

Sebastian Murken

Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie?

In der aktuellen Diskussion um Religiosität und Religionen wird die Debatte von zwei gegensätzlichen Strömungen geprägt. Auf der einen Seite wird individuelle Religiosität, oft auch Spiritualität genannt, als hilfreich und nahezu unentbehrlich für ein sinnvolles, glückliches und gesundes Leben angesehen. Auf der anderen Seite wird bei bestimmten Formen von Religiosität bzw. der Zugehörigkeit zu bestimmten religiösen Gemeinschaften unterstellt, dies sei schädlich für die psychische Gesundheit ihrer Mitglieder. Diese Perspektive findet ihren Niederschlag in der Bezeichnung »Destruktive Kulte und Sekten«¹ für ein weites Spektrum neuer religiöser Bewegungen. In beiden Perspektiven sind klare Werturteile enthalten. Auch wenn die maßgeblichen Kriterien nicht immer transparent sind, so sind es doch im weitesten Sinne Kriterien der psychischen Gesundheit, die der jeweiligen Urteilsbildung zugrunde liegen. Damit wird deutlich, daß zur Beurteilung von Religiosität und Religionen oft implizite psychologische Modelle herangezogen werden, deren theoretischer psychologischer Hintergrund jedoch in der Regel nicht benannt wird.

In diesem Beitrag soll daher der Frage nachgegangen werden, ob die Psychologie Kriterien zur Verfügung stellen kann, um eine bestimmte Religion als »gut oder schlecht«, »hilfreich oder schädlich« zu klassifizieren.

Einleitung

Seit den Anfängen der Psychologie war auch die Religion ihr Untersuchungsgegenstand. So wollte z. B. Sir Francis Galton, der die wissenschaftliche Statistik maßgeblich mitentwickelt hat, schon 1872 untersuchen, ob sich Männer der Kirche in Bereichen wie Lebensdauer, Nachkommenschaft oder Krankheitshäufigkeit von anderen Männern der Gesellschaft unterscheiden, was sie zu seiner Beruhigung nicht taten.² Letztlich war bereits in dieser Untersuchung die Frage implizit, ob ein religiöses Leben für den einzelnen förderlich oder schädlich sei.

Eine Schwierigkeit jeder psychologischen Auseinandersetzung mit Religion ist der Umgang mit den von den Religionen als wahr postulierten

¹ Vgl. z. B. H. Langel, *Destruktive Kulte und Sekten. Eine kritische Einführung*, München 21995; W. Gross (Hg.), *Psychomarkt – Sekten – Destruktive Kulte*, Bonn 21996.

² F. Galton, »Statistical inquiries into the efficacy of prayer«, in: *Fortnight Review* 12 (N. S., 1872), S. 125-135.

Glaubenssätzen, da es die eigenen Glaubenssätze (auch des Psychologen) sind, die die Linse für die jeweilige Betrachtung darstellen. Die Haltungen von Sigmund Freud und Carl Gustav Jung zum Thema Religion zeigen dieses Spannungsfeld. Nach seiner Entdeckung der Neurosen versuchte Freud, auch Religiosität neurosenpsychologisch zu erklären. In seiner Arbeit »Zwangshandlungen und Religionsübungen« (1907) führte dies dazu, »die Zwangsneurose als pathologisches Gegenstück zur Religionsbildung aufzufassen, die Neurose als eine individuelle Religiosität, die Religion als eine universelle Zwangsneurose«.³

Damit war der Grundstein für ein atheistisches und reduktionistisches Religionsverständnis gelegt, das in »Die Zukunft einer Illusion« (1927) noch weiterentwickelt wurde und das den Glauben an einen Vatergott als ein nicht aufgelöstes Relikt des Ödipuskomplexes auffaßte. Die *schutzsuchende Beziehung* zum überhöhten Vater ist der Kern dieses Religionsverständnisses. Diesem illusionären Trost stellt Freud die Notwendigkeit der »Erziehung zur Realität« gegenüber.⁴ Diese Haltung nimmt zur Wahrheitsfrage der Religion dezidiert Stellung, indem sie ihr den Wahrheitscharakter abspricht. Die damit verbundene Bewertung von Religion in bezug auf Gesundheit und Krankheit erkennt zwar die tröstende Funktion der Religion an, sieht dies jedoch als unreife Vorform menschlicher Realitätbewältigung.

C. G. Jung dagegen entwickelte in seiner Theorie der Archetypen ganz eigene Vorstellungen von Religiosität, wobei er die Archetypen a priori, mit Rückgriff auf Rudolf Otto, im Numinosen begründet sah. Dies führte dazu, daß er letztlich jedes therapeutische Problem als ein religiöses Problem ansah.⁵ Es war nicht zuletzt die unterschiedliche Haltung zur Religion und zum Verständnis von Symbolen, welche zur Grundlage des Bruches zwischen Freud und Jung wurde.⁶

Freud und Jung bilden somit die Spanne der tiefenpsychologischen Zugangsweise zur Religion: dezidiert atheistisch auf der einen Seite bis hin zu den im Numinosen begründeten Archetypen Jungs auf der anderen Seite. Gemeinsam ist beiden jedoch eine sehr generalisierte Sichtweise von Religiosität, die wenig zum Verständnis individueller Psychodynamik beiträgt, da sie klare Konzeptionen davon haben, was Religion sei. Damit entziehen sich beide Systeme auch weitgehend einer empirischen Überprüfung. An den extremen Positionen von Freud und Jung zeigt sich jedoch die entscheidende Bedeutung des jeweiligen *Vorverständnisses* für die Einschätzung religiöser

³ S. Freud, *Zwangshandlungen und Religionsausübung* (1907). Studienausgabe Bd. VII, Frankfurt a. M. 1973, S. 21.

⁴ S. Freud, *Die Zukunft einer Illusion* (1927). Studienausgabe Bd. IX, Frankfurt a. M. 1974, S. 183.

⁵ C. G. Jung, »Über die Beziehung zur Seelsorge« (1932), in: ders., *Psychologie und Religion*, München 1991, S. 119.

⁶ J.-B. Fages, *Geschichte der Psychoanalyse nach Freud*, Frankfurt a. M. 1981.

Phänomene. D. h. für die Frage, welchen Beitrag die Psychologie zur Kritik von Religiosität leisten kann, ist es wichtig, die (meist implizite) Wertsetzung der jeweiligen psychologischen Zugangsweise transparent zu machen und die Wahrheitsfrage von der Frage nach der individuellen Wirklichkeit zu trennen.

Bereits 1902 stellte daher der Schweizer Psychologe Theodore Flourney (1854-1920) das »Prinzip vom Ausschluß der Transzendenz« auf, das in etwa dem »methodischen Atheismus« der Religionswissenschaftler entspricht und besagt, daß die Psychologie keine Aussagen über die Existenz oder Nicht-Existenz religiöser Glaubensinhalte machen sollte.⁷ Für den Psychologen ist nicht die *Wahrheit* der gemachten Aussage, sondern deren innerpsychische *Wirklichkeit* für das Individuum entscheidend.

Es ist dabei wichtig zu berücksichtigen, daß die psychische Konstitution eines Menschen in hohem Maße kulturabhängig ist. Roland, der Psychoanalysen in drei Kulturen (USA, Indien, Japan) durchführte, konnte z. B. zeigen, daß das westliche Entwicklungsziel individueller Autonomie für Indien nicht gilt, während z. B. die dort entscheidende Entwicklungsfrage, wie die Sohn-Rolle adäquat ausgefüllt werden kann, keine Entsprechung in den jetzigen westlichen Kulturen hat.⁸ Damit wird deutlich, daß die Anfrage an die Psychologie, Richtlinien zur Beurteilung von Religion zur Verfügung zu stellen, immer auch eine Frage der Wertsetzungen ist. So kann z. B. die in der Vereinigungskirche praktizierte Stiftung von Ehen für eine westlich sozialisierte Person als Ausdruck von Unterwerfung, Autonomieverlust und Unterdrückung emotionaler Bedürfnisse in höchstem Maße dysfunktional sein, während das gleiche Verfahren in einer Gesellschaft, in der Ehen bis heute von den Eltern arrangiert werden, weitaus weniger Schwierigkeiten verursachen wird.

Für die Frage der *Kritik an Religion* folgt daraus, daß psychologische Beurteilungskriterien den gesellschaftlichen Kontext mitberücksichtigen müssen; der Glaubensinhalt ist jedoch nicht Gegenstand des Interesses, sondern dessen individuelle Verarbeitung.

Religiosität und Gesundheit/Krankheit: Modelle ihres Zusammenhangs

Fragt man nach dem gesundheitsfördernden bzw. -mindernden Effekt von Religiosität, so sind dabei zwei Fragen zu klären. Zum einen, was unter (psychischer) Gesundheit zu verstehen ist, und zum anderen, mit welcher Modellvorstellung der Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit erklärt werden kann.

⁷ T. Flourney, »Les principes de la psychologie religieuse«, in: *Archives de Psychologie* 2 (1902), S. 327-366.

⁸ A. Roland, *In search of self in India and Japan: Towards a cross-cultural psychology*, Princeton 1988.

Nach Becker⁹ lassen sich drei verschiedene Modelltypen psychischer Gesundheit unterscheiden:

- das *Regulationskompetenzmodell*, dessen Leitidee die Herstellung eines inneren und äußeren Gleichgewichts ist,
- das *Selbstaktualisierungsmodell*, dem ein optimistisches Menschenbild mit der Leitidee der freien, »unabhängigen« Entwicklung des Individuums zugrunde liegt,
- das *Sinnfindungsmodell*, das vor allem die Bedeutung des Lebenssinns für psychische Gesundheit betont.

Während das *Regulationskompetenzmodell*, das dem Modell der Homöostase verpflichtet ist, als Zielgrößen die unterschiedlichsten psychischen Werte beinhalten kann, z. B. auch das Wohlergehen der Großfamilie, überwiegen in den beiden anderen Modellen »westliche Werte«, Selbstaktualisierung und Sinnfindung. Somit wird deutlich, daß schon die Konzeption von psychischer Gesundheit nicht wertfrei sein kann.

Wie ist nun ein Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Religiosität denkbar? In Tabelle 1 auf der nächsten Seite sind verschiedenen Argumente zusammengestellt, die die gesundheitsfördernde bzw. -hemmende Wirkung von Religionen erklären.¹⁰

Der Versuch, diese Argumente theoretisch zu fassen führt zu folgenden, in Tabelle 2 zusammengefaßten fünf Modellen des theoretisch denkbaren Zusammenhangs zwischen Religiosität und Gesundheit:

Die *Verhaltenshypothese* geht davon aus, daß das aus religiösen Lehren und Praktiken resultierende Verhalten einen Einfluß auf physische und psychische Gesundheit haben kann. Speise-, Reinigungs-, Sexual- und Hygienevorschriften beeinflussen die Gesundheit ebenso wie der Umgang mit Krankheit oder dem eigenen Körper.

Die *Kohäsionshypothese* betont die Bedeutung der durch die Religion vermittelten sozialen Bezüge, denn – dies ist eines der bestgesichertsten Ergebnisse der Gesundheitspsychologie – wer sich in vertrauensvollen Beziehungen aufgehoben fühlt und das Gefühl hat, in einem sozialen Netzwerk Unterstützung zu erfahren, dem geht es deutlich besser als jenen Personen, die dies nicht haben.¹¹

⁹ P. Becker, *Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*, Göttingen 1982.

¹⁰ J. Schumaker (Ed.), *Religion and Mental Health*, Oxford 1992.

¹¹ Vgl. B. Röhrle, *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*, Weinheim 1994.

Tabelle 1: Argumente für positive bzw. negative Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit (nach Schumaker, 1992, S. 3 f.)

Argumente für einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit	Argumente für einen negativen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit
<p><i>Religion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● reduziert existentielle Angst, indem sie durch beruhigende Erklärungen und Attributionen eine kognitive Struktur in einer sonst chaotischen Welt anbietet. ● bietet das Gefühl von Hoffnung, Sinn und Zweck und daraus resultierend ein Gefühl emotionalen Wohlbefindens. ● vermittelt Vertrauen in die Sinnhaftigkeit von allem, wodurch Schmerz und Leid besser erträglich ist. ● bietet für eine Vielzahl situativer und emotionaler Konflikte eine Lösung an. ● löst zumindest teilweise das beunruhigende Problem der Sterblichkeit durch Glauben an ein Weiterleben. ● gibt den Menschen ein Gefühl von Kraft und Kontrolle durch die Verbindung mit einer omnipotenten Macht. ● vermittelt moralische Richtlinien für das Verhalten mit sich selbst und anderen, während ein selbstzerstörerischer Lebensstil unterdrückt wird. ● fördert soziale Bindungen. ● vermittelt soziale Identität und befriedigt Bedürfnisse nach Zugehörigkeit durch Gemeinsamkeit im Glauben. ● bietet die Grundlage für gemeinsam ausgeführte, befreiende Rituale. 	<p><i>Religion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● fördert Selbstentwertung und geringes Selbstwertgefühl durch Glaubensvorstellungen, die die menschliche Natur abwerten. ● unterstützt die dysfunktionale Unterdrückung von Ärger. ● fördert Gefühle von Furcht und Angst durch Glauben an Sünde und Bestrafung. ● verhindert Autonomie, internale Kontrolle und persönliches Wachstum. ● fördert Unterordnung, Konformität und Suggestibilität mit dem Ergebnis der übermäßigen Abhängigkeit von äußeren Kräften. ● verbietet den Ausdruck sexueller Gefühle und kann daher sexuelle Störungen begünstigen. ● fördert eine Aufteilung der Welt in »gute« und »schlechte« Menschen. Daraus entstehen Vorurteile und Feindseligkeiten. ● widerspricht sich mit rationalen und kritischen Gedanken. ● führt zu ungesunden Schuldgefühlen.

Tabelle 2: Hypothesen zum Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit

Verhaltens-Hypothese	Der Zusammenhang wird über die verhaltensregulierende Funktion der Religion (Ernährung, Drogen, Sexualität, Sport etc.) vermittelt.
Kohäsions-Hypothese	Der Zusammenhang wird über das soziale Netz und die soziale Unterstützung der religiösen Gruppe vermittelt. (Sozialpsychologischer Ansatz)
Kohärenz-Hypothese	Der Zusammenhang wird durch die religiöse Interpretation von Situationen bzw. die dadurch erzielte kognitive Kohärenz vermittelt. (Attributionstheorie)
Coping-Hypothese	In Grenzsituationen (Alter, Krankheit) haben religiöse Menschen einen Bewältigungsvorteil, indem die Religion verschiedene Antworten auf die Frage nach dem Grund von Leid und Grenzsituation (Tod) gibt.
Selbstwert-Hypothese	Der Zusammenhang wird über die selbstwertregulierende Spiegelung des religiösen Menschen in der Beziehung zu Gott und zur religiösen Gemeinschaft vermittelt.

In den Bereich der »subjektiven Theorien« oder Attributionstheorien gehört die *Kohärenzhypothese*. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, daß eine Person, die die Welt als beeinflussbar, durchschaubar und in sich schlüssig erlebt, psychisch gesünder ist als ein Mensch, der die Welt unkontrollierbar und mächtig erlebt und sich selbst diesen Mächten hilflos ausgeliefert fühlt. Die Kohärenzhypothese besagt, daß Religionen Erklärungen für Ereignisse liefern, die sonst unerklärbar blieben, und dieser Erklärungsvorsprung einen psychischen Gewinn bedeutet.¹²

In Zusammenhang damit steht die *Copinghypothese*, die sich insbesondere auf Grenz- und Krisensituationen bezieht und in der religiösen Erklärung von Leid und Tod einen Bewältigungsvorteil religiöser gegenüber nichtreligiöser Menschen sieht.¹³

¹² Vgl. B. Spilka; P. Shaver; L. A. Kirkpatrick, »Attribution theory for the psychology of religion«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 24 (1985), S. 1-20.

¹³ Vgl. K. I. Pargament, »God help me. Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion«, in: *Research in the Social Scientific Study of Religion* 2 (1990), S. 195-224; K. I. Pargament; D. S. Ensing; K. O. Falgout, »God help me: I. Religious

Die *Selbstwerthypothese* schließlich geht davon aus, daß ein – nachgewiesenermaßen gesundheitsförderndes – stabiles Selbstkonzept durch das Gefühl des bedingungslosen Angenommenseins von Gott und der religiösen Gemeinschaft unterstützt wird.¹⁴

Neben gesundheitsfördernden wird auch immer wieder auf die gesundheitshemmende Wirkung von Religiosität hingewiesen. Im deutschen Sprachraum hat sich der Begriff der »ekklesiogenen Neurose« für eine neurotische Entwicklung infolge strenger, kirchlich vermittelter, moralischer und leibfeindlicher Erziehung eingebürgert¹⁵. Insbesondere sexuelle Probleme seien oft durch religiöse Erziehung verursacht.¹⁶ Dieser Begriff ist insofern problematisch, als er eine klare Kausalität impliziert, von der jedoch nicht ausgegangen werden kann.

Religiosität und Gesundheit/Krankheit: Was sagt die empirische Psychologie ?

Die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Religion und Religiosität auf der einen und Gesundheit auf der anderen Seite hat eine lange Tradition mit inzwischen kaum übersehbarer Literatur.¹⁷ In der empirischen Forschung werden als Maße psychischer Gesundheit sowohl positive Konstrukte wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und psycho-soziale Angepaßtheit erhoben als auch negative Kriterien wie das Ausmaß emotionaler Labilität, Depression und Ängstlichkeit.

Versucht man die einschlägigen Überblicksarbeiten¹⁸ der letzten 20 Jahre zusammenzufassen, ergibt sich folgendes Bild:

coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events«, in: *American Journal of Community Psychology* 18 (1990), S. 793-824; K. I. Pargament et al., »Religion and the problem-solving process: Three styles of coping«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 27 (1988), S. 90-104.

¹⁴ Vgl. B. Grom, »Religiosität und das Streben nach positivem Selbstwertgefühl«, in: Klosinski, G. (Hg.), *Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung*, Bern 1994; S. Murken, *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*, Diss. Univ. Trier 1997.

¹⁵ G. Klosinski, »Ekklesiogene Neurosen und Psychosen im Jugendalter«, in: *Acta Paedopsychiatrica* 53 (1990), S. 71-77; S. Pfeifer, »Neurose und Religiosität. Gibt es einen kausalen Zusammenhang?«, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 43 (1993), S. 356-363; E. Schaetzing, »Die ekklesiogenen Neurosen«, in: *Wege zum Menschen* 7 (1955), S. 97-108.

¹⁶ Vgl. K. Thomas, »Sexualstörungen infolge »ekklesiogener« Neurosen«, in: *Sexualmedizin* 18 (1989), S. 382-387.

¹⁷ Siehe z. B. J. Saliba, *Psychiatry and the cults. An annotated bibliography*, London 1987; F. A. Summerlin, *Religion and Mental Health: A bibliography*, Washington D. C. 1980.

¹⁸ L. B. Brown (Ed.), *Religion, personality and mental health*, New York 1994; Ch. G. Ellison, »Religious involvement and subjective well-being«, in: *Journal of Health and Social Behavior* 32 (1991), S. 80-99; Ch. G. Ellison; D. A. Gray; Th. A. Glass, »Does

Schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es epidemiologische Studien, die auf die Tatsache hinwiesen, daß Nonnen keinen Uteruskrebs und Juden keinen Peniskrebs bekommen, und auch heute läßt sich die unterschiedliche Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen in Abhängigkeit von Religionsgemeinschaften zeigen¹⁹. Zur Erklärung wird ein komplexes Zusammenspiel aus religionspezifischen Lebensweisen (Ernährung, Hygiene, Sexualität, usw.) in Verbindung mit psychisch prägenden Wert- und Glaubenshaltungen angenommen. Damit wird deutlich, daß der Zusammenhang kein direkter, sondern ein *mittelbarer* ist, zu dessen Aufklärung komplexe Modelle entwickelt werden müssen. Dabei war es zunächst leichter, den Zusammenhang zwischen Religiosität und *physischer* Gesundheit zu verstehen, während die Frage nach der Bedeutung von Religiosität für die *psychische* Gesundheit noch in den Anfängen steckt. Zusammenfassend läßt sich feststellen:

- Relevant wurde die Frage nach psychischer Gesundheit und der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft insbesondere in der sogenannten »Sekten«-Diskussion. »Sekten« (korrekt *Neue Religiöse Gemeinschaften*, NRG) wird häufig pauschal vorgeworfen, schädlich für die Psyche ihrer Mitglieder zu sein, »Gehirnwäsche« zu betreiben, usw.²⁰ In einer Fülle von Detailstudien hat sich jedoch gezeigt, daß diese Vorwürfe pauschal so nicht haltbar sind, da oft auch stabilisierende Effekte beobachtet werden,²¹ so daß differenzierte Längsschnittstudien einzelner Gruppen unter Berücksichtigung spezifischer Selektionseffekte durchgeführt werden müßten, um diese Frage zu klären.
- Empirische Untersuchungen an eher unbelasteten Stichproben wie Collegestudenten oder Analysen allgemeiner Bevölkerungsdaten finden in der Regel einen leicht positiven, stabilisierenden oder gesundheitsfördernden

religious commitment contribute to individual life satisfaction?«, in: *Social Forces* 68 (1989), S. 100-132; J. Gartner; D. B. Larson; G. D. Allen, »Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature«, in: *Journal of Psychology and Theology* 19 (1991), S. 6-25; J. S. Levin; H. Y. Vanderpool, »Religious factors in physical health and the prevention of illness«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991), S. 41-64; I. R. Payne; A. E. Bergin; K. A. Bielema; P. H. Jenkins, »Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991), S. 11-40; Schumaker, a. a. O.; R. Witter; W. Stock; M. Okun; M. Haring, »Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis«, in: *Review of Religious Research* 26 (1985), S. 332-342.

¹⁹ Levin; Vanderpool, a. a. O.; H. Piechowiak, »Religionsspezifische Lebensweisen und Häufigkeit von Krebserkrankungen«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 81 (1985), S. 105-114.

²⁰ F. Usarski, *Die Stigmatisierung Neuer Spiritueller Bewegungen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 1988.

²¹ M. Galanter, *Cults: Faith, healing, and coercion*, New York 1989; ders. (Ed.), *Cults and new religious movements. A report of the American Psychiatric Association*, Washington D. C. 1989, T. J. Richardson, »Mental health of cult consumers: Legal and scientific controversy«, in: J. F. Schumaker, a. a. O., S. 233-244; ders., »Clinical and personality assessment of participants in new religions«, in: *The International Journal for the Psychology of Religion* 5 (1995), S. 145-170; Ch. Ullman, *The transformed self: The psychology of religious conversion*, New York 1989.

Effekt von Religiosität,²² wobei das Problem vieler Studien die mangelnde theoretische Fundierung ist. Oft werden Korrelationsmatrizen erstellt, ohne die Ergebnisse ausreichend in einen theoretischen Zusammenhang einzuordnen.

- Neben der Bedeutung der Religiosität im Sinne der Konfessionszugehörigkeit hat sich die Forschung immer wieder mit der individuellen Religiosität und ihrem Zusammenhang zu psychischem Befinden beschäftigt. In den meisten Meta-Studien halten sich positive, negative und keine Effekte die Waage.²³ Ein Problem vieler Studien ist dabei die eindimensionale Konzeptualisierung von Religiosität, d. h. es wird nur erhoben, ob und evtl. in welchem Ausmaß eine Person religiös ist, oft aber nicht, wie diese Religiosität beschaffen ist. Insgesamt bleibt so, trotz der Fülle der Studien, der Erkenntnisgewinn eher mager, und generalisierende Aussagen können kaum gemacht werden.
- Viele Studien versuchen, einen Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit unabhängig vom Belastungsniveau und der Art der Verarbeitung der Befragten zu untersuchen.

Mit der sogenannten »kognitiven Wende« in der Psychologie wurde jedoch deutlich, daß das Befinden einer Person maßgeblich davon abhängt, wie es ihr gelingt, an sie gestellte Anforderungen zu bewältigen. Das daraus entstandene Belastungs-Bewältigungs-Paradigma²⁴ ist ein transaktionales Modell, das davon ausgeht, daß »Streß« immer dann entsteht, wenn eine Person an sie gestellte Anforderungen bzw. eine Situation als bedrohlich, als Verlust oder als Herausforderung erlebt (»primary appraisal«) und versucht, die ihr subjektiv zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten einzuschätzen (»secondary appraisal«). Unabhängig von der Anforderung oder dem Ereignis kann somit, vermittelt über kognitive Bewertungsprozesse, nahezu jede Situation als Streß erlebt werden. Die eng miteinander verbundenen Prozesse primärer und sekundärer Bewertungen werden durch Merkmale der Person, der Situation und der verfügbaren Ressourcen bestimmt.²⁵

²² A. E. Bergin, »Religious life-styles and mental health«, in: L. B. Brown (Ed.), *Religion, personality, and mental health*, New York 1994, S. 66-93; Ellison, a. a. O.; Ellison et al., a. a. O.; W. A. Oleckno; M. J. Blacconiere, »Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes«, in: *Psychological Reports* 68 (1991), S. 819-826; F. K. Willits; D. M. Crider, »Religion and well-being: men and women in the middle years«, in: *Review of Religious Research* 29 (1988), S. 281-294; Witter et al., a. a. O.

²³ A. E. Bergin, »Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis«, in: *Professional Psychology: Research and Practice* 14 (1983), S. 170-184; C. D. Batson; P. Schoenrade; W. L. Ventis, *Religion and the individual. A social-psychological perspective*, New York 1993; Witter et al., a. a. O.

²⁴ Vgl. R. S. Lazarus, »Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma«, in: S.-H. Filipp (Hg.), *Kritische Lebensereignisse*, München 1990, S. 198-232; R. S. Lazarus; S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*, New York 1984.

²⁵ M. Jerusalem, *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*, Göttingen 1990.

Der Gesamtverarbeitungsprozeß der Person-Umwelt-Interaktion wird als *Coping* bezeichnet.

Pargament und seine Arbeitsgruppe²⁶ haben die Erkenntnisse der Copingforschung für die Religionspsychologie nutzbar gemacht und gezeigt, daß Religiosität *per se* nicht zu psychischer Gesundheit/Krankheit führt. Das Entscheidende sei die Bedeutung der Religiosität im Rahmen der Person-Umwelt-Interaktion zur Bewältigung von subjektiv als schwierig eingeschätzten Anforderungen und Ereignissen. Dabei kann Religiosität sowohl auf der Ebene der primären als auch der sekundären Bewertungen für die Verarbeitungsprozesse bedeutsam sein und sich je nach situativen und personalen Bedingungen unterscheiden.²⁷

Empirische Studien, die die Bedeutung von Religiosität unter Einbeziehung belastender Lebensereignisse untersuchen, können die von Pargament et al. aufgezeigte Perspektive unterstützen. Religiosität zeigt z. B. positive Effekte auf den Umgang mit einem behinderten Kind²⁸, auf einen allgemein besseren Umgang mit Erkrankung wie z. B. Krebs²⁹ sowie positive Auswirkungen auf die Verarbeitung von (Natur-)katastrophen³⁰ und von der Verarbeitung des Todes des eigenen Kindes³¹. In einer Untersuchung zu Risikofaktoren in bezug auf Sterblichkeit nach einer Herzoperation fanden Oxman et al. in den Faktoren »Stärke und Trost durch Religion« sowie »soziale Einbindung« die stärksten Prädiktoren für das Überleben sechs Monate nach der Operation.³² Die Gruppen unterschieden sich nicht im Gesundheitsverhalten oder in Neurotizismus und Depressivität, so daß die Autoren im Fehlen von Religiosität einen eigenständigen Risikofaktor zur Sterblichkeit sehen.

²⁶ Vgl. Fußnote 13.

²⁷ Siehe auch W. L. Hathaway; K. I. Pargament, »The religious dimensions of coping: Implications for prevention and promotion«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991) S. 65-92; Ch. Schaefer; R. L. Gorsuch, »Situational and personal variations in religious coping«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 32 (1993), S. 136-148.

²⁸ D. A. Abbot; W. H. Meredith, »Strengths of parents with retarded children«, in: *Family Relations. Journal of Applied Family and Child Studies* 35 (1986), S. 371-375; W. N. Friedrich; D. S. Cohen; L. T. Wiltner, »Specific beliefs as moderator variables in maternal coping with mental retardation«, in: *Children's Health Care* 17 (1988), S. 40-44.

²⁹ M. W. Acklin, E. C. Brown; P. A. Mauger, »The role of religious values in coping with cancer«, in: *Journal of Religion and Health* 22 (1983), S. 322-333; Ch. S. Carver et al., »How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer«, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (1993), S. 375-390; B. Spilka, W. J. Zwartjes; G. M. Zwartjes, »The role of religion in coping with childhood cancer«, in: *Pastoral Psychology* 39 (1991), S. 295-304.

³⁰ M. S. Gibbs, »Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review«, in: *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989), S. 489-514.

³¹ D. Klass, »Religious aspects in the resolution of parental grief: Solace and social support«, in: *Prevention in Human Services* 10 (1991), S. 187-209.

³² T. E. Oxmann; D. Freemann; E. D. Manheimer, »Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly«, in: *Psychosomatic Medicine* 57 (1995), S. 5-15.

In einer Reihe von Untersuchungen konnten Koenig und seine Mitarbeiter³³ die positive Bedeutung von Religiosität für ältere Menschen zeigen. Sie gingen einher mit weniger Angst vor dem Sterben, geringerer Depression und besserer Angepaßtheit an die Lebensumstände.

- Auf einen weiteren Bereich zu »Religiosität und Gesundheit« möchte ich hier nur hinweisen. In einer aufsehenerregenden Doppelblind-Studie hat Byrd³⁴ jeweils ca. 200 Patienten einer kardiologischen Station entweder einer Versuchs- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen. Für die Versuchsgruppe wurde während des stationären Aufenthaltes (ohne ihr Wissen) von einer Gruppe Christen gebetet, für die Kontrollgruppe nicht. Anhand verschiedener Outcome-Variablen konnten die Gruppen klar getrennt werden; die Versuchsgruppe brauchte signifikant weniger Medikation oder technische Hilfsmittel als die Kontrollgruppe. Diese und ähnliche Untersuchungen³⁵ sind jedoch innerhalb des herkömmlichen wissenschaftlichen Weltbildes kaum zu interpretieren. Dossey³⁶ fordert daher neue theoretische Modelle, die die Möglichkeit einer »mind-mind«-Verbindung beinhalten.

Diskussion

In ihrem Selbstverständnis sind Religionen für ihre Mitglieder hilfreich und unterstützend, heilsbringend und zum Überleben auf dieser und in der nächsten Welt unentbehrlich. Die Zugehörigkeit zur religiösen Gemeinschaft und die Befolgung religiöser Handlungen und Vorschriften – so wird gesagt – bedeutet einen Gewinn gegenüber Außenstehenden. Läßt sich dies psychologisch überprüfen? Die empirische Psychologie gibt Hinweise darauf, daß die Bedeutung der Religiosität als psychische Variable in der Regel relativ gering ist und eher über- als unterschätzt wird. Einen Vorteil scheinen religiöse gegenüber nichtreligiösen Personen in der Verarbeitung kritischer (negativer) Lebensereignisse zu haben. Der Umgang mit Unglück, Leid, Unfällen, Katastrophen, Krankheit und Tod scheint leichter verarbeitbar mit einem religiösen Glauben und mit der Einbindung in eine Glaubensgemeinschaft.

Welche Hinweise kann die Psychologie geben, daß Religiosität »schädlich« sein könnte? Das oben Dargestellte zeigt, wie schwierig es ist, Religionen aus

³³ H. G. Koenig, »Religious behaviors and death anxiety in later life«, in: *Hospice Journal* 4 (1988), S. 3-24; ders., »Research on religion and mental health in later life: A review and commentary«, in: *Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (1990), S. 23-53; ders., »Religion and prevention of illness in later life«, in: *Prevention in Human Services* 10 (1991), S. 69-89.

³⁴ R. C. Byrd, »Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population«, in: *Southern Medical Journal* 81 (1988), S. 826-829.

³⁵ Überblick bei D. J. Benor, »Survey of spiritual healing research«, in: *Complementary Medical Research* 4 (1990), S. 9-33.

³⁶ L. Dossey, *Healing words. The power of prayer and the practice of medicine*, San Francisco 1993.

psychologischer Sicht zu beurteilen. Die empirische Forschung kann keine eindeutigen Ergebnisse vorlegen, wann und welche Religion als »gut« oder »schlecht« anzusehen ist. Ausgehend von einem transaktionalen Person-Umwelt-Paradigma müssen Wechselwirkungsprozesse angenommen werden, die allgemeine Antworten erschweren. Ebenso wie verschiedene Geschwister die Eltern unterschiedlich erleben und beurteilen, so »wirkt« die gleiche Religion unterschiedlich, je nachdem, mit welcher psychischen Disposition sie zusammenkommt. Die allgemeine Frage nach dem Nutzen oder Schaden einer Religion kann mit dem Erkenntniswert der Frage »Ist Regen gut für die Ernte?« verglichen werden. Diese Frage macht nur Sinn, wenn ich eine Fülle von Kontextbedingungen kenne. So möchte ich wissen, wieviel Regen, bei welchen Böden, was soll angebaut werden, wie ist die Temperatur, usw. Gleiches gilt für die Religion, die nichts Abstraktes ist, sondern von Menschen individuell verarbeitet wird. Beurteilt werden kann daher kaum eine *Religion*, sondern nur individuelle *Religiosität*. Dies soll jedoch nicht bedeuten, daß eine Kritik gänzlich unmöglich ist. Im folgenden möchte ich daher versuchen, einige psychologische Kriterien aufzustellen, Religionen bzw. Religiosität kritisch zu beurteilen. Beurteilungsmaßstab ist dabei die psychische Verarbeitung des einzelnen im Verhältnis zu seiner umgebenden Kultur. D. h. jede Bewertung ist kontextabhängig, wissenschaftsextern (obwohl Wertungen Wissenschaft beeinflussen). Als Teil eines eigenen Wertehorizontes gehe ich dabei von den Werten unserer Kultur wie Individualität, Selbstbestimmung, Zweckrationalität, Wissenschaftlichkeit usw. aus. Aus dieser Perspektive schlage ich folgende Kriterien für eine mögliche *Kritik an Religion* vor:

- *Einschränkung des Denkens*: Wird das freie Denken des einzelnen eingeschränkt, nur eine Wahrheit als richtig proklamiert, die Welt in »gut« und »böse« eingeteilt, und ist die Lehre oder Ideologie einer Gruppe mit der sie umgebenden Kultur nur schwer vereinbar, so kann im Individuum eine kognitive Dissonanz entstehen, die als belastend erlebt oder durch »fundamentalistisches« Denken abgewehrt wird.
- *Einschränkung des Fühlens*: Die zentrale Bedeutung eines stabilen und positiven Selbstkonzeptes für Wohlbefinden und psychische Gesundheit ist ein gesichertes Ergebnis der Psychologie. Fördert oder betont eine Religion ein Selbstkonzept, mit dem sich der Mensch als schuldig, klein, ungenügend, verworfen, bedroht, unrein oder auf sonstige Weise mangelhaft erlebt, ist davon auszugehen, daß dies zu einer psychischen Destabilisierung führt, die durch entsprechende innere oder äußere Abwehrmechanismen ausgeglichen werden muß.
- *Einschränkung der Handlungskompetenz*: Wer sich selbst als wirksam erlebt, das Gefühl hat, seine Welt mehr oder weniger zu kontrollieren und vorhersehen zu können, wer über *internale Kontrollüberzeugung* positiver Ereignisse verfügt, demjenigen geht es psychisch besser als einer Person, die nicht über diese Eigenschaften verfügt. Fördert ein Glaube oder eine

Religion die Vorstellung, der einzelne könne nichts bewirken, sei in allem abhängig (von religiösen Spezialisten oder höheren Mächten), und die Welt oder höhere Macht sei weder vorhersehbar noch beeinflussbar, so ist auch dadurch von einer emotionalen Labilisierung auszugehen.

- *Einschränkung der Beziehungen*: Ein entscheidendes Kriterium für Wohlbefinden in unserer Kultur ist die Möglichkeit des einzelnen, Beziehungen frei zu wählen. Wird die Wahl der Beziehungen durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe maßgeblich bestimmt, werden alle nicht Zugehörigen als Bedrohung dargestellt und entsprechend eine strenge Trennung »ingroup-outgroup« vorgenommen, so kann dies dazu führen, daß Mitglieder solcher Gruppen dazu angehalten werden, keinen Kontakt mehr zu Außenstehenden, selbst Familienangehörigen, zu haben. Dies ist sicher als kritisch zu beurteilen, insbesondere dann, wenn damit die emotionale Zugehörigkeit eines Individuums zu mehreren Bezugsgruppen unterbunden wird. Weiter ist zu fragen: Wie frei ist die Möglichkeit der Beziehung innerhalb einer Gruppe? Gibt es z. B. Partnerschaftsgebote oder -verbote?
- *Einschränkung des Verhaltens*: Verlangt eine Religion Verhaltensweisen oder die Unterlassung von Verhaltensweisen, für die in der Person gleichzeitig gegenteilige Motive vorliegen (z. B. sexuelle Bedürfnisse, Bedürfnisse nach Autonomie, nach Kommunikation, nach Schlaf, nach Information etc.), so entstehen innerpsychische Konflikte, die möglicherweise nur auf Kosten der psychischen Integrität gelöst werden können.
- *Einschränkung des Bewußtseins*: Bewußtseinsverändernde und -einschränkende Techniken wie Meditation, Tranceinduktion, Fasten, Schlafentzug, Drogeneinnahme usw. sind Bestandteil fast aller Religionen und insofern kein Kritikpunkt in sich, allerdings können diese zur Manipulation mißbraucht werden. Skepsis ist immer dann angebracht, wenn das »Alltagsbewußtsein« grundsätzlich als etwas Minderwertiges abgewertet wird und über längere Zeit vermieden werden soll.

Die Schwierigkeiten einer solchen Liste sind offensichtlich: alles, was zu Zeiten sinnvoller Teil einer religiösen Praxis sein kann, kann im Übermaß schaden; *dosis venenum fecit*, die Dosis macht das Gift. Diese Kriterien sind Hinweise für eine Beurteilung, können jedoch nicht als einfach abzufragender Katalog verstanden werden. So mancher katholische Orden erfüllt sicherlich einige dieser Kriterien, ohne daß seinen Mitgliedern pauschal Psychopathologie unterstellt werden sollte. Die Betonung auf *Einschränkungen* will jedoch aus psychologischer Sicht hervorheben, daß Kritik dann angebracht sein kann, wenn menschliche Potentiale nicht genutzt werden oder nicht genutzt werden dürfen.

Literaturverzeichnis

- Abbott, D. A.; Meredith, W. H., »Strengths of parents with retarded children«, in: *Family Relations. Journal of Applied Family and Child Studies* 35 (1986), S. 371-375.
- Acklin, M. W.; Brown, E. C.; Mauger, P. A., »The role of religious values in coping with cancer«, in: *Journal of Religion and Health* 22 (1983), S. 322-333.
- Batson, C. D.; Schoenrade, P.; Ventis, W. L., *Religion and the individual. A social-psychological perspective*, New York 1993.
- Becker, P., *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*, Göttingen 1982.
- Benor, D. J., »Survey of spiritual healing research«, in: *Complementary Medical Research* 4 (1990), S. 9-33.
- Bergin, A. E., »Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis«, in: *Professional Psychology: Research and Practice* 14 (1983), S. 170-184.
- Berin, A. E., »Religious life-styles and mental health«, in: Brown L. B. (Ed.), *Religion, personality, and mental health*, New York 1994, S. 69-93.
- Brown, L. B. (Ed.), *Religion, personality, and mental health*, New York 1994.
- Byrd, R. C., »Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population«, in: *Southern Medical Journal* 81 (1988), S. 826-829.
- Carver, Ch. S.; Pozo, Ch.; Harris, S. D.; Noriega, V.; Scheier, M. F.; Robinson, D. S.; Ketcham, A. S.; Moffat, F. L. Jr.; Clark, K. C., »How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer«, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (1993), S. 375-390.
- Dossey, L., *Healing words. The power of prayer and the practice of medicine*, San Francisco 1993.
- Ellison, Ch. G., »Religious involvement and subjective well-being«, in: *Journal of Health and Social Behavior* 32 (1991), S. 80-99.
- Ellison, Ch. G.; Gray D. A.; Glass, Th. A., »Does religious commitment contribute to individual life satisfaction?«, in: *Social Forces* 68 (1989), S. 100-132.
- Fages, J.-B., *Geschichte der Psychoanalyse nach Freud*, Frankfurt a. M. 1981.
- Flourney, T., »Les principes de la psychologie religieuse«, in: *Archives de Psychologie* 2 (1902), S. 327-366.
- Freud, S., *Zwangshandlungen und Religionsübungen* (1907). Studienausgabe Bd. VII, Frankfurt a. M. 1973, S. 11-22.
- Freud, S., *Die Zukunft einer Illusion* (1927). Studienausgabe Bd. IX, Frankfurt a. M. 1974, S. 135-190.
- Friedrich, W. N., Cohen, D. S.; Wilturner, L. T., »Specific beliefs as moderator variables in maternal coping with mental retardation«, in: *Children's Health Care* 17 (1988), S. 40-44.
- Galanter, M., *Cults: Faith, healing, and coercion*, New York 1989.
- Galanter, M. (Ed.), *Cults and new religious movements. A report of the American Psychiatric Association*, Washington D. C. 1989.
- Galton, F., »Statistical inquiries into the efficacy of prayer«, in: *Fortnightly Review* 12 (N. S., 1872), S. 125-135.
- Gartner, J.; Larson, D. B.; Allen, G. D., »Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature«, in: *Journal of Psychology and Theology* 19 (1991), S. 6-25.

- Gibbs, M. S., »Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review«, in: *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989), S. 489-514.
- Grom, B., »Religiosität und das Streben nach positivem Selbstwertgefühl«, in: G. Klosinski (Hg.), *Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung*, Bern 1994.
- Gross, W. (Hg.), *Psychomarkt – Sekten – Destruktive Kulte*, Bonn ²1996.
- Hathaway, W. L. & Pargament, K. I., »The religious dimensions of coping: Implications for prevention and promotion«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991), S. 65-92.
- Jerusalem, M., *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*, Göttingen 1990.
- Jung, C. G., »Über die Beziehung zur Seelsorge« (1932), in: C. G. Jung, *Psychologie und Religion*, München 1991, S. 113-132.
- Klass, D., »Religious aspects in the resolution of parental grief: Solace and social support«, in: *Prevention Human Services* 10 (1991), S. 187-209.
- Klosinski, G., »Ekklesiogene Neurosen und Psychosen im Jugendalter«, in: *Acta Paedopsychiatrica* 53 (1990), S. 71-77.
- Koenig, H. G., »Religious behaviors and death anxiety in later life«, in: *Hospice Journal* 4 (1988), S. 3-24.
- Koenig, H. G., »Research on religion and mental health in later life: A review and commentary«, in: *Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (1990), S. 23-53.
- Koenig, H. G., »Religion and prevention of illness in later life«, in: *Prevention in Human Services* 10 (1991), S. 69-89.
- Langel, H., *Destruktive Kulte und Sekten. Eine kritische Einführung*, München ²1995.
- Lazarus, R. S., »Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma«, in: S.-H. Filipp (Hg.), *Kritische Lebensereignisse*, München ²1990, S. 198-232.
- Lazarus; R. S.; Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, New York 1984.
- Levin, J. S.; Vanderpool, H. Y., »Religious factors in physical health and the prevention of illness«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991), S. 41-64.
- Murken, S., *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*, Diss. Univ. Trier 1997.
- Oleckno, W. A., Blacconiere, M. J., »Relationship of religiosity to wellness and other health-related behaviors and outcomes«, in: *Psychological Reports* 68 (1991), S. 819-826.
- Oxmann, T. E., Freemann, D.; Manheimer, E. D., »Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly«, in: *Psychosomatic Medicine* 57 (1995), S. 5-15.
- Pargament, K. I., »God help me. Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion«, in: *Research in the Social Scientific Study of Religion* 2 (1990), S. 195-224.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S.; Falgout, K. O., »God help me: I. Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events«, in: *American Journal of Community-Psychology* 18 (1990), S. 793-824.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W. G., Grevengoed, N., Newman, J.; Jones, W., »Religion and the problem-solving process: Three styles of coping«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 27 (1988), S. 90-104.

- Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A.; Jenkins, P. H., »Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning«, in: *Prevention in Human Services* 9 (1991), S. 11-40.
- Pfeifer, S., »Neurose und Religiosität. Gibt es einen kausalen Zusammenhang?«, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 43 (1993), S. 356-363.
- Piechowiak, H., »Religionsspezifische Lebensweisen und Häufigkeit von Krebserkrankungen«, in: *Deutsches Ärzteblatt* 81 (1985), S. 105-114.
- Richardson, J. T., »Mental health of cult consumers: Legal and scientific controversy«, in: J. F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health*, New York 1992, S. 233-244.
- Richardson, J. T., »Clinical and personality assessment of participants in new religions«, in: *The International Journal for the Psychology of Religion* 5 (1995), S. 145-170.
- Röhrle, B., *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*, Weinheim 1994.
- Roland, A., *In search of self in India and Japan: Towards a cross-cultural psychology*, Princeton, N. J. 1988.
- Saliba, J., *Psychiatry and the cults. An annotated bibliography*, London 1987.
- Schaefer, Ch.; Gorsuch, R. L., »Situational and personal variations in religious coping«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 32 (1993), S. 136-148.
- Schaetzing, E., »Die ekklesiogenen Neurosen«, in: *Wege zum Menschen* 7 (1955), S. 97-108.
- Schumaker, J. (Ed.), *Religion and Mental Health*, Oxford 1992.
- Spilka, B., Shaver, P. & Kirkpatrick, L. A., »Attribution theory for the psychology of religion«, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 24 (1985), S. 1-20.
- Spilka, B., Zwartjes, W. J.; Zwartjes, G. M., »The role of religion in coping with childhood cancer«, in: *Pastoral Psychology* 39 (1991), S. 295-304.
- Summerlin, F. A., *Religion and mental health: A bibliography*, Washington D. C. 1980.
- Thomas, K., »Sexualstörungen infolge »ekklesiogener« Neurosen«, in: *Sexualmedizin* 18 (1989), S. 382-387.
- Ullman, Ch., *The transformed self: The psychology of religious conversion*, New York 1989.
- Usarski, F., *Die Stigmatisierung Neuer Spiritueller Bewegungen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 1988.
- Willits, F. K.; Crider, D. M., »Religion and well-being: Men and women in the middle years«, in: *Review of Religious Research* 29 (1988), S. 281-294.
- Witter, R., Stock, W., Okun, M.; Haring, M., »Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis«, in: *Review of Religious Research* 26 (1985), S. 332-342.