

2.3. Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte

MARION SCHOWALTER und SEBASTIAN MURKEN

Einführung

Das Verhältnis von Religion und psychischer Gesundheit wird schon seit Jahrhunderten diskutiert. Im Laufe der Geschichte zeigten sich Beziehungen zwischen den beiden Phänomenen auf ganz unterschiedliche Weise. So wurde beispielsweise eines der ersten Krankenhäuser für psychisch Kranke um 490 n. Chr. von einem religiösen Orden in Jerusalem gegründet. Auch in Europa nahmen sich nur wenig später erstmalig christliche Mönche der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Familien an. Auf der anderen Seite gab es in der Vergangenheit keine vergleichbare Institution, die psychisch Kranke mit solcher Vehemenz und Konsequenz verfolgte und ihre Erkrankungen als „teuflich“ verurteilte wie die christliche Kirche¹.

Im Selbstverständnis von Religionen, insbesondere auch im christlichen Selbstverständnis, sind die Ideen von Heil und Heilen eng mit einander verwoben. Beispielsweise sind nach biblischen Aussagen diejenigen, die das Heil Gottes erfahren haben, auch in der Lage, Heilung im umfassenden Sinne – geistig, psychisch und physisch –, zu erleben bzw. weiter zu geben (z.B. Lukas 9, 1-6).

Die jeweilige Heilsbotschaft an Heilungsversprechen zu koppeln, ist ein Phänomen, das aber nicht nur im Christentum, sondern auch in der gesamten Religionsgeschichte zu beobachten ist. Heilung von Übeln und Abwendung von Unglück spielen in vielen Religionen eine große Rolle. Dabei beziehen sich Heilsversprechungen der Religionen nicht nur auf den seelisch-geistigen Bereich, sondern auch auf die Bewältigung von Lebenskrisen, wie z.B. das Erleben von Ungerechtigkeit oder die Erfahrung von Verlust. Sowohl im indischen Yoga als auch in der chinesischen Konzeption vom Fluss der Lebensenergie (ki), werden Krankheitsursachen wesentlich auf eine Störung des Gleichgewichts zwischen Mensch und Kosmos, Geist und Körper zurückgeführt. Durch Übungen (wie Yoga, Meditation, Chi Gong

etc.), die sich sowohl auf die körperliche wie auf die geistige Ebene beziehen, soll nicht nur ein harmonischer Fluss der Lebensenergie wieder hergestellt werden, sondern auch körperlich-seelische Gesundheit erreicht werden. In dieser Sichtweise werden Ursachen von Erkrankungen und Unglück spirituell oder religiös begründet. Somit kann auch ihre Bewältigung bzw. Heilung als religiöser Prozess verstanden werden.²

Während also im religiösen Selbstverständnis der Zusammenhang zwischen Heilslehre und Gesundheit theologisch begründet ist, ist aus psychologischer und psychotherapeutischer Perspektive die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit deutlich schwieriger zu beantworten. Im Laufe der letzten 100 Jahre wurden sowohl Argumente für die Nützlichkeit als auch für die Schädlichkeit von Religiosität vorgelegt.

Als prominenteste Vertreter der Thesen, Religiosität sei schädlich für die seelische Gesundheit oder Anzeichen eines unreifen Charakters, gelten nach wie vor Sigmund Freud und Albert Ellis. Anfang des vorigen Jahrhunderts legte Freud mit seinen Arbeiten den Grundstein für ein atheistisches und reduktionistisches Religionsverständnis. Er sah den Glauben an den „Vatergott“ als ein nicht aufgelöstes Relikt des Ödipuskomplexes und Religion als „universelle Zwangsneurose“. Religion spende zwar Trost, sei jedoch gleichzeitig eine unreife Form der Realitätsbewältigung³. Daher prophezeite Freud der religiösen Doktrin auch eine kurze Lebensdauer. Sie werde sich langfristig nicht gegen die Erfahrung und die Vernunft durchsetzen. Auch Ellis, der Begründer der Rational Emotiven Therapie (RET), verstand Religiosität als eine Form des irrationalen Denkens, welches ein Kernsymptom psychischer Störungen sei.⁴ Eine positivere Einstellung zur Religiosität und zu deren Nutzen für die seelische Gesund-

² K. Hoheisel, H-J. Klimkeit (Hrsg.), Heil und Heilung in den Religionen, Wiesbaden: Harrassowitz 1995; I. Prohl: Krankheit/Gesundheit, in: C. Auffahrt, J. Bernard, H. Mohr, (Hrsg.), Metzler Lexikon Religion, Band 2, Stuttgart: Metzler 1999, S. 246-252.

³ S. Freud, Zwangshandlungen und Religionsübungen, in: ders., Studienausgabe, Bd. 7, Frankfurt a. M.: Fischer 1982, S. 11-21 [EA 1907]; ders., Die Zukunft einer Illusion, in: ders., Studienausgabe, Bd. 9, Frankfurt a.M.: Fischer 1982, S. 135-189 [EA 1927].

⁴ A. Ellis, The case against religiosity, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy 1983; A. Ellis, My current views on rational-emotive therapy (RET) and religiousness, in: Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy 10 (1992), S. 37-40.

¹ H.G. Koenig, D.B.Larson, Religion and mental health: evidence for an association, in: International Review of Psychiatry 13 (2001), S. 67-78.

heit vertraten Alfred Adler und Carl Gustav Jung. Letzterer war sogar der Auffassung, dass eigentlich jedes therapeutische Problem als religiöses anzusehen sei, und dass Religion als emotional stabilisierender Faktor eine wesentliche Rolle bei der Bewältigung von psychischen Problemen spiele.⁵

Entgegen der Prophezeiung Sigmund Freuds kommt weltanschaulichen Aspekten wie Spiritualität und Religiosität heute nach wie vor eine wichtige Bedeutung im Leben vieler Menschen zu. Dies gilt nicht nur für den traditionell kirchlichen Rahmen oder für vernachlässigbare Randgruppen. Eine neuere Erhebung zeigt, dass z.B. 57% der Deutschen an eine „göttliche Kraft“ glauben. 32% stellen diese in Abrede, 10% sind unentschieden und nur 1% aller Befragten völlig indifferent.⁶ Eine Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten fand eine erstaunlich hohe Religiosität unter der sonst als eher areligiös eingestuften Berufsgruppe: 77.5% der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und 78.5% der Psychologen bezeichneten sich als „religiös praktizierend“ oder „religiös eingestellt, aber nicht praktizierend“, 70% gehörten einer Glaubensgemeinschaft an und ca. 20% der Psychologen haben schon einmal für ihre Patienten gebetet.⁷ In den Vereinigten Staaten ist die Bedeutung der Religiosität noch weit aus höher einzuschätzen. Nach Untersuchungen glauben sogar 96% aller Amerikaner an Gott, 90% beten regelmäßig und 69% sind Mitglied einer Religionsgemeinschaft.

Als Konsequenz dieser Zahlen kann man von der Psychologie, die sich zum Ziel gesetzt hat, das Verhalten und Erleben der Menschen zu beschreiben und zu erforschen, fordern, dass sie sich auch mit der Religiosität der Menschen befassen muss.⁸ Der Klinischen Psychologie und Psychotherapie käme dabei die theoretische und empirische Auseinandersetzung mit den kurativen bzw. schädigenden Einflüssen der Religiosität zu.

Wie nachfolgend noch ausgeführt wird, hat sich bislang hauptsächlich die amerikanische empirische Forschung mit dem Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit auseinander ge-

⁵ C.G. Jung, *Psychologie und Religion*, München: dtv 1991 [EA 1932].

⁶ E. Kopp, *Sonntagsblatt-Umfrage „Was glauben die Deutschen?“*, in: *Sonntagsblatt*, 25 (1997), S. 3-6.

⁷ J.H. Demling, M. Wörthmüller, T.A. O'Connolly, *Psychotherapie und Religion*, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51 (2001), S. 76-82.

⁸ B. Grom, *Religionspsychologie*, München: Kösel 1992.

setzt. Die empirische Religionsforschung in Deutschland führte in der Vergangenheit und auch heute noch ein Schattendasein. Der vorliegende Beitrag bietet eine zusammenfassende Übersicht über den aktuellen Stand der empirischen Forschung zum Verhältnis von Religion und psychischer Gesundheit und integriert dabei sowohl die amerikanischen als auch deutschsprachigen Forschungsergebnisse.

Empirische Forschung zu Religion und psychischer Gesundheit

Nicht zuletzt aufgrund der negativen Postulate der psychoanalytischen Tradition galt es in der deutschsprachigen Klinischen Psychologie und Psychotherapie bis vor wenigen Jahren noch als „psychologisch unkorrekt“, eine religionspsychologische Fragestellung überhaupt als relevant zu erachten oder sogar nach einer potentiell positiven Wirkung von Religiosität zu fragen.⁹ So wurden nach Buggle¹⁰ in den 1970er Jahren 16 und in den 1980er Jahren lediglich 7 deutsche empirische religionswissenschaftliche Studien in psychologischen Fachzeitschriften veröffentlicht. Seit Ende der 1980er Jahre und zu Beginn der 1990er zeigte sich jedoch eine vermehrte Auseinandersetzung mit und ein wachsendes Interesse an religionswissenschaftlicher Forschung. Diese wird u.a. in der steigenden Anzahl an Monographien¹¹ und Übersichtswerken über die Religionspsychologie¹² deutlich. Trotz dieser Entwicklung spielen

⁹ B. Grom, *Wie froh macht die Frohbotschaft? Religiosität, subjektives Wohlbefinden und psychische Gesundheit*, in: *Wege zum Menschen* 54 (2002), S. 196-204.

¹⁰ F. Buggle, *Warum gibt es (fast) keine deutsche empirische Religionspsychologie? Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.*, Nr. 73, 1991.

¹¹ A. Dörr, *Religiosität und Depression: Eine empirisch-psychologische Untersuchung*, Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1987; Dörr, *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*, Hamburg: Dr. Kovac 2001; S. Murken, *Gottesbeziehung und seelische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*, Münster, New York: Waxmann 1998a; C. Zwingmann, *Religiosität und Lebenszufriedenheit: Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*, Regensburg: S. Roderer Verlag 1991.

¹² B. Grom, *Religionspsychologie*, München: Kösel 1992; E. Schmitz (Hrsg.), *Religionspsychologie: Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen*

Religion und Religiosität in der deutschen universitären Psychologie nach wie vor keine Rolle.¹³ Weitaus unbefangener zeigen sich in diesem Bereich die amerikanischen Forscher, die seit Ende der 1950er Jahre eine rege Forschungsaktivität vorweisen. Diese Aktivität hat in den letzten Jahren sogar noch stark zugenommen. Koenig, McCullough und Larson¹⁴ fanden z.B. in einer systematischen Literaturrecherche allein 850 Studien aus dem letzten Jahrhundert, die das Verhältnis von psychischer Gesundheit und Religion untersuchten. Zahlreiche Reviews und Metaanalysen bieten Zusammenfassungen und Bewertungen der Ergebnisse an und versuchen, einen Weg in das Dickicht der unterschiedlichen Operationalisierungen von Religiosität und psychischer Gesundheit zu schlagen.¹⁵ Der Trend in den USA, sich vermehrt der empirischen Religionspsychologie zuzuwenden, wird auch durch die Tatsache verstärkt, dass in den letzten Jahren Forschungstiftungen (z.B. die Templeton Foundation) speziell religionspsychologische Studien finanziell unterstützen.¹⁶

gen Forschungsstandes, Göttingen, Bern: Hogrefe 1992; M. Utsch, Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick, Stuttgart: Kohlhammer 1998.

¹³ S. Murken, Religionspsychologie in Deutschland: eine Bestandsaufnahme, in: Wege zum Menschen 54 (2002), S. 185-196.

¹⁴ H.G. Koenig, M.E. McCullough, D.B. Larson, Handbook of religion and health: a century of research reviewed, New York: Oxford University Press 2001.

¹⁵ C.D. Batson, P.A. Schoenrade, W.L. Ventis, Religion and the individual. A social-psychological perspective, Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press 1993; A.E. Bergin, Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis, in: Professional Psychology: Research and Practice 17 (1983), S. 170-184; A.E. Bergin, Values and religious issues in psychotherapy and mental health, in: American Psychologist 46 (1991) 394-403; 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; C.H. Hackney, G.S. Sanders, Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies, in: Journal of Scientific Study of Religion 42 (2003), S. 43-55; H.G. Koenig, D.B. Larson, Religion and mental health: evidence for an association, in: International Review of Psychiatry 13 (2001), S. 67-78; H.G. Koenig, McCullough, D.B. Larson, Handbook of religion and health: a century of research reviewed, New York: Oxford University Press 2001; W.L. Ventis, The relationship between religion and mental health, in: Journal of Social Issues 51 (1995), S. 33-48.

¹⁶ S. Murken, Die John Templeton Foundation, in: EZW Materialdienst 62 (1999), S. 313-315.

Im Überblick über die Studien seit den 1950er Jahren fallen vor allem die Untersuchungen bis in die 1970er Jahre durch zahlreiche methodische Mängel auf, die die Validität und Interpretation der Ergebnisse einschränken. Die Studien sind charakterisiert durch einfache korrelative Forschungsdesigns, bei denen die Kontrolle möglicher konfundierender Variablen fehlt. Es liegen nicht-randomisierte Designs zugrunde, und es werden wenig repräsentative Studenten- oder Patientenstichproben untersucht. Ende der 1980er Jahre setzte eine systematischere Forschung ein, die meist ein epidemiologisches Vorgehen wählte oder sich in selteneren Fällen aufwendiger experimenteller Designs mit randomisierter Zuordnung der Stichproben bediente. Leider waren diese Studien selten auf eine religionspsychologische Fragestellung zugeschnitten, d.h. sie waren oft nur Teil und daher Nebenprodukt einer größeren Studie.¹⁷ Weiterhin wird bemängelt, dass Untersuchungen, die keine Korrelation aufweisen, gerne unterschlagen werden und wenig Längsschnittuntersuchungen vorliegen.¹⁸

Aber auch heute noch gibt es spezifische Probleme, die die Forschung im Bereich Religiosität und psychische Gesundheit erschweren und an deren Lösung sich die Qualität der veröffentlichten Studien messen lassen muss. Diese sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

Operationalisierung von Religiosität und psychischer Gesundheit: Sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit sind sehr komplexe und vielgestaltige Konstrukte, deren angemessene methodische Erfassung eine theoretisch begründete Auswahl an Indikatoren voraussetzt. Die Auswahl an Indikatoren hilft, den Forschungsgegenstand einzugrenzen und ihn auf eine konkrete beschreibbare Ebene zu bringen. Hier besteht jedoch gleichzeitig die Gefahr, beide Bereiche so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte nicht eingeschlossen werden. Die Konzeptualisierung von Religiosität ist in der Theorie sehr weit gefasst und in der Regel mehrdimensional. Glock¹⁹

¹⁷ J.S. Levin, L.M. Chatters, Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues, in: H.G. Koenig (Hrsg.), Handbook of religion and mental health, San Diego, CA: Academic Press 1998, S. 33-50.

¹⁸ H.G. Koenig, Research on religion and aging. An annotated bibliography. Westpoint, CT: Greenwood Press 1995.

¹⁹ Ch.Y. Glock, Über die Dimensionen der Religiosität, in: J. Matthes (Hrsg.), Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie II, Reinbek: Rowohlt 1969, S. 150-168.

postulierte z.B. die fünf unabhängigen Dimensionen „religiöser Glaube“, „religiöses Wissen“, „religiöse Praxis“, „religiöses Erleben“ und „religiöse Wirkungen“ (ausführliche Übersicht bei Huber²⁰). Auf G. W. Allport²¹ geht das inzwischen weit verbreitete Konzept der extrinsischen und intrinsischen religiösen Orientierung zurück, in dem er zwei unterschiedliche Motivationen des religiösen Glaubens charakterisiert. Als *extrinsisch* gläubig bezeichnet er Personen, deren Glauben eine zweckdienliche, instrumentalisierte Funktion, wie z.B. die Sicherung von sozialen Kontakten, soziale Anerkennung und Selbstrechtfertigung erfülle. Dieser extrinsische Glaube umfasse nur einen Teil der Lebensbereiche und sei durch eine eher oberflächliche Gläubigkeit gekennzeichnet. Der *intrinsisch* motivierte Glaubende führe ein verinnerlichtes Glaubensleben, von dem weitgehend alle Lebensbereiche betroffen seien und in Übereinstimmung mit den Glaubenssätzen gebracht werden. Inzwischen wird dieses Konzept jedoch kontrovers diskutiert, u.a. aufgrund der Tatsache, dass in Deutschland wenig „extrinsisch motivierte“ Gläubige gefunden wurden und das Konzept daher schwerlich auf den deutschen Sprachraum übertragen werden kann²².

Trotz differenzierter theoretischer Konzepte verwendeten viele Untersuchungen in der Vergangenheit jedoch meist nur Fragebögen mit einer eindimensionalen Operationalisierung. Solche Maße beschränkten sich zudem häufig auf wenige verhaltensbezogene Indikatoren wie z.B. die Häufigkeit des Kirchenbesuchs oder andere religiöse Aktivitäten. Dass den Studien nach wie vor sehr unterschiedliche Religionsdefinitionen und teilweise einfache Operationalisierungen zugrunde liegen, zeigt die von Hackney und Sanders²³ kürzlich veröffentlichte Metaanalyse über alle Untersuchungen zum Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit aus den letzten 12 Jahren. Die Autoren konnten insgesamt drei Kategorien der Erfassung von Religiosität in empirischen Untersuchungen identifizieren. Die erste Kategorie („institutionelle Religiosität“) beinhaltet Operationalisierungen

gen, die soziale und verhaltensorientierte Aspekte wie z.B. Gottesdienstbesuch, Teilnahme an kirchlichen Aktivitäten und rituellen Gebeten oder extrinsische religiöse Orientierung berücksichtigen. Unter die zweite Kategorie („ideologische Religion“) subsumierten sie die Erhebung von religiösen Einstellungen, Überzeugtheit hinsichtlich spezifischer Glaubenssätze und religiösen Fundamentalismus. Religionsdefinitionen, die sich auf persönliche, internalisierte Glaubensaspekte bezogen, wie z.B. intrinsische religiöse Orientierung, emotionale Beziehung zu Gott und persönliches Gebet fassten sie unter der Kategorie „persönliche Hingabe“ zusammen.

Einige Autoren weisen darauf hin, dass gerade die unterschiedlichen Operationalisierungen und Definitionen von Religiosität und psychischer Gesundheit für die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse der Studien verantwortlich sein können²⁴. So fanden Hackney und Sanders²⁵ z.B. die geringsten Korrelationen (und hierunter die einzige negative) in Studien, bei denen eine „institutionelle“ Religionsdefinition verwendet wurde. Bei der „ideologischen“ Definition zeigte sich ein größerer Zusammenhang. Den deutlichsten – jedoch immer noch vergleichsweise geringen – Zusammenhang lieferten Studien aus der Kategorie „persönliche Hingabe“. Hier muss insbesondere kritisch angemerkt werden, dass viele Studien der letzten Jahre Indikatoren für eher ungünstig wirkende Aspekte von Religiosität, wie etwa ein strafendes Gottesbild, religiös begründete Schuldgefühle oder Ängste vor z.B. dem Teufel, der Endzeit etc., in der Regel nicht erheben. Es ist daher keine Überraschung, wenn keine oder nur wenig negative Effekte gefunden werden, solange lediglich positive Indikatoren abgefragt werden.

Hilfreich für die zukünftige empirische Forschung in diesem Feld wäre die Verwendung von allgemein anerkannten und breit eingesetzten Fragebögen, die der Mehrdimensionalität des Phänomens Rechnung tragen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erleichtern würden. Ein wegweisender Vorschlag zur Lösung dieses Problems stammt von Huber²⁶.

²⁰ S. Huber, Dimensionen der Religiosität: Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie, Bern, Göttingen: Huber 1996.

²¹ G.W. Allport, The individual and his religion: a psychological interpretation, New York: Macmillan 1950.

²² S. Murken 1998a.

²³ C.H. Hackney, G.S. Sander, Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies, in: Journal of Scientific Study of Religion 42 (2003), S. 43-55.

²⁴ A.E. Bergin, Values and religious issues in psychotherapy and mental health, in: American Psychologist 46 (1991), S. 394-403; J. Gartner, D.B. Larson, G.D. Allen 1991; C.H. Hackney, G.S. Sander 2003; J.S. Levin, H. J. Vanderpool, Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, in: Social Science and Medicine 24 (1987), S. 589-600.

²⁵ C.H. Hackney, G.S. Sander 2003.

²⁶ S. Huber, Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität, Opladen: Leske + Budrich 2003.

Maße psychischer Gesundheit sind in der empirischen Forschung ebenfalls sehr weit gefächert. Hier werden sowohl positive Konstrukte wie allgemeines Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, psychosoziale Anpassung und Selbstwert als auch negative Konstrukte wie depressive Störungen, Angst und Angststörungen, Schuldgefühle, negative Gestimmtheit, Sucht und Suizid erhoben. Wieder andere beinhalten eher humanistisch/existentielle Konzeptualisierungen wie Selbstaktualisierung oder Lebenssinn²⁷.

Modellvorstellungen über den Zusammenhang von Religion und psychischer Gesundheit: In der Vergangenheit beschränkten sich viele Autoren auf die Darstellung von einfachen, meist niedrigen Korrelationen zwischen Indikatoren von Religion und psychischer Gesundheit und verzichteten vollständig auf ein zugrunde liegendes Erklärungsmodell. Um den Einfluss von Religiosität auf die psychische Gesundheit zu verstehen, müssen jedoch Modellvorstellungen entwickelt werden, die den komplexen Zusammenhang zwischen den beteiligten Variablen abbilden.

Vielfach wurde z.B. der Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften und der Auftretenshäufigkeit bestimmter körperlicher Erkrankungen (z.B. neurologische Störungen, Herzkrankheiten) nachgewiesen²⁸. Als Moderatorvariablen bieten sich religionsspezifische Lebensweisen wie geringerer Zigaretten- oder Alkoholkonsum an, die auf einen *mittelbaren* Zusammenhang zwischen den Konstrukten hinweisen²⁹. Auch für den Einfluss von Religion auf die psychische Gesundheit werden moderierende Faktoren wie z.B. soziale Unterstützung angenommen, deren Wirkungszusammenhang in einem theoretischen Modell dargestellt werden kann.³⁰ Die empirische Fundierung solcher Modelle steckt noch in den Anfängen.

Theoretische Erklärungsansätze empirischer Befunde

Positive Beziehung zwischen Religion und psychischer Gesundheit

Obwohl die Ergebnisse der zahlreichen Untersuchungen zum Zusammenhang von Glaube und Gesundheit nicht einheitlich sind, finden

²⁷ C.H. Hackney, G.S. Sanders 2003.

²⁸ H.G. Koenig, D.B. Larson, S.S. Larson, Religion and coping with serious medical illness, in: The Annals of Pharmacotherapy 35 (2001), S. 352-359.

²⁹ S. Murken 1998a.

³⁰ J.S. Levin, L.M. Chatters, 1998.

insgesamt mehr Studien eine positive als eine negative Korrelation³¹. Dieser Eindruck wird durch die vorsichtige Schlussfolgerung einiger Autoren von Überblicksarbeiten und Metaanalysen³² unterstützt, dass man eher von einer gesundheitsfördernden Wirkung der Religiosität ausgehen könne. Allerdings warnen die Autoren auch davor, von einem unmittelbaren positiven Zusammenhang zu sprechen. Vielmehr machen sie auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung aufmerksam, die einerseits Religiosität als mehrdimensionales Konstrukt sehen müsse, das mit anderen Variablen in Koexistenz stehe, und andererseits die unterschiedlichen Operationalisierungen von Religiosität, die die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse erklären könnten.

Zu einem deutlicheren Urteil in Richtung eines positiven Effekts kommen Koenig, McCullough und Larson in dem oben erwähnten bislang umfangreichsten systematischen Literaturüberblick von 850 Untersuchungen³³. Hier berichten die Autoren z.B. von insgesamt 100 Studien, die sich mit dem Verhältnis von Wohlbefinden bzw. Lebenszufriedenheit und Religiosität beschäftigen. Bei 79 dieser Studien geht der religiöse Glaube mit höherer Lebenszufriedenheit, größerem Wohlbefinden und einer ausgeprägteren moralischen Überzeugung einher. Von den 12 prospektiven Studien, die in diesem Review enthalten sind, konnten sie 10 identifizieren, die Religiosität als Prädiktor für ein höheres allgemeines Wohlbefinden angeben. Auch bei der Untersuchung anderer Indikatoren für psychische Gesundheit wie Hoffnung, Optimismus und Lebenssinn zeigten 12 von 14 Studien einen positiven Zusammenhang mit Religiosität – lediglich zwei Studien fanden keinen Zusammenhang. Das Verhältnis zwischen Religion und Depression untersuchten insgesamt 101 Studien, von denen ca. zwei Drittel eine geringere Anzahl und Intensität von depressiven Symptomen bei religiösen Personen berichteten. Ähnliche Befunde berichten die Autoren auch für Suizid und Suizidneigung, Ängste, Drogen- und Alkoholmissbrauch. Eine vergleichbare Quote von eindeutigen Ergebnissen findet sich

³¹ J.S. Levin, L.M. Chatters, 1998; H.G. Koenig, D.B. Larson 2001; H.G. Koenig, M.E. McCullough, D.B. Larson 2001.

³² J. Gartner, D.B. Larson, G.D. Allen 1991; C.H. Hackney, G.S. Sanders 2003; H.G. Koenig 1995; J.S. Levin, Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?, in: Social Science and Medicine 38 (1994), S. 1475-1482.

³³ Zusammenfassung bei H.G. Koenig, D.B. Larson 2001.

bei den prospektiven Kohorten-Studien und den kontrollierten klinischen Therapiestudien, die den Effekt von religiösen Interventionen in der Depressionsbehandlung untersuchen. Es zeigt sich hierbei, dass insbesondere religiöse Patienten von religiösen Interventionen profitieren. Der Einsatz von religiösen Interventionen bei depressiven religiösen Patienten war hier der säkularen Behandlung und keiner Behandlung überlegen.

Theoretische Erklärungsansätze für die positive Beziehung zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit

Nach Murken³⁴ und der Weiterführung von Dörr³⁵ kann man sechs theoretische Ansätze unterscheiden, die einzelne psychologische Funktionen subsumieren und durch die der positive Einfluss von Religiosität auf die psychische Gesundheit erklärt werden kann. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden:

Theorie der sozialen Unterstützung/Kohäsionshypothese: Fühlen sich Menschen einer sozialen Gruppe zugehörig und erleben sie dort soziale Unterstützung und enge vertrauensvolle Beziehungen, so hat dies einen positiven Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden, den Umgang mit kritischen Lebensereignissen und psychische und physische Gesundheit³⁶. Zahlreiche amerikanische Studien wiesen ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung in religiösen Glaubensgemeinschaften nach³⁷. Aufgrund dieser Zusammenhänge lassen sich die Befunde erklären, wonach Personen mit schweren Krankheiten oder in Lebenskrisen dann besser mit diesen Schwierigkeiten umgehen konnten, wenn sie in das soziale Netz einer Kirchengemeinde eingebunden waren³⁸. Die soziale Unterstützung scheint also ein

³⁴ S. Murken, Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie?, in: T. Frick, G.M. Klinkhammer, S. Rink (Hrsg.), Kritik an Religionen? Marburg: Diagonal 1997, S. 157-172.

³⁵ A. Dörr 2001.

³⁶ H.G. Koenig, D.B. Larson 2001; B. Röhrle, Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Weinheim: Psychologie Verlags Union 1994.

³⁷ E.L. Idler, S.V. Kasl, Religion among disabled and nondisabled elderly persons: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being, in: Journal of Gerontology 52B (1997), S. 300-305.

³⁸ K.I. Pargament, D.S. Ensing, H. Falgout, H. Olsen, B. Reilly, K. Van Haitsma, R. Warren, God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events, in: American Journal of Community Psychology 18 (1990), S. 793-824.

wichtiger Mediator zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit zu sein. Allerdings muss geprüft werden, in welchem Maße diese psychologische Funktion von Religiosität für Deutschland überhaupt relevant ist, da dem Gemeindeleben in den USA eine ungleich wichtigere soziale Bedeutung zukommt als in Deutschland.

Theorie der kognitiven Orientierung/Kohärenzhypothese: Die Theorie der kognitiven Orientierung bzw. die Kohärenzhypothese bedient sich der Beobachtung, dass Menschen, die die Welt als in sich schlüssig erleben und die grundlegenden Fragen nach dem Sinn des Lebens beantworten können, psychisch gesünder sind als Menschen, die ihre Umgebung als unkontrollierbar erleben³⁹. Religion kann eine Möglichkeit zur kognitiven Strukturierung in einer unüberschaubaren Welt bieten. Sie kann helfen, problematische Weltereignisse oder Leiderfahrungen vom Glauben her einzuordnen und Sicherheit durch feste Grundwerte und Erklärungsmuster bieten. Eine Religion, die ein stabiles Kohärenzgefühl aufbaut, liefert also einen wesentlichen Beitrag zur psychischen Gesundheit und zum allgemeinen Wohlbefinden.

Theorie der Verhaltensregulierung: Die Theorie der Verhaltensregulierung geht davon aus, dass Religion eine verhaltensregulierende Funktion in Bezug auf den Umgang mit dem eigenen Körper und den Umgang mit Mitmenschen hat. Religiös begründete Speise-, Reinigungs- und Sexualvorschriften führen dazu, dass weniger gesundheitsschädliches Verhalten – wie Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch und wechselnde Sexualkontakte – gezeigt werden⁴⁰. Vorgegebene soziale Umgangsregeln, wie Vergebungsbereitschaft, Unterordnung oder prosoziales Verhalten, können helfen, Stressoren im sozialen Umgang und Konflikte zu reduzieren. Dies kann Befunde erklären, wonach religiöse Menschen unter weniger chronisch kör-

³⁹ S. Murken, Soziale und psychische Auswirkungen der Mitgliedschaft in neuen religiösen Bewegungen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Integration und psychischen Gesundheit, in: Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“ (Hrsg.), Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen: Forschungsprojekte und Gutachten der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“, Hamm: Hoheneck 1998b, S. 297-354.

⁴⁰ 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.

perlichen Krankheiten leiden⁴¹, und es bei ihnen seltener zu Ehescheidungen oder zu Eltern-Kind-Konflikten kommt⁴².

Theorie der Idee vom göttlichen Handeln/Copinghypothese: Diese Theorie besagt, dass sich durch den Glauben an einen liebenden und planvoll handelnden Gott das Gefühl des Ausgeliefertseins reduziert. Der Glaube an einen souveränen, allmächtigen Gott, der die Geschichte lenkt und der kompetent und machtvoll für den Menschen eintritt, bietet für Gläubige Sicherheit und Geborgenheit in einer krisengeschüttelten Welt. Durch das Gebet fühlt sich der Mensch fähig, auf sein Schicksal und das Weltgeschehen Einfluss zu nehmen. Der Glaube an die Allmacht Gottes und an die eigene Möglichkeit, auf das Schicksal positiv einzuwirken, können bei der Bewältigung von Krankheit oder anderen aktuellen Problemen hilfreich sein⁴³.

Theorie der positiven Emotionen/Selbstwerthypothese: Die Theorie der positiven Emotionen bzw. die Selbstwerthypothese geht davon aus, dass durch den Glauben ein gesundheitsförderndes positives Selbstkonzept entsteht. Das Gefühl des bedingungslosen Angenommensein durch einen fürsorglichen Gott und durch eine religiöse Gemeinschaft begünstigen, dass der Mensch sich als wertvoll und geliebt erlebt. In diesem Ansatz werden Parallelen zu der Bindungstheorie nach Bowlby⁴⁴ deutlich, nach der ein Kind, das in einer Beziehung sicher gebunden ist, eine stabile Ich-Identität und ein positives Selbstwertgefühl entwickelt.

Theorie der alternativen Werte: Die Theorie der alternativen Werte besagt, dass die Religion dem Menschen Möglichkeiten aufzeigen kann, wie er sich von den – teilweise destruktiv wirkenden – gesellschaftlichen Idealen wie Schönheit, Erfolg und Macht distanzieren

⁴¹ P.S. Richards, A.E. Bergin, A spiritual strategy for counseling and psychotherapy, Washington DC: American Psychological Association 1997.

⁴² V.R.A. Call, T.B. Heaton, Religious influence of marital stability, in: Journal of Scientific Study of Religion 36 (1997), S. 382-392.

⁴³ H. Koenig, H. Cohen, D. Blazer, C. Pieper, K. Meador, F. Shelp, V. Goli, B. DiPasquale, Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men, in: American Journal of Psychiatry 149 (1993), S. 1693-1700; J. Nooney, E. Woodrum, Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model, in: Journal of Scientific Study of Religion 41 (2002), S. 359-368; K.I. Pargament et al. 1990.

⁴⁴ J. Bowlby, Attachment and loss, New York: Basic Books 1969.

kann. Glaubensüberzeugungen helfen z.B., die überhöhte und u.U. gesundheitsschädigende Wertigkeit von Schönheit und Erfolg zu relativieren und auch Leid und Versagen positiv zu bewerten. Es werden alternative Ideale wie Altruismus, soziales Engagement oder „innere Werte“, wie z.B. Liebesfähigkeit, Demut oder Verzicht, betont.

Negative Beziehung zwischen Religion und psychischer Gesundheit

Eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse aus den 50er und 60er Jahren scheint nach Koenig und Larson⁴⁵ die negative klinische Erfahrung von Freud und Ellis empirisch zu untermauern. Studien aus dieser Zeit weisen auf einen Zusammenhang zwischen Religiosität und negativen Gefühlen oder Symptomen hin. So seien religiöse Studenten eher abhängig und angepasst⁴⁶, richteten ihren Ärger eher gegen sich selbst als nach außen⁴⁷, seien ängstlicher, litten unter einem größeren Arbeitsdruck und seien niedergeschlagen⁴⁸ als ihre weniger religiösen oder nicht-religiösen Kommilitonen. Entsprechend kommt Sanua⁴⁹ in seiner Zusammenschau der empirischen Daten zu dem Schluss, dass Religion das allgemeine Wohlbefinden, die Kreativität, die Ehrlichkeit und andere positive Eigenschaften nicht unterstütze. Allerdings darf man nicht die oben genannten methodischen Mängel dieser frühen Studien übersehen, die die Gültigkeit der gefundenen Ergebnisse stark einschränken.

Neue Studien, wie die von Strawbridge und Mitarbeitern⁵⁰, machen darauf aufmerksam, dass die Religiosität bei älteren Menschen zwar hilft, einige Stressoren wie finanzielle oder gesundheitliche Probleme zu verringern, aber bei anderen Stressoren, wie z.B. bei familiären Krisen, die empfundene Depression noch verstärkt. Auch

⁴⁵ H.G. Koenig, D.B. Larson 2001.

⁴⁶ R.M. Dreger, Some personality correlates of religious attitudes as determined by projective techniques, in: Psychological Monographs 66 (1952), S. 335.

⁴⁷ M.M. Bateman, J.S. Jensen, The effect of religious background on modes of handling anger, in: Journal of Social Psychology 47 (1958), S. 133-141.

⁴⁸ M. Rokeach, The open and the close mind, New York: Basic Books 1960.

⁴⁹ V.D. Sanua 1969, zitiert nach H.G. Koenig, D.B. Larson 2001.

⁵⁰ W.J. Strawbridge, S.J. Shema, R.D. Cohen, R.E. Roberts, G.A. Kaplan, Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others, in: Journal of Gerontology: Social Sciences 53 (1998), S. 118-126.

Sorenson, Grindstaff und Turner⁵¹ fanden eine positive Korrelation zwischen depressiver Symptomatik und religiöser Affiliation, Kirchengang und selbst eingeschätzter Religiosität bei minderjährigen, meist unverheirateten Müttern. Hier zeigten vor allem solche Mütter ausgeprägte Depressionen, die entweder von einem katholischen Hintergrund herkommen oder aus einer anderen konservativen Religionsgemeinschaft stammten und nach wie vor regelmäßig den Gottesdienst besuchten. Die höchsten Depressionswerte hatten jene, die unehelich mit einem Partner zusammenlebten, während sie weiterhin am Gemeindeleben teilnahmen.

Interessant an diesen Studien wäre sicherlich die – oft fehlende – Interpretation der Ergebnisse und ihre Einbettung in zugrunde liegende Modellannahmen und Wirkungszusammenhänge. Leider werden die Modellannahmen selten dargestellt, und die meist korrelativen Daten können die vermuteten Wirkzusammenhänge nicht aufklären. Neeleman und Lewis⁵² fanden z.B. in ihrer Querschnittsuntersuchung an orthopädischen und psychiatrischen Patienten, dass schizophrene und depressiv Erkrankte über deutlich mehr religiöse Erfahrungen berichteten als die orthopädischen Patienten. Ungeklärt bleibt hier die Frage, ob Religion eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen verursacht oder ob sich psychisch erkrankte Patienten lediglich häufiger der Religion zuwenden. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass religiöse Inhalte und Erfahrungen zum Krankheitsbild der Schizophrenie gehören können. Diese nur beispielhaft angerissenen methodischen und inhaltlichen Probleme machen deutlich, wie komplex zugrunde liegende Wirkzusammenhänge sein können und wie wenig bislang über sie bekannt ist (s.o.).

Studien, die ihre Ergebnisse in theoretisch begründete salutogenetische Modelle einbetten, sind im deutschen Sprachraum z.B. die von Dörr und Murken⁵³. So konzeptualisiert z.B. Murken Religiosität als Beziehungsprozess und berücksichtigt personale und soziale Ressourcen als intermittierende Variablen der psychischen Gesundheit. Er konnte zeigen, dass negative Gefühle gegenüber Gott in direktem

⁵¹ A.M. Sorenson, C.F. Grindstaff, R.J. Turner, Religious involvement among unmarried adolescent mothers: a source of emotional support, in: *Sociology of Religion* 56 (1995), S. 71-81.

⁵² J. Neeleman, G. Lewis, Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients, in: *International Journal of Social Psychiatry* 40 (1994), S. 124-134.

⁵³ A. Dörr 2001; S. Murken 1998a.

Zusammenhang mit psychischer Gesundheit stehen. Zwischen psychischer Gesundheit und positiv erlebter Gottesbeziehung konnten keine Zusammenhänge gefunden werden.

Theoretische Erklärungsansätze für die negative Beziehung zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit

Nicht nur die Einbettung von empirischen Daten in theoretische Modelle wurde bislang vernachlässigt, auch eine qualifizierte inhaltliche Diskussion über die negativen Aspekte der Religiosität fand nach Murken⁵⁴ im deutschen Sprachraum kaum statt. Die Auseinandersetzung beschränkte sich bislang vor allem auf den von Schaetzing⁵⁵ eingeführten Störungsbegriff der „ekklesiogenen Neurosen“ und die Diskussion um die Gefahren von „Sekten“ bzw. Neuen Religiösen Bewegungen (NRB). Allerdings wird diese Auseinandersetzung meist undifferenziert und polemisch geführt. Zu einer Versachlichung der Debatte trug die vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“ bei⁵⁶.

Wie bei der Erklärung von positiven Einflüssen der Religiosität stellt sich auch hier die Frage nach den Wirkzusammenhängen, die man für eine negative Funktion der Religiosität annehmen kann. Aus den im vorigen Abschnitt genannten sechs Theorien lassen sich nach Dörr⁵⁷ gleichzeitig auch negative Funktionen und Folgen von Religiosität ableiten. Diese sind im Einzelnen:

Sozialer Druck und soziale Ausgrenzung: Diese Hypothese bietet eine Erklärung für erlebte negative Konsequenzen der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppierung. Zum Beispiel kann die Anteilnahme, die Mitgliedern innerhalb religiöser Glaubensgemeinschaften entgegengebracht wird, zu einer Belastung werden, wenn sie als soziale Kontrolle und als Druckmittel zur Erzwingung einer „linien-treuen Konformität“ erlebt wird. Diese Hypothese kann auch die er-

⁵⁴ S. Murken 1998a.

⁵⁵ E. Schaetzing, Die ekklesiogenen Neurosen, in: *Neue Wege zum Menschen* 7 (1955), S 97-108.

⁵⁶ Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“ (Hrsg.), *Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen: Forschungsprojekte und Gutachten der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“*, Hamm: Hohen-eck 1998.

⁵⁷ A. Dörr 2001.

höhten Depressionswerte der unverheirateten Teenagermütter aus der Studie von Sorenson und Mitarbeitern⁵⁸ erklären, da diese durch ihre meist uneheliche Schwangerschaft gegen die Richtlinien der Lebensführung von konservativen christlichen Gruppen verstießen.

Zudem führt die Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppierung und damit verbundenes konsequentes religiöses Leben nicht selten zum „Anderssein“. In der Folge kann dieses „Anderssein“ zur Ausgrenzung durch die soziale Umgebung aber auch zu Intoleranz und Ablehnung von Andersdenkenden führen. Gerade für Kinder und Jugendliche, die ihren Platz unter Gleichaltrigen finden müssen, bringt das „Anderssein“ eine hohe Belastung mit sich.

Kognitive Rigidität: Die kognitive Struktur, die die Religion Menschen geben kann, kann zu einer kognitiven Rigidität werden, die alternative und zeitgemäße Denkansätze nicht zulässt. Das unreflektierte Festhalten an gelernten Glaubenssätzen unterstützt das Auftreten von irrationalen religiösen Annahmen (z.B. „Gott liebt mich nur, wenn ich perfekt bin“), die die Entstehung einer depressiven, zwanghaften oder Angststörung begünstigen können.

Strenge moralische Richtlinien: Moralische Richtlinien können zu einem Korsett werden, das sowohl das Ausleben von positiven Gefühlen, wie z.B. Vergnügen und Genuss, als auch von negativen Gefühlen, wie z.B. Aggressionen, verbietet. Langfristig unterstützt diese Haltung die Ausbildung von depressiven Störungen, da positive Ressourcen nicht genutzt oder vorhandene interpersonale Konflikte nicht ausgetragen werden dürfen. Zudem können zu hohe moralische Ansprüche dazu führen, dass ein Individuum diesen nicht gerecht werden kann und dadurch fortgesetzt unter dem Gefühl von Versagen und Überforderung leidet.

Glaube an die Allmacht Gottes: Der Glaube an einen souveränen, allmächtigen Gott, der in das Weltgeschehen und in das Schicksal eines jeden Einzelnen eingreift, kann dazu führen, dass das Individuum sich selbst als ohnmächtig und fremdbestimmt wahrnimmt. Dieses Lebensgefühl fördert eine passive Haltung hinsichtlich der eigenen Problembewältigungskompetenz und schränkt die eigenverantwortliche Lebensgestaltung und Entscheidungsfreiheit ein.

Negative Emotionen: Wie vielfach in der Literatur beschrieben⁵⁹, können durch Religion auch negative Gefühle ausgelöst werden.

⁵⁸ A.M. Sorenson et al. 1995.

⁵⁹ Vgl. z.B. T. Moser, Gottesvergiftung, Frankfurt: Suhrkamp 1980

Bestimmte Lehrinhalte können die Ausbildung von multiplen Ängsten unterstützen, wie Angst vor Sünde, vor Bestrafung durch Gott oder Angst vor Krankheiten, durch die Gott den Glauben prüfen will. Hinzu kommt möglicherweise eine fortgesetzter negative Selbstbeurteilung des tatsächlichen Verhaltens und Seins im Vergleich zum religiös vermittelten Selbstideal, was zu ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen führen kann.

Idealisierung der alternativen Werte: Eine unkritische Idealisierung der christlichen Tugenden kann zu einer lebensfeindlichen und selbstabwertenden Einstellung führen, die die Ausbildung von psychischen Störungen begünstigt. Dies gilt z.B. dann, wenn aufgrund des individuellen Wertesystems eigene Bedürfnisse nicht zugelassen werden können oder Leid einfach unreflektiert passiv ertragen wird.

Weitere mögliche kritische Aspekte von Religion und Religiosität finden sich bei Murken⁶⁰.

Zusammenfassung und Ausblick

Die dargelegten Befunde verdeutlichen, dass es auf die Frage „Ist Religion gut oder schlecht für die psychische Gesundheit?“ keine eindeutige Antwort gibt. Überblicksartikel referieren zwar eine Fülle von Studien mit einem leicht positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit, allerdings sind viele Studien mit methodischen Mängeln behaftet. So wird etwa Religion oft ein-dimensional gemessen, mögliche negative Effekte oder Dimensionen werden nicht mit abgefragt und oft sind auch die Stichproben bzw. die Maße psychischer Gesundheit kaum vergleichbar.

Ein weiteres Problem ist oft die weltanschauliche Voreingenommenheit der Forscher, die entweder a priori eine positive bzw. negative Wirksamkeit von Religion annehmen.

Trotz aller Mängel können einige Befunde als gesichert gelten:

- Epidemiologische Studien zeigen unterschiedliches Auftreten von *physischen* Erkrankungen im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu spezifischen Religionsgemeinschaften. Zur Erklärung wird ein komplexes Zusammenspiel aus religionsspezifischen Lebensweisen (Ernährung, Hygiene, Sexualität, usw.) in Verbindung mit

⁶⁰ S. Murken 1997

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.

- Relevant wurde die Frage nach *psychischer* Gesundheit und der Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft insbesondere in der sogenannten „Sekten“-Diskussion. „Sekten“ (besser *Neue Religiöse Bewegungen*) 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.
- Empirische Untersuchungen an eher unbelasteten Stichproben wie Studenten oder Analysen allgemeiner Bevölkerungsdaten finden in der Regel keinen oder nur einen leicht positiven, stabilisierenden gesundheitsfördernden Effekt von Religiosität.
- 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 mit Religiosität verbundenen Gedanken und Gefühle. So hat z.B. ein negatives Gottesbild mit entsprechenden Gefühlen eher ungünstige, ein positives Gottesbild eher günstige Effekte.
- 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 Erkrankungen wie z.B. Krebs sowie positive Auswirkungen auf die Verarbeitung von (Natur-)katastrophen oder die Verarbeitung des Todes eines eigenen Kindes. Auch die Regeneration und Überlebensrate nach schweren Operationen werden durch Religiosität günstig beeinflusst.
- Gut belegt ist auch die positive Bedeutung von Religiosität für ältere Menschen. Studien zeigen, dass Religiosität im Alter einher-

geht mit weniger Angst vor dem Sterben, geringerer Depression und besserer Anpasstheit an die Lebensumstände.

Zur Interpretation dieser Befunde ist es notwendig, sie mittels psychologischer Theorien und Modelle zu erklären und zu verstehen. Nur dann ist es möglich, die spezifischen Mechanismen und Wechselwirkungen aufzuklären.

Einen neueren Versuch in diese Richtung stellt eine Sonderausgabe der Zeitschrift „Psychological Inquiry“ zum Thema Religion und Psychologie dar. Experten aus dem religionspsychologischen Feld erörtern darin negative und positive Beiträge der Religion zu Gesundheit⁶¹ und mögliche Mechanismen, die diese Beiträge vermitteln⁶². Diese Gedanken werden von Forschern, die nicht auf dem Gebiet arbeiten, aufgegriffen und auf psychologische Theorien und Modelle hin diskutiert. So werden beispielsweise Verbindungen zu emotionstheoretischen Überlegungen⁶³, kulturellen Kontexten⁶⁴ oder der Theorie der Hoffnung⁶⁵ hergestellt. Ob und in welcher Weise die hier begonnene Diskussion fruchtbar ist, wird sich an der empirischen Anwendung und Überprüfung von Modellen und Theorien erweisen.

Auf die allgemeine Frage „Ist Religion gut für die psychische Gesundheit?“ mag es zwar eine korrelationsstatistische Antwort geben, der Erkenntniswert dieser Frage ist jedoch dem der Frage „Ist Regen gut für die Ernte?“ vergleichbar. Solange wir nicht wissen, wie der Boden beschaffen ist, was angebaut wird, in welchem Zeitraum

⁶¹ K.I. Pargament, The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 168-181.; J.J. Exline, Stumbling blocks on the religious road: fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 182-189.

⁶² L.K. George, C.G. Ellison, & D.B. Larson, Explaining the relationships between religious involvement and health, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 190-200.

⁶³ B.L. Fredrickson, How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients?, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 209-213.

⁶⁴ A.C. Snibbe, & H.R. Markus, The psychology of religion and the religion of psychology, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 229-234.

⁶⁵ C.R. Snyder, D.R. Sigmon & D.B. Feldman, Hope for the Sacred and vice versa: positive goal-directed thinking and religion, in: Psychological Inquiry 13 (3) (2002), S. 234-238.

der Regen fällt und welche weiteren Parameter wichtig sind (Sonneneinstrahlung, Lufttemperatur etc.) ist eine sinnvolle Aussage kaum möglich.

Gleichermaßen lassen sich die Wirkungen von Religiosität auf die Psyche nur dann adäquat verstehen und beurteilen, wenn eine Vielzahl relevanter Parameter berücksichtigt wird und diese in theoretisch begründete, psychologische Modelle integriert werden. Mit Exline⁶⁶ kann man fordern, dass dabei auch solche Aspekte berücksichtigt werden müssen, die bislang innerhalb der Religionspsychologie eher übersehen wurden: So sollte beispielsweise das Forschungsinteresse verstärkt auf spezifische religiöse Inhalte und Lehren gerichtet werden. Zudem gilt es ihrer Ansicht nach auch zu fragen, ob die Effekte von Religion auf physische und psychische Gesundheit nicht überbewertet werden und welche Rolle eventuell auch negative Emotionen für bessere Gesundheitsergebnisse spielen könnten. Nur eine solche differenzierte Betrachtung kann dazu führen, dass Zusammenhänge von Religion und Gesundheit und deren Relevanz erhellt werden.

Bibliographie der zitierten Werke:

- Allport, G.W., *The individual and his religion: a psychological interpretation*, New York: Macmillan 1950.
- Bateman, M.M. & Jensen, J.S., *The effect of religious background on modes of handling anger*, in: *Journal of Social Psychology* 47 (1958), S. 133-141.
- Batson, C.D., Schoenrade, P.A. & Ventis, W.L., *Religion and the individual. A social-psychological perspective*, Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press 1993.
- Bergin, A.E., *Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis*, in: *Professional Psychology: Research and Practice* 17 (1983), S. 170-184.
- Bergin, A.E., *Values and religious issues in psychotherapy and mental health*, in: *American Psychologist* 46 (1991), S. 394-403.
- Bowlby, J., *Attachment and loss*, New York: Basic Books 1969.
- Bowling, A., Pargament, K.I., Tarakeshwar, N. & Swank, A.B., *Religion in the home in the 1980s and 1990s: a meta-analytic review and conceptual*

⁶⁶ J.J. Exline, *The picture is getting clearer, but is the scope too Limited? Three overlooked questions in the psychology of religion*, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 245-247.

- analysis of links between religion, marriage, and parenting*, in: *Journal of Family Psychology* 15 (2001), S. 559-596.
- Buggle, F., *Warum gibt es (fast) keine deutsche empirische Religionspsychologie?*, in: *Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.*, Nr. 73, 1991.
- Call, V.R.A. & Heaton, T.B., *Religious influence of marital stability*, in: *Journal of Scientific Study of Religion* 36 (1997), S. 382-392.
- Demling, J.H., Wörthmüller, M. & O'Connolly, T.A., *Psychotherapie und Religion*, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51 (2001), S. 76-82.
- Deutscher Bundestag, *Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“* (Hrsg.), *Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen: Forschungsprojekte und Gutachten der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“*, Hamm: Hoheneck 1998.
- Dörr, A., *Religiosität und Depression: Eine empirisch-psychologische Untersuchung*, Weinheim: Deutscher Studien Verlag 1987.
- Dörr, A., *Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Dr. Kovac 2001.
- Dreger, R.M., *Some personality correlates of religious attitudes as determined by projective techniques*, in: *Psychological Monographs* 66 (1952), S. 335.
- Ellis, A., *The case against religiosity*, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy 1983.
- Ellis, A., *My current views on rational-emotive therapy (RET) and religiosity*, in: *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy* 10 (1992), S. 37-40.
- Exline, J.J., *The picture is getting clearer, but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion*, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 245-247.
- Exline, J.J., *Stumbling blocks on the religious road: fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe*, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 182-189.
- Fredrickson, B.L., *How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients?*, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 209-213.
- Freud, S., *Zwangshandlungen und Religionsübungen*, in: *ders., Studienausgabe*, Bd. 7, Frankfurt a.M.: Fischer 1982, S. 11-21 [EA 1907].
- Freud, S., *Die Zukunft einer Illusion*, in: *ders., Studienausgabe*, Bd. 9, Frankfurt a. M.: Fischer 1982, S. 135-189 [EA 1927].
- 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.
- George, L.K., Ellison, C.G. & Larson, D.B., *Explaining the relationships between religious involvement and health*, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 190-200.

- Glock, Ch. Y., Über die Dimensionen der Religiosität, in: Matthes, J. (Hrsg.), Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie II, Reinbek: Rowohlt 1969, S. 150-168.
- Grom, B., Religionspsychologie, München: Kösel 1992.
- Grom, B., Wie froh macht die Frohbotschaft? Religiosität, subjektives Wohlbefinden und psychische Gesundheit, in: Wege zum Menschen 54 (2002), S. 196-204.
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S., Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies, in: Journal of Scientific Study of Religion 42 (2003), S. 43-55.
- Hoheisel, K. & Klimkeit, H.-J. (Hrsg.), Heil und Heilung in den Religionen, Wiesbaden: Harrassowitz 1995.
- Huber, S., Dimensionen der Religiosität: Skalen, Messmodelle und Ergebnisse einer empirisch orientierten Religionspsychologie, Bern u. Göttingen: Huber 1996.
- Huber, S., Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität, Opladen: Leske + Budrich 2003.
- Idler, E.L. & Kasl, S.V., Religion among disabled and nondisabled elderly persons: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being, in: Journal of Gerontology 52B (1997), S. 300-305.
- Jung, C.G., Psychologie und Religion, München: dtv. 1991 [EA 1932].
- Koenig, H., Cohen, H., Blazer, D., Pieper, C., Meador, K., Shelp, F., Goli, V. & DiPasquale, B., Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men, in: American Journal of Psychiatry 149 (1992), S. 1693-1700.
- Koenig, H.G. & Larson, D.B., Religion and mental health: evidence for an association, in: International Review of Psychiatry, 13 (2001), S. 67-78.
- Koenig, H.G., Research on religion and aging. An annotated bibliography, Westpoint, CT: Greenwood Press 1995.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. & Larson S.S., Religion and coping with serious medical illness, in: The Annals of Pharmacotherapy 35 (2001), S. 352-359.
- Koenig, H.G., McCullough M.E. & Larson, D.B., Handbook of religion and health: a century of research reviewed, New York: Oxford University Press 2001.
- Kopp, E., Sonntagsblatt-Umfrage „Was glauben die Deutschen?“, in: Sonntagsblatt 25 (1997), S. 3-6.
- Levin, J.S. & Chatters, L.M., Research on religion and mental health: an overview of empirical findings and theoretical issues, in: Koenig, H.G. (Hrsg.), Handbook of religion and mental health, San Diego, CA: Academic Press 1998, S. 33-50.
- Levin, J.S. & Vanderpool, H.J., Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, in: Social Science and Medicine 24 (1987), S. 589-600.
- Levin, J.S., Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal?, in: Social Science and Medicine 38 (1994), 1475-1482.

- Moser, T., Gottesvergiftung, Frankfurt: Suhrkamp 1980.
- Murken, S., Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie?, in: Frick, T., Klinkhammer, G.M. & Rink, S. (Hrsg.), Kritik an Religionen?, Marburg: Diagonal 1997, S. 157-172.
- Murken, S., Gottesbeziehung und seelische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung, Münster u New York: Waxmann 1998a.
- Murken, S., Soziale und psychische Auswirkungen der Mitgliedschaft in neuen religiösen Bewegungen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Integration und psychischen Gesundheit, in: Deutscher Bundestag, Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“ (Hrsg.), Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen: Forschungsprojekte und Gutachten der Enquete-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“, Hamm: Hoheneck 1998b, S. 297-354.
- Murken, S., Die John Templeton Foundation, in: EZW Materialdienst 62 (1999), S. 313-315.
- Murken, S., Religionspsychologie in Deutschland: eine Bestandsaufnahme, in: Wege zum Menschen 54 (2002), S. 185-196.
- Neeleman, J. & Lewis, G., Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients, in: International Journal of Social Psychiatry 40 (1994), S. 124-134.
- Nooney, J. & Woodrum, E., Religious coping and church-based social support as predictors of mental health outcomes: testing a conceptual model, in: Journal of Scientific Study of Religion 41 (2002), S. 359-368.
- Pargament, K.I., The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness, in: Psychological Inquiry, 13 (3) (2002), S. 168-181.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, H., Olsen H., Reilly, B., Van Haitsma, K. & Warren, R., God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes of significant negative life events, in: American Journal of Community Psychology 18 (1990), S. 793-824.
- 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.
- Prohl, I., Krankheit/Gesundheit, in: Auffahrt, C., Bernard, J. & Mohr, H. (Hrsg.), Metzler Lexikon Religion, Band 2, Stuttgart: Metzler 1999, S. 246-252.
- Richards, P.S. & Bergin, A.E., A spiritual strategy for counseling and psychotherapy, Washington DC: American Psychological Association 1997.
- Röhrle, B., Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Weinheim: Psychologie Verlags Union 1994.
- Rokeach, M., The open and the close mind, New York: Basic Books 1960.
- Schaetzing, E., Die ekklesiogenen Neurosen, in: Neue Wege zum Menschen 7 (1955), S. 97-108.

- Schmitz, E. (Hrsg.), *Religionspsychologie: Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes*, Göttingen u. Bern: Hogrefe 1992.
- Snibbe, A.C. & Markus, H.R., The psychology of religion and the religion of psychology, in: *Psychological Inquiry* 13 (3) (2002), S. 229-234.
- Snyder, C.R., Sigmon, D.R. & Feldman, D.B., Hope for the sacred and vice versa: positive goal-directed thinking and religion, in: *Psychological Inquiry*, 13 (3) (2002), S. 234-238.
- Sorenson, A.M., Grindstaff, C.F. & Turner, R.J., Religious involvement among unmarried adolescent mothers: a source of emotional support, in: *Sociology of Religion* 56 (1995), S. 71-81.
- Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Cohen, R.D., Roberts, R.E. & Kaplan, G.A., Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others, in: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53 (1998), S. 118-126.
- Utsch, M., *Religionspsychologie: Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*, Stuttgart: Kohlhammer 1998.
- Ventis, W.L., The relationship between religion and mental health, in: *Journal of Social Issues* 51 (1995), S. 33-48.
- Zwingmann, C., *Religiosität und Lebenszufriedenheit: Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*, Regensburg: S. Roderer Verlag 1991.

3. Methoden der Religionspsychologie

Einleitung

Wer religionspsychologische Fragen beantworten will, muss dazu geeignete Methoden zur Hand haben. Diese Methoden müssen sorgfältig ausgewählt werden, und zwar in Abhängigkeit von der Fragestellung bzw. dem Erkenntnisinteresse. Es kommt zudem darauf an, was der zu untersuchende Gegenstand ist: Sind dies Texte, so wird der Forscher eher einen hermeneutischen Zugang wählen. Bei der Untersuchung von Personen dagegen muss unterschieden werden, welche Fragen im Zentrum stehen:

Geht es darum, Regelmäßigkeiten mit überindividueller Gültigkeit zu erforschen, z.B. den Unterschied in der Religiosität von Männern und Frauen, so ist ein nomothetischer Ansatz sicher hilfreich. An eine größere Anzahl von Personen (Stichprobe) werden Fragen gestellt, deren durch Auswertung errechnete Mittelwert mit der mittleren Ausprägung in einer entsprechenden Vergleichsgruppe verglichen wird. Steht die psychische Dynamik einzelner Personen oder von einzelnen Personengruppen im Mittelpunkt des Interesses, so ist das „offene“ Interview oder die Beobachtung in sog. „natürlichen Situationen“ (wie etwa die teilnehmende Beobachtung) sicher das geeignete Forschungsinstrument.

Die Spannung zwischen einem nomothetischen Ansatz, der allgemeingültige „Gesetze“ und Regeln aufstellen bzw. entdecken möchte auf der einen Seite und dem ideographischen, verstehenden, am Individuum orientierten Ansatz auf der anderen Seite durchzieht alle Humanwissenschaften. Während sich die Psychologie im Laufe ihrer Entwicklung immer mehr in die nomothetische, naturwissenschaftliche Richtung entwickelt hat, haben sich innerhalb der empirisch orientierten Geisteswissenschaften insbesondere ideographische Methoden bewährt, die ständig verfeinert wurden. Es ist unsere Überzeugung, dass sich die empirische Religionspsychologie methodisch in beiden Richtungen verankern sollte. Aus diesem Grund finden Sie in diesem Kapitel sowohl eine Einführung in quantitative als auch in qualitative Methoden. Beide Abschnitte sollen dazu beitragen, die Bandbreite möglicher Forschungsstrategien zu erkennen und vielleicht selbst einmal zu erproben.