4%)	2 (0.7%)	0 (0%)
Hauptdiagnose			
<i>Unipolare Depression (F32)</i>	78 (33%)	103 (34%)	3 (38%)
<i>Rezidivierende Depression (F33)</i>	161 (67%)	197 (66%)	5 (63%)
Störungsdauer			
<i>weniger als 1 Jahr</i>	70 (29%)	98 (33%)	4 (50%)
<i>1-2 Jahre</i>	27 (11%)	46 (15%)	3 (38%)
<i>bis 5 Jahre</i>	47 (20%)	40 (13%)	1 (13%)
<i>bis 10 Jahre</i>	35 (15%)	38 (13%)	0 (0%)
<i>bis 20 Jahre</i>	31 (13%)	53 (18%)	0 (0%)
<i>länger als 20 Jahre</i>	22 (9%)	21 (7%)	0 (0%)
Frühere stationäre Aufenthalte			
<i>keine</i>	114 (48%)	143 (48%)	5 (63%)
<i>1-2</i>	88 (37%)	87 (29%)	3 (38%)
<i>3-5</i>	19 (8%)	37 (12%)	0 (0%)
<i>mehr als 5</i>	14 (6%)	29 (10%)	0 (0%)
Psychische Komorbidität			
<i>ja (mind. eine)</i>	104 (44%)	148 (49%)	3 (38%)
<i>nein</i>	135 (56%)	152 (51%)	5 (63%)
Somatische Komorbidität			
<i>ja (mind. eine)</i>	120 (39%)	84 (36%)	2 (25%)
<i>nein</i>	187 (61%)	152 (64%)	6 (75%)
Depressivität bei Eintritt			
<i>Mittelwert (SD) von BDI</i>	27.8 (10.1)	28.0 (10.7)	28.5 (11.4)
Allg. Funktionsniveau bei Eintritt			
<i>Mittelwert (SD) von GAF</i>	45.1 (9.9)	53.3 (11.6)	70.6 (14.3)
Behandlungsdauer in T			
<i>Mittelwert (SD)</i>	48.3 (12.1)	46.7 (12.9)	43.4 (8.1)
Art der Beendigung			
<i>regulär</i>	235 (98%)	283 (94%)	8 (100%)
<i>Abbruch</i>	2 (0.8%)	11 (4%)	0 (0%)
<i>Vorzeitig d. Therapeut/Klinik</i>	1 (0.4%)	2 (0.7%)	0 (0%)
<i>Verlegung in andere Klinik</i>	0 (0%)	3 (1%)	0 (0%)
<i>sonstiges</i>	0 (0%)	1 (0.3%)	0 (0%)

Anmerkungen. *n* = Anzahl. *SD* = Standardabweichung. BDI = Beck-Depressionsinventar. GAF = Global Assessment of Functioning.

10.2 Anhang B

10.3 Anhang C