

## Wie kann Religiosität gesundheitsfördernd sein?

Sebastian Murken und Heinz Rüddel

### Religion in Psychologie und Psychotherapie

Entgegen der Annahme, dass mit zunehmender Differenzierung und Säkularisierung der Gesellschaft Religion ihre Rolle verlieren werde, zeigt sich, dass zwar der Grad der Kirchlichkeit in Deutschland zurückgeht, verschiedene Formen des Glaubens, der Religiosität und Spiritualität in unserer Gesellschaft jedoch nach wie vor eine maßgebliche Rolle spielen. So glauben 65 Prozent der Westdeutschen und 25 Prozent der Ostdeutschen «an eine göttliche Kraft», 45 Prozent aller Deutschen glauben von Gott, «er zeigt sich im Handeln und Denken der Menschen» (EMNID-Umfrage im Auftrag von *Das Sonntagsblatt*, 20.6.1997). Die von den Vorgaben der Kirchen losgelösten Glaubensvorstellungen werden immer mehr zum individuellen «patchwork».

Trotz seiner gewandelten Formen ist Religiosität somit nach wie vor «ein bedeutender Faktor und Bereich, ohne den man das Leben eines Großteils der Bevölkerung nicht befriedigend verstehen kann. Humanwissenschaften, die das Verhalten und Erleben des Menschen erforschen wollen, werden sich denn auch mit seiner Religiosität befassen müssen» (Grom, 1996, S. 11).

Ungeachtet der individuellen und zum Teil auch gesellschaftlichen Relevanz gegenwärtiger Formen von Religiosität und Glauben ist das wissenschaftliche Interesse an diesem Bereich in Deutschland äußerst gering. (Maskallis, 1991; Buggle, 1991; Grom, 1992) und auch innerhalb der Psychotherapie muss die Religiosität der Patienten als zu wenig beachtete Dimension

angesehen werden (Küng, 1988). Ausnahmen hierzu bildeten einzelne Wissenschaftler und Kliniker wie August Wilhelm von Euff (v. Euff, 1998). Erst in jüngster Zeit findet, insbesondere in den USA, die Religiosität und Spiritualität von Patienten vermehrt Aufmerksamkeit (Shafranske, 1996b; Richards u. Bergin, 1997, 1999; Kelly, 1995; Koenig, 1998, 1999; Miller, 1999). Eine der zentralen Anliegen dabei ist es, die Bedeutung von Religiosität für die psychische und physische Gesundheit aufzuklären (Larson u. Larson, 1994).

Historisch gesehen ist die Frage nach der «Wirksamkeit» von Religion ein Anliegen der Tiefenpsychologie. Nach seiner Entdeckung neurotischer Erkrankungen versuchte Freud auch Religiosität neurosenpsychologisch zu erklären, was letztlich zu einem atheistischen und reduktionistischen Religionsverständnis führte, in dem der Glaube an einen Vatergott als ein nicht aufgelöstes Relikt des Ödipuskomplexes zu verstehen sei. Die *schuttsuchende Beziehung* zum überhöhten Vater ist der Kern dieses Religionsverständnisses. Diesem illusionären Trost stellt Freud die Notwendigkeit der «Erziehung zur Realität» (Freud, 1927, S. 183) gegenüber. Eine solche Haltung, die zur Wahrheitsfrage der Religion dezidiert Stellung nahm, indem sie ihr den Wahrheitscharakter absprach, hat die psychoanalytische Diskussion religiöser Phänomene lange Zeit geprägt (Wulff, 1997, S. 258–320); andere Sichtweisen wie etwa die von Pfister, Reik, Schroeder oder Reich blieben eher ungehört (Nase u. Scharfenberg, 1977). Es war nicht zuletzt die unterschiedliche Haltung zur Religion und zum Verständnis von Symbolen, welche die Grundlage des Bruches zwischen Freud und Jung war (Fages, 1981). Jung ent-

wickelte in seiner Theorie der Archetypen ganz eigene Vorstellungen von Religiosität und ging so weit, letztlich jedes therapeutische Problem als ein religiöses anzusehen (Jung, 1932/1991, S. 119). 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. Damit entziehen sich beide Systeme auch weitgehend einer empirischen Überprüfung.

Die Aufgabe einer modernen, psychologisch betriebenen Religionspsychologie ist es, mit dem methodischen Instrumentarium und den theoretischen Konzepten der Psychologie religiöse Emotionen, religiöse Kognitionen und religiöses Verhalten zu erklären und zu verstehen. Dies betrifft sowohl die individuelle Form von Religion als auch die gemeinschaftliche Form von Religion in ihrer mehr oder weniger institutionalisierten Form. Religionspsychologie bezieht sich dabei also lediglich auf die psychologischen Aspekte von Religion. Die Frage nach der «Wahrheit» der Religion bzw. ihrer Inhalte wird systematisch ausgeklammert. Bereits 1902 stellte der Schweizer Psychologe Theodore Flournoy (1854–1920) das «*Prinzip vom Ausschluss der Transzendenz*» auf, das besagt, dass die Psychologie keine Aussagen über die Existenz oder Nichtexistenz religiöser Glaubensaussagen machen sollte (Flournoy, 1903). Mit dieser Selbstbeschränkung ist nicht, wie oft befürchtet, zwangsläufig eine Form des Reduktionismus verbunden, allerdings ist die Kompatibilität mit theologischen Annahmen manchmal schwer herzustellen (Utsch, 1998). Für den Psychologen ist nicht die *Wahrheit* der gemachten Aussage, sondern deren innerpsychische und soziale *Wirklichkeit* entscheidend.

Jede Begriffsbestimmung von «Religiosität» steht im Spannungsfeld zwischen einer substantiellen, inhaltsbezogenen Perspektive, welche angibt, was das Religiöse «ist», und einer funk-

tionalen, aufgabenbezogenen Perspektive, welche angibt, was das Religiöse «leistet» (Berger, 1974; Zwingmann et al., 1996). Substantielle Definitionen identifizieren «Religiosität» auf der Grundlage bestimmter Glaubensinhalte, zu denen zumindest die Annahme eines Transzendenten (Übermenschlichen, Überweltlichen, Göttlichen) gehört (Vorteil: Präzision mit hoher empirischer Validität; Nachteil: Gefahr statischer Engführung durch ethnozentrische Position oder Vernachlässigung diffuser Formen von Religiosität).

Funktionale Konzepte hingegen postulieren existentielle menschliche Grundsituationen (z. B. Sinnsuche, Kontingenzbewältigung), deren Lösungsversuche als «Religiosität» betrachtet werden (Vorteil: dynamische Berücksichtigung funktionaler Äquivalente; Nachteil: Gefahr inflatorischer Weite und eingeschränkter Erklärungskraft).

In Abhängigkeit von den jeweiligen Besonderheiten der Fragestellung und des theoretischen Hintergrundes kann es sich als nützlich erweisen, substantielle und funktionale Begriffsbestimmungen zu kombinieren (Grabner u. Pollack, 1992). Beispielhaft tut dies z. B. Kenneth I. Pargament (1997) in seiner Anwendung der Coping-Theorie auf Religiosität. Er definiert – zugleich substantiell und funktional – Religiosität als «search for significance in ways related to the sacred» (S. 32). Damit wird funktional, die Suche nach Sinn, als motivationale Kraft benannt, jedoch substantiell eingengt durch die Beziehung zu einer Transzendenz. Erst durch die Einbeziehung einer substantiellen Komponente besteht die Möglichkeit, das religiöse Selbstverständnis einer Person zu erfassen, da von einer rein funktionalen Religionsdefinition aus religiöse und (im Selbstverständnis) nicht-religiöse Menschen als religiös bezeichnet werden könnten. Gerade das religiöse Selbstverständnis einer Person mit den damit verbundenen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen ist jedoch eine entscheidende Komponente von Religiosität.

Aufgrund der vielfältigen Ausgestaltungen von Religion, je nach Kultur und Glaubens-

vorstellung, ist eine einheitliche Begriffsdefinition kaum möglich (Cancik et al., 1988). Als heuristisch sinnvoller hat es sich erwiesen, Merkmale von Religion zu charakterisieren. So unterscheidet Waardenburg (1986) drei wesentliche Merkmale von Religion:

1. Religiös gedeutete Wirklichkeiten: d. h. neben der sinnlich erfahrbaren Wirklichkeit wird eine «übernatürliche», transzendente Wirklichkeit angenommen. Dies umfasst häufig den Glauben an höhere, transzendente Wesen.
2. Religiös gedeutete Erfahrung: d. h. Erfahrungen werden vom Einzelnen und/oder seiner Kultur in bezug auf religiöse Wirklichkeit (s. o.) gedeutet.
3. Religiös gedeutete Normen: Moralische Bestimmungen, Regeln und Gesetze, die den Kosmos, die Gesellschaft und das Verhalten des Einzelnen betreffen; sie sind in ihrem Absolutheitsanspruch durch eine höhere Instanz gerechtfertigt.

Durch die Gesamtheit dieser Merkmale wird eine Religion konstituiert. *Religiös* ist also die Haltung eines Menschen, der die Gegebenheiten seines Lebens und seiner Welt, zumindest teilweise, auf eine transzendente Wirklichkeit bezieht. Seine persönliche Religiosität ist dabei in die Glaubens- und Formenwelt einer bestimmten Religion und Religionsgemeinschaft eingebunden, deren Mythen, Riten und Vorstellungen er teilt.

Diesem Verständnis von Religiosität steht heute zunehmend eine Art von Transzendenzbezug gegenüber, der zwar die beiden ersten der oben genannten Merkmale erfüllt, sich dabei jedoch nicht mehr auf ein bestimmtes Normen- und Traditionssystem bezieht. Diese oft als *Spiritualität* bezeichnete Form des Transzendenzbezuges beinhaltet vielfach sehr persönliche Glaubensvorstellungen. Aus psychologischer Sicht ist es wichtig, auch die spirituelle Form der Religiosität zu kennen und zu untersuchen, da sich zunehmend mehr Menschen in diesem Sinne als gläubig verstehen.

## Religiosität bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Um der Frage nachzugehen, ob und in welcher Weise Religiosität bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine Rolle spielt, wurden 1994/95 im Rahmen eines größeren Projekts (Murken, 1998b) ein halbes Jahr lang alle neu aufgenommenen Patienten der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach gebeten, einen Fragebogen zu ihrer Religiosität auszufüllen. An der Untersuchung nahmen 347 (74,6%) Frauen und 118 (25,4%) Männer teil; das mittlere Lebensalter betrug 39,8 Jahre (SD = 10,6 Jahre).

Die Zugehörigkeit der Stichprobe zu Religionsgemeinschaften ist in **Tabelle 1** dargestellt. In der letzten Spalte der Tabelle sind zum Vergleich die entsprechenden Zahlen aus der *Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften* (ALLBUS, N = 2306) von 1992 (Westdeutschland) gegenübergestellt (zit. nach Daiber, 1995, S. 62).

Die Verteilung der Patientenstichprobe entspricht in etwa der Verteilung in der Bevölkerung, wobei der Anteil der Patienten ohne Bekenntnis mit insgesamt 16,5% etwas über den 12,3% der Allgemeinbevölkerung liegt. Dies lässt sich durch die eingeschränkte Altersstreuung der klinischen Population erklären. Während in der untersuchten Stichprobe weniger als 2 Prozent (n = 9) älter als 60 Jahre sind, macht in der Gesamtbevölkerung der Anteil der über 60-jährigen ca. 20 Prozent aus (Statistisches Bundesamt, 1991, S. 66).

Mitglieder neuer religiöser Bewegungen (NRB) oder so genannter Sekten kamen in der Stichprobe nicht vor und spielen auch nach dem klinischen Eindruck im Patientengut keine Rolle. Für die Psychotherapie relevant und beachtenswert ist fast immer die Zugehörigkeit zur Neuapostolischen Kirche und zu den Zeugen Jehovas, deren Anteil mit ca. 1,5 Prozent der Stichprobe jedoch sehr klein ist. Insgesamt ist jedoch vor pauschalisierenden, gruppenbezoge-

nen Einschätzungen zu warnen, da der individuelle Verarbeitungsprozess entscheidend ist (Murken, 1997, 1998 a).

Im folgenden wird die Selbsteinschätzung der Stichprobe in bezug auf religiöse Fragen deskriptiv dargestellt. In **Tabelle 2** auf S. 544 wird in differenzierter Weise deutlich, inwieweit die Patienten an Gott glauben. Dabei zeigt sich, dass lediglich acht Prozent der Befragten der Aussage «Ich glaube nicht an Gott» zustimmen, während die meisten einen eher vorsichtigen Standpunkt einnehmen und ca. ein Viertel der Befragten mit großer Sicherheit an Gott glaubt.

Die in **Tabelle 3** auf S. 544 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass der Gottesglaube im Verlauf des Lebens Wechseln unterliegt. So haben 21,9% der Patienten den Glauben an Gott im Laufe ihres Lebens verloren, während 12,5% der Befragten im Laufe ihres Lebens zu einem Glauben an Gott fanden. Somit liegen hier das erste Mal konkrete Zahlen für Wechsel im Gottesglauben vor, wobei die Bedeutung für die individuelle Biographie nur in Einzelfallanalysen erfasst werden kann. Die Bedeutung von Bekehrungen für das gesamte psychische Gefüge einer Person ist jedoch eine gut belegte Tatsache (z.B. Ullman, 1989), so dass auch die Erfassung von Veränderungen im Glauben

für das Verständnis biographischer Prozesse äußerst wichtig sein können.

Hinweise zur religiösen Praxis finden sich in **Tabelle 4** auf S. 545. Dort ist die Häufigkeit des Betens dargestellt. Die Zahlen lassen sich so zusammenfassen, dass insgesamt 31,2% der Patienten öfter als zwei- bis dreimal monatlich beten, 30,7% beten selten und 35,7% nie. Der hohen Zustimmung zum Glauben an Gott oder eine höhere Macht steht also eine deutlich geringere Gebetspraxis gegenüber.

Für den therapeutischen Prozess stellt sich die Frage, inwieweit Religiosität und Gottesbeziehung tatsächlich als relevant für den Alltag angesehen werden. Die folgende **Tabelle 5** auf S. 545. zeigt die Antworten auf vorgegebene Aussagen zur Bedeutung der Religiosität. Dabei wird deutlich, dass sich ca. 30 Prozent der Patienten von Gott bei ihren Problemen unterstützt erleben und das Gefühl haben, von Gott Kraft zu bekommen. Aus der subjektiven Sicht der Patienten ist ihr Glaube demnach eine wichtige Coping-Strategie beim Umgang mit inneren und äußeren Anforderungen. Der Kontrast zur geringen Thematisierung dieses Bereichs auch im therapeutischen Alltag unserer Klinik macht deutlich, wie schwer es zu sein scheint, über Glaube und Gottesbeziehung zu sprechen.

**Tabelle 1:** Verteilung der Stichprobe nach Konfessionszugehörigkeit.

| Konfessionszugehörigkeit              | n   | %    | ALBUS 1992 (%) |
|---------------------------------------|-----|------|----------------|
| römisch-katholisch                    | 205 | 44,1 | 42,3           |
| evangelisch-lutherisch                | 149 | 32,0 | 41,7           |
| evangelische Freikirche               | 14  | 3,0  | 1,0            |
| andere christliche Gemeinschaft       | 10  | 2,2  | 1,6            |
| andere nicht-christliche Gemeinschaft | 5   | 1,1  | 1,0            |
| ohne Bekenntnis, schon immer          | 16  | 3,4  | } 12,3         |
| ohne Bekenntnis, ausgetreten          | 61  | 13,1 |                |
| keine Antwort                         | 5   | 1,1  |                |
| Gesamt                                | 465 | 100  | 100            |

Neuapostolisch (4x), Zeugen Jehovas (2x), jeweils einmal griechisch-orthodox, russisch-orthodox, Mormone, ohne Angabe.

Die in den **Tabellen 2 bis 5** dargestellten Antworten auf vorgegebene Fragen zeigen deutlich, dass Religiosität und Glaube für viele Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation eine wichtige Rolle spielt. Die Beziehung zu Gott wird als lebendig und zum Teil auch als hilfreich erlebt. Für ca. 60 Prozent aller Befragten ist das Gebet, zumindest gelegentlich, eine Möglichkeit, ihren Glauben auszudrücken. So wird insgesamt deutlich, dass sich die überwiegende Mehrheit der Patienten mit Fragen von Religion und Glauben auseinandersetzen.

## Diskussion

Aus den erhobenen Daten ergeben sich zwei relevante Befunde.

a) Zunächst wird deutlich, dass sich sowohl in der Bevölkerung als auch unter Patienten von Psychotherapieeinrichtungen ein erheblicher Anteil findet, der sich als religiös bezeichnet und diesen Aspekt als bedeutsam für das eigene Leben und die Lebensbewältigung erlebt. Dem gegenüber steht die klinische Erfahrung, dass Religiosität in aller Regel ein Tabu-Thema darstellt. Der eigene Glaube ist in einem Ausmaß privatisiert und individualisiert worden, was es Therapeuten und Patienten sehr schwer macht, diesen Bereich spontan anzusprechen. Patienten haben häufig Angst, mit diesem irrationalen Bereich nicht ernst genommen zu werden und definieren ihn daher zur nicht für die Therapie relevanten Intimsphäre.

**Tabelle 2:** Zustimmung zu vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zum Glaube an Gott.

| Aussagen zu Gott  | n   | Häufigkeit (%) |
|---|-----|----------------|
| Ich glaube nicht an Gott.   | 37  | 8,0            |
| Ich weiß nicht, ob es einen Gott gibt, und glaube auch nicht, dass es möglich ist, dieses herauszufinden. | 30  | 6,5            |
| Ich glaube nicht an einen leibhaftigen Gott, aber ich glaube, dass es irgendeine höhere Macht gibt.       | 100 | 21,5           |
| Manchmal glaube ich an Gott, manchmal nicht.  | 56  | 12,0           |
| Obwohl ich meine Zweifel habe, meine ich, dass ich doch an Gott glaube.                                   | 118 | 25,4           |
| Ich weiß, dass es Gott wirklich gibt, und habe daran keine Zweifel.                                       | 115 | 24,7           |
| keine Antwort   | 9   | 1,9            |
| Gesamt  | 465 | 100,0          |

**Tabelle 3:** Glaube an Gott in Vergangenheit und Gegenwart.

| Welche Aussage beschreibt Ihren Glauben an Gott am besten?     | n   | Häufigkeit (%) |
|--|-----|----------------|
| Ich glaube nicht an Gott und habe niemals an ihn geglaubt.     | 29  | 6,2            |
| Ich glaube nicht an Gott und habe aber früher an ihn geglaubt. | 102 | 21,9           |
| Ich glaube an Gott, habe aber früher nicht an ihn geglaubt.    | 58  | 12,5           |
| Ich glaube an Gott und habe immer an ihn geglaubt.             | 257 | 55,3           |
| keine Antwort  | 19  | 4,1            |
| Gesamt   | 465 | 100,0          |

**Tabelle 4:** Verteilung der Stichprobe in Bezug auf die Gebetshäufigkeit.

| Wie oft ungefähr beten Sie?   | n   | Häufigkeit (%) |
|-------------------------------|-----|----------------|
| Nie                           | 166 | 35,7           |
| Weniger als einmal im Jahr    | 23  | 4,9            |
| Etwa ein- bis zweimal im Jahr | 33  | 7,1            |
| Mehrmals im Jahr              | 87  | 18,7           |
| 2- bis 3-mal im Monat         | 58  | 12,5           |
| Fast jede Woche               | 27  | 5,8            |
| Jede Woche                    | 14  | 3,0            |
| Mehrmals in der Woche         | 46  | 9,9            |
| keine Antwort                 | 11  | 2,3            |
| Gesamt                        | 465 | 100,0          |

**Tabelle 5:** Wahlantworten auf vorgegebene Fragen zur Religiosität in Prozent (n).

|  | Diese Aussage stimmt... |              |              |               |               |              |
|--|-------------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|
|  | völlig                  | ziemlich     | teilweise    | ein wenig     | nicht         |              |
| Gott gibt mir Kraft.   | 18,0<br>(83)            | 13,6<br>(63) | 21,0<br>(97) | 22,9<br>(106) | 24,5<br>(113) | 100<br>(462) |
| Ich glaube, dass Gott mich bei meinen Problemen unterstützt.   | 14,7<br>(68)            | 13,9<br>(64) | 20,3<br>(94) | 22,9<br>(106) | 28,1<br>(130) | 100<br>(462) |
| Gebet oder Meditation haben mir in Zeiten von Krankheit geholfen. mit meiner Situation zurechtzukommen.    | 14,5<br>(67)            | 12,7<br>(59) | 17,3<br>(80) | 21,4<br>(99)  | 34,1<br>(158) | 100<br>(463) |
| Ich glaube, dass Krankheit ein Zeichen dafür sein könnte, dass Gott meine Stärke und meinen Glauben prüft. | 7,8<br>(36)             | 6,5<br>(30)  | 20,0<br>(93) | 20,7<br>(96)  | 45,0<br>(209) | 100<br>(464) |
| Was ich von meinem Glauben habe, ist Trost bei Kummer und Sorgen.  | 7,5<br>(35)             | 13,1<br>(61) | 19,0<br>(88) | 24,1<br>(112) | 36,2<br>(168) | 100<br>(464) |
| Meine Beziehung zu Gott hilft mir, mich nicht mehr einsam zu fühlen.                                       | 7,3<br>(34)             | 9,3<br>(43)  | 19,4<br>(90) | 21,8<br>(101) | 42,1<br>(195) | 100<br>(463) |

Therapeuten dagegen sind einerseits eine der am wenigsten religiöse Berufsgruppe, so dass es ihnen schwer fällt, diesen Bereich bei ihren Patienten als relevant zu vermuten (Bergin u. Jensen, 1990; Shafranske, 1996 a), andererseits wird oft über eine gewisse Hilfslosigkeit berichtet, wie mit zum Teil fremdartig anmutenden religiösen Vorstellungen umzugehen sei. Hier fehlt eine entsprechende Aus-

bildung, ein Manko, dass in den USA derzeit aufgearbeitet wird (Larson et al., 1996).

- b) Die subjektiv erlebte Relevanz von Religiosität sagt noch nichts darüber aus, ob diese tatsächlich hilfreich oder dysfunktional und hemmend ist. Aufgrund komplexer Wechselwirkungen sind allgemeine Antworten auch nicht möglich. Versteht man Religion im Sinne des Coping-Prozesses als ein entschei-

denes Element in der Person-Umwelt-Interaktion, so wird deutlich, dass Religiosität dabei eine wesentliche Rolle spielen kann. Die im Coping-Prozess so wichtige Bewältigung von Alltagsproblemen, Entwicklungsaufgaben, kritischen Lebensereignissen und chronischen Rollenbelastungen wird durch die (religiösen) Kognitionen einer Person entscheidend mitgeprägt. So kann z. B. die Vorstellung über die nahe, fernere oder postmortale Zukunft bei religiösen Menschen maßgeblich durch ihre Glaubensvorstellungen geprägt sein. Auch ist die Vorstellung davon, ob und wie das Leben nach dem Tod weitergeht, sowohl für die diesseitige Lebensgestaltung als auch für Umgang mit Alter, Krankheit, Tod und Sterben entscheidend.

Hier trifft sich die Coping-Theorie mit der Attributionstheorie, die einen ständigen Prozess der Ursachenzuschreibung (Kausalattributionen) im menschlichen Grundbedürfnis nach Sinn, Vorhersagbarkeit und Kontrolle begründet sehen.

Dieses Grundbedürfnis wird in bezug auf die Grundfragen der menschlichen Existenz wie «Woher kommen wir?», «Wohin gehen wir?», «Was ist der Sinn von Leid, Alter, Krankheit und Tod?», durch «innerweltliche» Antworten nur unzureichend befriedigt. Die Antworten der Religionen verfügen hier über einen deutlichen Erklärungs- und Plausibilitätsvorteil gegenüber weltlichen Erklärungen. So sind die Bedeutung von Leid und Tod sowie die Fragen von Sterben, Wiedergeburt oder Leben nach dem Tod von jeher Gegenstand aller Religionen.

Der als universell anzusehende Versuch der Menschen, mittels «subjektiver Theorien» Vorhersagbarkeit und Kontrolle über eingetretene oder antizipierte Ereignisse zu erlangen, findet daher in spezifischen religiösen Kognitionen zusätzliche Möglichkeiten. Ob diese Kognitionen hilfreich oder belastend sind (etwa Endzeiterwartungen), wird durch Merkmale des Ereignisses, der Person und des Kontextes bestimmt (Spilka et al., 1985).

In **Abbildung 1** wurde versucht, Elemente der Coping- und Attributionstheorien miteinander zu verbinden. Es wird deutlich, dass Religiosität dabei sowohl auf der Ebene der kognitiven Prozesse als auch auf der Ebene der Coping-Strategien eine entscheidende Rolle spielen kann.

Ob und in welcher Weise religiöse Bewertungen und Coping-Strategien nicht-religiösen vorgezogen werden, hängt dabei vom weltanschaulichen Referenzsystem, von den Merkmalen des Ereignisses, der Person und des Kontextes sowie vom Wert der gewählten Strategie ab. Das Bedürfnis nach Kontrolle, Sinn und Vorhersagbarkeit sowie Selbstwertgefühl kann dabei sowohl als grundlegende Motivation des Coping-Prozesses als auch als Zielgröße, die die psychosoziale Anpassung reguliert, verstanden werden. Im Sinne eines transaktionalen Person-Umwelt-Modells ist der Coping-Prozess ein Prozess steter Wechselwirkungen und Rückkopplungsschleifen, die in der Abbildung durch zweiseitige Pfeile dargestellt sind.

Es wird damit deutlich, dass der Stellenwert von Religiosität für die psychosoziale Anpassung über äußerst komplexe emotionale und kognitive Prozesse vermittelt wird und keine einfache Beziehung zwischen Religiosität und psychosozialer Anpassung angenommen werden kann.

Versucht man die einschlägigen empirischen Forschungsarbeiten zusammenzufassen, ergibt sich folgendes Bild:

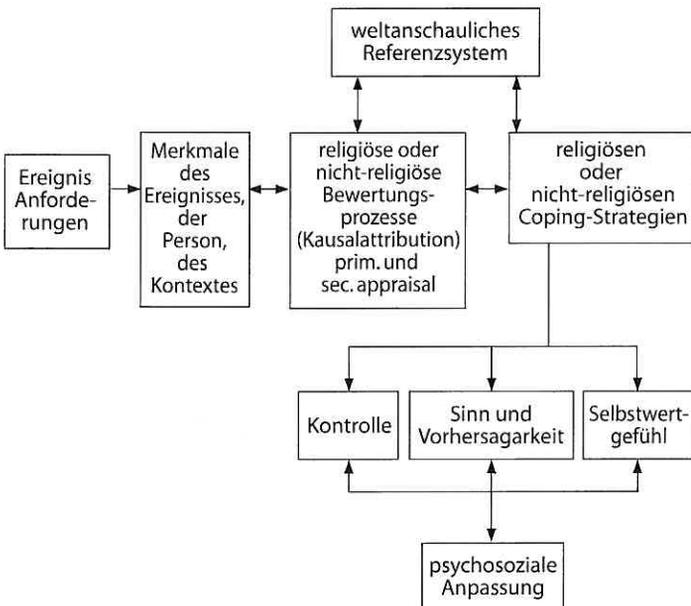
- Epidemiologische Studien zeigen unterschiedliche Inzidenz und Prävalenz von *physischen* Erkrankungen in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu spezifischen Religionsgemeinschaften. Zur Erklärung wird ein komplexes Zusammenspiel aus religions-spezifischen Lebensweisen (Ernährung, Hygiene, Sexualität 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 wer-

den müssen (Piechowiak, 1985; Levin u. Schiller, 1987; Levin u. Vanderpool, 1991).

- Relevant wurde die Frage nach *psychischer* Gesundheit und der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft insbesondere in der so genannten Sekten-Diskussion. Sekten (besser *Neue Religiöse Gemeinschaften*) wird häufig pauschal vorgeworfen, schädlich für die Psyche ihrer Mitglieder zu sein, «Gehirnwäsche» zu betreiben usw. In einer Fülle von Detailstudien hat sich jedoch gezeigt, dass diese Vorwürfe pauschal so nicht haltbar sind, da oft auch stabilisierende Effekte zu beobachten sind, so dass differenzierte Längsschnittstudien einzelner Gruppen unter Berücksichtigung spezifischer Selektionseffekte durchgeführt werden müssten, um diese Frage zu klären (vgl. Murken, 1998 a).
- Entscheidend für das psychische Befinden ist weniger die Tatsache, dass sich ein Mensch als religiös bezeichnet, als vielmehr die Qualität der jeweiligen Religiosität; d.h. die spezifischen damit verbundenen Gedanken und Gefühle. So hat z.B. ein negatives Gottesbild mit entsprechenden Gefühlen

eher ungünstige, ein positives Gottesbild eher günstige Effekte (Grom, 1996; Murken, 1998 b).

- Empirische Studien, die die Bedeutung von Religiosität unter Einbeziehung belastender Lebensereignisse untersuchen, zeigen, dass Religiosität eine wichtige Rolle im Coping-Prozess, in der Verarbeitung äußerer und innerer Ereignisse, spielen kann. Nachgewiesen sind z. B. positive Effekte von Religiosität auf den Umgang mit einem behinderten Kind, auf einen allgemein besseren Umgang mit Erkrankung wie z. B. Krebs sowie positive Auswirkungen auf die Verarbeitung von (Natur-)Katastrophen oder der Verarbeitung des Todes eines eigenen Kindes. Auch die Regeneration und Überlebensrate nach schweren Operationen werden durch Religiosität günstig beeinflusst (Pargament, 1997).
- Gut belegt ist auch die positive Bedeutung von Religiosität für ältere Menschen. Religiosität im Alter kann als eine protektive Ressource angesehen werden. Im Vergleich zu nicht-religiösen alten Menschen haben



**Abbildung 1:** Die Bedeutung von Religiosität im Prozess der Verarbeitung innerer und äußerer Anforderungen.

die religiösen Alten weniger Angst vor dem Sterben, geringere Depressionen und zeigen bessere Anpassbarkeit an ihre Lebensumstände. (Koenig, 1988, 1990, 1992).

- Bekehrungserlebnisse (engl. conversion) sind machtvolle Erfahrungen, die meist einer Phase intensiver Krise, Verzweiflung und innerer Verwirrung folgen. Mit der Erfahrung der Bekehrung erleben die Betroffenen in aller Regel Erleichterung, Symptomreduktion, das Gefühl innerer Freiheit, Glücksgefühle sowie Gefühle von Ich-Stärke und Kontrolle (Ullman, 1989; Rambo, 1993).
- Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft fördert das Gefühl der Verbundenheit und geht einher mit einem stabilen sozialen Netzwerk und dem Gefühl der sozialen Unterstützung (Pargament, Maton u. Hess, 1992).
- Bei allen Versuchen, einen statistischen Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Religiosität zu erfassen, sind die gefundenen statistischen Effekte sehr gering, so dass die Bedeutung von Religiosität eher über- als unterschätzt wird.
- Empirische Untersuchungen an eher unbelasteten Stichproben wie Collegestudenten oder Analysen allgemeiner Bevölkerungsdaten finden in der Regel keinen oder nur einen leicht positiven, stabilisierenden gesundheitsfördernden Effekt von Religiosität (Batson et al., 1993).
- Neben gesundheitsfördernder wird auch immer wieder auf die gesundheitshem-

mende Wirkung von Religiosität hingewiesen. Im deutschen Sprachraum hat sich der Begriff der «ekklésiogenen Neurose» für eine neurotische Entwicklung infolge strenger, kirchlich vermittelter, moralischer und leibfeindlicher Erziehung eingebürgert (Klosinski, 1990; Pfeifer, 1993; Schaetzing, 1955; Thomas, 1989). Insbesondere sexuelle Probleme seien oft durch religiöse Erziehung verursacht (Thomas, 1989). Vermittelt eine Religion ein Gottesbild und eine Gottesbeziehung, die dazu führt, dass sich der Gläubige klein, schlecht, sündig, schuldig oder auf andere Weise minderwertig fühlt, so ist in der Tat davon auszugehen, dass dies nicht nur einer selbstbewussten Persönlichkeitsentfaltung entgegensteht, sondern vielmehr an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schuldgefühlen und eingeschränkter psychischer Gesundheit beteiligt ist (Murken, 1998b).

Die Erforschung der Bedeutung von Religiosität für psychische und physische Gesundheit steht erst am Beginn. Die meisten der zusammengefassten Ergebnisse beziehen sich auf US-amerikanische Studien, deren Übertragbarkeit für Deutschland nur eingeschränkt möglich ist. Eine empirisch-psychologische Religionsforschung muss sich in Deutschland erst noch entwickeln.

---

Hans-Christian Deter  
(Herausgeber)

# **Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts**

Chancen einer biopsychosozialen Medizin



Verlag Hans Huber  
Bern · Göttingen · Toronto · Seattle

---

Anschrift des Herausgebers:

Prof. Dr. Hans-Christian Deter  
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 30  
D-12200 Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme

Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts :  
Chancen einer biopsychosozialen Medizin /  
Hans-Christian Deter (Hrsg.). – 1. Aufl. – Bern ;  
Göttingen ; Toronto ; Seattle : Huber, 2001  
ISBN 3-456-83466-7

1. Auflage 2001.

© 2001 by Verlag Hans Huber, Bern

Anregungen und Zuschriften an:  
Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 45 00  
Fax: 0041 (0)31 300 45 93  
E-Mail: [verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)

Lektorat: Klaus Reinhardt  
Bearbeitung: Ulrike Weidner  
Herstellung: Daniel Berger  
Satz: Sbicca & Raach sagl, 6901 Lugano  
Druck und buchbinderische Verarbeitung:  
Druckhaus Beltz, Hemsbach  
Printed in Germany

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.