

MACHT RELIGION GESUND? ERKENNTNISSE DER EMPIRISCHEN RELIGIONSPSYCHOLOGIE

Johannes Panhofer

Sveučilište u Innsbrucku
Institut za praktičnu teologiju
johannes.panhofer@uibk.ac.at.

<https://doi.org/10.34075/cs.56.3.2>
Pregledni znanstveni rad
Rad zaprimljen 7/2021.

HINFÜHRUNG

An der Frage, ob Religion bzw. Spiritualität für den Menschen eine Quelle für psychische Gesundheit und persönliches Wohlbefinden darstellen oder eher ein Hindernis bedeuten, scheiden sich von jeher die Geister. Ob Religion Selbst-Fürsorge unterstützt oder eher ein Risiko darstellt, ist höchst umstritten. Die Diskussion über die schädliche oder heilsame Wirkung von Religion ist oft spekulativ, ja ideologisch aufgeladen und wird von verschiedenen Gruppen auch instrumentalisiert. Oft bestimmen einseitige, individuelle Erfahrungen die Auseinandersetzung. Offensichtlich gibt es neben dem befreienden, heilsamen Erleben auch tatsächlich einengende und krankmachende Wirkungen von Religiosität. Was stimmt nun? Wer hat Recht? Lässt sich dazu etwas „Objektives“ sagen?

Der vorliegende Beitrag *möchte* – abseits persönlicher Wünsche und spekulativer Rede – die Diskussion auf empirische, d.h. überprüfbare Füße stellen. Die inzwischen vorliegenden umfangreichen Studien zum Zusammenhang von Religiosität und psychischer Gesundheit bilden eine gute Basis für evidenzbasierte Erkenntnisse. Darin wird einerseits die heilsame Kraft von Religion und Spiritualität neu entdeckt, andererseits braucht es weiterhin Wachsamkeit gegenüber den Gefährdungen. In jedem Fall bedarf es bestimmter Kriterien, damit Religion ihre heilsame Kraft entfalten kann.

Das Thema dieses Beitrags steht in einem direkten Zusammenhang mit jenem des Symposiums. Selbstfürsorge, Selbstsorge, Selbstpflege – wie immer man den Begriff Self-care ins Deutsche *übersetzt* – haben zum Ziel, das eigene körperliche, psychische und mentale Wohlbefinden zu stärken oder – wenn es beeinträchtigt oder verloren gegangen ist – es wieder her zustellen. Man könnte auch sagen: Es geht um Gesundheit im körperlichen, psychischen und geistigen Sinn.

Mit Hilfe des folgenden Textbeispiels *möchte ich zeigen, welchen Aspekt ich ihm Zusammenhang von Religion, seelischer Gesundheit und Self-care besonders hervorheben möchte: den Zusammenhang von Selbstwahrnehmung und Selbstliebe.*

Der zu Konzilszeiten bekannte Psychoanalytiker und überzeugte Katholik Görres schreibt Anfang der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts im von Karl Rahner herausgegebenen Handbuch der Praktischen Theologie einen aufsehen erregenden Beitrag über die (möglichen) pathologischen Auswirkungen des Christentums. Er diagnostiziert für Christen im katholizistischen Milieu¹ eine mangelnde Selbsterkenntnis und die Tabuisierung unterdrückter Wahrnehmung innerer Regungen: „Es kommt zu einer ängstlichen Abwehr gegen feinere seelische Spontanregungen. Im unheimlichen Bereich unkontrollierter Wahrnehmungen, irrationaler Gefühle, freier Intuitionen, Phantasien und Assoziationen steckt der gefährliche Keim der Willkür und Auflehnung, des Zweifels, der eigenwilligen Perspektiven, der grüblerischen Probleme und unkonformistischen Ideen, zudem wittert man dort die stets rebellische Sinnlichkeit.“ Katholiken würden sich gegenüber einer unbefangenen Selbstwahrnehmung starr und ängstlich verhalten und verweigern die Wahrnehmung von ungewünschten Regungen wie Feindseligkeit, Neid oder Unbehagen gegenüber einem als ungerecht erlebten Gott. „Sie wollen und dürfen nicht wissen, was wirklich in ihnen vorgeht. ... (Aber) Jede Selbstentfremdung, jede Kontaktabwehr nach innen stören auch den mitmenschlichen Kontakt.“²

Auf diese – zugegeben sehr zugespitzt formulierte - Wahrnehmungsverzerrung will ich abschließend nochmals zurückkommen, weil sie mir als eine entscheidende Brücke zwischen dem Thema der Selbst-Fürsorge und den Ergebnissen der empirischen Religionspsychologie erscheint.

Ich beginne mit einigen Hinweisen zur Geschichte der empirischen Religionspsychologie, weil sie in der Sache, inhaltlich – nicht historisch – interessant sind (1). Sodann folgt ein kurzer Überblick über klassische Felder der empirischen Forschung (2), gefolgt von ausgewählten Themen zum Zusammenhang von Religion und

¹ Mit dem Begriff „katholizistisches Milieu“ meint Görres die übertriebene, einseitige und zugespitzte Repräsentanz der römisch-katholischen Weltanschauung und Wertvorstellung in der Wahrnehmungswelt der Gläubigen zulasten einer individuellen Gefühlswelt, die diesen Werten entgegensteht.

² Albert Görres, Pathologie des katholischen Christentums: K. Rahner – F.X. Arnold (Hg.), Handbuch der Pastoraltheologie. Praktische Theologie der Kirche in ihrer Gegenwart, II/1, München 1966), 277-343, 304.

Gesundheit (3). Abschließend führe ich die Ergebnisse der Forschung über gesundmachende Aspekte der Religion mit dem Thema der Selbst-Fürsorge zusammen (4).

1. BLITZLICHTER AUS DER GESCHICHTE DER EMPIRISCHEN RELIGIONSFORSCHUNG

Für die folgende Darstellung einiger Ergebnisse der empirischen Religionspsychologie ist zunächst festzuhalten, dass in diesem Beitrag tatsächlich nur ein kleiner Einblick in den komplexen und weitverzweigten Themenbereich gegeben werden kann. Mit der zitierten Literatur können einzelne Aspekte weiter vertieft werden.

Zunächst: Im Selbstverständnis vieler Religionen werden religiöses Heil und physische bzw. psychische Heilung/Gesundheit wie selbstverständlich als Paar im Gleichklang gedacht. Im professionellen Gesundheitsbereich, v.a. im psychiatrisch-psychotherapeutischen Verständnis trifft man jedoch traditionell eher Skepsis an. Und tatsächlich sind die ersten Studien *über* den Zusammenhang von Religiosität und (psychischer) Gesundheit in den Ergebnissen widersprechend. Studien bis Ende der 60er Jahre belegen entweder unklare oder verstärkende Zusammenhänge zwischen *Ängstlichkeit, Dependenzneigung, Depressivität sowie Autoritarismus und Vorurteils-Neigung*.³ Erst seit den 80er Jahren lassen sich schwache positive Effekt von Religiosität für die psychische und physische Gesundheit feststellen, wie z.B. bessere psychische Gesundheit, weniger Stress, höhere Lebenszufriedenheit, geringere Depressivität, größerer Zufriedenheit in Ehe und Familie und ein *längeres* Leben. Wie passt das zusammen und wie ist das zu erklären?

Drei für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Aspekte möchte ich hervorheben. Zunächst ein Blick auf die Forschungslage: Wirklich umfangreiche Studien zum Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit liegen lange Zeit nur aus den USA vor. Man muss sich bei der Interpretation dieser Ergebnisse jedoch vor Augen halten, dass dort Religion sehr anders als in Europa konnotiert ist und eine wesentlich höhere gesellschaftliche, wie auch individuelle Bedeutung erfährt. So glauben 95% der US-Amerikaner fest an Gott oder an ein höheres Wesen, 66% gehören einer religiösen Gemeinschaft an, 44% besuchen wenigstens einmal wöchentlich einen Got-

³ Constantin Klein, Cornelia Albani, Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis, in: *Psychiat Prax* 2007; 34: e2-e12, e4.

tesdienst.⁴ Zum Vergleich: In Deutschland liegt der wöchentliche Kirchgang in der katholischen Kirche bei 15%, in der evangelischen Kirche lediglich bei 4%. 55% der Amerikaner beurteilen Religion als sehr wichtig“ in ihrem Leben, dem gegenüber nur 20% der Deutschen. Europa ist in Sachen verminderter Religiosität – im weltweiten Vergleich – ein Sonderfall, wobei ehemals sozialistische Regionen wie die DDR nochmals Extremwerte aufweisen: 54% der Ostdeutschen lehnen jegliche Gottesvorstellung ab, ein weltweit (!) einzigartiger Wert. Diese unterschiedliche gesellschaftliche Situation muss bei den in den USA ermittelten Befunden mitbedacht werden.

Aufschlussreich ist in unserem Zusammenhang nun folgende Dimension: Wir treffen in Europa, freilich national und regional nochmals sehr unterschiedlich, eine wesentlich religionskritischere Grundstimmung an. Diese hat viele Ursachen, die hier nicht weiter verfolgt werden können. Die Aufklärung, allen voran Marx, Feuerbach und Freud, hat wohl ganze und nachhaltige „Arbeit geleistet“. Religion ist für viele eine unreife, kindliche Lebensform, oder - wie Freud es genannt hat - eine „kollektive Zwangsneurose“ bzw. eine Illusion, nämlich der regressive Wunsch nach dem Schutz eines übermächtigen Vaters“.⁵

Ein zweiter wichtiger Aspekt sollte für die Weiterentwicklung der Religionsforschung eine entscheidend weiterführende Erkenntnis bringen. Es war der amerikanische Vorurteilsforscher Allport, der den immer wiederkehrenden widersprüchlichen Ergebnissen nachging und als Ursache dafür unterschiedliche Formen und Qualitäten von Religiosität bei den untersuchten Personen entdeckte.⁶ Je nach Typ der Religiosität komme man zu unterschiedlichen Ergebnissen. Er differenzierte erstmals zwischen der uns heute weithin bekannten intrinsischen und extrinsischen Religiosität. *Während intrinsische Religiosität aus einer inneren Überzeugung, einer vertrauensvollen Gottesbeziehung um ihrer selbst willen motiviert ist, ist die extrinsische eher durch einen anerzogenen, wenig reflektierten Glauben und von einer schwachen persönlichen Gottesbeziehung geprägt, die auch stärker mit Benefits, wie z.B. „sozialem Prestige“, rechnet. Religion wird eher in der Haltung einer „letzten Versicherung“ gelebt. Diese Unterscheidung nach Typen von Religiosität hat die weitere Forschungsgeschichte entscheidend geprägt und zur weite-*

⁴ Vgl. Constantin Klein, Cornelia Albani, Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis, in: *Psychiat Prax* 2007; 34: e2-e12, e3.

⁵ Bernhard Grom, *Religionspsychologie*, München ³2007, 38-48.

⁶ Bernhard Grom, *Religionspsychologie*, München ³2007, 23-26.

ren Ausdifferenzierung der Formen und Qualitäten von Religiosität beigetragen. Während man bei frühen Studien oft zählbare Kriterien wie Häufigkeit des Kirchgangs, des Gebets, der Gruppentreffen usw. heranzog, versuchte man nunmehr die innere Qualität des Glaubens zu bestimmen. Seither lassen sich die Effekte bestimmter Religiositätsformen eindeutiger und treffender untersuchen. Es entstanden vielfältige, mehrdimensionale Entwürfe und Sichtweisen von Religiosität, die an dieser Stelle allerdings nicht näher beschrieben werden können.⁷

Und schließlich lieferte ein drittes Geschehen eine bedeutsame Wendung der Sichtweise. Der alte, klassische Blick, der stark von der Psychoanalyse her geprägt war, hatte immer nur krankmachende Faktoren thematisiert. Wie sollte das auch anders sein können: Wenn man nur kranke Menschen (Zwanghafte, Depressive, Schizophrene usw.) untersucht, findet man die krankmachenden Faktoren von Religion.

Die entscheidende Wende erfolgte, als Forscher die Fragerichtung änderten und nicht mehr (nur) danach fragten, was Menschen krank macht, sondern was Menschen gesund erhält bzw. wieder gesund werden lässt. Gerade im Zusammenhang mit Stress und einem erhöhten Erkrankungsrisiko musste eine Antwort auf die Frage gefunden werden: Warum bleiben die einen Menschen trotz großer Belastung gesund und funktionstüchtig, ja führen bei deren Bewältigung sogar zu Reifungsprozessen und warum brechen andere unter diesen Belastungen zusammen? Plötzlich wurde Religiosität als Kraft spendende und heilsame Ressource entdeckt. In der Forschungsgeschichte änderte sich der Blick von der defizitorientierten, pathologisierenden Sichtweise hin zu einer entwicklungs- und gesundheitsfördernden (Salutogenese).

Mit dieser positiven Perspektive setzte nun nach einer langen Phase der Vernachlässigung Anfang der 1990er Jahre auch in Europa eine (erneute) Beschäftigung mit dem Bereich Religionspsychologie gibt. Länder wie Belgien, Niederlande oder Schweiz gingen aktiv voran, der deutschsprachige Bereich folgte verzögert. Das Interesse an Religiosität als Ressource ging zunächst auch stärker von den TheologInnen aus, hat aber seit etwa 20 Jahren auch die klinischen PsychologInnen erreicht.

⁷ Bernhard Grom, *Religionspsychologie*, München ³2007, 26-28.

2. EXEMPLARISCHE FELDER DER EMPIRISCHEN RELIGIONSPSYCHOLOGIE

2.1. Entwicklungspsychologie und religiöse Kognitionen⁸

Zum Thema der religiösen Entwicklung kann man sich inmitten der Leserschaft *pädagogischer* ExpertInnen kurz fassen: Die Theorien der Piaget-Tradition und entwicklungspsychologische Untersuchungen zu religiösen Kognitionen bildeten bereits einen frühen Schwerpunkt der empirischen Religionspsychologie und sind grundlegend für die Religionspädagogik. Als bekannte Klassiker sind hier die Modelle Fowlers und Osers zu nennen.⁹ Der Religionsunterricht aus der Perspektive der Theologie war ein bevorzugtes Gebiet empirischer Forschung und wurde v.a. von TheologInnen geprägt.

2.2. Konversion und Dekonversion im Kontext fundamentalistischer Gemeinschaften

Anders sieht das bei der empirischen Forschung lebensgeschichtlicher Wenden in religiösen Biographien aus: das Feld der Konversion gehört seit Beginn an bis heute zu den Klassikern der Religionspsychologie (z. B. W. James). In Deutschland beschäftigt sich die Bad Kreuznacher Arbeitsgruppe Religionspsychologie damit.¹⁰

2.3. Religiosität, Vorurteilsneigung und Xenophobie

Zu den Klassikern der Religionspsychologie gehört ebenso der Zusammenhang zwischen religiöser Überzeugung und Vorurteilen bzw. Fremdenfeindlichkeit. Der empirische Befund bestätigt bedauerlicher Weise, „dass eine allgemein höhere Religiosität mit vermehrter

Fremdenfeindlichkeit, antisemitischen Tendenzen, Homophobie und der Abwertung religiös und politisch Andersdenkender ein-

⁸ Zu den hier vorgestellten exemplarischen Teilthemen siehe: Constantin Klein - Heinz Streib, Religionspsychologie im deutschsprachigen Raum. Ein Überblick, in: *Praktische Theologie* 46. Jg. (2011) , Heft 4, 197-203.

⁹ Fritz Oser, *Wieviel Religion braucht der Mensch? Erziehung und Entwicklung zur religiösen Autonomie*, Gütersloh ³1993. Friedrich Schweitzer, *Lebensgeschichte und Religion. Religiöse Entwicklung und Erziehung im Kindes- und Jugendalter*, Gütersloh ⁷2010.

¹⁰ Vgl. Sussan Namini, *Selbst gewählte Mitgliedschaft in Neuen Religiösen Bewegungen – eine Frage der Passung? Empirische Befunde und kritische Überlegungen*, Marburg 2009.

her geht“¹¹. Nicht bei der Gruppe der „Hochreligiösen“, jedoch bei jener, die sich als ‚eher Religiös‘ einstufen, spielen Homophobie, die Abwertung von Frauen und rassistische Einstellungen eine bedenkliche Rolle. Mit anderen Worten: Eine oberflächliche Religiosität scheint vorurteilsbelasteter als eine verinnerlichte Religiosität. Dieser Befund ruft die Bedeutung der von Allport eingeführten Unterscheidung verschiedener Formen von Religiosität in Erinnerung. Die Unterschiede sind gerade in den letzten Jahren der großen Migrationsbewegungen sehr augenfällig geworden, wenn bestimmte religiöse Gruppe gegen Migranten auftreten. Dagegen kann die Auseinandersetzung mit dem Fremden und der Andersartigen z.B. für *Hochreligiöse* sogar als kreative Herausforderung und hoher Wert erfahren werden.

3. RELIGIOSITÄT UND GESUNDHEIT

Schon die oben genannten Bereiche enthalten jeweils Dimensionen, die die (psychische) Gesundheit betreffen: eine gesunde Entwicklung, heilsame kognitive Gottesbilder, Unterscheidungen zwischen einem skrupelhaften, eingebildeten oder realen Gefühlen von Schuld, usw. ...

Das komplexe Forschungsgebiet des Zusammenhangs von Religiosität und psychischer sowie körperlicher Gesundheit kann in folgende vier Teilbereiche unterteilt werden:¹² Zunächst ist Religion ein Faktor für *Salutogenese und Resilienz*. Hier fungiert der Glaube als psychische Widerstandskraft gegen Stress und stärkt das „see-lische Immunsystem“. Eine zweite Dimension wird mit Hilfe der *Bindungstheorie* erklärt: Frühe Bindungsmuster (und innere Verpflichtungen) werden auf religiöse Figuren übertragen: Das Gefühl des Angenommenseins ebenso wie Trost und Halt. Als drittes wurde in der sogenannten *Bewältigungsforschung* die stärkende, aufrichtende Kraft der Religion entdeckt. Kognitive Bewertungen und individuelle Bewältigungsstrategien sind entscheidende Parameter. Und schließlich das große Feld der *Meditationsforschung*. Die Wirkung von Meditation und Gebet zeigt positive Ergebnisse bei chronischen

¹¹ Constantin Klein - Heinz Streib, Religionspsychologie im deutschsprachigen Raum. Ein Überblick, in: *Praktische Theologie* 46. Jg. (2011), Heft 4, 197-203, 200.

¹² Vgl. zu einem grundlegenden Überblick: Harald George Koenig - Micheal E. McCullough - David B. Larson, *Handbook of Religion and Health*, New York 2001.

Schmerzen und Ängsten, Depressionen, Borderline-Störungen, Drogenrehabilitation u.ä.

Einige Blitzlichter aus religionspsychologischen Studien: Benson stellt in einer medizinischen Studie an der Harvard Universität fest, dass wiederholtes Gebet und Meditation deutliche Entspannung bewirken.¹³ Dies wirkt sich *günstig bei der Behandlung von Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, chronischen Schmerzen, leichten bis mittleren Depressionen und anderen Erkrankungen* aus.

Dabei gibt es durchaus unterschiedliche, nämlich drei Weisen in der Gebetshaltung, die zwischen passiver Erwartung und magischem Optimismus pendeln.¹⁴ Zunächst der *Self-directing style*, der auf eigenverantwortliche Problemlösung besteht nach dem Motto: „Wenn ich in Schwierigkeiten bin entscheide ich selbst, was es bedeutet – ohne Hilfe von Gott“. Dann der *Deferring Style*, der meint, Gott wird schon (dafür) sorgen und wenig Eigenbeteiligung nach sich zieht. Motto: „Ich denke nicht über Lösungen zu meinem Problem, nach weil Gott für die Lösung sorgen wird.“ Und schließlich der *Collaborative style*: Ich sehe mich eigenverantwortlich, aber im Dialog mit Gott und mit seiner Hilfe: „Der Herr wirkt mit mir, um mir zu helfen, mehrere verschiedene Arten zu überlegen, wie ein Problem gelöst werden kann.“ Letzterer ist der hilfreichste.

In weiteren Studien mit ähnlich lautenden Fragestellungen werden die Ergebnisse bestätigt und weiter differenziert. So etwa von Matthews: Patienten sind durch Glauben und Gebet nach Operationen weniger lang bettlägrig, benötigen weniger Schmerzmittel und ihr Blutdruck sinkt schneller.¹⁵

Einen besonderen Stellenwert nimmt die sogenannte *Nonnen-Studie* von Snowdon ein. Eine solche einmalig durchgeführte *Längsschnittstudie mit 678 franziskanischen Nonnen* aus den USA vergleicht den Gesundheitszustand der Nonnen mit ihren jeweiligen Glaubensstilen.¹⁶ Dieser Vergleich basiert auf Lebensbeschreibungen, beginnend vor dem Gelübde der damaligen Novizen (1931-1943) bis ins hohe Alter der Schwestern. Diese stimmen aus freien

¹³ Herbert Benson, Heilung durch Glauben. Selbstheilung in der neuen Medizin, München 1997.

¹⁴ Kenneth I. Pargament u.a., Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104. Bernhard Grom, Religionspsychologie, München ³2007, 83-84.

¹⁵ Dale A. Matthews, Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin, Freiburg 2000.

¹⁶ David Snowdon, Lieber alt und gesund. Dem Altern seinen Schrecken nehmen, München 2001.

Stücken den wiederkehrenden *körperlichen* und psychologischen Untersuchungen zu. Eine inhaltsanalytische Auswertung der autobiographischen Texte ergab erhebliche Unterschiede hinsichtlich des emotionalen Ausdruck und des Wohlbefindens. Das Ergebnis: Je stärker positive Emotionen wie Dankbarkeit, Schutz, Freude, Gelassenheit vorkamen desto besser war der Gesundheitszustand.

Auch die sogenannte *Hamburger Gottesbild-Studie* von Schwab&Petersen,¹⁷ in der 115 Frauen und 91 Männer hinsichtlich des Zusammenhangs von Gottesbild und Lebenszufriedenheit/ Gesundheit untersucht wurden, ergab folgendes Bild: Je engagierter die TeilnehmerInnen in religiöser Hinsicht waren, umso geringere neurotische Züge wiesen sie auf. Menschen, die Gott als liebevoll und hilfreich erachten, spüren weniger Einsamkeit und höhere Zufriedenheit. Wenig überraschend: Das Bild eines strafenden Richters *führt zum Gegenteil*, zu Einsamkeit und Unzufriedenheit.

Es können hier nicht Tausenden von Studien referiert werden. Dies hat aber bereits Koenig mit KollegInnen *übernommen*, indem er ca. 1200 Studien ausgewertet hat.¹⁸ Die Ergebnisse verdichten sich: Religiosität geht mit weniger Bluthochdruck, weniger Substanzmissbrauch, weniger Herzerkrankungen, geringerer Suizidalität, wirksameren Bewältigungsstrategien und mehr Wohlbefinden/ Lebenszufriedenheit einher. Religiosität geht parallel mit besserer psychischer Gesundheit, mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit und Selbstaktualisierung, geringerer Depressivität, größerer Zufriedenheit in Partnerschaften und mit längerem Leben.

Es gibt inzwischen auch recht gute Studien darüber, wie sich Religiosität in bestimmten Krankheitsbildern auswirkt, z.B. bei Depression, Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Angststörungen, Zwangsstörungen. Stellvertretend für viele andere sei hier die Arbeit von Human-Friedrich Unterrainer erwähnt, der die Bedeutung von Religiosität für depressive und an Sucht erkrankte Menschen erforschte.¹⁹

Nach all den positiven Hinweisen entsteht freilich die Frage, wie und wodurch Religiosität wirkt. Dabei werden immer wieder

¹⁷ Reinhold Schwab – Kay U. Petersen, (1990). Religiousness: Its relation to loneliness, neuroticism and subjective well-being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(3), 335–345.

¹⁸ Harald G. Koenig / Micheal E. McCullough / David B. Larson, *Handbook of Religion and Health*, New York 2001. Harald G. Koenig, *Is Religion good for Your Health?. The Effects of Religion on Physical and Mental Health*, New York 1997.

¹⁹ Human-Friedrich Unterrainer, *Spiritualität und psychische Gesundheit. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung*, Saarbrücken 2007.

fünf Ebenen sichtbar, die heilsame Kraft entfalten:²⁰ Religion verschafft zunächst eine emotionale Entlastung, indem es Ereignisse, Schicksalsschläge usw. in ein grundsätzlich sinnvolles Weltbild einordnet und dadurch Sinn verleiht. Sie schafft darin auch eine moralische Orientierung und verhilft zu einer ethisch verantworteten Lebensführung (gegen Substanzmissbrauch und ungehemmte Aggression). Sie sorgt durch das Eingebundensein in eine Gemeinschaft für soziale Unterstützung und die damit einhergehende konkrete alltagsbezogene Hilfe. Sie schenkt kognitive Umdeutung bzw. Neubewertung, im Glauben an das Walten einer höheren Macht in Situationen der Sinnlosigkeit. Und schließlich bestärkt Religion mentale Bewältigungsstrategien wie Trost, Hoffnung, Gelassenheit in aussichtslosen Situationen.

Zusammenfassung

Auch wenn an der Schnittstelle von Gesundheit und Religion noch viele Fragen ungeklärt sind, können wir vereinfacht zusammenfassen: Zunächst ist Religion an sich weder gut noch schlecht, sondern: Religion und Spiritualität können sowohl Teil des Problems oder Teil der Lösung sein. So gibt es nach wie vor jene Auswirkungen unreifer und belastender Religiosität, in der Hass, Aggression, Vorurteile und Ausübung von Macht gerechtfertigt werden. Angst und Schuldgefühle können verstärkt werden und übertriebene religiöse Aktivitäten dazu dienen, anstehende zwischenmenschliche Konflikte zu überspielen (durch das sogen. spirituelle Bypassing)²¹.

Daher gilt: Religion ist nicht gleich Religion. Man muss vielmehr genau hinschauen: Welche Religion liegt hier vor und welche Funktion erfüllt sie für die Psyche? „...die entscheidende Frage ist deshalb nicht, ob Religion und Spiritualität gut oder schlecht seien, sondern vielmehr, *wann*, *wie* und *warum* sie konstruktive und destruktive Formen annehmen.“²² Es ist immer die Frage, welche

²⁰ Michael Utsch, *Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität*, Stuttgart 2005, 184.

²¹ Dieser Begriff stammt vom amerikanischen Psychotherapeuten und buddhistischen Lehrer John Welwood und bezeichnet ein spirituelles Umgehen bzw. eine spirituelle Vermeidung von ungelösten emotionalen Problemen, persönlichen Verletzungen und unerledigten Entwicklungsaufgaben mithilfe eben spiritueller Ideen und Bilder. Spiritualität dient hier der Vermeidung!

²² Franz Reiser, *Menschen mehr gerecht werden. Zur Religiosität bzw. Spiritualität von Patientinnen und Patienten in Psychiatrie und Psychotherapie (Studien zur Theologie und Praxis der Caritas und Sozialen Pastoral)* Würzburg 2018, 161.

Gottes- und Glaubensbilder auf welchen psychischen Boden fallen und dort ihre Wirkung zeitigen.

Trotzdem lässt sich tatsächlich insgesamt ein gesicherter schwacher positiver Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit in den Studien feststellen. Aber die „schwachen positiven Korrelationen weisen selbst schon auf ein multifaktorielles Wirkgeschehen hin, in dem nicht eine einzige Ursache – etwas vage ‚Religiosität‘ genannt – am Wirken ist ... Dennoch stellt dieser Wirkfaktor ein beachtliches Potential dar.“²³

Folgende Fragen sind zur Unterscheidung hilfreich: Führt Glaube zu einer größeren Freiheit? Hilft er im Umgang mit Krankheit und Belastung? Führt Glaube zu größerer Beheimatung im sozialen Leben? Ermöglicht Glaube ein größeres physisches und psychisches Gleichgewicht? Macht Glaube dankbarer, zufriedener und glücklicher?

Abschließend sei noch eine kritische Anmerkung zu den empirischen Studien erlaubt. So aufschlussreich und hilfreich sie sind, muss man bedenken: Die psychologische Brille, mit der auf den religiösen Glauben geblickt wird, ist eine funktionale. D.h. Religion wird hier für das Anliegen Gesundheit instrumentalisiert und auf eine messbare Funktion degradiert. Die theologische Sicht bleibt hingegen auf Heil und nicht auf Heilung ausgerichtet. Dass Religion, näherhin christlicher Glaube, „auch in der Unheilbarkeit Sinn machen könnte, bleibt unbedacht“²⁴. Sie würde z.B. Schuldgefühle beheben, ließe aber die Antwort auf Befreiung von Schuld offen. Nicht die Heilung von Krebs, sondern das Getragensein in Zeiten der Dunkelheit macht den Wert des Glaubens aus. Würde und Integrität, Persönlichkeit werden nicht an psychische oder körperliche Gesundheit gebunden. Glaube ist die gnadenhafte, also geschenkte Antwort des Menschen auf die ungeschuldete, zuvorkommende Zuwendung Gottes. Das Gesundwerden ist dabei eine Begleitmusik, eine Zugabe in der heilsamen Beziehung zu Gott und nicht Selbstzweck.

²³ Klaus Baumann, Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2), 131-144, 137.

²⁴ Isidor Baumgartner – Karl Heinz Ladenhauf, Von der psychologischen Notwendigkeit der Religion. Zur gesundheitsfördernden Kraft der Religion. In I. Baumgartner, C. Friesl & A. Máté-Tóth (Hg.), Den Himmel offen halten. Ein Plädoyer für Kirchenentwicklung in Europa, Innsbruck 2000, 31-38, 37.

4. SELBSTERKENNTNIS – SELBSTANNAHME – SELBSTLIEBE UND EIN LIEBENDES GOTTESBILD

Kehren wir zum Anfang, zur Frage der Selbstwahrnehmung zurück: Was tragen die Ergebnisse der empirischen Forschung – und ich greife hier die Bedeutung eines liebenden Gottesbild heraus – für das Thema der Selbstfürsorge bei? Ich denke es geht um den zentralen Zusammenhang, die Wechselwirkung zwischen Selbstwahrnehmung, Selbstannahme und Selbstliebe.

Der Analytiker C.G. Jung, der sich intensiv mit den Schattenseiten des Menschen auseinandergesetzt hat, hält eine aufrichtige, rückhaltlose Selbstannahme ohne Selbsttäuschung für das „das Allerschwierigste, ja das Unmöglichste“²⁵. Bei Jung liegt die Erschwernis dazu nicht in äußeren gesellschaftlichen, vielleicht normativen Hindernissen, sie sitzt vielmehr im Inneren des Menschen. Es bedarf einer Form von Selbstfürsorge, die der Versuchung geschöner Bilder über das eigene Selbst, nicht erliegt. Ehrliche Selbstannahme kann auch schmerzlich sein und ist somit das Gegenteil von Egoismus. C.G. Jung beschreibt dies in einem biblischen Bild: „Wenn ich nun aber entdecken sollte, dass der Geringsste von allen, der Ärmste aller Bettler, der Frechste aller Beleidiger, ja der Feind selber in mir ist, dass ich selber des Almosens meiner Güte bedarf, dass ich mir selber der zu liebende Feind bin, was dann?“²⁶

Jung zielt auf die inneren Tricks und Idealisierungsmechanismen jedes Menschen. Freilich, der moralisierend-normierende gesellschaftliche und kirchliche Druck „von außen“ hat heute nachgelassen. Dafür haben wir andere Tendenzen, nämlich gesellschaftliche Leistungsanforderungen, Selbstoptimierungszwänge bis hin zum erschöpften Selbst, den sanften Druck zur Selbstpräsentation, ja zur Hochglanz-Selbstdarstellung. Anspruch und fordernde Normen haben sich nur verschoben. Was bleibt sind innerer Idealisierungszwang und die Gefahr des Verdrängens oder auch Abwertens eigener Anteile des Selbst. Idealisierung des Selbst führt nicht nur zu einem stärkeren Verdrängungs- und Täuschungsbedarf, sondern auch zu einer inneren Erstarrung, zur Verhärtung. Daher brauchen

²⁵ Carl G. Jung, Über die Beziehung der Psychotherapie zur Seelsorge, in : C.G. Jung, Von Mensch und Gott. Ein Lesebuch (ausgewählt von Franz Alt), Olten 1989, 51-85, 64f.

²⁶ Carl G. Jung, Über die Beziehung der Psychotherapie zur Seelsorge, in : C.G. Jung, Von Mensch und Gott. Ein Lesebuch (ausgewählt von Franz Alt), Olten 1989, 51-85, 65.

wir immer wieder die Zusage eines unbedingten Angenommenseins, die uns vor dem Drang, besser sein zu müssen als wir sind, erlöst. Mit anderen Worten ehrliche, ungeschminkte Selbstwahrnehmung und Selbstannahme gelingt nur unter den liebenden Augen Gottes. Niemand hat diesen Zusammenhang besser in aller Kürze formuliert als Romano Guardini:

„Wirklich um sich wissen kann man nur, wenn man sich wirklich annimmt und wirklich sich annehmen kann man nur, wenn man rein um sich weiß. Eines setzt das andere voraus.“

Nur ein liebender Blick auf mich selbst ermöglicht mir die unvoreingenommene Selbstwahrnehmung mit einem Minimum an Verdrängung und Selbst-Täuschung. Nur im liebenden Blick kann und darf alles wahrgenommen werden. Und nur durch die ehrliche Selbstwahrnehmung, die sich nicht scheut auch eigene Schattenseiten zu sehen, wird die Selbstliebe gefordert und aktualisiert. Ein idealisiertes Selbstbild braucht keine Selbstliebe, sondern nur Bewunderer und „Anbeter“ des eigenen Selbst.

Weitere Literatur zur Vertiefung

- A. Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.
- C. Dahlgrün: Christliche Spiritualität. Formen und Traditionen der Suche nach Gott, Berlin 2009.
- E. Frick/T. Roser (Hg.): Spiritualität und Medizin – Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart 2011.
- J. L. Griffith: Religion hilft, Religion schadet. Wie der Glaube unsere Gesundheit beeinflusst, Darmstadt 2013.
- B. Grom: Wie gesund macht der Glaube? Stimmen der Zeit 2/2011, 101-112.
- A. von Heyl/K. Kemnitzer/K. Raschzok (Hg.): Salutogenese im Raum der Kirche. Ein Handbuch, Leipzig 2015.
- R. Kunz/C. Kohli Reichenbacher (Hg.): Spiritualität im Diskurs. Spiritualitätsforschung in theologischer Perspektive, Zürich 2012.
- A. Porterfield: Healing in the History of Christianity, New York 2005.
- T. Roser: Spiritual Care. Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen, 2017.
- C. Zwingmann/C. Klein/F. Jeserich (Hg.): Religiosität: Die dunkle Seite. Beiträge zur empirischen Religionsforschung, Münster 2017.