

# Schizophrenie und Religiosität – Eine Vergleichsstudie zur Zeit der innerdeutschen Teilung

## Schizophrenia and Religiousness – A Comparative Study at the Time of the Two German States

### Autoren

Michael Pfaff<sup>1,2</sup>, Boris B. Quednow<sup>2</sup>, Martin Brüne<sup>1</sup>, Georg Juckel<sup>1</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum, LWL-Klinik Bochum

<sup>2</sup> Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

### Schlüsselwörter

- religiöser Wahn
- Schizophrenie
- transkulturelle Psychiatrie

### Key words

- religious delusion
- schizophrenia
- cross-cultural psychiatry

### Zusammenfassung

**Anliegen** Religiöser Wahn schizophrener Patienten ist häufig. Es ist unklar, ob dieses Phänomen krankheits- oder kulturbedingt ist.

**Methode** Transkultureller retrospektiver Vergleich schizophrener Patienten aus Ost-Berlin, frühere DDR, und aus Regensburg, BRD.

**Ergebnisse** Religiöser Wahn trat in Ost-Berlin signifikant weniger häufig auf als in Regensburg (11,6% zu 28,6%,  $\chi^2 = 8,029$ ;  $p = 0,0046$ ).

**Schlussfolgerung** Das Auftreten des religiösen Wahnes im Rahmen schizophrener Erkrankungen ist im Wesentlichen kulturbedingt. Der religiöse Wahn ist als ein Sekundärsymptom der Schizophrenie einzuordnen.

### Einleitung

Seit der Beschreibung der Krankheitsentität der Schizophrenie Anfang des letzten Jahrhunderts wurde die Affinität des schizophrener Erkrankten zum Religiösen beschrieben [1]. Eine religiöse Thematik taucht bei 20–30% der Patienten mit einem schizophrener Wahnerleben auf [2]. Vonseiten der phänomenologisch-anthropologischen Psychiatrie wurde eine Analogie der inneren Erlebniswelt schizophrener Patienten mit Erfahrungsweisen gesunder religiöser Menschen gesehen. Die schizophrene Krankheitsentwicklung gehe demnach mit einem Transzendenzerleben einher, das im religiösen Wahn seinen sprachlichen Ausdruck finde [3,4]. Eine derart bedeutende Stellung des religiösen Wahnes als Krankheitssymptom der Schizophrenie konnte im deutschen Raum durch transkulturelle Längsschnittstudien der unterschiedlichen Wahnthemen nachgewiesen werden, die das Auftreten des religiösen Wahnes unter verschiedenen kulturellen Voraussetzungen in gleicher Häufigkeit vorfanden. Die kulturelle Unabhängigkeit der religiösen Thematik ließ auf eine schizophrene bedingte Entstehung schließen [5–7]. In Japan kam Fujimori durch die gleiche Methodik ebenfalls zur Einordnung des religiösen Wahnes unter die überzeitlichen und daher grundlegenden Wahnthemen des schizophrener Kranken [8].

Dieser Sichtweise wurde zunächst durch Längsschnittstudien aus England, Finnland und Ägypten widersprochen [9–11]. Dort fand sich eine starke kulturelle Abhängigkeit des Auftretens einer religiösen Wahnthematik. Auch in Querschnittstudien, die vornehmlich asiatische Kulturen mit Europa verglichen oder rein innerasiatisch durchgeführt wurden, trat das Thema des religiösen Wahnes bei schizophrener Patienten kulturbedingt auf [12–15].

Allerdings ist die Übertragbarkeit von Studien, die fremde Kulturen einbeziehen, aufgrund eines nicht vorhandenen allgemeinen Begriffs von Religion/Religiosität problematisch. Um diese Problematik bezüglich der Definition dieser Variable zu umgehen, führten wir einen innerdeutschen Vergleich zur Zeit der Teilung von Deutschland in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und in die Deutsche Demokratische Republik (DDR) durch.

Beide Länder waren aus dem ursprünglich volksgläublich-christlichen Deutschland hervorgegangen. In den über 40 Jahren der politischen Trennung unterschieden sie sich radikal im Umgang mit Religion. In den 50er- und 60er-Jahren fand in der DDR eine systematische Unterdrückung von Religiosität statt, sodass in den 70er-Jahren bereits nicht mehr von einer volksgläublichen Struktur gesprochen werden konnte. Die Kirchenmitgliedszahlen sanken nach Schätzungen zum Ende der DDR auf ca. 20–25% Protestanten und etwa 5% Katholiken [16]. Laut Umfragen sag-

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-986349  
 Psychiatr Prax  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Georg Juckel,**  
**Ärztlicher Direktor**  
 LWL-Klinik Bochum, Klinik der  
 Ruhr-Universität Bochum,  
 Psychiatrie, Psychotherapie,  
 Psychosomatik, Präventiv-  
 medizin  
 Alexandrinenstraße 1  
 44791 Bochum  
 georg.juckel@wkp-lwl.org

ten nach der Wende etwa 50% der Gesamtbevölkerung der Ostdeutschen über sich aus, sie seien „kein religiöser Mensch“, während dies 25–30% der Westdeutschen angaben [17].

Unter der Hypothese, dass der religiöse Wahn aufgrund des schizophreneebedingten Transzendenzerlebens ein Primärsymptom der Schizophrenie darstellt und somit ubiquitär kulturunabhängig in vergleichbarer Häufigkeit auftreten sollte, will die vorliegende Studie klären, ob sich ein pathoplastischer Einfluss der Kultur auf den religiösen Wahn schizophrener Patienten nachweisen lässt.

Neben dem quantitativen Vorkommen in verschiedenen Kulturen sollen zudem mögliche Unterschiede in der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung erfasst werden, die sogenannte „historische Plastizität“ des religiösen Wahnes [5].

## Methodik



Es wurden aus zwei Kliniken der regionalen psychiatrischen Allgemeinversorgung der BRD und DDR jeweils retrospektiv Krankenakten aus bestimmten Zeitabschnitten ausgewertet.

Zum einen wurden für die Untersuchung Akten der Jahre 1980–1985 der Klinik für Psychiatrie und Nervenheilkunde der Charité im damaligen Ost-Berlin herangezogen, zum anderen Akten des Psychiatrischen Bezirkskrankenhauses Regensburg von 1980–1983. Im westdeutschen Gebiet fiel die Wahl auf Regensburg, da in dieser Region seit Jahrhunderten eine ausgeprägte volkswirtschaftlich verankerte Religiosität besteht. Der Versorgungsbereich des Bezirkskrankenhauses Regensburg ist vornehmlich katholisch geprägt (ca. 82% Katholiken, 10–12% Protestanten), wobei die Zahlen der Gottesdienstbesucher bis in die heutige Zeit die höchsten in Deutschland sind (etwa 40%) [18]. In Ost-Berlin ist für die Zeit Anfang der 80er-Jahre mit einer geringen Kirchenzugehörigkeit zu rechnen, die etwa bei 30% Protestanten und weniger als 10% Katholiken zu veranschlagen ist [16].

Die Krankengeschichten wurden anhand der Angaben in den Aufnahmebüchern ausgewählt. In der Charité konnten unter Beachtung der Einschlusskriterien 132 Akten ausgewertet werden. In Regensburg wurde aufgrund höherer Aufnahmezahlen die Erhebung auf die Jahrgänge 80–83 beschränkt. Zudem wurde systematisch aus dem Aufnahmebuch nur jeder dritte geeignete Patient ausgewählt. Es wurden 151 Akten ausgewertet.

## Ein-/Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Patienten, die im Versorgungsbereich der jeweiligen Klinik wohnten, in den jeweiligen Jahrgängen stationär aufgenommen wurden und die gemäß dem Entlassungsbericht die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erhielten (ICD-9: 295.3).

Die Aufnahmebücher der Charité machten eine besondere Recherche notwendig, da die Austrittsdiagnosen in wenigen Fällen nicht nach ICD-9, sondern nach einer internen Codierung verschlüsselt waren. Dieser interne Schlüssel lehnte sich an die Leonhard-Kleist'sche Einteilung der Schizophrenien an. Es wurden in Anbetracht der Nosologie des ICD-9 daher aus den Aufnahmebüchern der Charité auch Patienten in die Untersuchung aufgenommen, die die Charité-spezifischen Diagnosen der Paraphrenie, der affektvollen Paraphrenie und der Angst-Glücks-Psychose trugen.

Die Krankengeschichten wurden für den jeweiligen stationären Aufenthalt vollständig zur Kenntnis genommen und mithilfe

eines selbst erarbeiteten Erhebungsbogens ausgewertet. Die allgemein-demografischen Daten ließen sich aus den standardisierten Aufnahmeblättern entnehmen, die in beiden Kliniken geführt wurden. Die Nervenklinik der Charité erhob generell keine konfessionelle Zugehörigkeit ihrer Patienten.

In der Auswertung wurden Beschreibungen des psychopathologischen Befundes in das heute im deutschsprachigen Raum all-gemeingültige System des AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) übersetzt [19].

## Religiosität/religiöser Wahn

Der Untersuchung liegt ein allgemeiner, d.h. vorkonfessioneller Begriff von Religion/Religiosität zugrunde, der der Sichtweise heutiger Religionswissenschaft entspricht. „Religionswissenschaftlich dient Religion in unserem Sprachgebrauch ‚als Oberbegriff‘ u. zw. zunächst in dem Sinn, dass [sic!] er alle Vorstellungen, Einstellungen und Handlungen gegenüber jener Wirklichkeit bezeichnet, die Menschen als Mächte oder Macht, als Geister oder auch Dämonen, als Götter oder Gott, als das Heilige oder Absolute oder schließlich auch nur als Transzendenz annehmen und benennen. Diese Wirklichkeit ist für den Menschen von höchstem Belang, ihr gilt Respekt und meistens Verehrung“ [20].

Religiosität als die subjektive Seite von Religion umfasst daher den Begriff des Aberglaubens (Volksglaube: schwarze Katze, Dämonen, Glücksbringer etc.) und des magisch-metaphysischen Glaubens (Parapsychologie, Spiritismus, Okkultismus, Esoterik) und beschreibt ein allgemeines Verhältnis des Menschen zur Transzendenz, d.h. einer nicht empirisch zugänglichen Erfahrungswelt. Der umfassende Ansatz unter Einschluss der Inhalte des Aberglaubens und allgemein metaphysischer Denkinhalte versucht die vielfältigen Ausdrucksformen von Religiosität in der deutschen Kultur zu berücksichtigen [21].

Diese allgemein erfasste religiöse Thematik wurde in einem zweiten Schritt nach ihren konkreten Inhalten näher analysiert. Die Inhalte wurden als christlich-religiös gewertet, wenn sie sich auf allgemein anerkannte Glaubensinhalte der christlichen Konfessionen bezogen, die wir im Anschluss an Mundhenk in die aus klinischer Erfahrung gesammelten Motive einteilen (theologischer Komplex, messianischer Komplex, Heiliger Geist, dämonischer Komplex, apokalyptisches Motiv, Motiv der Erwählung/Verwerfung, erotischer Komplex, Tod und Leben, spontane Bildungen) [3].

Nichtchristliche Inhalte wurden nach Zugehörigkeit entweder zu den übrigen Weltreligionen (Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus), zum Bereich des Aberglaubens oder des magisch-metaphysischen Glaubens eingeteilt.

## Statistische Methoden

Die Statistik wurde mithilfe von SPSS 12.0 für Windows analysiert. Dabei wurden Häufigkeitsdaten mit dem  $\chi^2$ -Test, intervallskalierte Daten mit der Varianzanalyse (ANOVA) untersucht. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% (zweiseitig) angesetzt.

## Ergebnisse



### Beschreibung des jeweiligen Patientengutes

Wie **Tab. 1** entnommen werden kann, ist das Durchschnittsalter der Regensburger Patienten signifikant höher als das der Berliner, während die Geschlechterverteilung vergleichbar ist. In Berlin findet sich ein signifikant höherer Anteil von Patienten,

**Tab. 1** Demografische Angaben zu den Stichproben aus Ost-Berlin und Regensburg

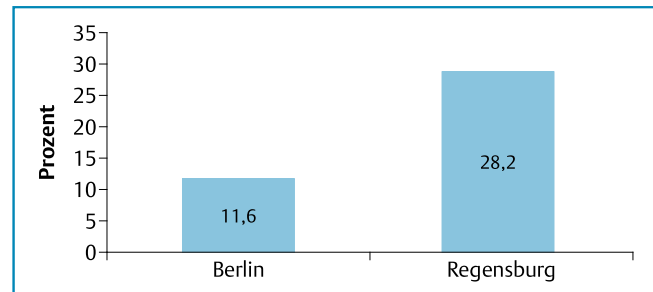
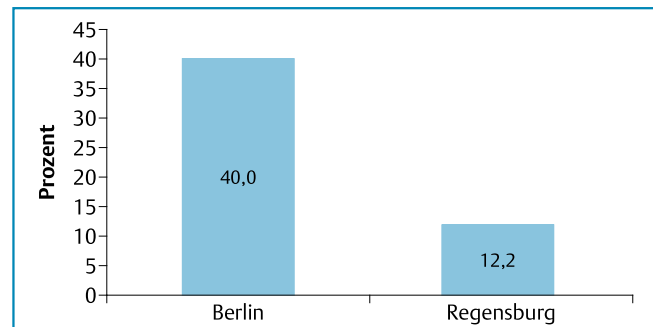
Variablen	Berlin (n = 132)	Regens- burg (n = 151)	$\chi^2$ oder F	p-Wert
Alter (Mittelwert)	35,66	39,11	F = 5,558	0,019
Männer	53,4% (n = 70)	46,4% (n = 70)	$\chi^2 = 0,423$	0,5154
Frauen	47% (n = 62)	53,6% (n = 81)	$\chi^2 = 0,414$	0,5201
<b>Familienstand</b>	(n = 125)	(n = 150)		
ledig	44,8% (n = 56)	59,3% (n = 89)	$\chi^2 = 1,808$	0,1787
verheiratet	28,8% (n = 36)	25,3% (n = 38)	$\chi^2 = 0,239$	0,6246
geschieden	11,2% (n = 14)	8,0% (n = 12)	$\chi^2 = 0,673$	0,4120
verheiratet/ getrennt lebend	2,4% (n = 3)	0%	$\chi^2 = 3,554$	0,0594
fester Lebenspartner	7,2% (n = 9)	1,3% (n = 2)	$\chi^2 = 5,617$	0,0178
verwitwet	5,6% (n = 7)	6,0% (n = 9)	$\chi^2 = 0,018$	0,8941
<b>Kinder</b>	(n = 103)	(n = 126)		
ja	46,6% (n = 48)	26,2% (n = 33)	$\chi^2 = 4,885$	0,0271
nein	53,4% (n = 55)	73,8% (n = 93)	$\chi^2 = 2,256$	0,1331

die unverheiratet in einer festen Partnerschaft leben. Nur dort finden sich zudem Patienten, die getrennt von ihrem Ehepartner leben. In der Berliner Gruppe gibt es signifikant mehr Patienten, die Kinder haben. Die Religionszugehörigkeit konnte nur in Regensburg in fast vollständigem Umfang erhoben werden (katholisch: 79,3%, n = 115; Evangelisch: 14,5%, n = 21; muslimisch: 1,4%, n = 2; keine: 4,1%, n = 6; andere: 0,6%, n = 1). Die gefundenen Häufigkeiten entsprechen in etwa der Verteilung der Normalbevölkerung des Versorgungsgebietes des Krankenhauses.

### Häufigkeit des religiösen Wahnes

• **Abb. 1** ist zu entnehmen, dass der religiöse Wahn unter den paranoid schizophran erkrankten Patienten in Berlin weniger häufig aufgetreten ist.

Es fanden sich in Berlin 15 Patienten mit einem religiösen Wahn (11,6%). In Regensburg trat eine religiöse Thematik bei 42 Patienten (28,6%) auf. Die Verteilung der Häufigkeiten ist signifikant verschieden ( $\chi^2 = 8,029$ ;  $p = 0,0046$ ).

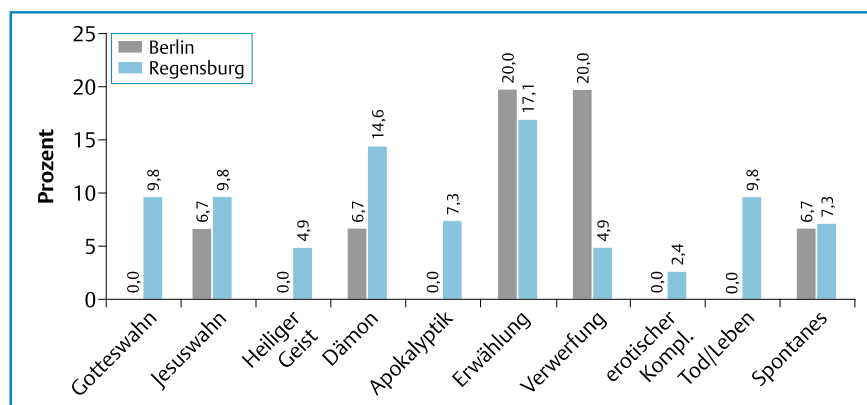
**Abb. 1** Häufigkeit des religiösen Wahns in Berlin und Regensburg.**Abb. 2** Religiöser Wahn ohne christliche Inhalte.

### Inhalte des religiösen Wahnes

Der religiöse Wahn in Berlin hatte in 40% (n = 6) der Fälle keine christlichen Inhalte (• **Abb. 2**). In Regensburg dagegen fanden sich in nur 12,2% (n = 5) Inhalte, die nicht in der christlichen Tradition zu verorten waren. Bei einem  $\chi^2 = 3,292$  und einem  $p = 0,0696$  ist dieser Unterschied nur als statistischer Trend zu werten.

Der religiöse Wahn zeigte in Berlin ein weniger vielfältiges Spektrum an christlichen Inhalten (• **Abb. 3**). Es trat dort kein Gotteswahn, kein Bezug auf den heiligen Geist, kein apokalyptisches Motiv, kein erotischer Komplex und kein Bezug zum Thema Tod/Leben auf. Die häufigsten Inhalte des christlich-religiösen Wahnes in Regensburg waren das Motiv der Erwählung und der dämonische Komplex. In Berlin fand sich gleichhäufig das Motiv der Erwählung und das der Verwerfung.

Statistisch ergaben sich im Vergleich der konkreten Inhalte zwischen den Städten bei niedriger Fallzahl keine signifikanten Unterschiede. Als Trend zu diskutieren ist lediglich das Motiv der Verwerfung, das in Berlin bei 20% (n = 3) der Fälle auftrat, in Regensburg nur bei 4,9% (n = 2) ( $\chi^2 = 2,434$ ;  $p = 0,1187$ ).

**Abb. 3** Christliche Inhalte des religiösen Wahnes.

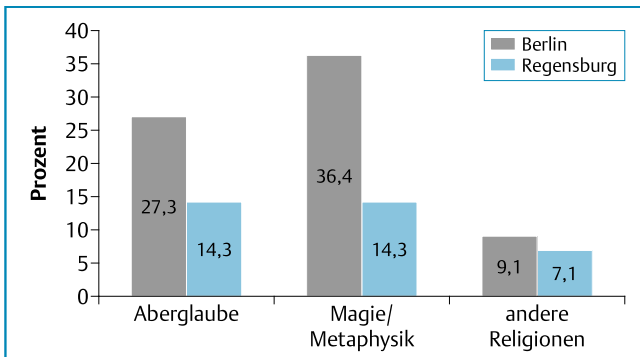


Abb. 4 Aufgliederung nichtchristlicher Inhalte des religiösen Wahns.

Abb. 4 zeigt die Aufgliederung der nichtchristlichen Inhalte, die in Berlin im Vergleich zu Regensburg überwogen, wobei die Unterschiede nicht signifikant wurden.

## Diskussion

Unsere Studie deutet darauf hin, dass in einer christlich-religiös orientierten Kultur eine über Jahrzehnte hinweg betriebene Unterdrückung der Religion, die in der Kultur der Gesellschaft nachhaltige Auswirkungen erkennen ließ, im Bereich der Psychopathologie der Schizophrenie zu einem signifikanten Rückgang der religiösen Wahnthematik führen kann. Die religiöse Thematik scheint kulturabhängig die Krankheitsentwicklung der paranoiden Schizophrenie zu beeinflussen. Die Kultur wirkt pathoplastisch auf den religiösen Wahn. Dieser ist somit als Sekundärsymptom der Schizophrenie einzuordnen.

Der Rückgang der religiösen Thematik bei schizophrenen Wahnkranken in einer vornehmlich areligiösen Kultur deutet darauf hin, dass im krankhaft veränderten Erleben der Patienten eine religiöse Dimension kein fester Bestandteil ist. Der Wahnkranke stößt nicht prinzipiell aus seinem inneren Erleben auf die Frage nach „Gott“ [3, 4], sondern er scheint in der Kultur vorgegebene Symbole zu nutzen, um sein krankhaft verändertes Erleben kommunizieren zu können.

In den vorliegenden Stichproben zeigte sich eine unterschiedliche historische Plastizität des religiösen Wahnes. In Ost-Berlin war der religiöse Wahn statistisch tendenziell weniger mit christlichen Inhalten ausgestaltet. Bei 40% der Patienten fanden sich keine christlichen Wahninhalte.

Als weiteres Ergebnis können wir festhalten, dass sich das entstehende christlich-religiöse Vakuum in den Wahninhalten offensichtlich teilweise mit abergläubischen oder magisch-metaphysischen Gedanken füllte.

Die Ergebnisse vorausgegangener Studien im deutschsprachigen Raum [5–7] sind durch unsere Resultate zu hinterfragen. Unter Umständen haben die Autoren zu wenig beachtet, dass ihren Längsschnittuntersuchungen trotz einschneidender politischer und anderer sozialer Veränderungen im Wesentlichen eine stabile kulturelle Basis an Religion unterlag. Betrachtet man die Kirchengliederungszahlen in Westdeutschland der letzten 100 Jahre, so treten keine signifikanten Schwankungen auf. Bis heute findet sich in den alten westdeutschen Gebieten eine volkskirchliche Struktur, die mit ihrer christlichen Prägung, und daher mit ihren Grundlehren und Symbolen, dem Großteil der Gesellschaft grundlegend vertraut ist. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch für denselben Kulturraum auf, dass eine Unterdrückung der christ-

lich-religiösen Symbole und eine durchgreifende Veränderung der ideologischen Voraussetzungen der Gesellschaft von der Transzendenz- zur Immanenzorientierung einen signifikanten Einfluss auf den Gebrauch religiöser Sprache in der Schizophrenie haben.

Da unsere Ergebnisse die „innere“ Bedingtheit des religiösen Wahnes durch die Schizophrenie widerlegen, stellt sich die Frage nach den „äußeren“ Bedingungen. Murphy beschrieb allgemein die Mechanismen der Einflussnahme der Kultur auf die Formung von Wahnthematik [22]. Demnach findet der Mensch in den soziokulturellen Gegebenheiten die Problemstrukturen, die im Wahn symbolisiert werden können. In einer hochreligiösen christlichen Gesellschaft wie in Regensburg ist davon auszugehen, dass sich die alltägliche Moral mit grundsätzlich religiösen Fragen wie der Suche nach Anerkennung durch Gott oder nach ewigem Heil verbindet und daher das Einfließen religiöser Sprache und Vorstellungen in die Wahnwelten der schizophren Erkrankten bedingt.

Nach Murphy gibt die Kultur zudem nicht nur die Art und Weise vor, primär abnormale Erlebnisse zu deuten und zu verarbeiten, sondern auch der Prozess der Verarbeitung selbst kann bewusst oder unbewusst unter kulturellem Einfluss stehen, denn jede Kultur signalisiert dem Individuum durch Erwartungen und Suggestion seinen Weg der Symptomverarbeitung.

Neben der kulturvermittelten Vorgabe des religiös gefärbten Rahmens vieler individueller Probleme wird in Regensburg daher die Erziehung und aktive Teilnahme an kirchlichen Veranstaltungen einen entscheidenden Einfluss haben. In derartiger kultureller Prägung kann der Wahnkranke ein Bewusstsein entwickeln, dass seine psychotische Welt- und Selbsterfahrung in religiöse Sprache gekleidet werden kann und soll, um in der zwischenmenschlichen Kommunikation einen Platz zu finden. Durch die enge Einbindung religiöser Lehre in das Alltagsleben wird der Kranke geradezu ermutigt, seinen religiös gefärbten Deutungen der inneren Wahrnehmung große Aufmerksamkeit zu schenken und das Wahnerleben weiter auszugestalten.

Während dementsprechend in Regensburg alle von uns in Anlehnung an Mundhenk untersuchten christlichen Inhalte in Form von Wahngedanken vorhanden waren, waren die Inhalte in Berlin eingeschränkt. Wesentliche christliche Wahnthemen traten nicht auf, wie z. B. ein Bezug auf den heiligen Geist oder apokalyptische Motive. Entsprechend des allgemein kulturellen Verlustes der religiösen Symbole und Denkformen verschwinden diese auch aus der Wahnwelt der Kranken.

Bereits Murphy fand im Sündenwahn und dem Weltuntergangswahn religiöse Wahnthemen, die nach seinen Studien spezifisch für jüdisch-christliche Kulturen sind [22]. In vorangegangenen Querschnittsstudien ist ebenfalls eine besondere Verbindung der christlich-religiösen Kultur mit der Entwicklung religiöser Wahnthemen vermutet worden, wobei der besondere Umgang mit Schuldfragen als vornehmliche Ursache der in derartigen Kulturen erhöhten Prävalenz genannt wurde [8, 12, 13]. In einer christlich-religiösen Kultur kann es sicher als Konvention gelten, seine inneren schuldhaften Konflikte auf die Beziehung zum christlichen Gott zu projizieren. In unserer Regensburger Patientengruppe fand sich ein Anteil von etwa 7% eines religiösen Schuldwahns, der im Vergleich zu den Vorergebnissen von Tateyama et al. in Wien (45%) und Tübingen (37,5%) allerdings gering ausfällt [13].

Die enge Verbindung von religiösem Wahn und christlicher Kultur wird noch deutlicher, wenn man den Zusammenhang des spezifisch christlichen Gottesbildes mit phänomenologisch-an-

thropologischen Erklärungsversuchen des Wahns betrachtet. In christlicher Lehre wird Gott als personhaftes Gegenüber vermittelt, das den Menschen in ihrer Geschichte begegnet und dort eingreift. Er ist als eine Form personaler Realität zu verstehen. Der christliche Gott wird somit als beziehungs-fähiges Wesen vorgestellt, das in seiner Wirkung und seiner Präsenz als ständig begleitende Dimension alltäglicher Lebensverrichtungen betrachtet werden kann. Insofern ist er als Teil christlich-kultureller Lebenswelt eingebunden in die selbstverständliche Vertrautheit des Einzelnen im Umgang damit. In der phänomenologisch-anthropologischen Forschung ist genau dieser beziehungs-simmanente Erlebnisbereich des Menschen der Ort von Wahnstörungen. „Sie geht davon aus, dass [sic!] es sich beim Wahn meist nicht um Aussagen über neutral-objektiverbare Sachverhalte handelt, sondern um Bedeutungen und Bewertungen, die der Kranke einer Situation in Beziehung auf sich selbst beimisst“ [23]. Wahnstörungen entwickeln sich demnach dort, „wo eine sichere Orientierung in der Umwelt nicht auf rationalem Wissen und Überprüfbarkeit, sondern auf solcher Vertrautheit und emotionalen Stimmigkeit beruht“ [23]. Nach Tölle ist daher der Wahn eine „Störung der mitmenschlichen Begegnung“ [24].

Da der christliche Gott, im Vergleich zu den anderen Weltreligionen in einzigartiger Weise, als geschichtlicher Gott in der Lebenswelt der Menschen die Rolle eines Gegenübers einnimmt, kann die durch die kulturelle Prägung unter Umständen auch unbewusste Beziehung zu ihm Anlass für eine Wahnbildung geben. In der DDR ist gezielt der Glaube an die geschichtliche Wirkung und Bedeutung des christlichen Gottes durch eine politische Ideologie ersetzt worden, die dem Handeln der Menschen alleinige Herrschaft und Macht einräumt. Der christliche Gott ist dadurch der Mitwelt der Menschen entzogen worden.

Die gezielte Depoten-zierung des geschichtlichen Gottes des Christentums bildet sich wahrscheinlich auch im erhöhten Vorkommen des Motivs der Verwerfung in der DDR ab. Das Motiv der Verwerfung umschrieb Mundhenk als „Gottverlassenheit“ [3]. Gemäß der einleitenden Darstellung zu den Verhältnissen in der DDR ist die „Gottverlassenheit“ ein von der politischen Führung gewünschter und geförderter Teil der Kultur geworden. Im Hintergrund könnte sich auch der Mangel an christlicher Gemeinschaftskultur widerspiegeln, oder es wird durch das Motiv der Verwerfung einem inneren Schuldkonflikt Ausdruck verliehen, der in der christlich repressiven Gesellschaft entsteht, wenn ein gläubiger Mensch aus Angst vor Bestrafung seine Überzeugungen nicht lebt.

Aus ähnlichen Gründen ist grundsätzlich der große Anteil an Inhalten aus (pseudo-)religiösen Ersatzbildungen zu verstehen. Es gibt keine Hinweise auf eine in der DDR vorhandene höhere Akzeptanz oder Kultur des Aberglaubens bzw. magischer Vorstellungen. Es könnte sein, dass sich im Rahmen des sozialistischen Staates die kulturell überdauernden Vorstellungen in diesem Bereich offenbaren. Insofern ist es schwer zu entscheiden, ob sich im Vergleich zu Regensburg in Ost-Berlin ein stabiler Grundstock an religiöser Wahnthematik zeigte, oder ob es sich um eine Übergangsform vor dem vollkommenen Verschwinden religiöser Thematik handelt. Eine Studie von Meulemann zeigte eine immer weiter sinkende Akzeptanz von Religion und Religiosität in Ostdeutschland [17] und lässt dies zumindest vermuten. Eine Fortführung unserer Untersuchung mit einem Patientengut aus heutiger Zeit könnte mehr Aufschluss zu dieser Frage liefern.

Eine retrospektive Aktenauswertung kann sich nur schwer mit den Hintergründen der jeweiligen Klinikaufenthalte befassen.

Diese haben auf die von uns gemessene Häufigkeit des religiösen Wahns zumindest in zwei Bereichen einen wichtigen Einfluss. Zum einen ist die Kultur des Umgangs mit den Kranken nicht beleuchtet worden. Es ist generell zu vermuten, dass religiöser Wahn im gemeinschaftlich strukturierten Bereich der katholischen Kirche Regensburgs seltener zur Behandlung in einer Klinik kommt, als in Berlin. Dort hingegen könnte die großstädtische Anonymität einen gewissen „protektiven“ Faktor darstellen.

Zum anderen ist eine retrospektive Methode auf die Angaben in der Krankengeschichte angewiesen und damit auf die Fragen der jeweiligen ärztlichen Kollegen. Es ist für die DDR zu vermuten, dass häufig nicht nach einem religiösen Erleben gefragt wurde, da gerade unter Psychiatern allgemein ein hoher Anteil an Atheisten zu finden war. Wie schon in den Aufnahmebögen nicht mehr nach der jeweiligen Konfession gefragt wurde, so könnten auch die Ärzte nicht mehr an religiösen Gedanken der Patienten interessiert gewesen sein. Aufseiten der Patienten ist aufgrund der bekannten staatlichen Ablehnung zudem von einer gewissen Reserviertheit und auch von Schamgefühlen beim Bericht über religiöse Gedanken auszugehen. Die unterschiedlichen „Psychiatrischen Schulen“ der verglichenen Kliniken könnten diese Effekte jedoch relativiert haben. Einige Studien haben bereits gezeigt, dass die relative Häufigkeit von Diagnosen wesentlich durch das Denken und die Herangehensweise der Diagnostiker beeinflusst ist [25]. Wie bereits erwähnt, hatte in Berlin zum Zeitpunkt unserer Erhebung immer noch die Psychoseneinteilung nach Leonhard einen Einfluss auf den klinischen Alltag. In Regensburg ist von einer allgemeinen Klassifikation der Diagnosen nach der WHO auszugehen. Inwieweit diese unterschiedlichen psychiatrischen Wurzeln das Ergebnis beeinflussten, ist aus heutiger Sicht nur schwer einschätzbar. Die Orientierung an der Leonhard'schen Einteilung kann sich insofern ausgewirkt haben, dass der psychopathologische Befund sehr gewissenhaft und differenziert aufgenommen wurde, wofür die ausführlichen Aufzeichnungen in den Krankengeschichten sprechen. Dabei könnte die von Leonhard explizit beschriebene Affinität der von uns teilweise erfassten Krankheitsbilder zur religiösen Thematik zur gezielten Exploration in diesem Bereich geführt haben [26]. Das ICD-9 weist im Rahmen der schizophrenen Erkrankungen nicht explizit auf religiöse Thematik hin.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für die Fragestellung eine prospektive Methodik der Goldstandard wäre, die jedoch für die Staatsverhältnisse der DDR nicht mehr durchführbar war.

An Limitierungen der Studie ist weiter zu bemerken, dass eine ländliche Gegend mit einer städtischen verglichen wurde. Dies führte zu Unterschieden in der allgemeinen Demografie der Patientengruppen, die jedoch auf die Hauptfragestellung wenig Einfluss haben dürfte. Die Unterschiede im Durchschnittsalter und den Familienverhältnissen erwiesen sich für die Hauptfragestellung nach einer ANOVA-Analyse nicht als konfundierende Variablen.

Es wurde eine vorwiegend katholisch-christliche Kultur mit einer traditionell protestantischen verglichen, insofern die Gebiete der ehemaligen DDR das Kernland der Reformation waren. Steinebrunner und Scharfetter wiesen in ihrer Studie darauf hin, dass keine Korrelationen zwischen Wahnthema und Konfession gefunden werden konnten [6]. Eine kleinere Studie fand, dass protestantische Christen im Vergleich zu Katholiken und Nicht-Religiösen in der Schizophrenie häufiger einen religiösen Wahn entwickeln [27]. Es sind uns jedoch keine weiteren Studi-



en bekannt, die ein erhöhtes Auftreten von religiösem Wahn in Verbindung mit einer der christlichen Konfessionen nachweisen. Wie bereits erwähnt, war es nicht möglich, aus den Berliner Akten die Konfessionalität der Patienten zu erheben. Daher ist eine Einschätzung der Größe des Einflusses nicht möglich. Vergleichbare Vorergebnisse zeigen an, dass in einer katholisch geprägten Großstadt wie Wien und einer protestantisch geprägten Kleinstadt in ländlicher Umgebung wie Tübingen, der religiöse Wahn ebenfalls bei über 20% der Schizophrenen anzutreffen war [13].

## Schlussfolgerungen

Das Auftreten des religiösen Wahnes im Rahmen der Schizophrenie ist nicht als Folge eines krankheitsbedingten und daher kulturell unabhängigen Erfahrungsmomentes zu verstehen.

Wichtig bleibt jedoch, dass in einer christlich-religiös geprägten Kultur der religiöse Wahn ein sehr häufiges Phänomen im Rahmen der paranoiden Schizophrenie ist. Wir fanden ihn in Regensburg bei etwa 30% der Patienten, was anderen Studien christlicher Kulturkreise entspricht.

Allerdings wurde die religiös geprägte Symptomatik in der psychiatrischen Forschung der letzten Jahrzehnte kaum mehr beachtet. Ausblickend ergeben sich weitere Fragen. So interessiert z. B. die Korrelation zwischen den Inhalten und dem Ausmaß einer prämorbidem Religiosität mit dem Auftreten eines religiösen Wahnes. Gibt es bestimmte Formen heutiger zumeist individualisierter Religiosität, die eine psychotische Verarbeitung begünstigen? Stellt dagegen eine gut strukturierte religiöse Gemeinschaft einen Schutzfaktor dar? Für die transkulturelle Forschungsperspektive sollten die Grundlagen der eigenen christlich-religiösen Kultur besser verstanden werden, um nicht unkritisch die eigenen Voraussetzungen auf fremde Kulturen zu übertragen.

Das Ergebnis des pathoplastischen Einflusses der Kultur gibt keine klare Weisung für die Therapie der Erkrankung. Zum einen ist die sogenannte „Echtheitsfrage“ mit den oben dargestellten Ergebnissen nicht berührt. Ob in der klinischen Situation ein konkreter Patient an einem Wahn leidet oder eine schwere Glaubenskrisis durchlebt, bleibt ein schwer zu fällendes Urteil und ist in vielen Fällen auch mithilfe einer Langzeitbeobachtung nicht sicher zu fällen.

Zum anderen ist die Auseinandersetzung mit den religiösen Inhalten des Wahnkranken in jedem Fall geboten. Die empirische Basis für den positiven Einfluss von Religion auf die Heilung ist groß [28, 29]. Bezüglich therapeutischer Beschäftigung mit religiös wahnhaften Patienten ist aus unseren Ergebnissen nicht die Folgerung abzuleiten, dass die religiösen Inhalte bei schizophrenen Patienten von vornherein als „falsch“ eingeschätzt werden sollten [30]. Sie stellen einen Kommunikationsversuch dar, der den Selbsterfall und damit die Kommunikationsunmöglichkeit des Kranken kompensieren soll. Ziel einer Therapie sollte immer sein, dem Kranken eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. In einer volkreliösen Kultur scheinen daher religiöse Inhalte immer noch eine wichtige Rolle zu spielen [29]. Ob, wie und wann bei der Therapie religiös Wahnkranker Seelsorger hinzugezogen werden sollen, ist eine noch ungeklärte Frage.

Ein bedeutender Strang heutiger Forschung geht von einem Kontinuum von normalpsychologischen hin zu psychotischen Verarbeitungsprozessen aus. Aus dieser Kontinuitätshypothese würde

ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang zur Wahnsymptomatik schizophrener Menschen folgen. Ob sich dieser psychotherapeutische Behandlungsweg auf religiöse Themen anwenden lässt und einen nachhaltigen Einfluss haben kann, wäre ein interessanter Gegenstand für heutige Psychotherapieforschung [31].

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Religiöser Wahn bei schizophrenen erkrankten Patienten ist im Wesentlichen ein kulturbedingtes Phänomen.
- ▶ In christlich-abendländischen Kulturen tritt er bei 20–30% schizophren erkrankter Patienten auf.
- ▶ Eine Auseinandersetzung mit christlichen Traditionen kann bei der Behandlung derartiger Patienten von Nutzen sein.

## Danksagung

Wir danken Prof. Dr. med. Christian Scharfetter, Zürich, für wertvolle Hinweise in der Planungsphase unserer Studie.

## Interessenkonflikte

Keine angegeben.

## Abstract

### Schizophrenia and Religiousness – A Comparative Study at the Time of the Two German States

**Objective** Religious delusions are prevalent symptoms in schizophrenia. It is unclear, however, whether religious delusions reflect illness- or culture-related factors.

**Methods** Cross-cultural retrospective comparison of the prevalence of religious delusions in 132 patients treated for paranoid schizophrenia in East Berlin (former GDR) from 1980 to 1985, and 151 patients from Regensburg (FRG) who were treated as inpatients from 1980 to 1983.

**Results** Prior to the German re-unification, religious delusions were significantly less frequent in East Berlin compared to Regensburg (11.6% as opposed to 28.6%,  $\chi^2 = 8.029$ ;  $p = 0.0046$ ).

**Conclusions** The prevalence of religious delusions in schizophrenia is, above all, associated with cultural factors. Religious delusions are therefore secondary phenomena in schizophrenia, and not inherent to the illness process.

## Literatur

- 1 Schneider K. Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. Tübingen: J.C.B. Mohr Verlag, 1928
- 2 Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 130–138
- 3 Mundhenk R. Sein wie Gott. Aspekte des Religiösen im schizophrenen Erleben und Denken. Neumünster: Paranus, 1999
- 4 Weitbrecht HJ. Beiträge zur Religionspsychopathologie. Insbesondere zur Psychopathologie der Bekehrung. Heidelberg: Scherer, 1999
- 5 Kranz H. Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. *Fortschr Neurol* 1955; 23: 58–72
- 6 Steinebrunner E, Scharfetter C. Wahn im Wandel der Geschichte. Eine historisch-vergleichende Studie. *Arch Psychiat Nervenkr* 1976; 222: 47–60

- 7 Zinke R. Schizophrene Wahnhalte und Zeitgeschehen. Kiel: Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 1994
- 8 Fujimori H. Besonderheiten oder Eigentümlichkeiten der schizophrenen Wahnthematik in Japan im Wandel der Zeit – Eine transkulturell vergleichende Untersuchung. *Fortschr Neurol Psychiat* 1981; 49: 313–330
- 9 Klaf FS, Hamilton JG. Schizophrenia – A hundred years ago and today. *J Ment Sci* 1961; 107: 819–827
- 10 Achte KA. Zum Einfluss der Kultur auf die schizophrenen Wahnvorstellungen. *Psychiatria Fennica* 1971; 2: 45–50
- 11 Atallah SF, El-Dosoky AR, Coker EM, Nabil KM, El-Islam MF. A 22-year retrospective analysis of the changing frequency and patterns of religious symptoms among inpatients with psychotic illness in Egypt. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 407–415
- 12 Stompe T, Friedman A, Ortwein G, Strobl R, Chaudry HR, Najam N, Chaudry MR. Comparison of Delusions among Schizophrenics in Austria and in Pakistan. *Psychopathology* 1999; 32: 225–334
- 13 Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S. Transcultural Study of Schizophrenic Delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany). *Psychopathology* 1998; 31: 59–68
- 14 Fujimori H, Zhan Pei Z, Kizaki Y, Zheng-Ji C. Wahn und Gesellschaft in Japan und China in transkulturell-psychiatrischer Sicht. *Fortschr Neurol Psychiat* 1987; 55: 323–334
- 15 Kim K, Hwu H, Zhang LD, Lu MK, Park KK, Hwang T-J, Kim D, Park Y-C. Schizophrenic Delusions in Seoul, Shanghai and Taipei. A Transcultural Study. *J Korean Med Sci* 2001; 16: 88–94
- 16 Henkys R. Deutsche Demokratische Republik. In: Fahlbusch E, Lochman JM, Mbiti J, Pelikan J, Vischer L (Hrsg): *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*. Berlin: Directmedia, Digitale Bibliothek, 2004; 98: 2.118–2.133
- 17 Meulemann H. Wertewandel in Deutschland von 1949–2000. (Zugriff vom 31.5.2007), <http://www.theologie-online.uni-goettingen.de/pt/meulm.htm> 2002
- 18 Bistum-Regensburg. (Zugriff vom 29.5.2007). <http://www.Bistum-regensburg.de>
- 19 *Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg)*. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 2000
- 20 Antes P. Religion. 1. Religionswissenschaftlich. In: Fahlbusch E, Lochman JM, Mbiti J, Pelikan J, Vischer L (Hrsg): *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*. Berlin: Directmedia, Digitale Bibliothek, 2004; 98: 11.125–11.130
- 21 Fraas H-J. Religiosität. In: Fahlbusch E, Lochman JM, Mbiti J, Pelikan J, Vischer L (Hrsg): *Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*. Berlin: Directmedia, Digitale Bibliothek, 2004; 98: 11.313–11.317
- 22 Murphy HBM. Cultural aspects of delusion. *Studium Generale* 1967; 20: 684–692
- 23 Fuchs T. Wahnkrankheiten. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 5. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000: 597–617
- 24 Tölle R. Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer, 1999
- 25 Fujimori H. Besonderheiten oder Eigentümlichkeiten der schizophrenen Wahnthematik in Japan im Wandel der Zeit. Eine transkulturell vergleichende Untersuchung. *Fortschr Neurol Psychiat* 1981; 49: 313–330
- 26 Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie, 1968
- 27 Getz GE, Fleck DE, Strakowski SM. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. *Psychiatry Research* 2000; 103: 87–91
- 28 Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 369–376
- 29 Utsch M. Religiöse Fragen in der Psychotherapie. *Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005
- 30 Erichsen F. Bemerkungen über das sogenannte „religiöse“ Erleben des Schizophrenen. *Nervenarzt* 1974; 45: 191–199
- 31 Klein C, Albani C. Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiat Prax* 2007; 34: e2–e12