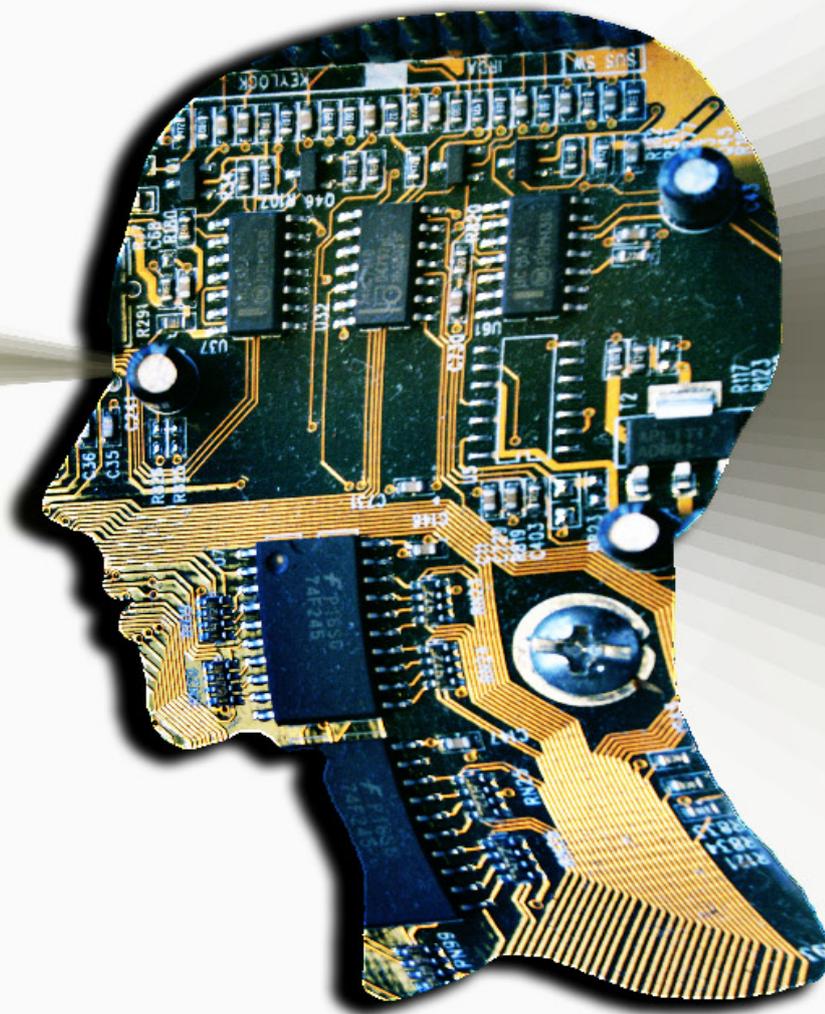


ZEITSCHRIFT FÜR NACHWUCHSWISSENSCHAFTLER

German Journal for Young Researchers

Peer Reviewed - Open Access



Themenheft

Religion/Spiritualität und Gesundheit

3. Jahrgang, Ausgabe 1/2011

Impressum

Die interdisziplinäre **Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler** ist peer reviewed und kostenlos online verfügbar. Sie ist in der Elektronischen Zeitschriftenbibliothek und in JournalSeek gelistet. Unsere Artikel sind im Directory of Open Access Journals, in der Bielefeld Academic Search Engine, in Scientific Commons, in Ulrichsweb, in Google Scholar, in Omega, in Socolar, Scirus und in Publish or Perish verfügbar.

ISSN 1869-6139

Herausgeber

Dipl.-Volksw. Ivonne Honekamp, MSc, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bamberg

Prof. Dr. Wilfried Honekamp, Hochschule Zittau/Görlitz

Fachredaktion

Agrarwissenschaften: Dr. agr. Inga Schmalenbach

Architekturwissenschaft und Bauökologie: Dipl.-Ing. Murat Doymaz

Automatisierung und Informatik: Dr.-Ing. Knut Meißner

Biologie und Ökologie: Dr. rer.nat. Irene Fischer

E-Health und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Mag. Alexander Ströher

Germanistik, Literaturwissenschaft und Geschichte: Nicoletta Wojtera, MA

Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Systemgestaltung: Dr. sc. hum. Gordon Heringshausen, MA

Pharmazie: Dr. sc. hum. Frank Ruhle

Politikwissenschaft: Sara Kraft

Rechtswissenschaften: RA Dr. Marcus Bauckmann

Religionswissenschaft, Ethnologie und Gesundheitswissenschaft: Florian Jeserich, MA

Soziologie: Dipl.-Soz.-Wiss. Severin Frenzel

Technische Gebäudeausrüstung, Facility Management, Elektrotechnik: Dipl.-Ing. Matthias Kirschenknapp

Theologie, Philosophie, Ethik und Betriebswirtschaftslehre: Dr. Joachim Fischer

Wirtschaftsinformatik: Dipl.-WiInf.(FH) Christian Reinboth

Art Director

Lisa Ratering

Lektorat

Nicoletta Wojtera, M.A.

Holger Lange, M.A.

Nikola Wiegeler, M.A.

Scientific Board

Dr. rer. pol. Dipl.-Pol. Holger Bentz, Akademie Deutscher Genossenschaften

Professor Dr. Oliver Braun, Fakultät Informatik, Fachhochschule Schmalkalden

Dr. phil. Dominik Faust, Agentur DFKOM

Professor Dr. Michael Gente, Leitender Oberarzt an der Philipps-Universität Marburg

Professor Dr.-Ing. Andreas Karcher, Institut für Angewandte Informatik, Universität der Bundeswehr München

Dr. Dipl.-Psych. Harald Meyer, Lehrstuhl für Psychologie, Universität Bamberg

Yumi Michalski, MSc, Tias Nimbas Business School Utrecht

Daniel Possenriede, MSc, Utrecht School of Economics

Dr. med. Annette Schmidt-Taube, MSc, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dipl.-Wi.Ing. Randolph Schütte, Airbus CIMPA GmbH

Dr. Dipl.-Chem. Uwe Trebbe, Henkel Fragrance Center

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Prof. Dr. Wilfried Honekamp

Fakultät Elektrotechnik und Informatik

Hochschule Zittau Görlitz

Bismarckstr. 14

D-02826 Görlitz

Internet: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org>

E-Mail: editor@nachwuchswissenschaftler.org

Tel.: 03581/3222022

Fax: 0911/30844-03398

Für Ihre Bereitschaft, die Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler als Gutachter zu unterstützen, danken wir Dr. Joachim Fischer, Dr. Thomas Draxler, PD Dr. Anne Koch, Dr. Niko Kohls, Dr. Isabel Laack, PD Dr. Susanne Lanwerd, Prof. Dr. Sebastian Murken, Prof. Dr. Erich Nestler, Dr. Monique Scheer, Prof. Dr. Bernt Schnettler und Prof. Dr. Dr. Christian Zwingmann.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis	3
Editorial	4
<u>Wissenschaftliche Fachartikel, peer reviewed</u>	
Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell <i>Constantin Klein und Cornelia Albani</i>	7
Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden <i>Tanja Scagnetti-Feurer</i>	59
Marianische Heilung und individuelle Aneignung in Tansania. Eine religionsästhetische Analyse <i>Katharina Wilkens</i>	81
Glauben und Heilen. Religiöse Entrepreneur*innen im Gesundheitssek- tor – eine angebotsseitige Betrachtung <i>Markus Hero</i>	102
Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft - Eine forma- le und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschrif- ten <i>Florian Jeserich</i>	121
<u>Arbeitsbericht</u>	
Es hilft zu wissen, dass der Schmerz kommt und wieder geht: Achtsamkeit und Spiritualität <i>Monika Kögler</i>	153

EDITORIAL

Religion/Spiritualität und Gesundheit – ein Forschungsfeld für Nachwuchswissenschaftler/innen

Florian Jeserich



In den USA ist es mittlerweile kein Sonderfall mehr, wenn Wissenschaftler/innen sich mit den potentiellen Zusammenhängen von Religion/Spiritualität und (meist psychischer) Ge-

sundheit beschäftigen. Dass dieses Spezialgebiet im Mainstream der amerikanischen Psychologie angelangt ist, zeigt der Umstand, dass renommierte Fachzeitschriften Sonderhefte zur Thematik publiziert haben (z.B. *Psychological Inquiry* (2002) und *American Psychologist* (2003)).

Übersichtswerke und Meta-Analysen zeigen in der Regel, dass es einen geringen positiven Zusammenhang zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit zu geben scheint. Allerdings gestaltet sich der systematische Vergleich der (vorwiegend quantitativ angelegten) Studien als schwierig. Je nach Konzeptionalisierung bzw. Operationalisierung der zentralen Variablen unterscheiden sich auch die Ergebnisse: Eine Untersuchung, in der Religiosität mit regelmäßigem Kirchbesuch gleichgesetzt wird, ist z.B. nur schwer mit einer Studie zu vergleichen, in der es um spirituelle Grenzerfahrungen geht. Zudem könnte die eher religionsfreundliche Haltung in amerikanischen Studien zu einem Publikationsbias geführt haben, der sich auch in Meta-Analysen niederschlägt. Der Forschung in den USA wird teils der Vorwurf gemacht, sie sei zu wenig unabhängig. Dabei geht es weniger um die religiöse Innenperspektive der Forscher/innen, als vielmehr um die Finanzie-

rung und die damit einhergehende Selektierung von Forschungsvorhaben.

Schließlich stellt sich die Frage, ob die spezifischen Resultate der amerikanischen Forschung auf andere Kulturräume übertragen werden können. Es ist anzunehmen, dass nicht nur Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen kontextgebunden sind, sondern auch die Mechanismen und Zusammenhangsmuster je nach Kultur, Gruppe und Religion/Spiritualität variieren. Auf die Kultur- und Kontextabhängigkeit der Forschungsergebnisse haben jüngst auch Büssing und Kohls hingewiesen. Sie unterstützen die konfessionsneutrale und transdisziplinäre Forschung im deutschsprachigen Raum und fordern dazu auf, „eigene Ansätze und Perspektiven“ (Büssing/Kohls 2011, S. 2) zu entwickeln.

Im deutschsprachigen Raum nehmen sich immer mehr junge Wissenschaftler/innen der Thematik an. Die vierte Ausgabe der Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler greift den Trend auf und möchte eine Plattform bieten für die interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Themenschwerpunkt „Religion/Spiritualität und Gesundheit“. Bemerkenswert ist dabei, dass auch Beiträge aus Disziplinen integriert werden konnten, in denen das Thema bislang vergleichsweise wenig behandelt wurde.

Klein und Albani geben einen umfassenden und differenzierten Überblick über bisherige Forschungsbefunde zum Thema Religion und psychische Befindlichkeit. Dabei stellen sie

auch heraus, dass bestimmte Formen der Religiosität für bestimmte Personengruppen negative Effekte zeitigen können – ein Umstand, dem oft zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Forschungsüberblick mündet in einer Diskussion psychologischer Mechanismen sowie in der Darlegung eines allgemeinen Wirkmodells. Da es inzwischen zwar eine Vielzahl von Einzelresultaten gibt, aber kaum Modelle, denen es gelingt, die unterschiedlichen Erklärungsansätze und Forschungsergebnisse zu integrieren, ist das entworfene Modell besonders hervorzuheben. Auch Scagnetti-Feurer nähert sich dem Thema aus psychologischer Perspektive. Im Mittelpunkt ihrer empirischen Studie steht die Frage, ob sich Kriterien finden lassen, die darüber Aufschluss geben, welche religiösen Visionen mit psychischen Störungen assoziiert sind und welche nicht. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass das Vorhandensein eines (religiösen/spirituellen) Interpretationsrahmens für visionäre Erfahrungen ein protektiver Faktor ist. Köglers Arbeitsbericht stellt ebenfalls Bezüge zwischen Religion/Spiritualität und psychotherapeutischer Praxis her. Sie fokussiert auf die buddhistischen Hintergründe sowie auf die postulierten Wirkfaktoren achtsamkeitsbasierter Interventionen im medizinischen Bereich.

Drei weitere Beiträge ergänzen die unterschiedlichen psychologischen Blickwinkel um andere disziplinäre Zugänge zum Thema „Religion/Spiritualität und Gesundheit“. Ziel von Jeserichs formaler und inhaltsbezogener Analyse ist es, herauszufinden, wie oft und in welchen thematischen Kontexten die Begriffsfelder Religion und Spiritualität in einem eng definierten Korpus gesundheitswissenschaftlicher Buch- und Zeitschriftenbeiträge verwendet wurden. Er plädiert dafür, die zumeist auf Individuen abhebende psychologische Sicht in Zukunft verstärkt um die Makroperspektive der Public Health-Forschung zu

ergänzen. Wilkens und Hero führen religionswissenschaftliche Diskurse in das Forschungsfeld ein und erschließen dadurch innovative Potentiale. Wilkens stellt Ergebnisse ihrer Feldforschung bei der Marian Faith Healing Ministry in Tansania vor. Die Wirksamkeit der religiösen Heilungsrituale wird nicht, wie in der religionspsychologischen Forschung üblich, statistisch geprüft, sondern durch die Rekonstruktion unterschiedlicher Teilnehmerperspektiven ermittelt. Als analytisches Werkzeug dienen der Autorin, die einen dezidiert religionsästhetischen Ansatz verfolgt, Konzepte wie Aneignung, Performanz oder Verkörperung (embodiment). Heros theoretisches Interesse gilt religiösen Entrepreneuren und spirituellen Kleinbetrieben, die nicht nur enge Verbindungen zwischen Religion, Spiritualität und Gesundheit postulieren, sondern diese auch zusehends vermarkten. Der Autor stellt die diskursive Praxis der Vertrauensgenerierung in den Vordergrund und analysiert diese Prozesse unter religionsökonomischen Blickwinkel als eine Form der Kundenorientierung.

Mit Heros Beitrag rücken die gesellschaftlichen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen in den Fokus: Es geht um die Akteure, die ein Interesse daran haben, religiöse/spirituelle Praktiken als präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verkaufen. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern und in welchem Maße die steigende akademische Aufmerksamkeit auch als ein Reflex auf solche religionskulturelle Transformationsprozesse beschrieben werden kann. Beschäftigen sich Nachwuchswissenschaftler/innen zunehmend mit der Korrelation von Religion/Spiritualität und Gesundheit, weil das Thema populär geworden ist? Ist diese Generation junger Wissenschaftler/innen womöglich bereits in einer Zeit und in einem kulturellen Umfeld aufgewachsen, in dem solche Querverbindungen ‚natürlich‘ erscheinen?

Oder ist der wissenschaftliche Betrieb gar Mitproduzent des Phänomens, indem er Anbietern und Kunden beständig neue Daten und Anreize liefert?

Von der Pluralisierung der Blickwinkel und Stimmen wird der interdisziplinäre Diskurs in Zukunft profitieren. Ich hoffe, dass vorliegendes Heft einen kleinen Beitrag zur selbstreflexiven Weitung der deutschsprachigen Forschung zum Thema „Religion/Spiritualität und Gesundheit“ leisten kann.

Florian Jeserich

Fachredakteur Religionswissenschaft, Ethnologie und Gesundheitswissenschaft

Eingereicht: 29.06.2011, nicht peer reviewed, online veröffentlicht: 07.08.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Jeserich F: Religion/Spiritualität und Gesundheit – ein Forschungsfeld für Nachwuchswissenschaftler/innen. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Jeserich F: Religion/Spirituality and Health – a field of research for early stage researchers. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/107/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-107

Referenzen

1. Büssing A, Kohls N (2011): Editorial. In: Büssing A, Kohls N (Hrsg.), Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Springer, Berlin Heidelberg

RELIGIONSWISSENSCHAFT**Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit:
Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell**Constantin Klein¹ • Cornelia Albani²¹ Universität Bielefeld² Schussental-Klinik/SINOVA-Kliniken Verbund des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg**Kontakt**

Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Constantin Klein
Fakultät für Geschichtswissenschaften, Philosophie und Theologie
Abteilung Theologie
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld

Tel.: 00 49 52 1/ 106 33 87

E-Mail: constantin.klein@uni-bielefeld.de

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über Befunde zu saluto- wie pathogenen Effekten von Religiosität auf die psychische Gesundheit. Dazu werden zunächst einige Punkte dargestellt, die in konzeptioneller und methodischer Hinsicht zu beachten sind; daran schließt sich die Darstellung von Befunden an, die zu verschiedenen Bereichen der psychischen Gesundheit bzw. verschiedenen psychischen Störungen vorliegen. Dabei zeigt sich, dass Religiosität insbesondere für Hochreligiöse und für Menschen, die an einen wohlwollenden und gütigen Gott glauben, eine gesundheitliche Ressource darstellen kann, während es eine kleinere Gruppe Gläubiger zu geben scheint, deren Religiosität und Gottesvorstellungen eher zu vermehrter psychischer Belastung beitragen.

In einem weiteren Schritt werden sodann mögliche psychologische Mechanismen, die als Erklärungsansätze für die dargestellten Befunde in der Forschungsliteratur diskutiert werden, vorgestellt. Verschiedene Facetten der Religiosität kommen dabei sowohl als individuelle und soziale Ressourcen sowie als Lebensstilfaktoren und Coping-Strategien als auch als Risikofaktoren in Betracht. Abschließend werden die beschriebenen Mechanismen in ein grundlegendes Modell zum differenzierten Verständnis der Bedeutung der Religiosität für die psychische Gesundheit integriert, das sich als theoretischer Rahmen für zukünftige Forschung eignet.

Schlüsselwörter: Religion, Religiosität, Spiritualität, Religionspsychologie, Gesundheit, Wohlbefinden, Salutogenese, Pathogenese, Diathese-Stress-Modell, Coping

The effects of religiosity on mental health: Possible explanations and general model of pathways

Abstract

The article gives an overview of findings of salutogenic and pathogenic effects of religiosity on mental health. At first, some conceptual and methodological points are discussed which should generally be taken into account. Afterwards, findings about several dimensions of mental health or rather about several mental disorders are reported. These findings show that religiosity can be a salutogenic resource in particular for highly religious persons and for those believing in a benign and benevolent god while there seems also to be a smaller group of people for whom their religiosity and god images contribute to their psychological burden.

In a further step, possible psychological mechanisms which are discussed in the literature as explanations for the reported findings are presented. Several facets of religiosity are discussed both as individual and social resources, lifestyle factors or coping strategies as well as as risk factors. Concluding, the described mechanisms are integrated in a general model for the sophisticated understanding of the relevance of religiosity for mental health which could serve as theoretical framework for future research.

Keywords: Religion, Religiosity, Religiousness, Spirituality, Psychology of religion, Health, Well-being, Salutogenesis, Pathogenesis, Diathesis-stress model, Coping

Einleitung

Die Erfahrung von Gesundheit und Heilung gehört in vielen religiösen Traditionen mittelbar oder unmittelbar zu den Heilserwartungen hinzu (vgl. die Beiträge in Klein, Berth & Balck, 2011). Das Verhältnis zwischen religiösem Heil und körperlicher sowie seelischer Gesundheit wird anteilig in allen wissenschaftlichen Disziplinen, die sich schwerpunktmäßig entweder mit dem einen oder mit dem anderen der beiden Themenkomplexe befassen, diskutiert. Dementsprechend breit gefächert ist mittlerweile die Forschungsliteratur, so dass hier stellvertretend für die verschiedenen Perspektiven nur jeweils einige Beispiele genannt werden sollen: Aus medizinischer, v. a. medizinhistorischer und ethno-medizinischer Perspektive sind z. B. die Sammelbände von Wiedersheim, Albrecht und Lüken (1991) und Greifeld (2003) oder auch die Arbeit von Bruchhausen (2004) zu

nennen; grundlegend zudem die Schrift von Frick (2009). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist z. B. auf Käppeli (1998; 2000) hinzuweisen; für eine psychologische Perspektive z. B. auf Murken (1997), Straube (2005) oder Belzen (2007), für eine medizinisch-psychologische Mehnert (2006). Innerhalb der Ethnologie lassen sich z. B. die Arbeiten von Thiel (1984, 2006) anführen, innerhalb der Religionswissenschaft z. B. der Sammelband von Hoheisel und Klimkeit (1995). Auch in der Theologie wird die Thematik zunehmend stärker beachtet; aus katholisch-theologischer Sicht vgl. z. B. Beck (2003) und Schockenhoff (2001), aus evangelischer Schrage (1986), Eibach (1991) und Honecker (2006) sowie die umfangreiche Aufsatzsammlung von Thomas und Karle (2009). Aufgrund der fächerübergreifenden Verschränkung ist die Thematik auch beliebt für den interdisziplinären Austausch, wie einige aktuelle Sammelbände (Etzelmüller und Weissenrieder, 2010;

Hoff, Klein & Volkenandt, 2010; Fiedermutz-Laun, Pera, Peuker & Diederich, 2002) illustrieren.

Im Fokus dieses Beitrags liegen mögliche saluto- und pathogene Effekte von Religiosität (vgl. zum Konzept der Salutogenese Antonovsky, 1979, sowie aus dezidiert religionswissenschaftlicher Sicht Jeserich, 2011), so dass die hier eingenommene Perspektive vornehmlich eine gesundheits- und klinisch-psychologische ist. Leitend ist also die Frage, welche Formen und Facetten von Religiosität sich über welche psychologischen Mechanismen in welcher Form auf welche Bereiche der psychischen Befindlichkeit und welche psychischen Krankheitsbilder auswirken.

Innerhalb der Psychologie und in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen bestand (und besteht z. T. bis heute) allerdings lange beträchtliche Skepsis gegenüber religiösen Empfindungen und Überzeugungen. Für Freud war Religion bekanntermaßen eine „kollektive Zwangsneurose“ (Freud, 1907; 1913) und verlieh dem regressiven Wunsch nach dem Schutz eines hypostasierten übermächtigen Vaters Gestalt (Freud, 1927; 1933). Dabei, so Freud, behindere sie das selbständige Denken, enge die Entscheidungsfreiheit ein und begünstige oder erzeuge dadurch neurotische Erkrankungen. Doch nicht nur in der Psychoanalyse, sondern auch im Behaviorismus, des zwischen den 1920er und 1960er Jahren dominanten Paradigmas in der universitären Psychologie, herrschte die Auffassung vor, dass religiöse Überzeugungen als irrationale Weltsicht zukünftig zu überwinden seien (so z. B. Skinner, 1948; Watson, 1928; vgl. Klein, 2008; Wulff, 1997). Das religionskritische Erbe der Gründerväter der psychoanalytischen und der verhaltenstherapeutischen Therapien wurde auch in nachfolgenden Psychologengenerationen weitergeführt (vgl. z. B. Ellis, 1971; 1980; 1992; Ellis

& Schoenfeld, 1990; Seligman, 1983) und fand auch in der Erforschung des Verhältnisses von Religiosität und psychischer Gesundheit seinen Niederschlag: Bis weit in die 1980er Jahre hinein wurden generell nur sehr wenige Studien zu Religiosität und Gesundheit publiziert, und in den wenigen wurde zumeist eher nach Indikatoren für eine religiös bedingte Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit gesucht (vgl. die Übersicht von Sanua, 1969).

Seit Mitte der 1980er Jahre lässt sich jedoch ein Umschwung feststellen: Seit dieser Zeit hat die Zahl der Untersuchungen des Verhältnisses von Religiosität und psychischer Gesundheit sprunghaft zugenommen. Neben Religiosität wird nun zusätzlich auch häufig Spiritualität untersucht, wobei darunter je nach Autoren etwas Engeres oder Weiteres als Religiosität verstanden wird (Utsch & Klein, 2011; Zinnbauer & Pargament, 2005). Da in Bezug auf den Gültigkeitsbereich des Konstrukts Spiritualität bisher keine Einigkeit besteht, konzentriert sich der vorliegende Artikel auf Religiosität, worunter hier eine spezifische Weltsicht verstanden werden soll, die wie andere Weltsichten über eine Erklärung der Welt, Wertsetzung sowie Kontingenz- und Ohnmachtsbewältigung auf Sinnstiftung abzielt, sich jedoch von nicht-religiösen Weltsichten dadurch unterscheidet, dass sie inhaltlich etwas Unbedingtes (in Form von Unendlichkeit, Ewigkeit, unbedingter Ganzheit und/oder Notwendigkeit) thematisiert (vgl. zu dieser Definition ausführlich Klein, 2008).

Auch aktuell setzt sich diese Entwicklung ungebrochen fort (Utsch & Klein, 2011), wobei sich auch der Fokus verändert hat. Religiosität wird nun nicht mehr primär als potenzieller Risikofaktor untersucht, sondern in der Mehrzahl der Studien mittlerweile eher als protektiver Faktor und mögliche Ressource aufgefasst (Koenig & Larson, 2001; Levin & Chat-

ters, 1998; Seybold & Hill, 2001), so dass sich mittlerweile die Stimmen mehren, die darauf verweisen, dass sich Religiosität selbstverständlich in beiderlei Richtungen niederschlagen und sowohl Belastung als auch als Schutz und Bewältigungshilfe darstellen kann (Exline, 2002a; 2002b; Pargament, 2002b). Im Folgenden soll versucht werden, in der Darstellung der Befunde und Erklärungsansätze sowohl die saluto- als auch die pathogene Relevanz der Religiosität angemessen zu berücksichtigen.

Die psychologische Erforschung des Verhältnisses von Religiosität und psychischer Gesundheit - konzeptionelle und methodische Aspekte

Durch die Erweiterung des Blickwinkels auf gesundheitliche Potenziale und Risiken der Religiosität ist zugleich auch die Einsicht gewachsen, dass es sich sowohl bei Religiosität als auch bei psychischer Gesundheit um ausgesprochen komplexe und vielschichtige Phänomene handelt, die auf unterschiedlichste Weise miteinander verbunden sein können (Grom, 2004; Miller & Kelley, 2005; Schwalter & Murken, 2003) und insofern auch entsprechend differenziert betrachtet werden müssen (Berth, Klein & Balck, 2011; Zwingmann, Klein & Höfling, 2011). So entspricht es gängiger Erfahrung, dass die Religiosität eines Menschen ebenso vom gesundheitlichen Befinden beeinflusst werden kann, wie Religiosität ihrerseits von Relevanz für Gesundheit und Wohlbefinden sein kann. Die Wirkrichtung ist also keineswegs auf Effekte der Religiosität auf die Gesundheit hin beschränkt. Dies hat beispielsweise schon Holes (1977) Untersuchung religiöser Depressionspatienten aufzeigen können. Holes beobachtete, dass mit zunehmender Stärke der depressiven Symptome eine immer stärkere emotionale Entleerung des persönlichen Glaubens verbunden war, was sich auch in den Erfahrungsberichten Betroffener (Weber-Gast, 1992) wi-

derspiegelt. Umgekehrt wurde auch das religiöse Gefühlsleben wieder im selben Umfang als tiefer, sinnvoller und hilfreicher empfunden, in dem die depressive Symptomatik zurückging. Jüngere Studien zu Religiosität und Depression zeigen, dass die Religiosität im günstigen Fall dann zu einer schnelleren Remission beitragen kann (Braam, 2011; Braam, Beekman, Deeg, Smit & van Tilburg, 1997; Koenig, George & Peterson, 1998).

V. a. viele der älteren Untersuchungen zu Religiosität und psychischer Gesundheit weisen methodische Defizite auf, derer man sich heute in aller Regel bewusst ist. So wurde die Mehrzahl der Studien lediglich querschnittlich und z. T. auch ohne Kontrolle möglicher weiterer Einflussvariablen durchgeführt, weswegen lediglich auf Basis der berichteten Korrelationen häufig nicht beurteilt werden kann, in welche Richtung der ermittelte Zusammenhang zu interpretieren ist, was also jeweils worauf Einfluss nimmt (Klein, Brähler, Decker, Blaser & Albani, 2008; Schwalter & Murken, 2003). Mittlerweile werden glücklicherweise jedoch auch zunehmend mehr umfangreiche epidemiologische und längsschnittlich angelegte Untersuchungsdesigns verwendet, wodurch verlässlichere Aussagen über die Wirkrichtung ermöglicht werden. Entsprechende Studien sprechen bisher v. a. für Effekte der Religiosität auf die psychische Gesundheit (Bradshaw, Ellison & Flannelly, 2008; Kendler, Gardner & Prescott, 1997; Levin & Taylor, 1998).

Im Gegensatz zu methodisch unzureichenden älteren Studien gehört es inzwischen auch längst zum Standard, die Effekte möglicher soziodemografischer Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, den sozioökonomischen Status o. ä. zu überprüfen und die Effekte der Religiosität diesbezüglich zu kontrollieren, weil sich erst dann valide Resultate ermitteln lassen. Eine solche Kontrolle ist insbesondere deshalb notwendig, weil zahlreiche Befunde

illustrieren, dass sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen variieren. Beispielsweise ist bekannt, dass Menschen im höheren Lebensalter in vielen Belangen religiöser denken und handeln als jüngere Erwachsene (z. B. Lamprecht, 2006; McFadden, 1995; 1999; Wink & Dillon, 2002), wobei allerdings durchaus Unterschiede in Abhängigkeit von den erfassten religiösen Ausdrucksformen existieren (so ist etwa das Interesse an religiösen Fragen unter jüngeren Menschen mittlerweile wieder stärker verbreitet als unter Personen im mittleren Erwachsenenalter – vgl. für die Situation in Deutschland Ebertz, 2007). Im Hinblick auf die psychische Gesundheit bestehen, auch wenn die Morbidität durch psychische Erkrankungen insgesamt über das Erwachsenenalter hinweg relativ stabil ist, in verschiedenen Altersgruppen charakteristische Unterschiede bezüglich der Verbreitung der einzelnen Krankheitsbilder. Im Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter dominieren insbesondere Substanzabhängigkeiten, depressive Störungen und Angststörungen (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998), während im frühen bis mittleren Erwachsenenalter insbesondere Schizophrenien sowie uni- und bipolare affektive Störungen vorfindlich sind. Im Alter werden hingegen v. a. Demenzen und depressive Störungen häufiger, während Angststörungen tendenziell seltener und Schizophrenien kaum noch begegnen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001; Helmchen et al., 1996). Es bestehen also vielfältige Wechselwirkungen zwischen Religiosität, Alter und psychischer Gesundheit. Damit korrespondiert, dass in US-amerikanischen Studien über die Lebensspanne hinweg ein kurvilinearere Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit allgemein (Ingersoll-Dayton, Krause & Morgan, 2002), Stressbelastung (Ross, 1990), klinischen Angststörungen (Koenig, Ford, George,

Blazer & Meador, 1993), Todesangst (Pressman, Lyons, Larson & Gartner, 1992) und depressiven Symptomen (Schnittker, 2001) beobachtet werden konnte.

Ebenso existieren auch zwischen Religiosität, psychischer Gesundheit und dem Geschlecht spezifische Beziehungen, die die bisherige Forschung aufgezeigt hat und die es notwendig machen, mögliche Geschlechtseffekte differenziert zu untersuchen und in Studien zu Religiosität und Gesundheit zu kontrollieren. Denn Frauen sind einerseits insgesamt häufiger von psychischen Erkrankungen, v. a. Angststörungen, Depressionen und Essstörungen, betroffen – bei Männern überwiegen hingegen die Suchterkrankungen – (Davis, Matthews & Twamley, 1999; Hartung & Widiger, 1998; Lorber, 1997; zur kritischen Diskussion s. Franke & Kämmerer, 2001), und andererseits weisen Frauen in vielen Studien höhere Ausprägungen der Religiosität auf (z. B. Francis, 1997; Maltby, Talley, Cooper & Leslie, 1995; Miller & Stark, 2002; vgl. für Deutschland Dieckmann & Maiello, 1998), was allerdings auch von den erfassten Dimensionen der Religiosität und der jeweiligen Religionsgemeinschaft abhängig ist (vgl. die kritische Diskussion bei Sullins, 2006, ähnlich auch Klein & Huber, 2009). Insofern lassen sich bei Frauen häufig höhere und eindeutiger Beziehungen zwischen der persönlichen Religiosität und Maßen für Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und psychischer Gesundheit beobachten (z. B. Clark, Friedman & Martin, 1999; Ferraro & Kelley-Moore, 2000; Kendler et al., 2003; Maselko & Buka, 2008; vgl. für Deutschland z. B. Albani et al., 2002; Glock, 2002; Mehnert, Rieß & Koch, 2003). Eventuell spiegelt sich in diesem Befund die Tendenz, dass Frauen oft bestehende Belastungen als schwieriger zu bewältigen einschätzen und sie stärker als Männer soziale Unterstützung suchen (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002), was beides mit einer Affini-

tät zu religiösen Bewältigungsformen assoziiert sein könnte.

Neben Untersuchungsdesign und Berücksichtigung von Kontrollvariablen bestimmen auch das Verständnis von Religiosität (Utsch & Klein, 2011) und psychischer Gesundheit (Berth, Klein & Balck, 2011), das einer Untersuchung zugrunde gelegt wird, sowie die Messinstrumente, die zu Erhebung beider Merkmale verwendet werden (Zwingmann, Klein & Höfling, 2011), wie verlässlich und präzise die Resultate ausfallen. Wenn studienübergreifend der Zusammenhang zwischen Maßen für Religiosität und psychischer Gesundheit angegeben wird, wird zumeist eine schwach positive Korrelation berichtet (Bergin, 1983; 1991; Koenig & Larson, 2001). Sie ergibt sich – neben interindividueller Varianz – v. a. durch viele Ergebnisse, die anteilig unklar oder teils sogar widersprüchlich sind (Batson, Schoenrade & Ventis, 1993; Gartner, Larson & Allen, 1991). Ein deutlicherer positiver Zusammenhang lässt sich erkennen, wenn zur Messung der Religiosität Skalen benutzt werden, mit der eine persönlich bedeutsame, intrinsisch motivierte Religiosität erhoben wird, die von zentraler Bedeutung im Leben des Befragten ist und sich in seiner gesamten Lebenspraxis niederschlägt (Donahue, 1985; Hackney & Sanders, 2003; Ventis, 1995). Auch wird der positive Zusammenhang stärker, wenn Positivindikatoren für die psychische Gesundheit, z. B. Selbstaktualisierung, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit oder Sinnerfülltheit, anstelle der Abfrage psychopathologischer Symptome oder des Fehlens psychischer Beeinträchtigung erhoben werden (Chamberlain & Zika, 1992; Ferriss, 2002; Hackney & Sanders, 2003).

Bei manchen Studien ist allerdings inzwischen kritisch zu prüfen, ob deutlichere Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit nicht aufgrund eines Me-

thodenartefakts zustande gekommen sind: Eine inflationäre Ausdehnung v. a. des Spiritualitätsbegriffs hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass innerhalb von Messinstrumenten zur Erhebung der Spiritualität oft auch Indikatoren einer positiven psychischen Befindlichkeit wie Ausgeglichenheit, Sinnerfülltheit, Wohlbefinden („spiritual well-being“) oder Vereinigung mit anderen („spiritual connectedness“) als Kennzeichen der so verstandenen Spiritualität enthalten sind. Wenn jedoch schon Spiritualität selbst mit Positivindikatoren für psychische Gesundheit operationalisiert wird, können die ermittelten statistischen Zusammenhänge nicht mehr als Hinweis auf die gesundheitliche Relevanz von Religiosität/Spiritualität interpretiert werden, weil faktisch Bestandteile ein und desselben Konstrukts gemessen wurden (Koenig 2008; Pargament, 1999).

Sehr viel entscheidender als die Feststellung eines übergeordneten Zusammenhangs zwischen *der* Religiosität und *der* psychischen Gesundheit sind allerdings ohnehin differenziertere Forschungsergebnisse, die ein Verständnis dafür ermöglichen, *welche Formen von Religiosität* sich als förderlich und *welche* sich als hinderlich für *welche Bereiche der psychische Gesundheit* erweisen (Schowalter & Murken, 2003). Das macht es erforderlich, Religiosität als ein komplexes, facettenreiches Phänomen zu begreifen und dementsprechend multidimensional zu messen (Driessen, Wittmiß, Töpfer & Thomas, 2009; Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group; 1999; Idler et al., 2003; Zwingmann, Klein & Höfling, 2011). Untersuchungen, in denen solche multidimensionale Messungen verschiedener religiöser Dimensionen durchgeführt wurden, zeigen, dass sich je nach erfasstem religiösem Merkmal und je nach untersuchter psychopathologischer Symptomatik differenzielle Effekte ergeben (z. B. Bradshaw, Ellison & Flannelly, 2008; Kendler et

al., 2003; Müller, 2008). Beispielsweise berücksichtigten Kendler et al. (2003) in ihrer breit angelegten Studie an 2621 Personen eines US-amerikanischen Zwillingsregisters zum einen neun verschiedene psychiatrische Störungsbilder und Symptombereiche (Depression, verschiedene Angststörungen, Bulimia Nervosa, verschiedene Suchterkrankungen, antisoziale Persönlichkeitsstörung) und zum anderen sieben faktoranalytisch ermittelte Dimensionen der Religiosität (allgemeine Religiosität, Eingebundenheit in eine religiöse Gemeinschaft, Gottesbild – Anteil nehmend, Gottesbild – richtend sowie religiös motivierte Verzeihensbereitschaft, Dankbarkeit und Absehen von Rachegefühlen). Sie konnten beobachten, dass die Ausprägung der allgemeinen Religiosität v. a. mit einem niedrigeren Erkrankungsrisiko für Substanzabhängigkeiten und für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung verbunden war. Das Erkrankungsrisiko für eine Panikstörung war hingegen bei den höher religiösen Respondenten etwas größer. Die Eingebundenheit in eine religiöse Gemeinschaft war mit einem niedrigeren Risiko für alle untersuchten Symptombereiche mit Ausnahme von Panikstörung und Bulimia Nervosa assoziiert, während die Gottesbilder (v. a. das teilnahmevolle, tendenziell allerdings auch das richtende) mit niedrigeren Risiken für Suchterkrankungen und antisoziale Persönlichkeitsstörung einhergingen. Die religiös motivierte Bereitschaft zum Verzeihen war lediglich mit einem geringeren Risiko für Nikotinabhängigkeit und Drogenabusus verbunden, wohingegen religiös motivierte Rachelosigkeit mit verringerten Risiken für Depression, Angsterkrankungen und Bulimia Nervosa assoziiert war. Eine religiös motivierte Dankbarkeit ging schließlich mit einem verringerten Risiko für alle Erkrankungen außer Panikstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung einher.

Bradshaw, Ellison & Flannelly (2008) untersuchten im Rahmen einer breit angelegten Studie in ähnlicher Weise die Bedeutung, die die inhaltliche Färbung des Gottesbilds (liebvoll und annehmend vs. distanziert und ablehnend) für die Ausprägung verschiedener psychopathologischer Symptome (depressive, Angst-, antisoziale, phobische, zwanghafte, Somatisierungs- und paranoide Symptome) hat. Nach Kontrolle diverser soziodemografischer Variablen erwies sich die Vorstellung eines liebevollen und annehmenden Gottes über alle Symptombereiche hinweg als prädiktiv für niedrigere psychische Belastung, während die Vorstellung eines fernen, abweisenden Gottes durchweg mit höheren Symptomausprägungen verbunden war.

Studien wie die von Kendler et al. (2003) und Bradshaw, Ellison & Flannelly (2008) unterstreichen, dass für eine sachliche Beurteilung der saluto- und pathogenen Bedeutung von Religiosität ausschlaggebend ist, wie differenziert die Effekte verschiedener Dimensionen der Religiosität auf positive und negative Kennzeichen psychischer Gesundheit betrachtet werden. Darum versuchen die folgenden Ausführungen, einen Überblick über die spezifischen Befunde zur Bedeutung von Religiosität für die psychische Gesundheit zu geben, die anhand der Forschungsliteratur als einigermaßen gesichert gelten können.

Übersicht über Befunde zur gesundheitlichen Bedeutung der Religiosität

Der ganz überwiegende Teil der Untersuchungen zu Religiosität und psychischer Gesundheit, der in eine systematische Betrachtung Eingang finden kann, wurde bisher in den USA durchgeführt. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit, sich die beträchtlichen Unterschiede in der religiös-weltanschaulichen Kultur zwischen den USA und den deutschsprachigen Ländern zu vergegenwärtigen: Beispielsweise glauben rund 95 % der

US-Amerikaner an Gott oder ein höheres Wesen, 66 % gehören einer religiösen Gemeinschaft an, 44 % besuchen regelmäßig wenigstens einmal wöchentlich einen Gottesdienst, und 55 % betrachten Religion als „sehr wichtig“ in ihrem Leben (The Gallup Organization, 2005). Der Bevölkerungsanteil derjenigen, die nach soziologischen Analysen als religiös eingeschätzt werden können, ist in den USA zwar nur geringfügig höher als in den deutschsprachigen Ländern (rund 90 % gegenüber 70 bis 80 %), aber der Anteil der Hochreligiösen ist in den USA ungleich größer (ca. 62 % gegenüber 18 bis 22 % in den deutschsprachigen Ländern; Bertelsmann-Stiftung, 2007; 2009). Die genannten kulturellen Unterschiede gilt es im Hinblick auf die nachfolgend dargestellten Forschungsergebnisse stets mitzubedenken. Deswegen werden, wo die noch vergleichsweise wenigen Befunde aus Deutschland oder Nachbarländern wiedergegeben werden, Übereinstimmungen mit und Unterschiede zu den US-amerikanischen Befunden explizit berichtet.

Untersuchungen zur gesundheitlichen Bedeutung von Religiosität im Hinblick auf spezifische, anhand von ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien klassifizierte Störungsbilder liegen erst seit Mitte der 1990er Jahre vor (erstmalig bei Koenig et al., 1993). Bislang wurden v. a. Studien zur Relevanz von Religiosität im Kontext von Substanzmissbrauch (ICD-10-Klassifikation F10-F19), Störungen aus dem schizophrenen und wahnhaften Spektrum (F20-F25), affektiven (F30-F34), Angst- (F40-F41) und Zwangsstörungen (F42) durchgeführt (vgl. auch die Übersicht bei Miller & Kelley, 2005). Es liegen mittlerweile für einige dieser Störungsbilder umfangreichere Forschungsreviews und z. T. auch Meta-Analysen vor, in denen auf Basis zahlreicher Einzelstudien der Forschungsstand zur Bedeutung der Religiosität gesichtet wurde bzw. die einzelnen Befunde zusammenfassend sta-

tistisch ausgewertet wurden. Insbesondere solche Arbeiten ermöglichen einigermaßen verlässliche Aussagen, die breiter empirisch gestützt und abgesichert sind.

Substanzkonsum und -missbrauch

Historisch gesehen besteht durchaus ein ambivalenter Zusammenhang zwischen Religion und dem Konsum psychotroper Substanzen. Während manche Rauschmittel ausdrücklich durch religiöse Vorgaben verboten wurden, dienten andere zur gezielten Bewusstseinsweiterung und zum Kontakt mit Geistern oder wurden rituell im Rahmen gemeinschaftlicher religiöser Zeremonien zu sich genommen (Miller, 1998; Schultes & Hofmann, 1979). Bis heute spielen Tabak (Wilbert, 1991) oder bestimmte Halluzinogene (Wiedman, 1990) in indigenen und schamanistischen Religionen eine Rolle, aber auch in der jüdisch-christlichen Tradition ist der Genuss von Wein bis heute zentraler Bestandteil in den Liturgien (z. B. Pessach-Fest, Abendmahlsfeier) (Miller, 1998). Allerdings wird hier ausdrücklich ein moderater Konsum als angemessen beurteilt, denn Trunkenheit wird in den biblischen Texten zugleich, ebenso wie andere Rauschmittel, scharf verurteilt (Miller, 1995). Andere Religionen wie der Islam oder auch viele evangelische Freikirchen verbieten Alkohol und/oder andere psychotrope Substanzen schließlich kategorisch (Booth & Martin, 1998; Hawks & Bahr, 1992). Dementsprechend finden sich in Studien an muslimischen und freikirchlichen Stichproben, die die Einstellung zu und den Konsum von Alkohol erheben, immer wieder eine klare Ablehnung und eine niedrigere Konsumrate (Akabaliev & Dimitrov, 1997; Hawks & Bahr, 1992; Moore & Weiss, 1995).

Wohl v. a. aufgrund der Vorgaben der drei großen monotheistischen Religionen Judentum, Christentum und Islam zu moderatem Gebrauch oder völliger Enthaltensamkeit findet sich zwischen Religiositätsmaßen und dem

Konsum und Missbrauch psychotroper Substanzen häufig ein negativer Zusammenhang (Benson, 1992; Booth & Martin, 1998; Gorsuch, 1995). Dieser Befund ist sehr stabil: In einer Literaturübersicht über 1353 Studien, die zwischen 1941 und 2004 zum Verhältnis von Substanzkonsum und Religiosität durchgeführt wurden, wird der inverse Zusammenhang deutlich belegt (Geppert, Bogenschütz & Miller, 2007). Er findet sich sowohl für Alkohol und Tabak als auch für den Konsum illegaler Drogen (Brown & Gary, 1994; Kendler, Gardner & Prescott, 1997; Kendler et al., 2003) und lässt sich auch international replizieren (Adelekan et al., 1993). Ferner zeigt sich sowohl in Studien an Jugendlichen, bei denen der Einstieg in den Substanzkonsum oder ein exzessiver und schädlicher Gebrauch untersucht wurden (Bahr, Maughan, Marcos & Li, 1998; Resnick et al., 1997; Wallace & Forman, 1998; Wills, Yaeger & Sandy, 2003), als auch in Untersuchungen an Erwachsenen (Kendler et al., 2003), dass religiös Gebundene, regelmäßig Betende und regelmäßige Kirchgänger bzw. intrinsisch Religiöse seltener und in geringeren Mengen psychotrope Substanzen konsumieren (vgl. auch die Übersichten bei Booth & Martin, 1998; Gorsuch, 1995; sowie Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari & Pargament, 2001). So stehen Jugendliche, die religiös gebunden sind, regelmäßig an Gottesdiensten teilnehmen und/oder Religiosität eine höhere Bedeutung beimessen, dem Tabakkonsum skeptischer gegenüber (Francis & Mullen, 1993), rauchen seltener, trinken weniger (Foshee & Hollinger, 1996; Turner et al., 1994) und nehmen weniger illegale Drogen (Amey, Albrecht & Miller, 1996; Bell, Wechsler & Johnston, 1997; Hardy & Kirby, 1995). Die meisten entsprechenden Befunde stammen auch hier aus den USA, aber auch bei religiöseren schottischen (Engs & Mullen, 1999), niederländischen (Mullen & Francis, 1995) und französischen (Weill & Le Bourhis,

1994) Jugendlichen konnte ein geringerer Tabak- und Alkoholkonsum festgestellt werden. In Konsequenz des selteneren und geringeren Alkoholkonsums ist auch die Prävalenz für eine Alkoholabhängigkeit bei regelmäßigen Kirchgängern sowie Angehörigen bestimmter Religionsgemeinschaften (v. a. Muslime und Angehörige von Freikirchen sowie konservativen protestantischen Denominationen) niedriger als bei anderen Personen (Koenig, George, Meador, Blazer & Ford, 1994; Midanik & Clark, 1995; Moore, Mead & Pearson, 1990). Ursächlich für den geringeren Substanzkonsum und -missbrauch sind neben den direkten religiösen Verhaltensnormen, die einen maßvollen Konsum oder völlige Abstinenz fordern, vermutlich auch indirekt wirkende religiös geprägte Ideale (familiäre Harmonie, prosoziale Orientierung), die mit einem übermäßigen Konsum unvereinbar sind (Grom, 2004).

Obschon also religiöse Überzeugungen und Aktivitäten insgesamt mit geringeren Prävalenzen für Suchterkrankungen einhergehen, gibt es selbstverständlich auch religiöse und hochreligiöse Suchtkranke. Teils können bestimmte religiöse Vorstellungen sogar mitursächlich für die Entstehung von Suchterkrankungen sein, wenn mittels religiöser Vorgaben und durch die Androhung göttlicher Strafe sozialer Druck ausgeübt wird. Gorsuch (1995) berichtet, dass viele Alkoholiker übereinstimmend von einer rigiden religiösen Erziehung berichten und eine von Angst und Schuld bestimmte Vorstellung von Gott als einem strengen, strafenden Richter aufweisen. Eine zu strikte, v. a. auf Strafe beruhende religiöse Erziehung kann demnach dazu führen, dass die davon Betroffenen gerade nicht abstinenter leben, sondern Abhängigkeitserkrankungen entwickeln.

Während religiöse Verhaltensvorgaben überwiegend primär-präventiv wirksam sein dürften, spielen religiöse Anbieter für Suchtbera-

tung (z. B. das „Blaue Kreuz“; vgl. unter www.blaues-kreuz.de/) und religiös-spirituell orientierte Interventionsprogramme eine wichtige Rolle bei der Intervention und Rehabilitation. Das bekannteste Beispiel eines religiös inspirierten Interventionskonzepts dürfte das Zwölf-Schritte-Programm der „Anonymen Alkoholiker“ sein, das in den 1930er Jahren von den Gründern der Anonymen Alkoholiker, William („Bill“) Griffith Wilson und Dr. Robert Holbrook Smith („Dr. Bob“), formuliert und im 1939 erstmalig erschienenen Buch „Alcoholics Anonymous“ (Alcoholics Anonymous, 1976) publiziert wurde und das seitdem eine große Verbreitung gefunden hat (Hopson, 1996; Murken, 1994; 2008). Darin wird eingangs explizit die Notwendigkeit der Hilfe Gottes, „wie wir ihn verstehen“, betont (vgl. unter www.anonymalkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php). Eine Untersuchung deutschsprachiger Anonymer Alkoholiker durch Murken (1994) zeigte allerdings, dass viele Gruppenmitglieder darunter nicht zwingend den christlichen Gott, sondern häufig eher eine unspezifischere höhere Macht verstehen. Das Zwölf-Schritte-Programm gilt als eines der effektivsten Programme, um eine dauerhafte Alkoholabstinenz zu erreichen (Hopson, 1996; Project MATCH Research Group, 1997), wobei die nachhaltigsten Interventionserfolge in Verbindung mit und in Weiterführung einer medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung erzielt werden (Bristow-Braitman, 1995; Chappel, 1990). Aufgrund seiner Effektivität sowie seiner guten Adaptierbarkeit auch für andere Formen der Abhängigkeit wurden zahlreiche weitere Zwölf-Schritte-Programme (z. B. für Nikotin-, Kokain-, Marihuana- und Medikamentenabhängige) formuliert, die sich ebenfalls als effizient erwiesen haben (Buxton, Smith & Seymour, 1987). Mitunter wird das Zwölf-Schritte-Programm wegen seiner Ausrichtung an einer göttlichen

Unterstützung kritisiert (z. B. Ellis & Schoenfeld, 1990), allerdings kann – gerade bei religiösen Patienten – die Bezugnahme auf eine transzendente Unterstützung eine hilfreiche Ressource darstellen, um Hilfe jenseits der eigenen Hilflosigkeit wahrzunehmen (Chappel, 1990; Pargament, 1997; Miller, 1999). Im Zuge der Entkirchlichung und Privatisierung religiöser Überzeugungen sind in jüngerer Zeit zunehmend Interventionsprogramme entstanden, in denen anstelle explizit christlicher oder theistischer unspezifischere religiös-spirituelle Inhalte in die Suchtbehandlung integriert werden (z. B. Alexander, Robinson & Rainforth, 1994; Gelderloos, Walton, Orme-Johnson & Alexander, 1991; vgl. auch die Literaturübersicht von Cook, 2004). Auch in Österreich wurde in den letzten Jahren ein entsprechendes Konzept entwickelt und angewandt, wobei sich eine Verbesserung des existenziellen Wohlbefindens der Teilnehmer ergab und die Nutzung auch religiöser/spiritueller Bewältigungsstrategien bei ihnen angeregt wurde (Unterrainer, 2006; 2007; 2011).

Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und schizoaffektive Störungen

Der skeptischen Beurteilung von Religion durch die frühe Psychologie geschuldet wurden außeralltägliche religiöse Erfahrungen häufig pauschal als Wahnvorstellungen abgetan (Henning & Belzen, 2007; Wulff, 1997). Zweifellos können schizophrene und wahnhaft Symptome religiöse Vorstellungen beinhalten (Wilson, 1998), die im Extremfall zu massivem autoaggressivem Verhalten bis hin zur Selbstverstümmelung, z. B. aufgrund von Versündigungsgedanken, führen können (Culiford, 1987; Waugh, 1986). Meist enthalten Wahnvorstellungen nur anteilig und oft diffus religiöse Elemente, in manchen, allerdings eher selteneren Fällen können diese aber auch für das Störungsbild bestimmend sein.

Letzteres ist beispielsweise der Fall beim sog. „Jerusalem-Syndrom“ (Bar-El, Witztum, Ka-

lian & Brom, 1991; Bar-El et al., 2000). Dabei handelt es sich um ein Erkrankungsbild, das meist als spezifische Form der akuten vorübergehenden psychotischen Störung (ICD-10-Klassifikation F23) verstanden und diagnostiziert wird. Das Phänomen ist aus historischen Reiseberichten und psychiatrischen Abhandlungen mindestens seit dem 19. Jahrhundert (Kalian & Witztum, 1999), vielleicht auch schon seit dem 14. Jahrhundert (Kalian & Witztum, 2002) bekannt und tritt jährlich bei ca. 100, zumeist tief religiösen Besuchern Jerusalems auf, von denen ca. 40 klinisch behandelt werden müssen (Bar-El et al., 2000). Ähnlich Phänomene sind auch aus anderen viel bereisten Städten (Rom, Florenz, Paris, London) bekannt; charakteristisch für das Jerusalem-Syndrom ist aber, dass hier das religiöse Moment bestimmend ist (Kalian & Witztum, 2000a).

Die genaue Symptomatik des Störungsbildes ist umstritten (Bar-El et al., 2000; Fastovsky, Teitelbaum, Zislin, Katz & Durst, 2000; Kalian & Witztum, 2000a). In den am wenigsten umstrittenen Fällen ist es gekennzeichnet dadurch, dass der oder die Betroffene zunächst eine große Ängstlichkeit, Erregtheit und Nervosität verspürt. Häufig schlägt sich diese Erregung dann in einem übersteigerten Bedürfnis nach Reinheit nieder, weswegen sich der Betreffende ausgiebig wäscht, zwanghaft die Nägel schneidet und in weiße Tücher oder Laken hüllt. Dann beginnt er zu schreien, laut zu beten, Bibelverse zu zitieren oder Psalmen und geistliche Lieder zu singen und begibt er sich zu einer der heiligen Stätten Jerusalems, um dort eine – häufig konfuse – öffentliche Predigt zu halten. Mitunter identifiziert sich der Betroffene auch mit einer biblischen Gestalt, z. B. Mose, David oder Johannes dem Täufer, und tritt entsprechend auf („biblische“ Gewänder, entsprechende Haar- und Barttracht; öffentliche Predigten oder Gebete etc.). Dabei treten männliche

Erkrankte als männliche Gestalten und Frauen als weibliche Personen auf; Christen identifizieren sich eher mit Figuren aus dem Neuen Testament, während Juden alttestamentliche Gestalten verkörpern (Bar-El et al., 2000). Manche Betroffene verspüren auch den Zwang, ihre Botschaft durch einen „spirituellen Hungerstreik“ zu unterstreichen (Kalian, Catinari, Heresco-Levi & Witztum, 2008) oder in Jerusalem eine bestimmte religiöse und/oder politische „Mission“ auszuführen (Bar-El et al., 2000). Bekannt wurde der Fall des Australiers Michael Rohan, der 1969, geleitet vom Empfinden, in einem göttlichen Auftrag zu handeln, versuchte, die Al-Aqsa-Moschee auf dem Tempelberg anzuzünden, und damit Unruhen in Jerusalem auslöste. In den zuletzt geschilderten Fällen besteht aber bereits Uneinigkeit darüber, ob sie phänomenologisch dem historisch bekannten Jerusalem-Syndrom entsprechen (Kalian & Witztum, 2000a; 2000b).

In vielen Fällen weisen die Betroffenen bereits vor dem Auftreten des Jerusalem-Syndroms psychische Auffälligkeiten auf, so dass eine gewisse psychische Destabilität und Vulnerabilität als Voraussetzung anzunehmen ist. Meist lässt sich das Jerusalem-Syndrom durch eine akute psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung innerhalb weniger Tage kurieren. Bei längerer Störungsdauer und intensiverer Symptomatik empfehlen Kalian & Witztum (2000b) die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (F20.0) und eine entsprechende längerfristige Behandlung.

In den meisten Fällen religiös gefärbter Wahninhalte und Halluzinationen begegnen die religiösen Elemente allerdings weniger geschlossen und massiv, als dies beim beschriebenen Jerusalem-Syndrom der Fall ist. Der religionskritischen Tendenz der älteren psychiatrischen und psychologischen Forschung geschuldet wurde lange v. a. auf solche verzerrten religiösen Elemente innerhalb

der Vorstellungen von Schizophrenen und Wahnpatienten geachtet (Mohr & Huguelet, 2004). Dabei zeigte sich in einer Studie an schizophrenen Patienten, dass es signifikante Unterschiede in der Häufigkeit religiöser Wahnanteile in Abhängigkeit vom kulturellen Kontext zu geben scheint: Während in Japan nur knapp 7% der Patienten entsprechende Vorstellungen aufwiesen, waren es in Deutschland 21%, die sich hier v. a. durch Vorstellungen von Versündigung und religiöser Schuld auszeichneten (Tateyama et al., 1993). Der religiöse Bezugsrahmen des Christentums scheint sich insofern bei diesem Vergleich in der deutschen Teilstichprobe charakteristisch niedergeschlagen zu haben. Weiterhin wurden auch Merkmale der Herkunftsfamilien und der Sozialisation Schizophrener untersucht, wobei nach Angaben der Betroffenen in der Erziehung häufig die Vorstellung eines strengen und strafenden Gottes vermittelt wurde und die Mütter der Patienten als kalt und abweisend, die Väter als misstrauisch und kontrollierend erlebt wurden (Wilson, Larson & Meier, 1983).

In jüngeren Studien wurde sowohl in den USA (Kroll & Sheehan, 1989; Tepper, Rogers, Coleman & Malony, 2001) als auch in Europa (Kirov, Kemp, Kirov & David, 1998; Pieper, 2004) bei Schizophrenen und anderen psychotischen Patienten allgemein eine höhere Religiosität als in der gesunden Bevölkerung festgestellt. Zunehmend ist hier aber v. a. die Rolle von Religiosität als einer Bewältigungsressource für schizophrene Patienten erkennbar geworden (Fallot, 1998; Huguelet, Binyet-Vogel, Gonzalez, Favre & McQuillan, 1997; Kelly & Gamble, 2005; Sullivan, 1998). Als Schwierigkeit hat sich dabei allerdings gezeigt, dass etablierte Untersuchungsverfahren wenig sensitiv im Hinblick auf die möglichen religiösen Anteile in der Vorstellungswelt Schizophrener sind (Siddle, Haddock, Tarrier & Faragher, 2002). Mit dem

Anliegen, sowohl diesem methodischen Problem Rechnung zu tragen als auch differenziert die psychopathologischen ebenso wie die salutogenen Facetten der Religiosität Schizophrener zu berücksichtigen, hat eine Genfer Forschergruppe um Mohr und Huguelet eine breit angelegte Studie durchgeführt (Borras et al., 2007; Huguelet, Mohr, Borras, Gilliéron & Brandt, 2006; Mohr, 2007; Mohr, Brandt, Borras, Gilliéron & Huguelet, 2006; Mohr, Gilliéron, Borras, Brandt & Huguelet, 2007), die als die am besten dokumentierte Untersuchung zur Religiosität Schizophrener gelten kann.

Die Genfer Arbeitsgruppe entwickelte ein klinisches Interview zur Ermittlung der Religiosität und ihrer Bedeutung für das Krankheitserleben schizophrener Patienten, das aus 20 Fragen besteht und etwa 30 Minuten Zeit beansprucht (Mohr et al., 2006; Mohr et al., 2007; dort auch Interviewleitfaden). Das Interview umfasste die religiöse Biografie der Patienten, religiöse Überzeugungen und Aktivitäten, die Zentralität von Religiosität im Leben der Patienten, die Bedeutung von Religiosität als Bewältigungsstrategie und entsprechende Konsequenzen, die empfundene (Un-)Vereinbarkeit mit der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung sowie eine Einschätzung, wie leicht oder schwer es den Patienten fiel, in der Behandlung über ihre Religiosität zu sprechen. Das Interview wurde bei der Untersuchung von 115 Patienten mit Erkrankungen aus dem Spektrum der schizophrenen und schizoaffektiven Störungen eingesetzt, und die Ergebnisse wurden sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet. Dabei stellten Mohr et al. (2007; Huguelet et al., 2006) fest, dass insgesamt nur bei einer Minderheit von Patienten (etwa 15%) die wahnhaften Überzeugungen religiöse Inhalte einschlossen. Diese Zahl ist deutlich geringer als die in einer Studie von Pfeifer (1994; 1999), die in den 1990er Jahren

ebenfalls in der Schweiz durchgeführt wurde. Pfeifer beobachtete, dass 53 bis 56% seiner schizophrenen Patienten anteilig dämonische Kräfte für ihr Leiden verantwortlich machten, wobei sich v. a. ein niedriger Bildungsstand, eine ländliche Herkunft und Kirchenzugehörigkeit als prädiktiv für solche dämonischen Attributionen erwiesen. Für die überwiegende Mehrzahl der Patienten von Mohr et al. (2007; Huguelet et al., 2006) waren religiöse Vorstellungen hingegen nicht Teil der Symptomatik, die Religiosität der Patienten jedoch für den Umgang mit der Krankheit von wichtiger (29%) oder eminenterer (31%) Bedeutung. Allerdings gaben nur 36 % aller Patienten an, mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten über ihre Religiosität gesprochen zu haben. Während die Patienten gegenüber der schweizerischen Allgemeinbevölkerung im Mittel eine höhere Religiosität aufwiesen, zeigten sich die Ärzte hinsichtlich ihrer Überzeugungen, Praktiken und Religionszugehörigkeit als signifikant weniger religiös sowohl im Vergleich zu den Patienten als auch zur Allgemeinbevölkerung (Huguelet et al., 2006). In der Hälfte der untersuchten Fälle ergab sich, dass die behandelnden Ärzte einen unzutreffenden Eindruck von der Religiosität der Patienten hatten – selbst dann, wenn sie gegenüber der Thematik grundsätzlich offen eingestellt waren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Untersuchung von O'Connor & Vandenberg (2005) auf der Basis von Arzturteilen zu drei Fallvignetten, weswegen sie, ebenso wie die Genfer Forschergruppe, grundlegend auf die Notwendigkeit einer differenzierteren und sensibleren Wahrnehmung der patientenseitigen Religiosität durch die Ärzte hinweisen.

Hinsichtlich der Bedeutung, die Religiosität für die schizophrenen Patienten hat, fanden Mohr et al. (2006), dass für die Mehrheit der Patienten (71%) ihre Religiosität mit Gefühlen der Hoffnung und Sinnerfüllung verbun-

den waren, während für 14% der Patienten aufgrund ihrer Krankheitssituation auch eine religiöse Verzweiflung entstanden war. 54% der Patienten gaben an, dass ihre Religiosität ihre Symptome abmildere, während 10% die gegenteilige Wahrnehmung hatten, dass durch Religiosität ihr Leiden vergrößert werde. Für 28% der Befragten ergab sich durch ihre Religiosität eine soziale Anbindung, während 3% von einer Isolation von ihrer religiösen Gemeinschaft im Gefolge ihrer Erkrankung berichteten. Während Religiosität bei 33% der Patienten mit einem geringeren Risiko für Suizidversuche einherging, stellte sich das Risiko für 10% als erhöht dar. Ausschlaggebend für die jeweiligen Motive war dabei v. a. ein religiöses Verbot der Selbsttötung einerseits oder aber die religiös vermittelte Hoffnung, an einen besseren Ort entfliehen zu können, andererseits (Huguelet et al., 2007). Für die 85% der Patienten, deren Symptome nicht mit religiösen Inhalten verbunden waren, ergab sich, dass Religiosität in keinem Zusammenhang mit der Erkrankungs- und Hospitalisationsdauer, dem von den Ärzten eingeschätzten gegenwärtigen klinischen Befinden oder der Lebensqualität bestand (Mohr et al., 2007). Es zeigten sich jedoch differentielle Resultate in Bezug auf spezifische klinische Variablen: So gaben signifikant mehr Patienten mit schizoaffektiver Störung (82%) eine hohe Bedeutung von Religiosität in ihrem Leben an als Schizophrenie-Patienten (36%). Auch war eine hohe Zentralität mit weniger Negativ-Symptomen (Affektverflachung, Antriebsminderung, Sprachverarmung), jedoch mehr Positiv-Symptomen (Wahnwahrnehmungen und -gedanken, Gedankeneingebung, Stimmenhören) verbunden. Religiöse Eingebundenheit in eine Gemeinschaft war mit weniger Symptomen generell assoziiert, und Patienten, denen es leichter fiel, über ihre Religiosität zu sprechen, erwiesen sich zugleich auch als weniger sozial auf-

fällig, allerdings allgemein mit mehr Symptomen belastet.

Im Rahmen der qualitativen Auswertung der Daten unterschieden Mohr et al. (2006) zwischen den 71% der Patienten, für die ihre Religiosität einen positive Bewältigungsstrategie i. S. einer Quelle für ein positives Selbstbild und für Sinnfindung darstellte, und den 14%, für die sich ihre Religiosität als negativer Bewältigungsmechanismus erwies, weil sie mit einem negativen Selbstbild, mit Verzweiflung und Unzufriedenheit verbunden war (für die verbleibenden 15% spielte Religiosität weder im Hinblick auf ihre Krankheit noch auf ihr Leben allgemein eine Rolle, so dass sie in der weiteren Auswertung unberücksichtigt blieben). Für die Patienten, die Religiosität als positive Bewältigungsstrategie angaben, waren die Zentralität ihrer Religiosität, gemeinsame religiöse Aktivitäten und Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft mit einer geringeren Symptomausprägung assoziiert. Dagegen waren für diejenigen, für die sich Religiosität als negativer Verarbeitungsmechanismus darstellte, die Bedeutung von Religiosität sowie allein oder gemeinsam praktizierte religiöse Aktivitäten mit deutlich höheren Symptomen und einer allgemein höheren Belastung verbunden.

Fasst man die Ergebnisse der Studien der Forschergruppe um Mohr und Huguelet zusammen, so lässt sich festhalten, dass bei verhältnismäßig wenigen Schizophrenie-Patienten religiöse Inhalte Teil der Symptomatik sind. Dagegen stellt, übereinstimmend mit früheren Studien, für viele Patienten Religiosität einen bedeutsamen Faktor ihres Lebens dar, der überwiegend als hilfreiche Ressource erlebt wird. Dies wird ärztlicherseits häufig übersehen und teils fehlgedeutet. Religiosität scheint insbesondere für Patienten mit schizoaffektiver Störung und für Patienten mit höherer Symptombelastung (v. a. Positivsymptome) von Bedeutung zu sein. Wird Religiosität als

eine positive Bewältigungsstrategie angewendet, so geht sie mit geringer Symptombelastung einher, während die Handhabung von Religiosität als negativer Verarbeitungsstrategie mit höherer Belastung und Symptomausprägung verbunden ist.

Bisherige Studien zu Religiosität und Symptomen der schizotypen Störung deuten darauf hin, dass Religiosität eine Affinität zu einem introvertiertem Genussverzicht, wie er teils als Indikator für Schizotypie geltend gemacht wird, aufweist. Einem charakteristisch schizotypen Verhalten steht allerdings die höhere prosoziale Bereitschaft vieler intrinsisch Religiöser entgegen. Außeralltägliche Erfahrungen scheinen mitunter von bestimmten religiösen Stilen (v. a. eine affekt- und erfahrungsbetonte Religiosität innerhalb bestimmter christlicher Sondergemeinschaften) mit abzuhängen; ihre Qualität ist jedoch keinesfalls mit schizotyper Symptomatik gleichzusetzen. Entscheidend ist hier insbesondere, dass es im Falle solcher außeralltäglicher, religiös gedeuteter Erfahrungen i. d. R. nicht zu Konflikten mit dem sozialen Umfeld kommt (White, Joseph & Neil, 1995; Day & Peters, 1999; Hillstrom & Strachan, 2000).

Affektive Störungen

Zahlreichen Untersuchungen, insbesondere der Meta-Analyse von Smith, McCullough & Poll (2003) über 147 Studien mit 98.975 untersuchten Personen zufolge scheint Religiosität insgesamt mit weniger depressiven Symptomen einherzugehen (Braam, 2011). Allerdings fanden Smith und Kollegen auch Hinweise, dass eine extrinsische Religiosität und bestimmte religiöse Bewältigungsstrategien, z. B. Gott für das eigene Leiden verantwortlich zu machen, dafür anzuklagen und eine eigene Auseinandersetzung zu vermeiden, mit stärkeren depressiven Symptomen assoziiert waren. Als hilfreich erwiesen sich v. a. eine intrinsische Religiosität und konstruktive religiöse Bewältigungsformen (Wahrnehmung

menschlicher und göttlicher Hilfe, bewusste eigene Auseinandersetzung), wobei es auch einige Studien gibt, die eine negative Beziehung zwischen intrinsischer Religiosität und depressiven Symptomen finden (Baetz, Griffin, Bowen, Koenig & Marcoux, 2004; King et al., 2007).

Diese Resultate decken sich insgesamt mit denen einer Forschungsübersicht von McCullough & Larson (1999) und sind auch konsistent mit den Befunden europäischer Studien: Auch in den Niederlanden konnte in epidemiologischen Längsschnittstudien ein niedrigeres Risiko für depressive Symptome in Abhängigkeit von intrinsischer Religiosität und der Intensität des Kirchgangs festgestellt werden (Braam et al., 1997; 2004; 2011). In Deutschland fand Dörr (1987; 1992) eine ausgeprägtere depressive Symptomatik bei extrinsisch Religiösen im Vergleich zu gar nicht Religiösen und zu intrinsisch motivierten Hochreligiösen. In einer weiteren Studie (Dörr, 2001; 2004) erwies sich ein kooperativer religiöser Verarbeitungsstil (Wahrnehmung göttlicher Unterstützung für das aktive eigene Tun) als hilfreiche Ressource gegen die Depressivität nach kritischen Lebensereignissen, während ein passives Warten auf göttliche Hilfe wie auch deren gänzliche Ablehnung keine Hilfe boten. Dafür, dass eine intrinsische Religiosität gegen Depression im Alter eine Ressource darstellen kann, sprechen die ersten Befunde einer Studie, die aktuell am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld durchgeführt wird (Driessen et al., 2009; Thomas, Wittmiß, Töpfer, Thomas & Driessen, 2010).

Der Meta-Analyse von Smith, McCullough & Poll (2003) wie auch einer umfangreichen längsschnittlichen Studie von Kendler, Gardner & Prescott (1999) zufolge gehen religiöse Überzeugungen und Aktivitäten auch mit einem geringeren Risiko, an einer manifesten Depression (ICD-10-Klassifikation F32) zu

erkranken, einher. Eine intrinsische Religiosität scheint die Remission nach einer depressiven Episode erleichtern zu können (Braam et al., 1997; Koenig, George & Peterson, 1998), während bei zunehmendem Schweregrad der depressiven Symptomatik auch die religiösen Empfindungen und Überzeugungen abnehmen (Grom, 2004), so dass die schon beschriebene emotionale Entleerung des Glaubens eintritt (Hole, 1977).

Auch bei bipolaren affektiven Störungen scheint das Störungsbild mitunter durch die Religiosität von Patienten gekennzeichnet sein: Wilson (1998) weist darauf hin, dass bestimmte Symptome der manischen Phase religiöse Elemente enthalten können (religiös gefärbte Wahnvorstellungen, religiöse Verzückung), was Mitchell und Romans (2003) auch empirisch beobachten konnten: In ihrer Studie zeigte sich neben der für viele Patienten bedeutsamen Rolle hilfreicher religiöser Bewältigungsstrategien auch Konfliktpotenzial dort, wo religiös gefärbte Vorstellungen in Konflikt mit dem medizinischen Krankheitsmodell und mit Behandlungsvorgaben standen.

Im Zusammenhang mit geringer Depressivität und einem niedrigeren Risiko für depressive Störungen steht schließlich auch eine geringere Suizidalität von konfessionell Gebundenen und von religiösen Menschen, die sich durch eine regelmäßige Ritualpraxis (Gebete, Kirchgang) auszeichnen (Al-Issa, 1995; Neeleman & Lewis, 1999; Siegrist, 1996). Neben religiösen Lehren, die Suizid ablehnen, macht Stack (1992) dafür auch die unter Religiösen höhere Ehezufriedenheit und niedrigere Scheidungsrate, die wesentliche Prädiktoren für Suizidalität sind, geltend. Entsprechende Meta-Analysen belegen sowohl eine höhere Zufriedenheit in Partnerschaft und Familie (Mahoney, Pargament, Tarakehwar & Swank, 2001) als auch eine allgemein höhere Lebenszufriedenheit (Hackney & Sanders, 2003) bei

höherer Religiosität. Darauf, dass trotz dieses generellen Trends belastende religiöse Gefühle, etwa von Versündigung und Schuld, mitunter auch zu erhöhter Depressivität und Suizidalität führen können, weisen v. a. die Arbeiten Julie J. Exlines (Exline & Rose, 2005; Exline, Yali & Lobel, 1999; Exline, Yali & Sanderson, 2000) hin.

Ein im Kontext des Verhältnisses von Religiosität und Suizidalität spezifisches, mittlerweile jedoch einige Male aufgetretenes Phänomen sind kollektive Suizide innerhalb bestimmter religiöser Sondergemeinschaften, z. B. in der „Heaven’s Gate“-Gruppe, unter den Sonnentemplern und den Anhängern des „Branch Davidian“ oder in der „People’s Temple“-Gemeinde in Jonestown/Guayana. Gemeinsam sind all diesen Gruppierungen eine radikale Abkehr von der übrigen Gesellschaft und der strikte Gehorsam gegenüber den jeweiligen charismatischen Führern. Die Suizide und Tötungen innerhalb dieser Gruppierungen erfolgten z. T. motiviert durch bestimmte Endzeiterwartungen oder Jenseits Hoffnungen, wurden teils jedoch unmittelbar ausgelöst durch die Eskalation von Konflikten mit der Staatsmacht, deren Zugriff man sich entziehen wollte (für eine vergleichende Analyse der Motive und Ereignisfolgen vgl. Dein & Littlewood, 2000).

Angstsymptome und Angststörungen

Während eine intrinsisch motivierte Religiosität oft in einem negativen Zusammenhang zu Angstsymptomen und -störungen steht (Bergin, Masters & Richards, 1987; Davis, Kerr & Kurpius, 2003; Koenig et al., 1993; Maltby, Lewis & Day, 1999), zeigt sich für eine extrinsische Religiosität mitunter eine positive Assoziation (Baker & Gorsuch, 1982; Bergin, 1983; Koenig et al., 1993; Maltby, Lewis & Day, 1999). Tapanya, Nicki und Jarusawad, 1997 konnten diesen Befund auch, über die US-amerikanischen Befunde an christlich geprägten Kollektiven hinaus, in einer bud-

dhistischen Stichprobe vorfinden. Spellman, Baskett und Byrne (1971) fanden auch bei Konvertiten tendenziell höhere Angstwerte. Sofern eine Gottesvorstellung Bestandteil der Religiosität ist, spielt zudem die Qualität des Gottesbilds (annehmend vs. abweisend) eine Rolle, da die Vorstellung eines liebevollen Gottes mit weniger phobischen und Angstsymptomen assoziiert ist, während ein distanziertes Gottesbild mit höherer Symptombelastung einhergeht (Bradshaw, Ellison & Flannelly, 2008). Auch bei regelmäßigen Kirchgängern konnte mehrfach ein geringeres Ausmaß an Angst festgestellt werden (Hertsgaard & Light, 1984; Peterson & Roy, 1985; Williams, Larson & Buckler, 1991), was durch das Empfinden verfügbarer sozialer Unterstützung und durch das im Zuge des Gottesdienstbesuchs verspürte Gefühl einer Bestätigung der eigenen Weltsicht begründet sein könnte (Huber, 2011). In einer Studie zu unmittelbaren Effekten des Gottesdienstbesuchs entdeckte Maltby (1998), dass die aktuelle Zustandsangst anglikanischer Christen direkt nach dem Gottesdienstbesuch gegenüber dem Angstniveau vor Beginn des Gottesdiensts deutlich gesunken war.

Neben der erfassten Dimension der Religiosität scheint auch die Art der Angstsymptome oder der Angststörung relevant zu sein (Thorson, 1998): Wie die bereits zitierte Studie von Kendler et al. (2003) zeigt, korrespondiert ein allgemeines Maß für Religiosität zwar mit einem leicht erhöhten Risiko für eine Panikstörung; die soziale Eingebundenheit in eine religiöse Gemeinschaft sowie eine religiöse Distanzierung von Rachegefühlen und Dankesbereitschaft sind hingegen mit vermindertem Risiko, an einer generalisierten Angststörung oder einer Phobie zu erkranken, verbunden.

Nicht-pathologische Formen von Angst sind bislang nur relativ sparsam erforscht (Shreve-Neiger & Edelstein, 2004); allerdings liegen

zu den spezifischen Formen der Angst, die sich auf existenzielle Verunsicherungen sowie auf Tod und Sterben beziehen, vielfältige Befunde vor (Hood, Hill & Spilka, 2009). Bereits Sturgeon und Hamley (1979) fanden niedrigere Ausprägungen existenzieller Angst bei intrinsisch religiös motivierten Christen. Diesem Befund korrespondieren die Resultate einer jüngeren Studie von Harris, Schoneman und Carrera (2002), die anzeigen, dass Menschen, die sich bezüglich ihrer religiösen und weltanschaulichen Ansichten unsicher sind oder diese in Frage stellen, häufiger existenzielle Ängste aufweisen. Unlängst konnte ferner auch in einer Untersuchung deutscher Medizinstudierender ein Zusammenhang zwischen einer existenziellen Fragehaltung und vermehrten Angstsymptomen beobachtet werden (Klein, 2010).

In Bezug auf Ängste in Verbindung mit Tod und Sterben existieren sowohl Untersuchungen, in denen bei ausgeprägter und intrinsisch motivierter Religiosität ein geringeres Ausmaß an Todesangst ermittelt werden konnte (Cicirelli, 2002; McClain, Rosenfeld & Breitbart, 2003; sowie bei deutschen Befragten Fischer, Greitemeyer, Kastenmüller, Jonas & Frey, 2006; Jonas & Fischer, 2006), als auch gegenläufige Resultate (Koenig, 1988; Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004; Shadinger, Hinninger & Lester, 1999; vgl. insgesamt auch die gute Übersicht zur älteren Forschung bei Ochsmann, 1993). Teils könnte sich die uneinheitliche Befundlage dadurch erklären lassen, dass zwischen Ängsten in Bezug auf Tod und Sterben und Religiosität insgesamt ein kurvilinearer Zusammenhang bestehen könnte. Diese These hatte Leming bereits 1979 mit den Argumenten formuliert, dass sich für nichtreligiöse Menschen in Bezug auf eine postmortale Existenz (an die sie nicht glauben) gar nicht erst Ängste ergeben können, während für tief gläubige Hochreligiöse der Sterbeprozess v. a. als Durchgangs-

stadium in ein besseres Leben danach erscheinen kann. Für weniger Religiöse oder Unentschlossene besteht jedoch sowohl eine Unsicherheit in Bezug auf das, was sie im Jenseits erwarten könnte, als auch die Angst vor dem Sterbeprozess selbst. Anhand seiner eigenen Ergebnisse konnte Leming (1979) den erwarteten kurvilinearen Zusammenhang auch bestätigen. Jüngere Studien ergaben weiterhin, dass bestimmte religiöse Überzeugungen, v. a. religiöse Jenseitsvorstellungen bezüglich eines erlösten Lebens nach dem Tod, vorwiegend mit niedrigerer Todesangst einhergehen (Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause, 2006; Fortner & Neimeyer, 1999; Rasmussen & Johnson, 1994; Thorson & Powell, 1990), wohingegen Vorstellungen von Hölle und jenseitigem göttlichem Strafgericht mit vermehrter Angst und Todesangst assoziiert sind (Exline, 2003; Swanson & Byrd, 1998). Letzteres trifft insbesondere dann zu, wenn bereits die gegenwärtige Gottesbeziehung von Gefühlen der Scham und Schuld geprägt ist, wie Müller (2008) in ihrer Studie zu Religiosität und Todesangst bei deutschen Brustkrebspatientinnen feststellen konnte. Bei hochreligiösen Teilnehmerinnen ihrer Studie, die Gott gegenüber positive Gefühle empfanden, fand sie hingegen geringere Ängste in Bezug auf den Prozess des Sterbens, auf die eigene Auslöschung und auf ein jenseitiges Gericht.

Zwangsstörungen

Die pauschale Einschätzung Freuds (1907; 1913), Religiosität sei eine „kollektive Zwangsneurose“, lässt sich vor dem Hintergrund heutiger empirischer Befunde nicht mehr halten, denn dass religiöse Menschen generell anfälliger für Zwangserkrankungen sind, lässt sich keinesfalls bemerken (Raphael, Rani, Bale & Drummond, 1996). Psychiatrische Patienten, die an Zwangsstörungen leiden, berichten zwar im Vergleich zu von anderen psychischen Leiden Betroffenen et-

was häufiger Konflikte aus dem religiösen Bereich (Higgins, Pollard & Merkel, 1992; Steketee, Quay & White, 1991), was Grom (2004) zufolge allerdings darin begründet ist, dass durch feste Verhaltensvorgaben und Rituale, wie sie in allen großen religiösen Traditionen vorliegen, eine gewisse Affinität zu Zwangssymptomen besteht. Freud (1907) hatte genau aus dieser Beobachtung seine These abgeleitet, dadurch allerdings Religiosität generell als pathologisch abgeurteilt. Religiöse Verhaltensregeln wie etwa Reinheitsgebote oder rituelle Handlungen wie Gebete können aber auch nach den Befunden der jüngeren Forschung in zwanghafter Form ausgebildet werden können – ebenso, wie Hygienevorstellungen oder reinliche Handlungen bei Zwangspatienten in Form von Zwangsvorstellungen bzw. -ritualen pathologisch ausufern können. Zwangssymptome können sich also gewissermaßen in Form einer religiösen „Übergewissenhaftigkeit“ manifestieren.

Eine Reihe von Studien bestätigt diese Einschätzung auch dadurch, dass religiöse Zwangsphänomene tendenziell vermehrt in solchen religiösen Kontexten aufzutreten scheinen, in denen ein besonderes Augenmerk auf die Einhaltung der Vorgaben und den korrekten Vollzug der rituellen Zeremonien gerichtet wird: So weisen z. B. einer Untersuchung von Maltby (1999) zufolge sehr regelmäßige Kirchgänger im Vergleich zu denjenigen, die nur gelegentlich oder nie einen Gottesdienst besuchen, höhere Ausprägungen von Zwangssymptomen auf (wobei die Symptomatik allerdings kein klinisch relevantes Ausmaß erreichte). Auch die Resultate der Studien von Steketee, Quay und White (1991) sowie Greenberg und Witztum (1994) sprechen dafür, dass sich die Zwangssymptome hochreligiöser Patienten tendenziell öfter in ihren religiösen Vorstellungen und Handlungen niederschlagen, wobei, wie gesagt, der religiös-kulturelle Kontext von Bedeutung zu

sein scheint, da unter orthodoxen israelischen Juden (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin & Cahill, 2002; Greenberg & Witztum, 1994; 2001a; Vishne, Misgav & Bunzel, 2008) und saudischen Muslimen (Mahgoub & Abdel-Hafeiz, 1991) im Vergleich zu den USA und europäischen Ländern in einem größeren Umfang religiöse Zwangsgedanken und -handlungen beobachtet werden konnten. Auch in einer Studie von Okasha, Saad, Khalil, El-Dawla und Yehia (1994) konzentrierten sich die Zwangsgedanken von Israelis und Ägyptern eher auf religiöse Themen, während die Zwangsvorstellungen von Briten und Indern stärker auf die Themen Ordnung und Aggression bezogen waren.

Fitz (1990) sowie Greenberg und Witztum (2001a; 2001b) vermuten, dass für die Ausbildung religiöser Formen von Zwangserkrankungen v. a. ein strenges Gottesbild, Rigorismus in Bezug auf das Befolgen religiöser Gebote und Rituale sowie als sündig empfundene Gedanken, insbesondere im Blick auf die eigene Sexualität, ursächlich sein können. Um eine gänzlich unpathologische regelmäßige religiöse Ritualpraxis von religiösen Zwangshandlungen unterscheiden zu können, verweisen Greenberg und Shefler (2002) auf die sehr viel höhere Stressbelastung durch zwanghaft ausgeführte religiöse Praktiken sowie auf deren Veränderungsresistenz. Im Interesse einer effizienten Behandlung von hochreligiösen Zwangspatienten mit religiösen Anteilen in der Symptomatik empfehlen Hermesh, Masser-Kavitzky und Gross-Isseroff (2003) sowie Huppert, Siev und Kushner (2008), die (nicht-pathologischen) religiösen Wertvorstellungen der Patienten explizit und ggf. unter Einbezug religiöser Spezialisten mit ins Behandlungskonzept einzubeziehen.

Zusammenfassung der Forschungsbefunde

Zusammenfassend bestätigen die referierten Befunde also das bereits eingangs beschriebene Bild: Insgesamt lassen sich eher hilfreiche

Facetten der Religiosität erkennen; insbesondere, wenn die religiösen Überzeugungen ein wichtiger Teil der eigenen Persönlichkeit, des Selbstbilds und der eigenen Lebenspraxis sind und insofern auch mit einer Partizipation an einer religiösen Gemeinschaft und sozialer Integration verbunden sind. Wiederholt hat sich auch die inhaltliche Färbung der Religiosität, hier v. a. des Gottesbilds – bestätigend und wertschätzend oder rigoros, kontrollierend und ängstigend – als ausschlaggebend dafür erwiesen, ob sich die Religiosität eher saluto- oder eher pathogen niederschlägt. Bei mehreren der diskutierten Krankheitsbilder hat sich hier gezeigt, dass die religiöse Sozialisation die Symptomatik des jeweiligen Patienten mitbestimmen kann und dass auch die Symptome selbst zuweilen (z. B. bei den wahnhaften und Zwangsstörungen) eine religiöse Färbung annehmen können (Miller & Kelley, 2005; Pfeifer & Waeltly, 1999). Um solche saluto- und pathogenen Effekte der Religiosität und die zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen besser nachvollziehen zu können, sollen im Folgenden die wichtigsten in der Forschungsliteratur diskutierten Erklärungsansätze vorgestellt und in ein allgemeines Wirkmodell integriert werden.

Theoretische Erklärungsansätze zum Verständnis saluto- und pathogener Effekte von Religiosität

In mehreren Übersichtsarbeiten haben zunächst Murken (1997; 1998; Schowalter & Murken, 2003) und darauf aufbauend Dörr (2001) sowie Klein & Albani (2007; 2011; Klein et al., 2008) entsprechende theoretische Erklärungsansätze zur Bedeutung von Religiosität für die psychische Gesundheit systematisiert und unterscheiden dabei sechs Theorien, die einander nicht ausschließen, sondern eine jeweils andere Perspektive akzentuieren. Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden Theorien:

1. Theorie der sozialen Unterstützung/der Kohäsion
2. Theorie der positiven Gefühle/des Selbstwerts
3. Theorie der kognitiven Orientierung/der Kohärenz
4. Theorie der alternativen Werte
5. Theorie der Verhaltensregulierung
6. Theorie des religiösen Coping

Spezifische Mechanismen, wie sich Religiosität auf die psychische Gesundheit auswirken kann, sollen nun im Folgenden anhand der sechs genannten Erklärungsansätze diskutiert werden. Dabei sollen sowohl die hilfreichen, als auch die belastenden Potenziale von Religiosität angesprochen werden.

Theorie der sozialen Unterstützung/der Kohäsion

Soziale Netzwerke können sowohl emotionale (Trost, Anteilnahme) als auch materielle Unterstützung bieten und schaffen die Möglichkeit zu Integration und sozialer Eingebundenheit. Insofern stellen sie eine grundsätzliche Ressource menschlichen Wohlbefindens dar (Röhrle, 1994). Religiöse Gruppen können als solche Netzwerke fungieren, und viele Befunde zeigen, dass die Eingebundenheit in religiöse Gemeinden und gemeinschaftliche religiöse Aktivitäten mit besseren Gesundheitswerten in Zusammenhang stehen (z. B. Idler & Kasl, 1997; Nooney & Woodrum, 2002); oft auch über die Effekte allgemeiner sozialer Unterstützung hinaus (z. B. Maseko, Kubzansky, Kawachi, Seeman & Berkman, 2007; VandeCreek, Pargament, Belavich, Cowell & Friedel, 1999). Das ist zum einen dadurch zu erklären, dass religiöse Gemeinschaften unmittelbar eine Quelle von Hilfe und Trost sein können (Cohen & Koenig, 2003; Seybold & Hill, 2001). Ganz grundlegend kann zudem das Gefühl von Zugehörigkeit und Akzeptanz der eigenen Überzeugungen durch ähnlich Denkende das Selbstwertgefühl und Wohlbe-

finden stärken (Carone & Barone, 2001; Mehnert, Rieß & Koch, 2003). Die zahlreichen Befunde, denen zufolge regelmäßiger Gottesdienstbesuch mit einer besseren psychischen Verfassung einhergeht (vgl. z. B. Chatters et al., 2008; Norton et al., 2008; sowie die oben zu Depressivität und Angst berichteten Befunde), sprechen schließlich dafür, dass gemeinschaftliche Rituale, in denen die eigenen Überzeugungen sozial bestätigt und Transzendenzerfahrungen erleichtert werden, salutogene Potenziale entfalten können (Potts, 2004; Siegel, Andermann & Schrimshaw, 2001).

Gefahren für die psychische Befindlichkeit bestehen durch die Eingebundenheit in religiöse Gemeinschaften dann, wenn aus sozialer Unterstützung sozialer Druck wird (Braam, 2011) und die Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppierung zu gesellschaftlicher Isolation führt. Ablehnung durch Nicht- oder Andersgläubige kann Konflikte hervorrufen (Murken & Namini, 2004a) und ggf. weiter in Isolation und Gruppenhörigkeit treiben (Dörr, 2001).

Theorie der positiven Gefühle/des Selbstwerts

Die meisten religiösen Traditionen kennen die Vorstellung von einem oder mehreren Göttern, und die meisten Gläubigen haben recht konkrete Vorstellungen darüber, wie (der jeweilige) Gott ist, und konkrete Empfindungen im Hinblick auf die Beziehung zu ihm. Aus einer solchen religiösen Perspektive kann der Gott, an den geglaubt wird, wie eine zusätzliche Person, von der Hilfestellungen wahrgenommen werden, innerhalb des sozialen Netzes des Gläubigen erscheinen (Pargament et al., 1990). Ob Gott tatsächlich existiert und ins Leben des betreffenden Menschen eingreift, ist dabei unerheblich (und mit den Methoden der empirischen Gesundheitsforschung auch nicht zu klären), da bereits die Vorstellung von Gott Einfluss auf das Erleben und Verhalten eines Gläubigen nimmt (vgl. die

zahlreichen o. g. Befunde zur Relevanz des Gottesbilds). Insofern beschränkt sich der im Folgenden skizzierte theoretische Rahmen gemäß dem religionspsychologischen Prinzip des „Ausschlusses der Transzendenz“ (Flournoy, 1903) bzw. der „Einklammerung des Geltungsanspruchs“ (Nestler, 2003; vgl. Klein, 2008) auf die menschliche Seite der Gottesbeziehung in Form der Vorstellung, die sich jemand vom Wesen und Wirken Gottes macht.

Im günstigen Fall kann eine solche Gottesbeziehung das Gefühl eines unbedingten Angenommenseins, Vertrauens und der fürsorglichen Liebe (Carone & Barone, 2001; Grom, 1994) vermitteln. In den letzten Jahren ist die Gottesbeziehung im Anschluss an die Bindungstheorie zunehmend als spezifische Bindungsform ins Blickfeld der Forschung gerückt (Kirkpatrick, 1992; 2005; 2006; Richard, 2004). Dabei kann die Gottesbeziehung sowohl an sichere Bindungserfahrungen der frühen Kindheit anschließen (Granqvist & Hagekull, 1999; Kirkpatrick, 1998; Kirkpatrick & Shaver, 1992), als auch ambivalente kindliche Bindungserfahrungen im Erwachsenenalter ausgleichen (Granqvist, 2005; Kirkpatrick, 1997; 1998). Sofern eine sichere Bindung zu Gott gegeben und das Gottesbild positiv gefärbt ist, kann sie dem Gläubigen ein positives Selbstwertgefühl vermitteln (Grom, 2007; Maton, 1989), zu weniger Einsamkeitsgefühlen verhelfen (Kirkpatrick, Shillito & Kellas, 1999), religiöses und nichtreligiöses Coping erleichtern (Belavich & Pargament, 2002; Maynard, Gorsuch & Bjorck, 2001) und emotionale Instabilität sowie Gefühle der Angst und Depressivität reduzieren (Rowatt & Kirkpatrick, 2002; Schaefer & Gorsuch, 1991; vgl. auch die berichteten Ergebnisse von Bradshaw, Ellison & Flannelly, 2008, sowie die weiteren o. g. Befunde).

Im Falle missglückter Gottesbeziehungen und eines Gottesbilds, in dem dieser vornehmlich

als strenger Richter und ständiger Überwacher wahrgenommen wird, können hingegen beinträchtigende religiöse Ängste (vor Versuchungen, Sünde, göttlichem Gericht) und negative Gefühle Gott gegenüber beherrschend sein (Murken, 1998). Beredte Zeugnisse der Konsequenzen einer entsprechend rigid-religiösen Erziehung sind die Bücher des Psychoanalytikers Tilmann Moser, in denen er sich mit der eigenen religiösen Sozialisation auseinandersetzt (Moser, 1976; 2003).

Positive wie negative religiös vermittelte Gefühle beschränken sich keineswegs allein auf Gottesbeziehung und Gottesbild. Im weiteren Sinne lassen sich vielfältige außeralltägliche Empfindungen als Erfahrung von etwas „Heiligem“ verstehen (Otto, 1917/1997) und können aufgrund ihrer emotionalen Stärke von Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden sein (Emmons, 2005; Kohls, 2004). Schnell (2006) zufolge sind Transzendenzerfahrungen eher dann bestärkend, wenn sie als positiv empfunden werden (vgl. Kohls, Friedl & Walach, 2001), mit einem allgemein höheren Sinnerleben verbunden sind, in einen kulturell akzeptierten (religiösen) Deutungshorizont eingeordnet werden können (vgl. Byrd, Lear & Schwenka, 2000; Wolfradt & Guerra, 1997) und wenn keine psychopathologischen Symptome vorliegen (vgl. Kohls, 2004; Kohls, Friedl & Walach, 2001). Im Fall bereits bestehender psychischer Erkrankung werden entsprechende Erfahrungen hingegen zumeist zusätzlich als negativ erlebt.

Theorie der kognitiven Orientierung/der Kohärenz

Religiöse Gemeinschaften tradieren umfassende Erklärungsmodelle dafür, warum die Welt so ist, wie sie ist. In einer Welt, die aufgrund ihrer Komplexität und ihres steten Wandels oft undurchschaubar erscheint (Luhmann, 1977; 2000; Pollack, 1995) und deshalb, gerade in verunsichernden Situationen durch Krankheit, Todesfälle oder Naturkata-

strophen, mitunter auch als bedrohlich empfunden wird (Becker, 1973; Greenberg, Simon, Pyszczyński & Solomon, 1991), können religiöse Erklärungen Halt und Orientierung bieten (Carone & Barone, 2001). Dadurch können sie dazu verhelfen, einen Sinn in der Welt und in den Geschehnissen des eigenen Lebens zu finden (Meadow & Kahoe, 1984; Schnell, 2011). Religiöse Wirklichkeitsdeutungen lassen sich als spezifische Attributionen (z. B. auf den Willen Gottes oder auf die Weltordnung des ewigen Kreislaufs von Sterben und Wiedergeburt) verstehen (Hood, Hill & Spilka, 2009; Spilka, Shaver & Kirkpatrick, 1985) und können über die Attribution ein Gefühl einer sekundären Kontrolle vermitteln (Klein & Lehr, 2011), den Selbstwert stärken, Hoffnung vermitteln (Yahne & Miller, 1999) und Lebenssinn und -bedeutung generieren (Mehnert, 2006; Park, 2005a; 2005b). Dadurch ermöglichen sie ein i. S. der Salutogenese wesentliches Gefühl der Kohärenz (Antonovsky, 1979; 1993; Idler, 1987; zu einer religionswissenschaftlichen Perspektive auf das Konzept des Kohärenzgefühls vgl. insbesondere auch Jeserich, 2011). Das ist gerade in Situationen persönlicher Belastung durch kritische Lebensereignisse von Bedeutung (George, Larson, Koenig & McCullough, 2000; Peterson & Roy, 1985). Die Hoffnung auf ein sorgenfreies, besseres Leben nach dem Tod, wiewohl von Marx (1844) als Vertröstung und „Opium fürs Volk“ (S. 378) kritisiert, kann psychologisch dabei helfen, entsprechende Belastungssituationen besser annehmen und bewältigen zu können (Flannelly et al., 2006). In Zeiten von Leid und Verlust können religiöse Traditionen zudem über den umfangreichen Erfahrungsschatz an Leid- wie auch Bewältigungserfahrungen, den sie in ihren Erzählungen und Handlungsvorgaben transportieren, externe kognitive Schemata anbieten, die vom Gläubigen adaptiert werden können (Foley, 1988; Käppeli, 1998, 2000; Koenig, 1995; McIntosh, 1995). Z. B.

kann der Verlust eines Kindes als Resultat eines göttlichen Plans, der den Betroffenen zwar unverständlich, aber hinnehmbar erscheint, gedeutet werden, was in einer schweizerischen Studie mit geringerer Depressivität (Znoj, Morgenthaler & Zwingmann, 2004) und in einer US-amerikanischen zudem mit einem posttraumatischen Wachstum (McIntosh, Silver & Wortman, 1993) der betroffenen Eltern verbunden war.

Die Gefahr religiöser Wirklichkeitsdeutungen liegt darin, dass sie sich zu rigiden, perfektionistischen Überzeugungen verdichten können, in denen Vorgegebenes unhinterfragt übernommen wird und keine Alternativen zugelassen werden (Dörr, 2001; Schowalter & Murken, 2003). Wo religiöse Hoffnungen ausschließlich zur Verdrängung bestehender Belastungen dienen, ist die Marxsche Kritik der Vertröstung tatsächlich zutreffend. Religiöse Vorstellungen, in denen die bedrohlichen Aspekte (strenges, überwachendes Gottesbild, Leid als göttliche Strafe) überwiegen, dienen zwar auch zur Erklärung der eigenen Situation, verschärfen aber bereits bestehende Belastungen zusätzlich (Exline, Yali & Sanderson, 2000).

Theorie der alternativen Werte

Vielen religiösen Traditionen ist von ihren Wurzeln her eine gesellschaftskritische Tendenz zu Eigen, die alternative Wertvorstellungen – z. B. Demut, soziales Engagement oder Verzicht anstelle von Macht, Selbstverwirklichung oder Genuss – vermittelt und von den Anhängern einfordert. Wiewohl damit auch Konfliktpotenzial gegenüber der Gesellschaft außerhalb der jeweiligen Religionsgemeinschaft bestehen kann, können solche alternativen Werte psychisch auch entlastend wirksam sein, insofern sie von Erfolgs- und Konformitätsdruck befreien (Schowalter & Murken, 2003) und bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Betonung der Würde der Leidenden und Schwachen die Bewälti-

gung erleichtern können (Dörr, 2001). Vor dem Hintergrund entsprechender Wertvorstellungen muss eigenes Leid dann nicht als himmelschreiendes Unrecht empfunden werden, was z. B. erklären kann, dass schwer- und todkranke religiöse Patienten teils über ein adaptiveres Bewältigungsverhalten als nicht religiöse Patienten verfügen (Cartwright, 1991; Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold & Targ, 1999; Kaldjian, Jekel & Friedland, 1998; Mehnert, Rieß & Koch, 2003).

In den vergangenen Jahren ist in der Psychologie zunehmend erkannt worden, dass Wertvorstellungen, die auf ein harmonisches Miteinander und eine Zurücknahme selbstbezogener Wünsche abzielen, so z. B. die Bereitschaft zum Verzeihen (Brown, 2003; McCullough, Root, Tabak & Witvliet, 2009; Worthington & Scherer, 2004) oder zur Dankbarkeit (McCullough, Emmons & Tsang, 2002; Watkins, 2004; Wood, Maltby, Gillett, Linley & Joseph, 2008), mit mehr Ausgeglichenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden, besserer Stressbewältigung und weniger Depressivität verbunden sind. Die meiste Aufmerksamkeit hat dabei das Verzeihen („Forgiveness“) erfahren (vgl. die Sammelbände von McCullough, Pargament & Thoresen, 2000; sowie Worthington, 1998), für das mittlerweile auch ein deutschsprachiges Messinstrument existiert (Allemand, Sassin-Meng, Huber & Schmitt, 2008). Auch solche das zwischenmenschliche Verhalten regelnden Werte werden von vielen Religionen propagiert (Greer, Berman, Varan, Bobrycki & Watson, 2005; McCullough & Worthington, 1999), wiewohl sie natürlich keineswegs zwingend religiös motiviert sein müssen und auch zwischen den Anhängern verschiedener Religionsgemeinschaften Unterschiede zu bestehen scheinen (Cohen, Malka, Rozin & Cherfas, 2006). Zusammenhänge von Verzeihen und Dankbarkeit mit Religiosität sind dementsprechend zumeist nur moderat positiv (vgl. die Über-

sicht der Befunde bei Bono & McCullough, 2004; McCullough, Bono & Root, 2005), aber wie die eingangs zitierte Studie von Kendler et al. (2003) zeigt, können Verzeihensbereitschaft, Dankbarkeit und Lösung von Rachegefühlen auch, wenn sie in der Untersuchung explizit religiös gefasst werden, mit einem signifikant geringeren Risiko für mehrere psychische Erkrankungen einhergehen (s. o.; vgl. auch die Befunde von Tsang, McCullough & Hoyt, 2005).

Als problematisch können sich religiös vermittelte alternative Wertvorstellungen dann erweisen, wenn sie in übersteigerter Weise idealisiert und absolut gesetzt werden. Dies kann prinzipiell in zwei Richtungen geschehen; zum einen externalisierend, in Form religiöser Fundamentalismen, indem beansprucht wird, dass auch alle übrigen Menschen sich denselben religiösen Werten verpflichtet fühlen. Zwar sind Menschen mit fundamentalistischer Religiosität der Meta-Analyse von Saroglou (2002) zufolge insgesamt etwas weniger neurotisch als andere Menschen, v. a. im Vergleich zu extrinsisch Religiösen, was vermutlich an der Sicherheit vermittelnden Geschlossenheit ihres Weltbilds liegt. Ihre in derselben Meta-Analyse festgestellte geringere Offenheit birgt aber zweifellos auch in gesundheitspsychologischer Hinsicht Konfliktpotenzial im Umgang mit Andersdenkenden.

Zum anderen können religiöse Wertvorstellungen internalisierend übersteigert werden, was dann mit der Gefahr, ein „Helfer-Syndrom“ (Schmidbauer, 1977) zu entwickeln und an Burnout und Depression zu erkranken, verbunden ist. Diese Gefahr manifestiert sich insbesondere auch innerhalb der helfenden geistlichen Berufe unter Pfarrern, Seelsorgern oder Diakonissen (Evers & Tomic, 2003; Hall, 1997; Hart, 1984), und es liegen bereits einige Studien aus dem deutschen Sprachraum vor, die eine hohe psychische Belastung bei Teilen der entsprechenden

Berufsgruppen illustrieren (Heyl, 2003; Jacobs, 2000; Voltmer, Büssing, Thomas & Spahn, 2010).

Theorie der Verhaltensregulierung

Religiöse Traditionen formulieren konkrete Handlungsvorgaben, z. B. zu Körperpflege, körperlicher Aktivität, Ruhezeiten, Sexualverhalten, Ernährung und Substanzkonsum bzw. Abstinenz, die sich unmittelbar auf die psychische Gesundheit auswirken können (Payne, Bergin, Bielema & Jenkins, 1991). Insofern lassen sich z. B. die geringeren Alkoholkonsum- und Drogenkonsum-Prävalenzen (vgl. Geppert, Bogenschütz & Miller, 2007, sowie die übrigen o. g. Studien) sowie die niedrigeren Suizidraten (Neeleman & Lewis, 1999; Siegrist, 1996; s. o.) als Folgen spezifischer, durch religiöse Wertsysteme geregelter Verhaltensweisen erklären. Mittelbar spielen in diesem Zusammenhang Verhaltensformen wie ein durch religiöse Vorgaben nahegelegtes niedrigeres Sensation Seeking (Forthun, Bell, Peek & Sun, 1999) oder auch Formen des Umgangs miteinander in der Familie (Simons, Simons & Conger, 2004) eine Rolle, die auch die niedrigeren Scheidungsraten und die höhere Ehezufriedenheit stärker religiöser Menschen zu verstehen helfen (Mahoney et al., 2001, Stack, 1992; s. o.).

Eine übermäßig strikte Orientierung an religiösen Verhaltensvorgaben scheint allerdings, wie eine Studie zur Rigidität oder Flexibilität der religiösen Überzeugungen von Patienten in stationär-psychiatrischer Behandlung und einer gesunden Kontrollgruppe nahelegt (Stifoss-Hanssen, 1994), in der Gefahr zu stehen, mit neurotischem Denken und Verhalten einherzugehen. Diesen Eindruck bestärken auch die oben berichteten Befunde zur teils höheren Zwanghaftigkeit bzw. zu den religiösen Inhalten in den Zwangsgedanken Hochreligiöser (vgl. Greenberg und Witztum, 1994; Maltby, 1999; Steketee, Quay und White, 1991, sowie die übrigen o. g. Studien).

Theorie des religiösen Coping

Religiöses Bewältigungsverhalten lässt sich im Sinne des „transaktionalen Stress-Coping-Modells“ (Folkman, 1997; Folkman & Greer, 2000) verstehen als Form eines „meaning-based coping“ (Zwingmann, 2004): Religiöse Bewertungen der eigenen Belastungssituation, z. B. das Vertrauen auf einen als liebevoll und hilfreich vorgestellten Gott, der den Gläubigen nicht allein lässt, können dabei das Gefühl, Belastungen wie kritischen Lebensereignissen hoffnungslos ausgeliefert zu sein, verringern und Geborgenheit und Sicherheit vermitteln (Dörr, 2001; Schowalter & Murken, 2003). Über Gebete und andere Praktiken besteht für den betroffenen Menschen die Möglichkeit, von sich aus Gottes helfendes Handeln zu erbitten.

Pargament et al. (1988) haben im Hinblick auf solche „Interaktionen“ zwischen Mensch und Gott drei verschiedene Coping-Stile unterschieden: einen „delegierenden Stil“ (es wird ausschließlich Hilfe von Gott erhofft; der Mensch bleibt hingegen völlig passiv), einen „kollaborativen Stil“ (es wird von einer Unterstützung Gottes für die eigenen Bewältigungsversuche des Menschen ausgegangen), und schließlich einen „selbst-direktiven Stil“ (auch wenn Gott nicht per se ausgeschlossen wird, wird in Bezug auf die Belastungsbewältigung ausschließlich auf das eigene Tun vertraut). Von den drei Stilen scheint v. a. der kollaborative Coping-Stil zu einer besseren Belastungsbewältigung beitragen zu können (Pargament, 1997). Während sich bei geringeren Belastungen auch der „selbst-direktive Stil“ als hilfreich erweist, kann er in Situationen, in denen kaum noch Möglichkeiten zur Kontrolle gegeben sind, z. B. bei massiver Alkoholabhängigkeit, auch maladaptiv sein (Klein & Lehr, 2011).

Im Verlauf der weiteren Erforschung des religiösen Coping wurden weiter ausdifferenziert diverse Varianten religiöser Belastungsbewäl-

tigung untersucht, die sich summarisch als Formen eines positiven, die eigene Religiosität bestärkenden und eines negativen, die eigene Religiosität in Frage stellenden Coping zusammenfassen lassen (Pargament, Koenig & Perez, 2000; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; vgl. zur Übersicht Klein & Lehr, 2011). Im Jahr 2005 führten Ano und Vasconcelles (2005) eine Meta-Analyse der bis dato vorliegenden 49 Untersuchungen zu Formen des positiven und negativen religiösen Coping durch, die bestätigen konnte, dass positives religiöses Coping signifikant mit besserer und negatives mit schlechterer Belastungsbewältigung einhergeht.

Auch im deutschen Sprachraum gehört religiöses Coping zu den verbreitetsten Strategien zur Bewältigung von Belastungen und bietet, insbesondere im Falle kritischer Lebensereignisse (Dörr, 2001; 2004) und schwerer oder lebensbedrohlicher Erkrankungen (z. B. Büssing, 2011; Büssing et al., 2009; Büssing, Ostermann & Koenig, 2007; Kremer, 2001; Mehnert, 2008; Mehnert, Rieß & Koch, 2003; Muthny, Bechtel und Spaete, 1992), die Möglichkeit, Erleichterung von den Belastungen zu erfahren. Die bisher vorliegenden deutschsprachigen Befunde haben neben den konsistenten internationalen Ergebnissen zu positivem, v. a. kollaborativem religiösen Coping allerdings mehrfach auch Effekte für Beeinträchtigungen der Befindlichkeit, die sich aus negativem religiösen Coping ergeben, und teils auch für einen negativen Effekt des religiösen Coping generell erkennen lassen (z. B. Müller, 2008; Winter, 2006; Winter et al., 2009; Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber & Murken, 2006). Die betreffenden Forscher weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass – ebenso wie in den USA (Pargament, Koenig & Perez 2000; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Pargament, Tarakeshwar, Ellison & Wulff, 2001) –

auch im deutschen Sprachraum negative religiöse Coping-Muster deutlich weniger verbreitet sind als positive. Dennoch machen entsprechende Ergebnisse deutlich, dass Religiosität im hiesigen Kontext auch ein nicht unwesentliches Belastungspotenzial enthalten kann. Möglicherweise führt die geringere Selbstverständlichkeit von Religiosität innerhalb des deutschen Sprachraums dazu, dass religiöses Coping als etwas zu Rechtfertigendes wahrgenommen wird, weil man sich der Akzeptanz und des Verständnisses dafür nicht sicher ist. In der Konsequenz könnte religiöses Coping somit eher noch zu einer Verunsicherung beitragen. Allerdings ergeben die bisherigen Befunde keineswegs schon ein geschlossenes Bild, so dass zukünftige Studien darüber Aufschluss geben müssen, welche Bedeutung für die Bewältigung von unterschiedlichsten Belastungen religiösem Coping tatsächlich in den deutschsprachigen Ländern zukommt.

Allgemeines integratives Wirkmodell

Anforderungen an ein integratives Wirkmodell zu Erklärung saluto- und pathogener Effekte von Religiosität

Wiederholt ist im Rahmen der Forschung zu Religiosität und psychischer Gesundheit die Forderung nach plausiblen theoretischen Modellen zur Erklärung der vorliegenden Befunde erhoben worden, die der Komplexität des Verhältnisses von Religiosität und Gesundheit in einem hinreichenden Umfang gerecht werden und die vielfältigen Resultate schlüssig integrieren können (George, Ellison & Larson, 2002; Kim, 2003; Levin, 1996; Levin & Chatters, 1998). Zugleich besteht jedoch auch die Herausforderung, entsprechende Modelle einfach und verständlich genug zu konzipieren, damit sie innerhalb der diversen Forschungsdisziplinen, die Erkenntnisse zur Bedeutung der Religiosität für die psychische Gesundheit beitragen (v a. Medizin, Psycho-

logie, Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Soziologie, Religionswissenschaft und Theologie; vgl. die einleitenden Bemerkungen) nachvollzogen und ggf. auch adaptiert werden können (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Weiterhin müssen solche Modelle entgegen dem aktuellen Trend, überwiegend die positiven Effekte der Religiosität zu fokussieren, gleichermaßen hilfreiche wie auch für die psychische Gesundheit hinderliche oder schädliche Facetten von Religiosität abbilden können (Exline, 2002a; 2002b; Pargament, 2002b). In diesem Zusammenhang ist auch angezeigt, nicht einfach eine einseitig positiv verstandene Spiritualität von einer als veraltet, autoritär und gesundheitsschädlich aufgefassten Religiosität abzutrennen, um dadurch den Spiritualitätsbegriff „rein“ zu halten – und Religiosität zu diskreditieren (vgl. zu entsprechenden Kritikpunkten Koenig, 2008; Pargament, 1999; Zinnbauer & Pargament, 2005). Stattdessen müssen überzeugende Modelle unabhängig davon, welcher Begriff als der grundlegendere verstanden wird (vgl. zu dieser Diskussion Utsch & Klein, 2011), sensitiv für die jeweiligen positiven wie negativen Gesichtspunkte der im Modell eingeschlossenen Konstrukte sein.

In der Forschungsliteratur wird mittlerweile eine Vielzahl möglicher Modelle, die die sechs zuvor beschriebenen Wirkmechanismen in der einen oder anderen Form aufnehmen, diskutiert. Peterson & Roy (1985) machten v. a. religiös vermittelte positive Gefühle wie Hoffnung, Optimismus und Trost, soziale Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft, mit der auch eine Relativierung aktueller Sorgen und Beschwerden verbunden ist, sowie eine Sinnfindung im Leben angesichts der religiösen Perspektive auf ein ewiges Leben als gesundheitswirksame Aspekte von Religiosität geltend. Argyle (1999; 2000) nennt zusätzlich gesundheitsdienliche religiöse Verhaltensregeln sowie die Beziehung zu Gott als

eine Quelle existenzieller Sicherheit und Zuversicht, während Park (2005a; 2005b; 2007; Park & Folkman, 1997;) v. a. die Bedeutung von Religiosität als Sinnressource zur Bedeutungsfindung im Leben unterstreicht. Dörr (2001) hat zudem auf die Rolle alternativer religiöser Werthaltungen hingewiesen; Oman & Thoresen (2005) geben neben den schon genannten Mechanismen auch religiöse Bewältigungsstrategien („Coping“) als Wirkfaktor an. Bower, Epel und Moskowitz (2009) sowie Mehnert und Höcker (2011) unterscheiden in ihren Modellen zu Religiosität und körperlicher Gesundheit religiöse Coping-Strategien als Verhaltensformen, die unmittelbar auf die Bewältigung psychischer Belastungen abzielen, noch einmal von Lebensstilfaktoren (z. B. Enthaltbarkeit oder Mäßigkeit) und allgemeiner Stressresistenz. Koenig, McCullough & Larson (2001) schließlich nennen in ihrem Wirkmodell sowohl abrufbare individuelle (Selbstwert, Sinnfindung) als auch soziale Ressourcen (religiöse Gemeinschaft) sowie konkrete Verhaltensweisen zur Stress- und Krankheitsbewältigung in Form religiöser Coping-Strategien. Daneben beziehen sie in ihr Modell allerdings auch vorausgehende Bedingungen wie genetische Prädispositionen oder Umweltfaktoren (z. B. in Form einer spezifischen religiösen Sozialisation) und anfallende Belastungen (z. B. kritische Lebensereignisse) mit ein.

Die sechs im vorliegenden Artikel beschriebenen Erklärungsansätze decken sich mit den von anderen Autoren diskutierten Mechanismen, wobei sie sich als Facetten innerhalb des komplexen Bedingungsgefüges begreifen lassen, welches das Verhältnis von Religiosität zur psychischen Gesundheit kennzeichnet. Allerdings setzen die genannten Mechanismen an unterschiedlichen Stellen innerhalb saluto- und pathogener Entwicklungen an, weswegen verschiedene Ebenen von Wirkfaktoren unterschieden werden sollten, wie dies

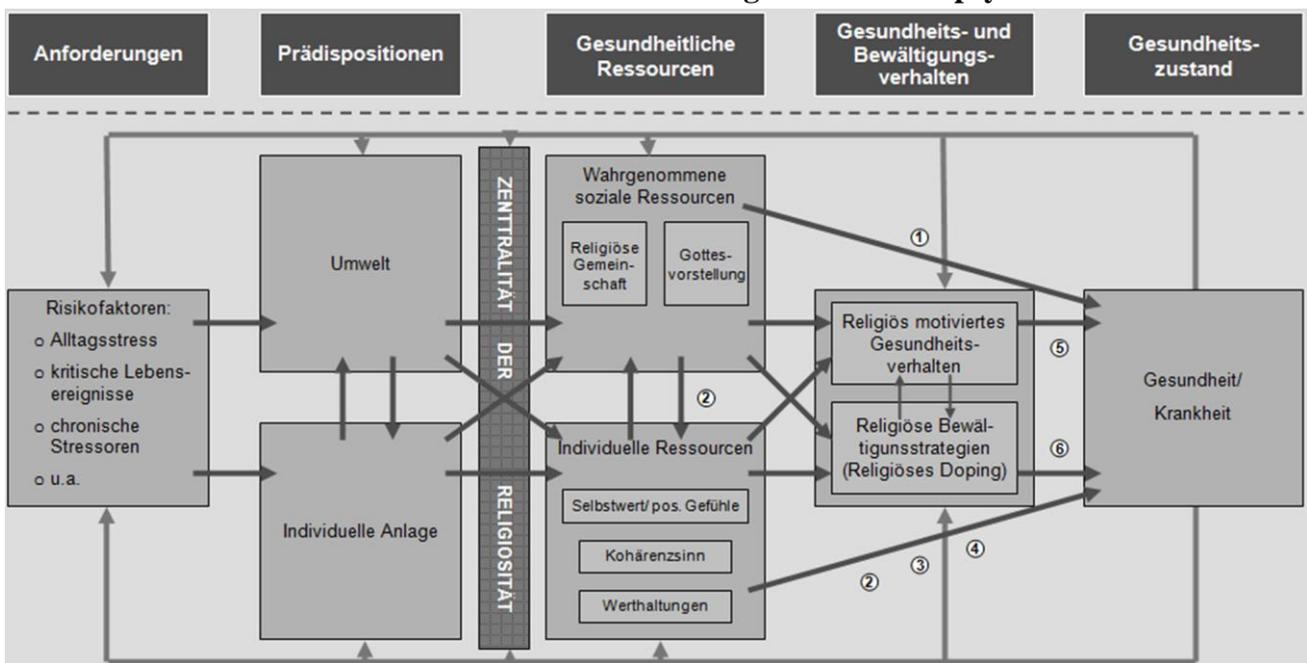
ähnlich auch Koenig, McCullough & Larson (2001), Bower, Epel und Moskowitz (2009) oder Mehnert und Höcker (2011) in ihren Modellen getan haben. Die bisherigen Modelle berücksichtigen jedoch entweder die inneren Dynamiken der Religiosität, wie sie sich erst durch das Zusammenspiel der in den sechs vorgestellten Theorien benannten Wirkfaktoren ergeben, zu wenig: Z. B. ist im Modell von Koenig, McCullough und Larson (2001) Religiosität lediglich als globaler Faktor – im Sinne ihrer Zentralität (?) – enthalten, von dem aus sich dann Konsequenzen für die psychische Gesundheit, die soziale Unterstützung und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen ergeben. Dabei wird aber vernachlässigt, dass etwa das Gefühl, bei Gott geborgen zu sein, ein psychohygienisches Empfinden ist, das genuin religiös ist. Ebenso gehört ein gemeinschaftlicher Ausdruck der eigenen Religiosität, der, wie oben ausgeführt, bereits Einfluss auf die Befindlichkeit nehmen kann, zumeist zu den Ausdrucksformen der Religiosität dazu, ebenso wie die Befolgung religiöser Vorgaben, die teils auch gesundheitsdienlich sind, als Bestandteil der Religiosität verstanden werden kann. Um also die Dynamiken der Religiosität adäquat zu verstehen und dadurch ein "Wegerklären" der Religiosität ("explaining religion away"; vgl. Pargament, 2002a) zu vermeiden, ist es sinnvoll, Facetten von Religiosität anhand der unterschiedlichen Theorien differenziert in ein allgemeines Modell zu integrieren. Manche Modelle wie etwa das von Park (2007) oder von Bower, Epel und Moskowitz (2009) tun dies, weisen dafür jedoch einen anderen Mangel auf, indem sie nicht zwischen verschiedenen vorausgehenden Faktoren oder Konsequenzen für die psychische Gesundheit differenzieren. Insofern stehen diese Modelle in der Gefahr, sich zu spezifisch auf Religiosität zu konzentrieren und zu wenig an allgemeine gesundheitspsychologische und klinisch-psychologische Modelle angebunden zu sein.

Religiosität im Diathese-Stress-Modell

Um den beschriebenen Anforderungen an ein allgemeines Wirkmodell zu entsprechen und sowohl die saluto- und pathogenen Dynamiken von Religiosität angemessen zu berücksichtigen, als auch Religiosität fundiert mit den breiteren Forschungslinien innerhalb von Klinischer und Gesundheitspsychologie zu vernetzen, erscheint es uns sinnvoll, die sechs in den vorigen Abschnitten beschriebenen theoretischen Erklärungsansätze miteinander zu verknüpfen und in das allgemeine Diathese-Stress-Modell zur Entstehung psychischer Erkrankungen (vgl. z. B. Stamm & Bühler, 2001; Studer, 2008) einzutragen (Abbildung

Dem Diathese-Stress-Modell zufolge ist die jeweilige psychische Befindlichkeit eines Menschen als Resultat der Reaktion auf bestehende *Anforderungen* (z. B. Alltagsstress oder kritische Lebensereignisse) zu verstehen. Dabei hängt das Ergebnis von der Interaktion verschiedener Faktoren ab: Zu diesen gehören zunächst grundlegende *Prädispositionen* wie die eigene genetische Veranlagung und die Sozialisation sowie weitere Umweltfaktoren. Weiterhin ist die Nutzung vorhandener sozialer wie individueller *gesundheitlicher Ressourcen* zu nennen. Auf sozialer Ebene kann dies mit Blick auf Religion z. B. die eigene religiöse Gemeinschaft i. S. der Theorie der

Abb. 1: Theoretisches Modell zu Wirkweisen von Religiosität auf die psychische Gesundheit



1) Theorie der sozialen Unterstützung, 2) Theorie der positiven Gefühle, 3) Theorie der kognitiven Orientierung, 4) Theorie der alternativen Werte, 5) Theorie der Verhaltensregulierung, 6) Theorie des religiösen Coping

1). Das Diathese-Stress-Modell geht zurück auf die Arbeiten Zubins (Zubin, Magaziner & Steinhauer, 1983; Zubin & Spring, 1977; Zubin & Steinhauer, 1981) zur Schizophrenie, kann heute jedoch als allgemein anerkanntes Modell der Ätiopathogenese gelten (Gaebel & Zielasek, 2008; Ingram & Price, 2001; Möller, 2001; Zuckerman, 1999).

sozialen Unterstützung sein. Als eine imaginierte, aber vom Gläubigen für existent erachtete soziale Ressource kann hier allerdings auch i. S. der Theorie der positiven Gefühle die persönliche Vorstellung von Gott als Quelle entsprechender positiver Emotionen genannt werden. Solche positiven Emotionen können wiederum das Selbstwertgefühl stärken und auf diesem Wege auch zu einer indi-

viduellen Ressource werden. Ebenso lassen sich auch alternative Werte (Theorie der alternativen Werte) oder der Kohärenzsinn (Theorie der kognitiven Orientierung; vgl. Antonovsky, 1979; 1993; Jeserich, 2011) als religiös vermittelte individuelle Ressourcen begreifen.

Bei den bisher genannten religiösen Merkmalen handelt es sich um Faktoren, deren Bezug zur psychischen Gesundheit eher unspezifisch ist. Insofern lässt sich vermuten, dass sie v. a. in Form einer allgemeinen "Abpufferung" gegenüber Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens wirksam werden (i. S. eines "Stress Deterrent Model"; vgl. Pargament, 1997, pp. 302-308). Ergänzend kommen nun noch Verhaltensweisen hinzu, die unmittelbar auf den Erhalt der Gesundheit und die Bewältigung von Stress abzielen (*Gesundheits- und Bewältigungsverhalten*), in religiöser Hinsicht z. B. spezifische Verhaltensvorgaben wie die Forderung nach Enthaltbarkeit und Mäßigung i. S. der Theorie der Verhaltensregulierung oder religiöse Coping-Strategien i. S. der Theorie des religiösen Coping. Da sich diese Verhaltensweisen unmittelbar auf das gesundheitliche Befinden beziehen, ist hier eher anzunehmen, dass sie die Effekte gesundheitlicher Belastungen auf die Befindlichkeit moderieren (i. S. eines "Stress Moderator Model"; vgl. Pargament, 1997, pp. 302-306). Die Wechselbeziehungen zwischen allen genannten Faktoren bedingen dem Diathese-Stress-Modell zufolge, als wie gut oder schlecht letztendlich der psychische *Gesundheitszustand* eines Menschen einzuschätzen ist.

Die grundlegende Bedeutung der Zentralität der Religiosität

Angesichts der Fülle der Befunde zur gesundheitlichen Bedeutung einer intrinsischen Religiosität, die fest in der Persönlichkeit verankert ist, im Gegensatz zu einer bloß extrinsischen (vgl. die Meta-Analysen von Batson,

Schoenrade & Ventis, 1993; Donahue, 1985; Hackney & Sanders, 2003; s. o.), ist zusätzlich zu den Ebenen, die durch das allgemeine Diathese-Stress-Modell beschrieben werden, auch noch die Zentralität der Religiosität als zentraler „Filter“ zwischen den Prädispositionen und den gesundheitlichen Ressourcen in das Modell integriert. Das Konzept der Zentralität der Religiosität in der Persönlichkeit eines Menschen geht auf Stefan Huber (2003) zurück, der darunter das Ausmaß der Bedeutung versteht, die der Religiosität im Leben eines Menschen zukommt. Gegenüber dem vorwiegend auf Glaubensinhalten und psychosozialen Funktionen von Religiosität abzielenden Konzept der "intrinsischen Religiosität" schlägt Huber (2003, 2008a; 2008b) vor, die Zentralität der Religiosität über die auf Charles Y. Glock (Glock, 1962; Stark & Glock, 1968) zurückgehende Phänomenologie religiöser Ausdrucksformen – religiöse Ideologie, religiöses Interesse, religiöse Erfahrung sowie öffentlicher und privater Ritualvollzug (z. B. Gottesdienst bzw. Gebet) – zu konzipieren. Nur wenn alle fünf Dimensionen des religiösen Erlebens und Verhaltens hoch ausgeprägt sind, ist Huber (2003, 2008a; 2008b) zufolge von einer zentralen Bedeutung der Religiosität für die betreffende Person auszugehen. Wenn eine hohe Zentralität der Religiosität vorliegt, ist wiederum anzunehmen, dass religiöse Inhalte einen autonomen und breiten Einfluss auf das allgemeine Erleben und Verhalten – und damit auch auf die psychische Gesundheit – ausüben (Huber, 2011).

Die Aufnahme der Zentralität der Religiosität ins allgemeine integrative Modell bietet zwei grundlegende Vorteile gegenüber undifferenzierteren Modellen: Zum einen ist es so möglich, bei Bedarf einzelne Ausdrucksformen der Religiosität wie Glaubensinhalte oder kollektive rituelle Praktiken, die v. a. in der älteren Forschung oft als Indikatoren der Religiosität verwendet wurden (s. o.), als Be-

standteile der Zentralität zu begreifen und ins Modell zu integrieren. Auch jüngere Forschungsergebnisse wie beispielsweise die zunehmende Zahl der Studien zur Bedeutung einer individuellen rituellen Praxis (Gebet, Meditation) lassen sich so als Effekt (einer Dimension) der Zentralität der Religiosität verstehen. Auf diese Weise können auch Befunde zu regelmäßigem Beten (Ladd & McIntosh, 2008; Maltby, Lewis & Day, 1999; 2008) oder zu regelmäßiger kontemplativer Praxis hinduistischer und buddhistischer Traditionen – wie Yoga (Benson et al., 1982), Zen- (Austin, 1998; Kasamatsu & Hirai, 1966) und Achtsamkeitsmeditation (Davidson et al., 2003; Kabat-Zinn, 2011) oder auch Tai Chi (Esch, Duckstein, Welke & Braun, 2007; vgl. zur Meditation insgesamt auch Engel, 1999; Shapiro, 1987; Unger, 1995; Wallace & Benson, 1972) – ins Modell integriert werden.

Zum zweiten steht hinter der Aufnahme der Zentralität der Religiosität als zentralem Filter der Gedanke, dass alle weiteren Faktoren (Ressourcen, Gesundheits- und Bewältigungsverhalten), die im Rahmen der sechs zuvor beschriebenen theoretischen Erklärungsansätze auf konkrete religiöse Erlebens- und Verhaltensformen bezogen werden, in Abhängigkeit von der allgemeinen Zentralität der Religiosität in unterschiedlicher Weise zum Tragen kommen (Huber, 2011; Huber & Krech, 2009). Je höher die Religiosität eines Menschen insgesamt ist, desto vielfältiger und differenzierter können die spezifischen religiösen Wirkfaktoren ausgebildet werden (Huber, 2003; 2008a; 2011). Erste Studien, in denen ein Interaktionseffekt zwischen der Zentralität der Religiosität und weiteren gesundheitlich relevanten religiösen Merkmalen berücksichtigt wurde (Müller, 2008; Winter, 2006; Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008), bestätigen die Filterfunktion, die der Zentralität der Religiosität im Modell in Abbildung 1 zugewiesen wird.

Rückkopplungen – die Bedeutung der psychischen Gesundheit für die Religiosität

Als weitere Ergänzung sind in das Modell in Abbildung 1 auch Rückkopplungspfade vom Gesundheitsstatus zu den verschiedenen vorgelagerten Ebenen eingezeichnet. Damit soll im Modell der eingangs in diesem Artikel beschriebenen Rückwirkung der psychischen Befindlichkeit auf das religiöse Leben entsprochen werden: Während bei positiver Grundstimmung und weitgehender Beeinträchtigungsfreiheit i. d. R. davon auszugehen ist, dass religiöse Überzeugungen, Empfindungen und Praktiken eher stabil bleiben, werden bei krisenhaften Erfahrungen und starker psychischer Beeinträchtigung auch vermehrt Erschütterungen des eigenen Weltbilds die Folge sein und ggf. zu Veränderungen im religiösen Leben führen. Neben dem eingangs berichteten Beispiel der emotionalen Entleerung der Religiosität im Gefolge einer Depression zeigen sich solche Rückkopplungsprozesse z. B. in Form von Konversionen und Dekonversionen, die infolge belastender Erfahrungen vollzogen werden und als Versuche der Lebensbewältigung verstehbar sind (vgl. z. B. Murken & Namini, 2004a; 2004b; Streib, Hood, Keller, Csöff & Silver, 2009). Pargament (2007) beschreibt solche Vorgänge innerhalb seiner Theorie des religiösen Coping als Übergang von einem *konservierenden* zu einem *transformierenden* religiösen Coping: Wenn sich die gewohnten religiösen Bewältigungsstrategien nicht mehr als hilfreich für die Entlastung und Problembewältigung erweisen, werden sie einer grundlegenden Revision und Transformation unterzogen; mit dem Resultat, dass sich die Religiosität bzw. die Weltansicht der Betroffenen im Gefolge dieses Prozesses oft grundlegend ändert. Je nachdem, welchen Veränderungen der im Modell ganz rechts eingetragene Gesundheitszustand also unterworfen ist, kann demnach auch mit Veränderungen der im Modell

enthaltenen religiösen Merkmale gerechnet werden.

Fazit

Die im vorliegenden Artikel dargestellten Befunde zeigen, dass Religiosität für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auf vielerlei Weise bedeutsam sein kann. Sie kann ebenso Trost, Kraft und Vertrauen spenden, wie sie auch Ängste hervorrufen oder Druck erzeugen kann. Die psychologischen Mechanismen, die den Effekten von Religiosität auf die Befindlichkeit zugrunde liegen, sind dabei ebenfalls vielfältig, kommen aber wohl umso stärker zum Tragen, desto wichtiger die Religiosität im Leben eines Menschen ist. Das vorgestellte integrative Modell versucht, der Komplexität des Wechselverhältnisses von Religiosität und psychischer Gesundheit bestmöglich gerecht zu werden, ist aber selbstverständlich nicht erschöpfend, sondern je nach interessierendem Teilaspekt von Religiosität und/oder Gesundheit erweiterbar, präzisierbar und, wo aufgrund der empirischen Befundlage angezeigt, auch modifizierbar und veränderbar.

Dennoch gehen wir davon aus, dass die wesentlichen Merkmale der Gemengelage von Religiosität und psychischer Befindlichkeit darin enthalten sind. Insofern verbinden wir mit der Vorstellung des Modells die Hoffnung, dass es zur Strukturierung und Stimulation zukünftiger Forschung zu Religiosität und Gesundheit beitragen kann und dabei hilft, verschiedene Gesichtspunkte stärker als bisher zu beachten; etwa die Bedeutung der Zentralität der Religiosität als eines zentralen Filters, die Unterscheidung zwischen den eher allgemeinen Ressourcen, die Religiosität bereitstellen kann, und den konkreten, auf Gesundheitserhaltung und Belastungsbewältigung ausgerichteten religiösen Aktivitäten, deren methodologische Umsetzung in Form von Puffer- oder Moderator-Modellen, oder

die Reflexion der allgemeinen Wirkrichtung – von den religiösen Merkmalen auf die gesundheitlichen Faktoren oder vice versa.

Dabei sollte klar sein, dass Forschungsergebnisse jeweils umso deutlicher und eindeutiger ausfallen werden, desto präziser Fragestellung und Operationalisierung gefasst sind und desto besser sie einander korrespondieren. Das integrative Modell soll v. a. dazu dienen, diese Herausforderungen zu erleichtern. Allerdings wird es zusätzlich immer auch notwendig sein, die Spezifik der jeweils untersuchten Religiosität (z. B. in Abhängigkeit von regionalen oder konfessionellen Gegebenheiten; vgl. Klein, Brähler, Decker, Blaser & Albani, 2008) wie auch der gesundheitlichen oder pathopsychologischen Charakteristika (z. B. Symptomatik des Störungsbilds) angemessen zu berücksichtigen. Auf diese Weise wird es zukünftig hoffentlich zunehmend besser möglich sein, das Verhältnis von Religiosität und psychischer Gesundheit sachgemäß und differenziert zu verstehen. Denn Religiosität kann, wie die Befundübersicht gezeigt hat, im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden Vieles, auch sehr Unterschiedliches bedeuten. Eines aber ist sie ganz sicher nicht: irrelevant.

Referenzen

1. AA-Grapevine Inc. New York/Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e. V (Hrsg.) (2010): Die zwölf Schritte der Anonymen Alkoholiker. www.anonymealkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php (18.11.2010)
2. Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP (2002): Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy* 40; 825-838
3. Adelekan ML, Abiodun OA, Imouokhome-Obayan AO, Oni GA, Ogunremi OO (1993): Psychosocial

- correlates of alcohol, tobacco, and cannabis use: Findings from a Nigerian university. *Drug and Alcohol Dependence* 33; 247-256
4. Akabaliev V, Dimitrov I (1997): Attitudes towards alcohol use among Bulgarians-Christians and Turks-Muslims. *Folia Medica* 39; 7-12
 5. Albani C, Bailer H, Blaser G, Geyer G, Brähler E, Grulke N (2002): Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52; 306-313
 6. Alcoholics Anonymous (Ed.) (1976): *Alcoholics Anonymous*. Alcoholics Anonymous World Services, New York
 7. Alexander CN, Robinson P, Rainforth M (1994): Treating and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through transcendental meditation: A review and statistical meta-analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly* 11; 13-87
 8. Al-Issa I. (1995): Culture and mental illness in an international perspective. In: Al-Issa I (Ed.): *Culture and mental illness: An international perspective*. International Universities Press, Madison
 9. Allemann M, Sassin-Meng A, Huber S, Schmitt M (2008): Bereitschaft zu Verzeihen. Entwicklung und Validierung einer Skala der Bereitschaft zu verzeihen (SBV). *Diagnostica* 52; 71-84
 10. Amey CH, Albrecht SL, Miller MK (1996): Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. *Substance Use and Misuse* 31; 1311-1332
 11. Ano GG, Vasconcelles EB (2005): Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 61; 461-480
 12. Antonovsky A (1979): *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass, San Francisco
 13. Antonovsky A (1993): The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine* 36; 725-733
 14. Argyle M (1999): Causes and correlates of happiness. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (Eds.): *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation, New York
 15. Argyle M (2000): *Psychology and religion. An introduction*. Routledge, London
 16. Austin J (1998): *Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. MIT Press, Cambridge/MA
 17. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Koenig HG, Marcoux E (2004): The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192; 818-822
 18. Bahr SJ, Maughan SL, Marcos AC, Li B (1998): Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family* 60; 979-992
 19. Baker M, Gorsuch RL (1982): Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion* 21; 119-122
 20. Bar-El Y, Durst R, Katz G, Zislin J, Strauss Z, Knobler HY (2000): Jerusalem Syndrome. *British Journal of Psychiatry* 176; 86-90
 21. Bar-El Y, Witztum E, Kalian M, Brom D (1991): Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem. *Comprehensive Psychiatry* 32; 238-244
 22. Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL (1993): *Religion and the individual. A social-psychological perspective*. Oxford University Press, New York
 23. Beck M (2003): *Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie*. Schöningh, Paderborn

24. Becker E (1973): *The denial of death*. Free Press, New York
25. Belavich TG, Pargament KI (2002): The role of attachment in predicting spiritual coping with a loved one in surgery. *Journal of Adult Development* 9; 13-29
26. Bell R, Wechsler H, Johnston LD (1997): Correlates of college student marijuana use: Results of a U.S. national survey. *Addiction* 92; 571-581
27. Belzen, JA van (2007): Zum psychologischen Umgang mit außeralltäglichen religiösen Phänomenen – Konditionen der Interpretation. In: Belzen JA van, Henning C (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Schöningh, Paderborn
28. Benson H, Lehmann JW, Malhotra MS, Goldman RF, Hopkins J, Epstein MD (1982): Body temperature changes during the practice of g Tum-mo yoga. *Nature* 295; 234-236
29. Benson PL (1992): Religion and substance use. In: Schumaker JF (Ed.): *Religion and mental health*. Oxford University Press, New York
30. Bergin AE (1983): Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* 14; 170-184
31. Bergin AE (1991): Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist* 46; 394-403
32. Bergin AE, Masters KS, Richards PS (1987): Religiousness and mental health reconsidered: A study of intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology* 34; 197-204
33. Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2007): *Bertelsmann – Religionsmonitor 2008*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
34. Bertelsmann-Stiftung (Ed.) (2009): *What the world believes: Analysis and commentary on the Religion Monitor* 2008. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh
35. Berth H, Klein C, Balck F (2011): Begriffsbestimmungen: Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim
36. Blaues Kreuz in Deutschland e. V. (BKD) (Hrsg.): *Home*. www.blaues-kreuz.de/ (18.11.2010)
37. Bono G, McCullough ME (2004): Religion, forgiveness, and adjustment in older adults. In: Schaie KW, Krause N, Booth A (Eds.): *Religious influences on health and well-being in the elderly*. Springer, New York
38. Booth J, Martin JE (1998): Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery. In: Koenig HG (Ed.): *Handbook of religion and mental health*. Academic Press, San Diego
39. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguelet P (2007): Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin* 33; 1238-1246
40. Bower JE, Epel E, Moskowitz JT (2009): Biological correlates: How psychological components of benefit finding may lead to physiological benefits. In Park CL, Lechner SC, Antoni MH, Stanton AL (Eds.): *Medical illness and positive life change*. American Psychological Association, Washington DC
41. Braam AW (2011): Religion und Depression. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim
42. Braam AW, Beekman ATF, Deeg DJH, Smit JH, van Tilburg W (1997): Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: Results from a community survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica*

- Scandinavica 96; 199-205
43. Braam AW, Hein E, Deeg DJ, Twisk JW, Beekman AT, van Tilburg W (2004): Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: Results from the Longitudinal Aging Study. *Journal of Aging and Health* 16; 467-489
 44. Bradshaw M, Ellison CG, Flannelly KJ (2008): Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion* 47; 644-659
 45. Bristow-Braitman A (1995): Addiction recovery: 12-step programs and cognitive behavioral psychology. *Journal of Counseling and Development* 73; 414-419
 46. Brown DR, Gary LE (1994): Religious involvement and health status among African American males. *Journal of the National Medical Association* 86; 825-831
 47. Brown RP (2003): Measuring individual differences in the tendency to forgive: Construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin* 29; 759-771
 48. Bruchhausen W (2004): Kranksein, Heilen und Gesundbleiben im Schnittpunkt von Religion und Medizin. *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin* 27; 27-39
 49. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Drucksache 14/5130. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
 50. Büssing A (2011): Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim
 51. Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, Matthiessen PF (2009): Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 10; 327-339
 52. Büssing A, Ostermann T, Koenig HG (2007): Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 37; 39-57
 53. Buxton ME, Smith DE, Seymour RB (1987): Spirituality and other points of resistance to 12-step recovery process. *Journal of Psychoactive Drugs* 19; 275-286
 54. Byrd KR, Lear D, Schwenka S (2000): Mysticism as a predictor of subjective well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion* 10; 259 – 269
 55. Carone DA, Barone DF (2001): A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review* 21; 989-1003
 56. Cartwright R (1991): Is religion a help around the time of death? *Public Health* 105; 79-87
 57. Chamberlain K, Zika S (1992): Religiosity, meaning in life, and psychological well-being. In: Schumaker J. (Ed.): *Religion and mental health*. Oxford University Press, New York
 58. Chappel JN (1990): Spirituality is not necessarily religion: A commentary on „Divine intervention and the treatment of chemical dependency“. *Journal of Substance Abuse* 2; 481-483
 59. Chatters LM, MacKeever Bullard K, Taylor RJ, Toler Woodward A, Neighbors HW, Jackson JS (2008): Religious participation and DSM-IV disorders among older African Americans: Findings from the National Survey of American Life. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16; 957-965
 60. Cicirelli VG (2002): Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journals of*

- Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 57; 358-366
61. Clark KM, Friedman HS, Martin LR (1999): A longitudinal study of religiosity and mortality risk. *Journal of Health Psychology* 4; 381-391
 62. Cohen AB, Koenig HG (2003): Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International* 28; 215-241
 63. Cohen AB, Malka A, Rozin P, Cherfas L (2006): Religion and unforgivable offenses. *Journal of Personality* 74; 85-117
 64. Cook CC (2004): Addiction and spirituality. *Addiction* 99; 539-551
 65. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold K, Targ E (1999): Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 8; 429-438
 66. Culliford L (1987): Autocastration and biblical delusions in schizophrenia (correspondence). *British Journal of Psychiatry* 150; 407
 67. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF (2003): Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65; 564-570
 68. Davis TL, Kerr BA, Kurpius SE (2003): Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *Journal of Psychology and Theology* 31; 356-365
 69. Davis M, Matthews K, Twamley E (1999): Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine* 21; 83-97
 70. Day S, Peters E (1999): The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences* 27; 55-67
 71. Dein S, Littlewood R (2000): Apocalyptic suicide. *Mental Health, Religion & Culture* 3; 109-114
 72. Dieckmann B, Maiello C (1998): Glaube und Geschlecht. In: Jörns KP, Großholz C (Hrsg.): Was die Menschen wirklich glauben. Die soziale Gestalt des Glaubens – Analysen einer Umfrage. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
 73. Donahue MJ (1985): Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 48; 400-419
 74. Dörr A (1987): Religiosität und Depression. Eine empirisch-psychologische Untersuchung. Deutscher Studien-Verlag, Weinheim
 75. Dörr A (1992) Religiosität und Depression. In: Schmitz E (Hrsg.): Religionspsychologie. Hogrefe, Göttingen
 76. Dörr A (2001): Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Kovac, Hamburg
 77. Dörr A (2004): Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Waxmann, Münster
 78. Driessen M, Wittmiß S, Töpfer M, Thomas C (2009): Religiöse Motivation und Depression im Alter – Erste Ergebnisse einer klinisch-prospektiven Studie. In Thomas G, Karle I (Hrsg.): Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch. Kohlhammer, Stuttgart
 79. Ebertz MN (2007): Je älter, desto frömmere? Befunde zur Religiosität der älteren Generation. In: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Bertelsmann – Religionsmonitor 2008. Gütersloher

- Verlagshaus, Gütersloh
80. Eibach U (1991): Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn
 81. Ellis A (1971): The case against religion: A psychotherapist's view. Institute for Rational Living, New York
 82. Ellis A (1980): Psychotherapy and atheistic Values: A Response to Bergin. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48; 635-639
 83. Ellis A (1992): My current views on rational-emotive therapy (RET) and religiousness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy* 10; 37-40
 84. Ellis A, Schoenfeld E (1990): Divine intervention and the treatment of chemical dependency. *Journal of Substance Abuse* 2; 459-468
 85. Emmons RA (2005): Emotion and religion. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford, New York
 86. Engel K (Hrsg.) (1999): *Meditation. Geschichte, Systematik, Forschung, Theorie*. Lang, Frankfurt/M.
 87. Engs RC, Mullen K (1999): The effect of religion and religiosity on drug use among a selected sample of post secondary students in Scotland. *Addiction Research* 7; 149-170
 88. Esch T, Duckstein J, Welke J, Braun V (2007): Mind/body techniques for physiological and psychological stress reduction: Stress management via Tai Chi training – a pilot study. *Medical Science Monitor* 13; CR488-497
 89. Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.) (2010): *Religion und Krankheit*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
 90. Evers W, Tomic W (2003): Burnout among Dutch reformed pastors. *Journal of Psychology and Theology* 31; 329-338
 91. Exline JJ (2002a): Stumbling blocks on the religious road: Fractured relationships, nagging vices, and the inner struggle to believe. *Psychological Inquiry* 13; 182-189
 92. Exline JJ (2002b): The picture is getting clearer, but is the scope too limited? Three overlooked questions in the psychology of religion. *Psychological Inquiry* 13; 245-247
 93. Exline JJ (2003): Belief in heaven and hell among Christians in the United States: Denominational differences and clinical implications. *Omega – Journal of Death and Dying* 47; 155-168
 94. Exline JJ, Rose E (2005): Religious and spiritual struggles. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford, New York
 95. Exline JJ, Yali AM, Lobel M (1999): When God disappoints: Difficulty forgiving God and its role in negative emotion. *Journal of Health Psychology* 4; 365-379
 96. Exline JJ, Yali AM, Sanderson WC (2000): Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology* 56; 1481-1496
 97. Falloot RD (1998): Spiritual and religious dimensions of mental illness recovery narratives. *New Directions for Mental Health Services* 80; 35-44
 98. Fastovsky N, Teitelbaum A, Zislin J, Katz G, Durst R (2000): The Jerusalem Syndrome. *Psychiatric Services* 51; 1052
 99. Ferriss AL (2002): Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies* 3; 199-215
 100. Ferraro KF, Kelley-Moore JA (2000): Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion* 39; 220-234
 101. Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group (1999): *Multidimensional measurement of*

- religiousness/spirituality for use in health research. John E. Fetzer Institute, Kalamazoo/MI
102. Fiedermutz-Laun A, Pera F, Peuker ET, Diederich F (Hrsg.) (2002): Zur Akzeptanz von Magie, Religion und Wissenschaft. Ein medizinethnologisches Symposium der Institute für Ethnologie und Anatomie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Lit, Münster
 103. Fischer P, Greitemeyer T, Kastenmüller A, Jonas E, Frey D (2006): Coping with Terrorism: The Impact of Increased Salience of Terrorism on Mood and Self-Efficacy of Intrinsically Religious and Non-Religious People. *Personality and Social Psychology Bulletin* 32; 365-377
 104. Fitz A (1990): Religious and familial factors in the etiology of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Psychology and Theology* 18; 141-147
 105. Flannelly KJ, Koenig HG, Ellison CG, Galek K, Krause N (2006): Belief in life after death and mental health: Findings from a national survey. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194; 524-529
 106. Flournoy T (1903): *Les principes de la psychologie religieuse*. *Archives de Psychologie* 2; 33-57
 107. Foley DP (1988): Eleven interpretations of personal suffering. *Journal of Religion and Health* 27; 321-328
 108. Folkman S (1997): Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine* 45; 1207-1221
 109. Folkman S, Greer S (2000): Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9; 11-19
 110. Forthun LF, Bell NJ, Peek CW, Sun SW (1999): Religiosity, sensation seeking, and alcohol/drug use in denominational and gender contexts. *Journal of Drug Issues* 29; 75-90
 111. Fortner BV, Neimeyer RA (1999): Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies* 23; 387-411
 112. Foshee VA, Hollinger BR (1996): Maternal religiosity, adolescent social bonding, and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence* 16; 451-468
 113. Francis LJ (1997): The psychology of gender differences in religion: A review of empirical research. *Religion* 27; 81-96
 114. Francis LJ, Mullen K (1993): Religiosity and attitudes towards drug use among 13-15 year olds in England. *Addiction* 88; 665-672
 115. Franke A, Kämmerer A (Hrsg.) (2001): *Klinische Psychologie der Frau*. Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen
 116. Freud S (2000): *Zwangshandlungen und Religionsübungen* (1907). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg.): *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Bd. 7. *Zwang, Paranoia und Perversion*. Fischer, Frankfurt/M.
 117. Freud S (2000): *Totem und Tabu* (1917). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg.): *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Bd. 9. *Fragen der Gesellschaft - Ursprünge der Religion*. Fischer, Frankfurt/M.
 118. Freud S (2000): *Die Zukunft einer Illusion* (1927). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg.): *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Bd. 9. *Fragen der Gesellschaft - Ursprünge der Religion*. Fischer, Frankfurt/M.
 119. Freud S (2000): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933). In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg.): *Sigmund Freud – Studienausgabe*. Bd. 1. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Und *Neue Folge*. Fischer, Frankfurt/M.
 120. Frick E (2009): *Psychosomatische Anthropologie*. Ein Lehr- und

- Arbeitsbuch für Unterricht und Studium. Kohlhammer, Stuttgart
121. Gaebel W, Zielasek J (2008): Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Bd. 1. Allgemeine Psychiatrie. Springer, Berlin
 122. Gartner J, Larson DB, Allen GD (1991): Religious Commitment and mental Health: A Review of the empirical Literature. *Journal of Psychology and Theology* 19; 6-25
 123. Gelderloos P, Walton KG, Orme-Johnson DW, Alexander CN (1991): Effectiveness of the transcendental meditation program in preventing and treating substance misuse: A review. *International Journal of the Addictions* 26; 293-325
 124. George LK, Ellison CG, Larson DB (2002): Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 13; 190-200
 125. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME (2000): Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology* 19; 102-116
 126. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR (2007): Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and Alcohol Review* 26; 389-395
 127. Glock CY (1962): On the study of religious commitment. *Religious Education* 57 (suppl.); 98-110
 128. Glock E (2002): Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten. Zur Spezifität und Stabilität von Coping-Prozessen bei Brustkrebspatientinnen, Hodenkrebspatienten und Lymphompatienten. Shaker, Marburg
 129. Gorsuch RL (1995): Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues* 51; 65-83
 130. Granqvist P (2005): Building a bridge between attachment and religious coping: Tests of moderators and mediators. *Mental Health, Religion & Culture* 8; 35-47
 131. Granqvist P, Hagekull B (1999): Religiousness and perceived childhood attachment: Profiling socialized correspondence and emotional compensation. *Journal for the Scientific Study of Religion* 38; 254-273
 132. Greenberg D, Shefler G (2002): Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: A comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 75; 123-130
 133. Greenberg D, Witztum E (1994): The influence of cultural factors on obsessive compulsive disorder: Religious symptoms in a religious society. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 31; 211-220
 134. Greenberg D, Witztum E (2001a): *Sanity and Sanctity*. Yale University Press, New Haven
 135. Greenberg D, Witztum E (2001b): Treatment of strictly religious patients. In: Pato MT, Zohar J (Eds.): *Current treatment of obsessive-compulsive disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC
 136. Greenberg J, Simon L, Pyszczynski T, Solomon S (1991): A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In: Zanna MP (Ed.): *Advances in experimental social psychology*. Vol. 24. Academic Press, San Diego
 137. Greer T, Berman M, Varan V, Bobrycki L, Watson S (2005): We are a religious people; we are a vengeful people. *Journal for the Scientific Study of Religion* 44; 45-57
 138. Greifeld K (Hrsg.) (2003): *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Reimer, Berlin
 139. Grom B (1994): *Religiosität und das*

- Streben nach positivem Selbstwertgefühl. In: Klosinski G (Hrsg.): Religion als Chance oder Risiko. Huber, Bern
140. Grom B (2004): Religiosität – psychische Gesundheit – subjektives Wohlbefinden: Ein Forschungsüberblick. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Waxmann, Münster
141. Grom B (2007): Religionspsychologie. Kösel, München
142. Hackney CH, Sanders GS (2003): Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion* 42; 43-55
143. Hall TW (1997): The personal functioning of pastors: A review of empirical research with implications for the care of pastors. *Journal of Psychology and Theology* 25; 240-253
144. Hardy PH, Kirby KM (1995): Relation between family religiousness and drug use within adolescent peer groups. *Journal of Social Behavior and Personality* 10; 421-430
145. Harris JI, Schoneman SW, Carrera SR (2002): Approaches to religiosity related to anxiety among college students. *Mental Health, Religion & Culture* 5; 253-265
146. Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akwari AG, Pargament KI (2001): The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 13; 86-93
147. Hart AD (1984): Coping with depression in the ministry and other helping professions. Word Books, Waco/TX
148. Hartung CM, Widiger T (1998): Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin* 123; 260-273
149. Hawks RD, Bahr SH (1992): Religion and drug use. *Journal of Drug Education* 22; 1-8
150. Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reichies F, Wagener M, Wilms HU (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin
151. Henning C, Belzen JA van (Hrsg.) (2007): Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie. Schöningh, Paderborn
152. Hermesh H, Masser-Kavitzky R, Gross-Isseroff R (2003): Obsessive-compulsive disorder and Jewish religiosity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191; 201-203
153. Hertsgaard D, Light HK (1984): Anxiety, depression, and hostility in rural women. *Psychological Reports* 55; 673-674
154. Heyl A von (2003): Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin. Lang, Frankfurt/M.
155. Higgins NC, Pollard CA, Merkel WT (1992): Relationship between religion-related factors and obsessive compulsive disorder. *Current Psychology: Research and Reviews* 11; 79-85
156. Hillstrom EL, Strachan M (2000): Strong commitment to traditional Protestant religious beliefs is negatively related to beliefs in paranormal phenomena. *Psychological Reports* 86; 183-189
157. Hoff GM, Klein C, Volkenandt M (Hrsg.) (2010): Zwischen Ersatzreligion und neuen Heilserwartungen. Umdeutungen von Gesundheit und Krankheit. Karl Alber, Freiburg/Br.
158. Hoheisel K, Klimkeit HJ (Hrsg.) (1995): Heil und Heilung in den

- Religionen. Harrassowitz, Wiesbaden
159. Hole G (1977): Der Glaube bei Depressiven. Enke, Stuttgart
160. Honecker M (2006): Gesundheit, Heilung, Heil. In: Lee-Linke SH (Hrsg.): Heil und Heilung. Erfahrung im Glauben und Leben. Lembeck, Frankfurt/M.
161. Hood RW, Hill PC, Spilka B (2009): The psychology of religion. An empirical approach. Guilford, New York
162. Hopson RE (1996): The 12-Step Program. In: Shafranske EP (Ed.): Religion and the Clinical Practice of Psychology. American Psychological Association, Washington DC
163. Huber S (2003): Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität. Leske & Budrich, Opladen
164. Huber S (2008a): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Systematik und operationale Konstrukte. In: Gräß W, Charbonnier L (Hrsg.): Individualisierung – Spiritualität – Religion. Transformationsprozesse auf dem religiösen Feld in interdisziplinärer Perspektive. Lit, Berlin
165. Huber S (2008b): Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. Journal für Psychologie 16 (3), Article 05. www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-3-2008-05.html (18.11.2010)
166. Huber S (2011): Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim
167. Huber S, Krech V (2009): The religious field between globalization and regionalization – comparative perspectives. In: Bertelsmann-Stiftung (Ed.): What the world believes: Analysis and commentary on the Religion Monitor 2008. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh
168. Huguelet P, Binyet-Vogel S, Gonzalez C, Favre S, McQuillan A (1997): Follow-up study of 67 first episode schizophrenic patients and their involvement in religious activities. European Psychiatry 12; 279-283
169. Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gilliéron C, Brandt PY (2006): Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. Psychiatric Services 57; 366-372
170. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gilliéron C, Brandt PY, Borrás L (2007): Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. European Psychiatry 22; 188-194
171. Huppert JD, Siev J, Kushner ES (2008): When religion and obsessive-compulsive disorder collide: Treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews. Journal of Clinical Psychology 63; 925-941
172. Idler EL (1987): Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. Social Forces 66; 226-238
173. Idler EL, Kasl SV (1997): Religion among disabled and nondisabled elderly persons: Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. Journal of Gerontology 52B; 300-305
174. Idler EL, Musick MA, Ellison CG, George LK, Krause N, Ory MG, Pargament KI, Powell LH, Underwood LG, Williams DR (2003): Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. Research on Aging 25; 327-366
175. Ingersoll-Dayton B, Krause N, Morgan D (2002): Religious trajectories and transitions over the life course. International Journal of Aging and Human Development 55; 51-70

176. Ingram RE, Price JM (2001): Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan. Guilford, New York
177. Jacobs C (2000): Salutogenese. Eine pastoralpsychologische Studie zu seelischer Gesundheit, Ressourcen und Umgang mit Belastung bei Seelsorgern. Echter, Würzburg
178. Jeserich F (2011): Antonovskys Religionsverständnis und dessen Verhältnis zu Konzepten von Spiritualität – eine gesundheitswissenschaftliche und sozialetische Herausforderung. In: Hensen P, Kölzer C (Hrsg.): Die gesunde Gesellschaft: Sozioökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
179. Jonas E, Fischer P (2006): Terror management and religion: Evidence that intrinsic religiousness mitigates worldview defense following mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology* 91; 553-567
180. Kabat-Zinn J (2011): *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung.* Droemer Knaur, München
181. Kaldjian LC, Jekel JF, Friedland G (1998): End-of-life decisions in HIV-positive patients: The role of spiritual beliefs. *AIDS* 12; 103-107
182. Kalian M, Catinari S, Heresco-Levi U, Witztum E (2008): Spiritual starvation in a holy space – a form of Jerusalem Syndrome. *Mental Health, Religion & Culture* 11; 161-172
183. Kalian M, Witztum E (1999): The “Jerusalem Syndrome” – fantasy and reality: A survey of accounts from the 19th century to the end of the second millennium. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 36; 260-271
184. Kalian M, Witztum E (2000a): Comments on Jerusalem Syndrome. *British Journal of Psychiatry* 176; 492
185. Kalian M, Witztum E (2000b): Jerusalem Syndrome or paranoid schizophrenia? *Psychiatric Services* 51; 1453-1454
186. Kalian M, Witztum E (2002): Jerusalem Syndrome as reflected in the pilgrimage and biographies of four extraordinary women from the 14th century to the end of the 2nd millennium. *Mental Health, Religion & Culture* 5; 1-16
187. Käppeli S (1998): Zwischen Leiden und Erlösung. Religiöse Motive in der Leidenserfahrung von krebserkrankten Juden und Christen. Huber, Bern
188. Käppeli S (2000): Between suffering and redemption. Religious motives in Jewish and Christian cancer patients' coping. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14; 82-88
189. Kasamatsu A, Hirai T (1966): An electroencephalographic study of Zen meditation (Zazen). *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica* 30; 315-336
190. Kelly M, Gamble C (2005): Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12; 245-251
191. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA (1997): Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 154; 322-329
192. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA (1999): Clarifying the relationship between religiosity and psychiatric illness: The impact of covariates and the specificity of buffering effects. *Twin Research* 2; 137-144
193. Kendler KS, Liu X, Gardner CO, McCullough ME, Larson DB, Prescott CA (2003): Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 160; 496-503
194. Kim AE (2003): Religious influences on personal and societal well-being. *Social Indicators Research* 62-63; 149-

- 170
195. King DA, Lyness JM, Duberstein PR, He H, Tu XM, Seaburn DB (2007): Religious involvement and depressive symptoms in primary care elders. *Psychological Medicine* 37; 1807-1815
 196. Kirkpatrick LA (1992): An attachment-theoretical approach to the psychology of religion. *The International Journal for the Psychology of Religion* 2; 3-28
 197. Kirkpatrick LA (1997): A longitudinal study of changes in religious belief and behavior as a function of individual differences in adult attachment style. *Journal for the Scientific Study of Religion* 36; 207-217
 198. Kirkpatrick LA (1998): God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin* 24; 961-973
 199. Kirkpatrick LA (2005): Attachment, evolution, and the psychology of religion. Guilford, New York
 200. Kirkpatrick LA (2006): Precipitous Attachment, evolution, and the psychology of religion. *Archive for the Psychology of Religion* 28; 3-47
 201. Kirkpatrick LA, Shaver PR (1992): An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18; 266-275
 202. Kirkpatrick LA, Shillito DJ, Kellas SL (1999): Loneliness, social support, and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships* 16; 513-522
 203. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS (1998): Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology* 31; 234-245
 204. Klein C (2008): Religiosität als Gegenstand der Psychologie. Rahmenbedingungen einer empirischen Religionspsychologie. VDM, Saarbrücken
 205. Klein C (2010): Ist Religiosität eine Ressource gegen psychische Belastung für Studierende der Medizin? In: Berth H (Hrsg.): *Psychologie und Medizin – Traumpaar oder Vernunftfeind?* Pabst, Lengerich
 206. Klein C, Albani C (2007): Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis* 34; 58-65
 207. Klein C, Albani C (2011): Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze.* Juventa, Weinheim
 208. Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) (2011): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze.* Juventa, Weinheim
 209. Klein C, Brähler E, Decker O, Blaser G, Albani C (2008): Religiosität und Spiritualität – Wertsysteme im Kontext therapeutischer Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. II. Spezieller Teil.* DGVT-Verlag, Tübingen
 210. Klein C, Huber S (2009): Gretchenfrage an Adam und Eva: Sind Frauen tatsächlich religiöser als Männer? In: Schmitt M, Altstötter-Gleich C, Baumert A, Dislich F, Reither C, Thomas N, Zinkernagel A (Hrsg.): *Beiträge zur 10. Arbeitstagung der Fachgruppe Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik.* Pabst Science Publishers, Lengerich
 211. Klein C, Lehr D (2011): Religiöses Coping. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze.* Juventa, Weinheim
 212. Koenig HG (1988): Religious behaviors and death anxiety in later life. *Hospice Journal* 4; 3-24
 213. Koenig HG (1995): Religion as a

- cognitive schema. *The International Journal for the Psychology of Religion* 5; 31-37
214. Koenig HG (2008): Concerns about measuring "spirituality" in research. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196; 349-355
 215. Koenig HG, Ford SM, George LK, Blazer DG, Meador KG (1993): Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorders* 7; 321-342
 216. Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM (1994): The relationship between religion and alcoholism in a sample of community-dwelling adults. *Hospital and Community Psychiatry* 45; 225-231
 217. Koenig HG, George LK, Peterson BL (1998): Religiosity and remission from depression in medically ill older Patients. *American Journal of Psychiatry* 155; 536-542
 218. Koenig HG, Larson DB (2001): Religion and mental health. Evidence for an association. *International Review of Psychiatry* 13; 67-78
 219. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001): *Handbook of religion and health*. Oxford University Press, New York
 220. Kohls N (2004): Außergewöhnliche Erfahrungen – Blinder Fleck der Psychologie? Lit, Münster
 221. Kohls N, Friedl C, Walach H (2001): Häufigkeit und subjektive Bewertung von außergewöhnlichen menschlichen Erfahrungen. Explorative Ergebnisse einer Fragebogenstudie zu differentialdiagnostischen Zwecken. In: Belschner W, Galuska J, Walach H, Zundel E (Hrsg.): *Perspektiven Transpersonaler Forschung. Jahresband 1 des DKTP*. BIS-Verlag, Oldenburg
 222. Kroll J, Sheehan W (1989): Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *American Journal of Psychiatry* 146; 67-72
 223. Ladd KL, McIntosh DN (2008): Meaning, God, and prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *Mental Health, Religion & Culture* 11; 23-38
 224. Lamprecht AM (2006): *Christlicher Glaube im Alter. Eine Untersuchung zu Bedeutung und Funktion*. Lit, Berlin
 225. Leming MR (1979): Religion and death: A test of Homan's thesis. *Omega – Journal of Death and Dying* 10; 347-364
 226. Levin JS (1996): How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science and Medicine* 43; 849-864
 227. Levin JS, Chatters LM (1998): Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues. In HG Koenig (Ed.): *Handbook of religion and mental health*. Academic Press, San Diego
 228. Levin JS, Taylor RJ (1998): Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: Contemporaneous vs. longitudinal. *Journal for the Scientific Study of Religion* 37; 695-709
 229. Lorber J (1997): *Gender and the social construction of illness*. Sage Publications, Thousand Oaks
 230. Luhmann N (1977): *Die Funktion der Religion*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
 231. Luhmann N (2000): *Die Religion der Gesellschaft*. Hrsg. von André Kieserling. Suhrkamp, Frankfurt/M.
 232. Mahgoub OM, Abdel-Hafeiz HB (1991): Pattern of obsessive-compulsive disorder in eastern Saudi-Arabia. *British Journal of Psychiatry* 158; 840-842
 233. Mahoney A, Pargament KI, Tarakeshwar N, Swank AB (2001): Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology* 15; 559-

- 596
234. Maltby J (1998): Church attendance and anxiety change. *Journal of Social Psychology* 138; 537-538
235. Maltby J (1999): Frequent and regular church attendance as a religious ritual: Further investigation of the relationship between public aspects of religiosity and obsessional symptoms. *Personality and Individual Differences* 27; 119-123
236. Maltby J, Lewis CA, Day L (1999): Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology* 4; 363-378
237. Maltby J, Lewis CA, Day L (2008): Prayer and subjective well-being: The application of a cognitive-behavioural framework. *Mental Health, Religion & Culture* 11; 119-129
238. Maltby J, Talley M, Cooper C, Leslie JC (1995): Personality effects in personal and public orientations toward religion. *Personality and Individual Differences* 19; 157-163
239. Marx K (1976): Zur Kritik der Hegel'schen Rechts-Philosophie. Einleitung (1844). In: Marx M, Engels F – Werke. Bd. 1. Dietz, Berlin
240. Maselko J, Buka S (2008): Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43; 18-24
241. Maselko J, Kubzansky L, Kawachi I, Seeman T, Berkman L (2007): Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosomatic Medicine* 69; 464-472
242. Maton KI (1989): The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion* 28; 310-323
243. Maynard E, Gorsuch RL, Bjorck J (2001): Religious coping style, concept of God, and personal religious variables in threat, loss, and challenge situations. *Journal for the Scientific Study of Religion* 40; 65-74
244. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W (2003): Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 361; 1603-1607
245. McCullough ME, Bono GB, Root LM (2005): Religion and forgiveness. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford, New York
246. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA (2002): The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology* 82; 112-127
247. McCullough ME, Larson DB (1999): Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research* 2; 126-136
248. McCullough ME, Pargament KI, Thoresen CE (Eds.) (2000): *Forgiveness. Theory, research, and practice*. Guilford, New York
249. McCullough ME, Root LM, Tabak B, Witvliet CVO (2009): Forgiveness. In: Lopez SJ (Ed.): *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, New York
250. McCullough ME, Worthington EL (1999): Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality* 67; 1141-1164
251. McFadden SH (1995): Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues* 51; 161-175
252. McFadden SH (1999): Religion, personality, and aging: a lifespan perspective. *Journal of Personality* 67; 1081-1104
253. McIntosh DN (1995): Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion* 5; 1-16
254. McIntosh DN, Silver RC, Wortman CB (1993): Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology* 65; 812-821

255. Meadow MJ, Kahoe RD (1984): Psychology of religion. Religion in individual lives. Harper & Row, New York
256. Mehnert A (2006): Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49; 780-787
257. Mehnert A (2008): Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. Psychologie in Österreich 28; 72- 76
258. Mehnert A, Höcker A (2011): Religion und körperliche Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim
259. Mehnert A, Rieß S, Koch U (2003): Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 24; 147-166
260. Midanik LT, Clark WB (1995): Drinking problems in the United States: Description and trends, 1984-1990. Journal of Studies on Alcohol 56; 395-402
261. Miller AS, Stark R (2002): Gender and religiousness: Can socialization explanations be saved? American Journal of Sociology 107; 1399–1423
262. Miller L, Kelley BS (2005): Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford, New York
263. Miller WR (1995): Toward a biblical view of drug use. Journal of Ministry in Addiction and Recovery 2; 77-86
264. Miller WR (1998): Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction 93; 979-990
265. Miller WR (Ed.) (1999): Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. American Psychological Association, Washington DC
266. Mitchell L, Romans S (2003): Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: Their relevance for illness management. Journal of Affective Disorders 75; 247-257
267. Mohr S (2007): Les rôles de la religion et de la spiritualité pour faire face à la schizophrénie et se rétablir. En: Brandt PY, Fournier CA (Eds.): Fonctions psychologiques du religieux. Cent ans après Varieties de William James. Labor et Fides, Genève
268. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguelet P (2006): Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. American Journal of Psychiatry 163; 1952-1959
269. Mohr S, Gilliéron C, Borrás L, Brandt PY, Huguelet P (2007): The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease 195; 247-253
270. Mohr S, Huguelet P (2004): The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. Swiss Medical Weekly 134; 369-376
271. Möller HJ (2001): Allgemeine Psychopathologie. In: Möller HJ, Laux G, Deister A. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
272. Moore RD, Mead L, Pearson TA (1990): Youthful precursors of alcohol abuse in physicians. American Journal of Medicine 88; 332-336
273. Moore M, Weiss S (1995): Reasons for non-drinking among Israeli adolescents among four religions. Drug and Alcohol Dependence 38; 45-50
274. Moser T (1976): Gottesvergiftung. Suhrkamp, Frankfurt/M.

275. Moser T (2003): Von der Gottesvergottung zum erträglichen Gott. Psychoanalytische Überlegungen zur Religion. Kreuz, Stuttgart
276. Mullen K, Francis LJ (1995): Religiosity and attitudes towards drug use among Dutch school children. *Journal of Alcohol and Drug Education* 41; 16-25
277. Müller C (2008): „...vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen...“. Religiosität im Verarbeitungsprozess von Angst und Todesangst bei Brustkrebspatientinnen. Tectum, Marburg
278. Murken S (1994): Religiosität, Kontrollüberzeugung und seelische Gesundheit bei Anonymen Alkoholikern. Lang, Frankfurt/M.
279. Murken S (1997): Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie? In: Klinkhammer GM, Rink S, Frick T (Hrsg.): Kritik an Religionen. Religionswissenschaft und der kritische Umgang mit Religionen. Diagonal, Marburg
280. Murken S (1998): Gottesbeziehung und seelische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Waxmann, Münster
281. Murken S (2008): Das Konzept der Zwölf Schritte und der 'Höheren Macht'. Zum Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker. *Prävention* 31; 57-60
282. Murken S, Namini S (2004a): Psychosoziale Konflikte im Prozess des selbst gewählten Beitritts zu neuen religiösen Gemeinschaften. *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 12; 141-187
283. Murken S, Namini S (2004b): Selbst gewählte Mitgliedschaft in religiösen Gemeinschaften: Ein Versuch der Lebensbewältigung? In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Waxmann, Münster
284. Muthny FA, Bechtel M, Spaete M (1992): Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen. Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 42; 41-53
285. Neeleman J, Lewis G (1999): Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53; 204-210
286. Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP (2004): Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies* 28; 309-340
287. Nestler E (2003): Zusammenfassung und Ausblick in theologischer Perspektive. In: Henning C, Murken S, Nestler E (Hrsg.): Einführung in die Religionspsychologie. Schöningh, Paderborn
288. Nooney J, Woodrum E (2002): Religious coping and church-based support as predictors of mental health outcomes: Testing a conceptual model. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41; 359–368
289. Norton MC, Singh A, Skoog I, Corcoran C, Tschanz JT, Zandi PP, Breitner JCS, Welsh-Bohmer KA, Steffens DC; Cache County Investigators (2008): Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults: The Cache County Study. *Journals of Gerontology Psychological Sciences* 63B; P129-P137
290. Ochsmann R (1993): Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie. Hogrefe, Göttingen
291. O'Connor S, Vandenberg B (2005): Psychosis or faith? Clinicians' assessment of religious beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73; 610-616
292. Okasha A, Saad A, Khalil A, El-Dawla A, Yehia N (1994): Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive*

- Psychiatry 35; 191-197
293. Oman D, Thoresen CE (2005): Do religion and spirituality influence health? In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford, New York
 294. Otto R (1997): Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen (1917). Beck, München
 295. Pargament KI (1997): The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. Guilford, New York
 296. Pargament KI (1999): The psychology of religion and spirituality? Yes and no. The International Journal for the Psychology of Religion 9; 3-16
 297. Pargament KI (2002a): Is religion nothing but... ? Explaining religion versus explaining religion away. Psychological Inquiry 13; 239-244
 298. Pargament KI (2002b): The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. Psychological Inquiry 13; 168-181
 299. Pargament KI (2007): Spiritually integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred. Guilford, New York
 300. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, Warren R (1990): God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. American Journal of Community Psychology 18; 793-824
 301. Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W (1988): Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. Journal for the Scientific Study of Religion 27; 90-104
 302. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM (2000): The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of Clinical Psychology 56; 519-543
 303. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LM (1998): Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. Journal for the Scientific Study of Religion 37; 710-724
 304. Pargament KI, Tarakeshwar N, Ellison CG, Wulff KM (2001): Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. Journal for the Scientific Study of Religion 40; 497-513
 305. Park CL (2005a): Religion and meaning. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): Handbook of the psychology of religion and spirituality. Guilford, New York
 306. Park CL (2005b): Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. Journal of Social Issues 61; 707-729
 307. Park CL (2007): Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. Journal of Behavioral Medicine 30; 319-328
 308. Park CL, Folkman S (1997): Meaning in the context of stress and coping. Review of General Psychology 1; 115-144
 309. Payne IR, Bergin AE, Bielema KA, Jenkins PH (1991): Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. Prevention in Human Services 9; 11-40
 310. Peterson LR, Roy A (1985): Religiosity, anxiety, and meaning and purpose. Review of Religious Research 27; 49-62
 311. Pfeifer S (1994): Belief in demons and exorcism. An empirical study of 343 psychiatric patients in Switzerland. British Journal of Medical Psychology 67; 247-258
 312. Pfeifer S (1999): Demonic attributions in nondelusional disorders. Psychopathology 32; 252-259
 313. Pfeifer S, Waelty U (1995):

- Psychopathology and religious commitment: A controlled study. *Psychopathology* 28; 70-77
314. Pieper JZT (2004): Religious resources of psychiatric inpatients: Religious coping in highly religious inpatients. *Mental Health, Religion & Culture* 7; 349-363
315. Pollack D (1995): Was ist Religion? Probleme der Definition. *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 3; 163-190
316. Potts RG (2004): Spirituality, religion, and the experience of illness. In Camic PM, Knight SJ (Eds.): *Clinical handbook of health psychology. A practical guide to effective interventions*. Hogrefe & Huber, Cambridge, MA
317. Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Gartner J (1992): Religion, anxiety, and fear of death. In: Schumaker J (Ed.): *Religion and mental health*. Oxford University Press, New York
318. Project MATCH Research Group (1997): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58; 7-29
319. Raphael FJ, Rani S, Bale R, Drummond LM (1996): Religion, ethnicity and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry* 42; 38-44
320. Rasmussen CH, Johnson ME (1994): Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega – Journal of Death and Dying* 29; 313-318
321. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Baumann KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T (1997): Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association* 278; 823-832
322. Richard M (2004): Religiosität als psychische Bindung: Die Struktur "innerer Arbeitsmodelle" von Gottesbeziehung. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Waxmann, Münster
323. Röhrle B (1994): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. PVU, Weinheim
324. Ross CE (1990): Religion and psychological distress. *Journal for the Scientific Study of Religion* 29; 236-245
325. Rowatt W, Kirkpatrick LA (2002): Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41; 637-651
326. Sanua VD (1969): Religion, mental health, and personality: A review of empirical studies. *American Journal of Psychiatry* 125; 1203-1213
327. Saroglou V (2002): Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences* 32; 15-25
328. Schaefer CA, Gorsuch RL (1991): Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion* 30; 448-461
329. Schmidbauer W (1977): *Die hilflosen Helfer*. Rowohlt, Reinbek
330. Schnell T (2006): Experiences of transcendence: Beneficial or pathological? In: Murken S, Hutsebaut D (Eds.): *International Association for the Psychology of Religion. Conference of 2006. Programme and book of abstracts*. Katholieke Universiteit Leuven, Leuven
331. Schnell T (2011): Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim
332. Schnittker J (2001): When is faith enough? The effects of religious

- involvement on depression. *Journal for the Scientific Study of Religion* 40; 393-411
333. Schockenhoff E (2001): Krankheit, Gesundheit, Heilung. Wege zum Heil aus biblischer Sicht. Pustet, Regensburg
334. Schowalter M, Murken S (2003): Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning C, Murken S, Nestler E (Hrsg.): Einführung in die Religionspsychologie. Schöningh, Paderborn
335. Schrage W (1986): Heil und Heilung im Neuen Testament. *Evangelische Theologie* 46; 197-214
336. Schultes RE, Hofmann A (1979): Plants of the gods: Origins of hallucinogenic use. McGraw-Hill, New York
337. Seligman M (1983): Invited commentary. *Counseling and Values* 33; 55-56
338. Seybold KS, Hill PC (2001): The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Distinctions in Psychological Science* 10; 21-24
339. Shadinger M, Hinninger K, Lester D (1999): Belief in life after death, religiosity, and fear of death. *Psychological Reports* 84; 868.
340. Shapiro DH (1987): Meditationstechniken in der klinischen Psychologie. Fachbuchhandlung für Psychologie, Eschborn
341. Shreve-Neiger AK, Edelstein BA (2004): Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 24; 379-397
342. Siddle R, Haddock G, TARRIER N, Faragher EB (2002): The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture* 5; 267-284
343. Siegel K, Andermann S, Schrimshaw EW (2001): Religion and coping with health related stress. *Psychology and Health* 16; 631-653
344. Siegrist M (1996): Church attendance, denomination, and suicide ideology. *Journal of Social Psychology* 136; 559-566
345. Simons LG, Simons RL, Conger RD (2004): Identifying the mechanisms whereby family religiosity influences the probability of adolescent antisocial behavior. *Journal of Comparative Family Studies* 35; 547-564
346. Skinner BF (1948): „Superstition“ in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology* 38; 168-172
347. Smith TB, McCullough ME, Poll J (2003): Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin* 129; 614-636
348. Spellman CM, Baskett GD, Byrne D (1971): Manifest anxiety as a contributing factor in religious conversion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36; 245-247
349. Spilka B, Shaver P, Kirkpatrick LA (1985): A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion* 24; 1-20
350. Stack S (1992): Religiosity, depression, and suicide. In: Schumaker JF (Ed.): Religion and mental health. Oxford University Press, New York
351. Stamm R, Bühler KE (2001): Vulnerabilitätskonzepte bei psychischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 69; 300-309
352. Stark R, Glock CY (1968): American piety: The nature of religious commitment. University of California Press, Berkeley/CA
353. Steketee G, Quay S, White K (1991): Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders* 5; 359-367
354. Stifoss-Hanssen H (1994): Rigid religiosity and mental health: An empirical study. In: Brown LB (Ed.): Religion, personality, and mental health. Springer, New York
355. Straube ER (2005): Heilsamer Zauber.

- Psychologie eines neuen Trends.
Elsevier, München
356. Streib H, Hood RW, Keller B, Csöff RM, Silver C (2009): Deconversion. Qualitative and quantitative results from cross-cultural research in Germany and the United States of America. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
357. Studer T (2008): Vulnerabilität. In: Berth H, Balck F, Brähler E (Hrsg.): Medizinische Psychologie von A bis Z. Hogrefe, Göttingen
358. Sturgeon RS, Hamley RW (1979): Religiosity and anxiety. *Journal of Social Psychology* 108; 137-138
359. Sullins DP (2006): Gender and religion. Deconstructing universality, constructing complexity. *American Journal of Sociology* 11; 838-880
360. Sullivan WP (1998): Recoiling, regrouping, and recovering: First-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New Directions for Mental Health Services* 80; 25-33
361. Swanson JL, Byrd KR (1998): Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and separation-individuation conflict. *Death Studies* 22; 257-268
362. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS (2002): Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review* 6; 2-30
363. Tapanya S, Nicki R, Jarusawad O (1997): Worry and intrinsic/extrinsic religious orientation among Buddhist (Thai) and Christian (Canadian) elderly persons. *International Journal of Aging and Human Development* 44; 73-83
364. Tateyama M, Asai M, Kamisada M, Hashimoto M, Bartels M, Heiman H (1993): Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany. *Psychopathology* 26; 151-158
365. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN (2001): The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services* 52; 660-665
366. The Gallup Organization (Ed.) (2005): The Gallup Poll. Religion. <http://poll.gallup.com/topics/> (18.11.2010)
367. Thiel JF (1984): Religionsethnologie. Grundbegriffe der Religionen schriftloser Völker. Reimer, Berlin
368. Thiel JF (2006): Krankheitsursachen und ihre Überwindung. In den traditionellen Kulturen Afrikas. In: Lee-Linke SH (Hrsg.): Heil und Heilung. Erfahrung im Glauben und Leben. Lembeck, Frankfurt/M.
369. Thomas G, Karle I (Hrsg.) (2009): Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch. Kohlhammer, Stuttgart
370. Thomas C, Wittmiß S, Töpfer M, Thomas G, Driessen M (2010): Einfluss verschiedener Dimensionen von Religiosität auf die Schwere und den Verlauf der Depression im Alter. In: Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.): Religion und Krankheit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
371. Thorson JA (1998): Religion and anxiety: Which anxiety? Which religion? In: Koenig HG (Ed.): Handbook of religion and mental health. Academic Press, San Diego
372. Thorson JA, Powell FC (1990): Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology* 46; 379-391
373. Tsang J, McCullough ME, Hoyt WT (2005): Psychometric and rationalization accounts for the religion-forgiveness discrepancy. *Journal of Social Issues* 61; 785-805
374. Turner NH, Ramirez GY, Higginbotham JC, Markides K, Wygant AC, Black S (1994): Tri-ethnic alcohol use and religion, family, and gender. *Journal of Religion and Health*

- 33; 341-351
375. Unger C (1995): Yoga und Meditation. Psychologische und psychotherapeutische Aspekte. Eine internationale Bibliographie. Verlag Ganzheitlich Leben, Ahrensburg
376. Unterrainer HF (2006): Spiritualität & Sucht: Glaube als Ressource in der Alkoholismustherapie. VDM, Saarbrücken
377. Unterrainer HF (2007): Spiritualität und psychische Gesundheit. Glaube als Ressource in der Krankheitsverarbeitung. VDM, Saarbrücken
378. Unterrainer HF (2011): Religion und Suchterkrankungen. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim
379. Utsch M, Klein C (2011). Religion, Religiosität, Spiritualität: Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim
380. VandeCreek L, Pargament KI, Belavich T, Cowell B, Friedel L (1999): The unique benefits of religious support during cardiac bypass surgery. *Journal of Pastoral Care* 53; 19-29
381. Ventis WL (1995): The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues* 51; 33-48
382. Vishne T, Misgav S, Bunzel ME (2008): Psychiatric disorders related to menstrual bleeding among an ultra-orthodox population: Case series and literature review. *International Journal of Social Psychiatry* 54; 219-224
383. Voltmer E, Büssing A, Thomas C, Spahn C (2010): Religiosität, Spiritualität, Gesundheit und berufsbezogene Verhaltensmuster bei Pastoren zweier freikirchlich-protestantischer Denominationen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60; 425-433
384. Wallace JM, Forman TA (1998): Religion's role in promoting health and reducing the risk among American youth. *Health Education and Behavior* 25; 721-741
385. Wallace RK, Benson H (1972): The physiology of meditation. *Science* 167; 1751-1754
386. Watkins PC (2004): Gratitude and subjective well-being. In: McCullough ME, Emmons RA (Eds.): *The psychology of gratitude*. Oxford University Press, New York
387. Watson JB (1928): *The ways of behaviorism*. Harper & Brothers, New York
388. Waugh AC (1986): Autocastration and biblical delusions in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 149; 656-659
389. Weber-Gast I (1992): Weil du nicht geflohen bist vor meiner Angst. Ein Ehepaar durchlebt die Depression des einen Partners. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
390. Weill J, Le Bourhis B (1994): Factors predictive of alcohol consumption in a representative sample of French male teenagers: A five year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 35; 45-50
391. White J, Joseph S, Neil A (1995): Religiosity, psychoticism, and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences* 19; 847-851
392. Wiedersheim R, Albrecht NJ, Lüken BJ (Hrsg.) (1991): *Traditionelle Heilsysteme und Religionen. Ihre Bedeutung für Gesundheitsversorgung in Asien, Afrika und Lateinamerika*. Dadder, Saarbrücken
393. Wiedman D (1990): Big and little moon peyotism as health care delivery systems. *Medical Anthropology* 12; 371-387
394. Wilbert J (1991): Does pharmacology corroborate the nicotine therapy and practices of South American

- shamanism? *Journal of Ethnopharmacology* 32; 179-186
395. Williams DR, Larson DB, Buckler RE (1991): Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science and Medicine* 32; 1257-1262
396. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM (2003): Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors* 17; 24-31
397. Wilson WP (1998): Religion and psychoses. In: Koenig HG (Ed.): *Handbook of religion and mental health*. Academic Press, New York
398. Wilson WP, Larson DB, Meier PD (1983): Religious life of schizophrenics. *Southern Medical Journal* 78; 1096-1100
399. Wink P, Dillon M (2002): Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development* 9; 79-94
400. Winter U (2006): „Wohin soll ich mich wenden in meiner Not?“ Die Rolle der Religiosität bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse sowie Impulse für eine pastorale Krisenintervention – eine pastoralpsychologische Studie. dissertation.de, Berlin
401. Winter U, Hauri D, Huber S, Jenewein J, Schnyder U, Kraemer B (2009): The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees. *Psychotherapy and Psychosomatics* 78; 240-244
402. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998): Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28; 109-126
403. Wolfradt U, Guerra S (1997): Dissoziative Erfahrungen und paranormale Überzeugungen. Eine deutsch-venezolanische Vergleichsuntersuchung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 45; 393-407
404. Wood AM, Maltby J, Gillett R, Linley PA, Joseph S (2008): The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality* 42; 854-871
405. Worthington EL (Ed.) (1998): *Dimensions of forgiveness. Psychological research and theological perspectives*. Templeton Foundation Press, Radnor/PA
406. Worthington EL, Scherer M (2004): Forgiveness as an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health* 19; 385-405
407. Wulff DM (1997): *Psychology of religion. Classic and contemporary*. John Wiley, New York
408. Yahne CE, Miller WR (1999): Evoking hope. In: Miller WR (Ed.): *Integrating spirituality into treatment. Resources for practitioners*. American Psychological Association Washington DC
409. Zinnbauer BJ, Pargament KI (2005): Religiousness and spirituality. In: Paloutzian RF, Park CL (Eds.): *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford, New York
410. Znoj H, Morgenthaler C, Zwingmann C (2004): Mehr als nur Bewältigen? Religiosität, Stressreaktionen und Coping bei elterlicher Depressivität nach dem Verlust eines Kindes. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Waxmann, Münster
411. Zubin J, Magaziner J, Steinhauer SR (1983): The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine* 13; 551-571
412. Zubin J, Spring B (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 83; 103-126

413. Zubin J, Steinhauer SR (1981): How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 169; 477-492
414. Zuckerman M (1999): *Vulnerability to psychopathology. A biosocial model.* American Psychological Association, Washinton DC
415. Zwingmann C (2004): Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung.* Waxmann, Münster
416. Zwingmann C, Klein C, Höfling V (2011): Messung von Religiosität/Spiritualität im Rahmen der Gesundheitsforschung: Ein Überblick über deutschsprachige Fragebogenskalen. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze.* Juventa, Weinheim
417. Zwingmann C, Müller C, Körber J, Murken S (2008): Religious commitment, religious coping and anxiety: A study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 17; 361-370
418. Zwingmann C, Wirtz M, Müller C, Körber J, Murken S (2006): Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine* 29; 533-547

Eingereicht: 06.09.2010, Reviewer: Niko Kohls, Erich Nestler, überarbeitet eingereicht: 10.01.2011, online veröffentlicht: 11.04.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Klein C, Albani C: Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler* 2011/3(1)

Please cite as:

Klein C, Albani C: The effects of religiosity on mental health: Possible explanations and general model of pathways. *German Journal for Young Researchers* 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/20/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-205

RELIGIONSWISSENSCHAFT**Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden**Tanja Scagnetti-Feurer¹¹ Praxis für Shiatsu, Psychosynthese & Biosynthese, Zürich**Kontakt**

Dr. phil. Tanja Scagnetti-Feurer
Praxis für Shiatsu, Psychosynthese & Biosynthese
Trittligasse 2
8001 Zürich

Tel.: +41 78 606 96 98

E-Mail: contact@transformations.ch**Zusammenfassung**

Menschen mit religiösen Visionen werden im psychiatrisch-psychologischen Umfeld oft vorschnell pathologisiert und visionäre Erfahrungen als optische Halluzination in einen klinischen Kontext gestellt. Eine solche einseitige Betrachtungsweise wird dem Phänomen der Vision jedoch nicht gerecht. Die vorliegende empirische Studie beschäftigt sich auf der Basis der visionären Erfahrungen selbst, sowie dem lebensgeschichtlichen und religiösen Hintergrund mit Unterscheidungskriterien von Menschen mit Visionen, die psychiatrisch erkrankt und solchen, die psychisch gesund sind.

Anhand eines teilstrukturierten Interviews, das Fragen zu den visionären Erfahrungen, dem lebensgeschichtlichen Hintergrund, zur Religiosität und zu den Folgen der Vision umfasst, und eines Fragebogens zur Religiosität wurden zwei Vergleichsgruppen mit positiv empfundenen religiösen Visionen untersucht: PsychiatriepatientInnen (Gruppe 1) und psychisch gesunde Personen (Gruppe 2). Die Ergebnisse zeigen, dass einige Gemeinsamkeiten und zahlreiche Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen bestehen, die sich sowohl auf die visionäre Erfahrung selbst als auch auf den biografischen Hintergrund, den religiös-spirituellen Werdegang und die Auswirkungen der Visionen im Leben der Betroffenen beziehen. Anhand von zwei Schlüsselkonzepten – psychische Inflation bei Gruppe 1, Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für Gruppe 2 – werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in einen größeren Zusammenhang gestellt. Da die inhaltlich breitgefächerte Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe keine Generalisierung der Ergebnisse zulässt, wäre weitere empirische Forschung zu diesem Thema aufschlussreich.

Schlüsselwörter: Vision, spirituelle Erfahrung, Religiosität, Spiritualität, spirituelle Krise, Halluzination, Psychopathologie, Psychose, Wahn, Megalomanie, psychische Inflation, Interpretationsrahmen, Bezugssystem, Gesundheit

Healthy or ill? A comparative study of religious visions with psychiatric in-patients and mentally healthy persons

Abstract

In the psychiatric-psychological context, people with religious visions are, often prematurely, diagnosed as pathologic; and visionary experiences are taken into a clinical context by being labelled optical hallucinations. However, such a one-sided approach does not do justice to the phenomenon of the vision. On the basis of the visionary experiences themselves and by taking into consideration biographical and religious background, the present empirical study looks at the criteria of differentiation of people with visions that are mentally ill and ones that are mentally healthy.

By means of a partially structured interview, which comprised questions about the visionary experiences, biographical background, religiousness and the aftermath of the visions, and by further means of a questionnaire about religiousness, two groups with positively perceived religious visions were examined: psychiatric in-patients (group 1) and mentally healthy persons (group 2). Between the two groups, the results show some similarities and numerous differences which are related both to the visionary experience itself and to the biographical background, the religious and spiritual history and the impact of the visions on the life of the affected. Two key concepts – psychic inflation for group 1, frame of reference for group 2 - put the similarities and differences into a bigger context. Since the examination is wide-ranging with regards to content, and the surveyed sample is small, no generalization of the results is possible and further empirical research regarding this topic would be informative.

Keywords: Vision, Spiritual experience, Religiousness, Spirituality, Spiritual crisis, Hallucination, Psychopathology, Psychosis, Delusion, Megalomania, Psychic inflation, Frame of reference, Health

Einleitung

Ein Mann sieht in einer schweren Krise plötzlich einen Bildschirm vor sich und hört Gottes Stimme, die sagt: „Fürchte dich nicht. Hab keine Angst. Sei unbesorgt.“ Eine Frau sieht während einer Zirkusvorstellung, wie der Himmel sich öffnet und sich Engel hinter jeden Zuschauer stellen. Solche religiösen Visionen werfen in einem psychologisch-psychiatrischen Kontext immer wieder die Frage auf, inwiefern sie als psychopathologische Symptomatik verstanden werden müssen. So werden religiöse Visionen als außergewöhnliche religiöse Erfahrungen (zum Themenbereich der außergewöhnlichen oder außeralltäglichen religiösen Erfahrungen vgl.

z.B. Henning, 2007, Vergote, 2007) oft vor-schnell unter dem Begriff der optischen Halluzination subsumiert und im Rahmen psychotischer Störungen abgehandelt. Eine solche vorschnelle Pathologisierung wird diesem Phänomen jedoch nicht gerecht und kann für die Betroffenen schwerwiegende problematische Konsequenzen nach sich ziehen. So können Betroffene auf Grund ihrer Erfahrungen für krank erklärt, mitunter gar stigmatisiert, vor allem aber falsch behandelt werden (vgl. der Erfahrungsbericht von Segal, 2000). Immer wieder hat es Menschen gegeben, die Dinge sahen, die andere nicht sahen. Auch heute noch. Manche Menschen gehen seelisch gestärkt aus solchen Erfahrungen hervor, sie

erleben einen Bezug zu Gott, der sie mitfühlender werden lässt, ihre Verbindung zu sich selber, ihren Mitmenschen und der Welt vertieft und ihnen das Gefühl vermittelt, ein erfüllteres, sinnvolles Leben zu führen. Manche Menschen werden durch solche Erfahrungen erschüttert, erleben Angst und verlieren den Bezug zur Realität. Psychopathologie oder Erfüllung? Es gibt beides. Aber wie lassen sich religiöse Visionen und ihre Folgen im Leben Betroffener differenzieren? Was unterscheidet Pathologie und vertieftes Wohlbefinden? Und was ist beiden gemeinsam?

Die vorliegende Studie¹ befasst sich mit diesen Fragestellungen, indem religiöse Visionen und deren Folgen sowie der lebensgeschichtliche Hintergrund der VisionärInnen im Leben von PsychiatriepatientInnen und Gesunden hier und heute untersucht werden.

Hintergrund

Historisch gesehen setzte sich eine psychopathologische Deutung der Vision gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch (Benz, 1969, S. 9). Man begann, visionäre Erfahrungen unter dem klinischen Begriff der Halluzination abzuhandeln. Eine solche psychopathologische Sichtweise spiritueller Phänomene zeigt sich etwa in Erfahrungsberichten von Betroffenen (vgl. Segal, 2000). Auch neurologische Deutungen visionärer Phänomene kommen vor – so interpretiert etwa Sacks (1996, S. 222-226) die Visionen von Hildegard von Bingen als Aura eines Migräneanfalls. Andererseits wird auch versucht, ein Gegengewicht zu setzen. So argumentiert etwa Stephens (1992), dass nicht alle Halluzinationen pathologischen

Ursprungs sein mögen und ein Psychiater in der Regel eine Negativauswahl von Menschen mit optischen oder akustischen Halluzinationen zu sehen bekommt, weil nur Menschen einen Psychiater aufsuchen, deren Phänomene mit Unwohlsein und Stress verbunden sind. Stephens (1992) kommt zum Schluss, dass die Möglichkeit nicht-pathologischer Halluzinationen nicht ausgeschlossen werden sollte. Manchmal wird eine integrative Sichtweise vertreten und dabei sowohl die psychopathologische als auch die spirituelle Seite einer Person diskutiert. So betrachten etwa Kroll und de Ganck (1986) in ihrem Artikel die Visionärin Beatrice von Nazareth sowohl als Mystikerin als auch als manisch-depressiv Erkrankte. Ein neuerer Review (Menezes und Moreira-Almeida, 2010) präsentiert verschiedene Studien zum Thema spiritueller Erfahrungen: Dabei zeigen manche Untersuchungen, dass Halluzinationen auch in nicht-klinischen Populationen vorkommen – andere weisen auf die starke Präsenz religiöser Inhalte bei psychotischen Patienten hin. Menezes und Moreira-Almeida (2010) diskutieren Kriterien, die verwendet werden können, um eine Differenzialdiagnose zwischen gesunden spirituellen Erfahrungen und psychischen Störungen mit religiös-spirituellen Inhalten machen zu können.

Im theologischen Kontext bestand im Verlauf der Kirchengeschichte der Fokus des Interesses an Visionen darin, herauszufinden, welchen Ursprungs die visionären Erfahrungen waren – ob sie also göttlicher oder diabolischer Natur waren. Dabei ging es weniger um eine umfassende Kenntnis des Phänomens, sondern um den Schutz des kirchlichen Kanons und der Kirchenlehre vor neuen Offenbarungen, die eine Bedrohung für die bestehenden Dogmen und die Institution an sich hätten darstellen können (Benz, 1969, S. 9). Um dies zu überprüfen wurde traditionellerweise die Übereinstimmung mit dem kirchli-

¹ Dieser Artikel beruht auf der Lizentiatsarbeit der Autorin „Religiöse Visionen. Eine vergleichende Untersuchung an PsychiatriepatientInnen und Gesunden“, die im Fachbereich Psychopathologie an der Universität Zürich entstanden ist und die 2004 als Buch unter dem Titel „Religiöse Visionen“ bei Königshausen & Neumann in Würzburg erschienen ist (Scagnetti-Feurer, 2004).

chen Kanon untersucht. In diese Richtung gehen auch manche heutige Studien wie etwa die von Wiebe (1999), der Visionen der Heiligen Teresa von Avila untersuchte und argumentiert, dass ihre Visionen von Christus allenfalls doch körperlich und nicht – wie sie behauptete – imaginativ gewesen seien. Teresa habe Grund gehabt, zu sagen, ihre Christus-Visionen seien imaginativ gewesen, da körperliche visionäre Erfahrungen von der Kirche als diabolisch betrachtet worden wären. In der vorliegenden Studie geht es nicht um die theologische Frage nach dem Ursprung einer Vision, sondern um eine psychologisch-psychiatrische Frage – um Psychopathologie und Gesundheit von Menschen mit visionären Erfahrungen.

Nach Benz (1969) lässt sich seit dem 17. Jahrhundert im römischen Katholizismus eine „progressive Abwertung der Visionäre und Visionen“ (S. 9) feststellen. Im Protestantismus wurden die Visionäre von den Anfangsjahren der Reformation an angefeindet, als Schwärmer abgestempelt und mit besonderem Nachdruck bekämpft. Aber auch die Entwicklung der modernen Philosophie hat dazu beigetragen, dass das Phänomen der Vision in Misskredit geriet. So hat Kant den Visionär Swedenborg massiv kritisiert und dabei visionäre Phänomene als Phantasie-Produkt abgetan und Visionäre für verrückt erklärt (Benz, 1969, S. 10, S. 280-281).

Erst in der von Carl Gustav Jung begründeten Schule der Analytischen Psychologie fanden visionäre Phänomene mehr Beachtung und wurden hier ernsthaft studiert. Jung entwickelte auf der Grundlage eigener visionärer Erfahrungen und durch das Studium entsprechender Literatur das Konzept der Archetypen - kollektive Grundmuster, die als Ausdrucksform typisch menschlicher Erfahrung im Unbewussten verstanden werden (Jung, 1981, S. 53-54). Archetypen werden als Urbilder des kollektiven Unbewussten mit dem Begriff der

„Numinosität“ (vgl. Otto, 1917/2004) charakterisiert und sind damit mit der Erfahrung des Unaussprechlichen, Geheimnisvollen, aber auch Erschreckenden, dem „Ganz anderen“ in der Gotteserfahrung des Menschen verbunden (Jung, 1976, S. 182, S. 381, Otto, 1917/2004).

Bisher gibt es kaum systematische vergleichende Studien, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede visionärer Erfahrungen und Psychopathologie herausarbeiten. Der Marburger Kirchenhistoriker Ernst Benz (1969) beschreibt in seinem umfangreichen Werk „Die Vision“ das Phänomen visionärer Erfahrungen im Christentum sehr umfassend. Seine Darstellung ist jedoch nicht auf eine vergleichende psychiatrisch-psychopathologische Sichtweise ausgerichtet. Er verzichtet auch bewusst darauf, „neuere und heute noch lebende Visionäre in die Untersuchung einzu beziehen“ (S. 13). Der Theologe und Mediziner Gerd Schallenberg (1979) hingegen fokussiert in seiner psychopathologischen Untersuchung auf visionäre Erfahrungen des 20. Jahrhunderts und untersucht diese anhand von schriftlichen Dokumenten von VisionärInnen. Im Zentrum seiner Studie steht die Frage, ob visionäre Erfahrungen „prinzipiell mit dem psychopathologischen Begriff der Halluzination belegt werden können [und] ob diese ‚Visionen‘ bei genauerer Analyse nicht eher mit anderen [psychopathologischen] Begriffen bezeichnet werden müssten“ (Schallenberg, 1979, S. 18). Im Unterschied zu Schallenberg's Untersuchung steht in der vorliegenden Studie ein Vergleich von direkt befragten Menschen mit Visionen und deren Psychopathologie bzw. Gesundheit im Vordergrund.

Material und Methoden

Da bisher kaum vergleichbare Studien vorliegen, wurde die Untersuchung als explorative qualitative Studie konzipiert, deren Schwerpunkt auf einer inhaltlich breit angelegten Befragung lag zu den visionären Erfahrungen,

deren Auswirkungen im Leben der Betroffenen, zur Religiosität und zum lebensgeschichtlichen Hintergrund der Befragten. Im Zentrum sollten dabei das individuelle Erleben und die persönlichen Erfahrungen mit positiv empfundenen religiösen Visionen stehen.

Auswahlkriterien für die beiden Vergleichsgruppen

Um Differenzierungsmöglichkeiten visionärer Erfahrungen, deren Hintergründe und Auswirkungen im Leben Betroffener herauszukristallisieren, wurden zwei Vergleichsgruppen befragt: (1) eine Gruppe psychisch kranker und (2) eine Gruppe psychisch gesunder Menschen. Auf Grund der Operationalisierbarkeit wurde als Kriterium psychischer Gesundheit insbesondere die Funktionsfähigkeit im Alltag berücksichtigt (vgl. Scagnetti-Feurer, 2004, S. 33), für psychische Erkrankung galt die Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik zum Zeitpunkt des Interviews als wesentliches Kriterium. Dabei wurden hinsichtlich der psychiatrischen Hauptdiagnose sowohl Menschen mit akuten als auch mit chronischen psychischen Störungen berücksichtigt. Um sicher zu stellen, dass sich die beiden Vergleichsgruppen klar hinsichtlich des Krankheitskriteriums unterscheiden, galten für die Gruppe der psychisch Gesunden außerdem folgende Bedingungen: Sie durften noch nie in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen und nicht in psychiatrischer Abklärung oder Behandlung sein sowie aktuell nicht mit Psychopharmaka behandelt sein.

Hauptkriterium für die Teilnahme an der Studie war für beide Vergleichsgruppen das Vorhandensein positiv empfundener religiöser Visionen oder real empfundener Begegnungen mit religiösen Gestalten oder religiösen Begebenheiten sowie ein aktuelles Vorhandensein einer religiösen Thematik. Da religiöse Visionen inhaltlich meist dem religiösen

Hintergrund der Betroffenen entsprechen (vgl. Benz, 1969) - ein Christ also eher Christus, Maria oder Engel sieht, während ein Hindu eher Visionen von Shiva, Krishna etc. erlebt – wurden Menschen befragt, die in einem christlich orientierten Umfeld aufgewachsen sind. Um primär physiologisch bedingte Phänomene auszuschließen, durften die Befragten keine hirnorganischen Veränderungen und keine epileptischen Erkrankungen haben. Bei den epileptischen Erkrankungen ist in diesem Zusammenhang insbesondere der Ausschluss einer Temporallappenepilepsie von Bedeutung, da mystisch-religiöse Erfahrungen oder das Empfinden einer göttlichen Bestimmung für diese Erkrankung typisch sind (vgl. Heinrich, 1997, S. 146, Kolb, 1996, S. 362).

Auf eine umfassende Parallelisierung der beiden Vergleichsgruppen über die bereits erwähnten Kriterien hinaus konnte verzichtet werden, da keine statistischen Aussagen angestrebt wurden. In Artikeln zu religiösem Wahn stellen Scharfetter (1977) sowie Zweifel und Scharfetter (1977, S. 323-324) fest, dass die Häufigkeit und Art religiöser Wahnthematik nicht von der Konfession abhängig sind, ebenso ließen sich keine eindeutige Beziehung zum Geschlecht und zum Alter nachweisen. So wurden bei der Auswahl der Teilnehmenden in der vorliegenden Studie Alter, Geschlecht und Konfession nicht als zentrale Kriterien gewichtet. Die beiden Vergleichsgruppen erwiesen sich dann jedoch bezüglich Alter und ursprünglicher konfessioneller Ausrichtung als vergleichbar (siehe Tabelle 1).

Beschreibung der beiden Vergleichsgruppen

Aufgrund der genannten Auswahlkriterien wurden 4 Personen befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert waren (Gruppe 1, in Tabelle 1 grau schraffiert) sowie 5 Personen, die die Kriterien psychischer Gesundheit erfüllten (Gruppe 2). Alle Teilnehmenden bis auf eine

Person der psychisch gesunden Gruppe (die in einer evangelischen Familie aufgewachsen war) waren katholisch erzogen worden. Das

lungen in Form von Erzählungen zu lassen, wodurch Aspekte des episodischen und des narrativen Interviews mitberücksichtigt wur-

Tabelle 1: Beschreibung der beiden Vergleichsgruppen

	Person	Geschlecht	Alter	Konfession	Diagnose
Gruppe 1	Herr F.	m	71	kath.	Verdacht auf chronisch-paranoide Schizophrenie (F20.0)
	Herr V.	m	45	kath.	Verdacht auf wahnhaftige Störung bei psychosozialen Belastungsfaktoren (F22.0)
	Herr H.	m	59	kath.	chronifizierte gemischte schizoaffektive Störung (F25.2)
	Frau M.	w	43	kath.	akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1)
Gruppe 2	Frau Z.	w	47	kath.	-
	Frau L.	w	64	kath.	-
	Frau G.	w	47	kath.	-
	Frau E.	w	56	kath.	-
	Frau R.	w	64	evang.	-

Durchschnittsalter der Personen in der psychiatrischen Klinik betrug 54.5 Jahre, der psychisch Gesunden 55.6 Jahre, bei einer Variabilität von 45-71 Jahren bzw. 47-64 Jahren. Die psychiatrischen Diagnosen wurden den aktuellen Krankengeschichten entnommen und beziehen sich ausschließlich auf den aktuellen Klinikaufenthalt. Aus diesem Grund handelt es sich nicht bei allen Diagnosen um gesicherte ICD-10-Diagnosen, sondern in zwei Fällen um Verdachtsdiagnosen. Alle PatientInnen weisen Erkrankungen aus dem Formenkreis der schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen auf (ICD-10: F2). Tabelle 1 gibt dazu einen Überblick.

Erhebungsmethode

Die Teilnehmenden wurden anhand eines teilstrukturierten Interviews zu ihrer persönlichen Lebensgeschichte und Religiosität sowie zu ihren visionären Erfahrungen und deren Folgen befragt. Ergänzend wurde ein Fragebogen zur Religiosität eingesetzt.

Interview

Die Teilnehmenden wurden anhand eines teilstrukturierten Interviews mit einem zugrundeliegenden Leitfaden befragt. Dabei wurde darauf geachtet, den Interviewten möglichst viel Raum für kontextbezogene Darstel-

den. Im episodischen Interview kann sowohl die Darstellungsform (Beschreibung oder Erzählung) der entsprechenden Situation als auch die Auswahl von Situationen vom Befragten weitgehend selber gestaltet werden (Flick, 1995, S. 124-129). Das Hauptprinzip des narrativen Interviews, an das sich das episodische Interview anlehnt, besteht darin, den Befragten zum Erzählen einer selbsterlebten Geschichte anzuregen (Hermanns, 1991, S. 182-185).

Folgende Themen wurden aufgrund der interessierenden Themenbereiche in Bezug auf die Visionen und den lebensgeschichtlichen Hintergrund der Betroffenen und aufgrund der relevanten Literatur in den Leitfaden für das Interview aufgenommen:

- Themenkreise zum Bereich der visionären Erfahrung
 - erstes Auftreten der visionären Erfahrung: lebensgeschichtliche Situation, Art und Erleben der Vision, Kommunikation über die Erfahrung
 - Verlauf: Häufigkeit, Art und ungefähre Dauer der Vision in der heutigen Situation und im Vergleich zur Zeit des Beginns visionärer Erfahrungen; Auftreten negativer Erscheinungen

- Eindrücke, Gefühle während der visionären Erfahrung
 - Aktivität/Passivität der eigenen Person während der visionären Erfahrung
 - von der Person empfundener Sinn/Bedeutung und Wirklichkeitscharakter der visionären Erfahrung
 - Selbstbild in Bezug auf die Vision
 - Einfluss der Visionen auf das Leben des/der Betroffenen
 - bei PatientInnen zusätzlich: jetzige Situation der Hospitalisation
- Themenkreise zum Bereich der persönlichen Lebensgeschichte
- demographische Angaben
 - Angaben zur Religiosität in der Familie, dem eigenen Erleben der Religiosität früher und heute und der Bedeutung der Religiosität im eigenen Leben
 - Erleben des Vaters und der Mutter als Kind
 - wichtigste positive und negative Lebensereignisse
 - zwischenmenschliche Beziehungen
 - Stärke des Lebenswillens im Lebensverlauf, Suizidalität
 - heutige Lebenssituation

Zu jedem Themenkreis wurden konkrete Fragen ausformuliert, die als inhaltliche Leitlinien für das Interview verwendet wurden (zum Leitfaden für das Interview siehe Scagnetti-Feurer, 2004, S. 339-341).

Fragebogen zur Religiosität

Um zusätzliche Informationen zur religiösen Einstellung und zur religiösen Motivation zu gewinnen, wurden ergänzend zum Interview der Fragebogen zur Religiosität von Kim (1988) sowie die Religious Orientation Scale von Allport und Ross (1967) bzw. die Intrinsic/Extrinsic Scale von Feagin (1964) in der deutschen Übersetzung von Zwingmann (1991) verwendet. Für die Auswahl beider

Fragebogen war entscheidend, dass sie nicht ausschließlich kirchlich-institutionell ausgerichtet sind und kein religiöses Wissen abfragen. Die religiöse Motivation wurde mit der Religious Orientation Scale von Allport und Ross (1967) bzw. die Intrinsic/Extrinsic Scale von Feagin (1964) erfasst, die Items zu den beiden Dimensionen einer extrinsischen (EXTR) und einer intrinsischen (INTR) Orientierung der Religiosität beinhaltet. Allport und Ross (1967) charakterisieren die beiden Skalen kurz mit den Worten: „die extrinsisch motivierte Person benutzt ihre Religion – die intrinsisch motivierte lebt sie“ (S. 434) [Übersetzung durch die Autorin, Hervorhebungen im Original].

Kims (1988) Fragebogen wurde zur Erhebung der religiösen Einstellung eingesetzt. Für die vorliegende Studie war von Vorteil, dass der Fragebogen eine breite Palette von Dimensionen religiöser Einstellung umfasst: die Skalen werden bezeichnet als Orthodoxie (ORTH), Pietismus (PIET), Mystizismus (MYST), Religiöse Angst (RELA), Religiöses Vertrauen (RELV), Religiöser „Sozialismus“ (SOZ), Sinnfrage (SINN) und Atheismus (ATHE).

Datenauswertung

Der Fragebogen zu Religiosität wurde anhand der Rohwerte der einzelnen Teilnehmenden und der Mittelwerte der beiden Vergleichsgruppen ausgewertet. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde keine Signifikanzprüfung, sondern ein qualitativer Vergleich der beiden Gruppen durchgeführt.

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten auf Tonträger aufgenommen und vollständig von der Autorin transkribiert. Das transkribierte Material wurde nach einer Anonymisierung der Daten inhaltsanalytisch ausgewertet. Dazu wurde die Technik der zusammenfassenden aufsteigenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1994, S. 42-70) verwendet. In der zusammenfassenden aufsteigenden

Inhaltsanalyse wird das Datenmaterial sukzessive reduziert, indem in induktiver Vorgehensweise schrittweise inhaltlich relevante Aspekte herauskristallisiert werden. Dieses datenorientierte qualitative Verfahren eignet sich für die Auswertung großer Textmengen, wie sie aus den breit angelegten Interviews hervorgingen. Da bisher kaum Studien vorliegen zum Vergleich gesunder und kranker Menschen mit visionären Erfahrungen, wurde dieses Vorgehen gewählt, um ausgehend von den Aussagen betroffener Menschen einen Satz relevanter Kategorien zu ihren biografischen Themen und ihrem religiösen Erleben zu generieren.

Weitere Auffälligkeiten, die sich während der Auswertung der Interviews zeigten, ergaben neue thematische Bereiche wie Unterschiede beim Interviewbeginn und Verschiedenheiten beim Strukturierungsgrad des Interviews, die anschließend systematisch aus den Interviewdaten herauskristallisiert wurden.

In einem abschließenden Auswertungsschritt wurde eine Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems und der während der Auswertung gefundenen Auffälligkeiten am empirischen Ausgangsmaterial vorgenommen und wo nötig entsprechend überarbeitet.

Ergebnisse

In den Interviews zeigte sich, dass in der Gruppe der psychisch kranken Menschen mit Visionen lebensgeschichtlich mehr Belastungsfaktoren vorhanden waren als in der Vergleichsgruppe. So erzählten alle Personen der Gruppe 1 von einem vorübergehenden oder andauernden Verlust oder einer Trennung von der Mutter in der Kindheit. Insgesamt wurden in dieser Gruppe massivere und über mehrere Jahre andauernde Belastungsfaktoren unterschiedlicher Art berichtet, oft waren auch mehrere gleichzeitig vorhanden. So wuchs etwa Herr F. in einem Waisenhaus

auf und erlebte dort massive Misshandlungen. In der Gruppe der psychisch gesunden Menschen mit Visionen (Gruppe 2) wurden teilweise ebenfalls belastende Kindheitserlebnisse berichtet (Trennung von der Mutter oder äußere belastende Umstände), teilweise waren keine Belastungsfaktoren vorhanden. Spätere Lebenskrisen waren mit weniger Belastungsfaktoren verbunden und betrafen insgesamt weniger Lebensbereiche. Belastende Lebensphasen waren von kürzerer Dauer.

Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen zeigen sich auch im Umfeld der visionären Erfahrungen: So traten bei den aktuell hospitalisierten VisionärInnen (Gruppe 1) die Visionen ausnahmslos im Kulminationspunkt einer schweren Krise auf. Auf die visionäre Erfahrung folgten eine zunehmende psychische Dekompensation, sozialer Rückzug, erhöhtes Aggressionspotential, Fremdgefährdung und schließlich die Klinikeinweisung. Aus den erhobenen Daten lässt sich nicht erschließen, ob Vision und Dekompensation inhaltlich in einem Kausalzusammenhang stehen oder ob die Dekompensation lediglich zeitlich auf die visionäre Erfahrung folgte. Die Lebensveränderungen nach den visionären Erfahrungen werden vorwiegend als negativ beschrieben. Es ließen sich keine klaren Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Visionen und einer Beschäftigung mit religiösen Themen erschließen. Die visionären Erfahrungen wurden gemäß den Schilderungen der Betroffenen in einem Zustand von Alltagsbewusstsein wahrgenommen und meist eher als reale Begebenheit denn als Vision eingeschätzt. Die eigene Religiosität und Spiritualität wurde von den Betroffenen der Gruppe 1 im lebensgeschichtlichen Verlauf als gleichbleibend beschrieben.

Auch bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) gingen krisenhafte Lebensereignisse den visionären Erfahrungen voraus – diese Lebensphase war jedoch mit weniger

Belastungsfaktoren verbunden als in der Vergleichsgruppe. Im Unterschied zu Gruppe 1 erzählten alle befragten psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2), dass sie sich im Verlauf ihrer Biografie von ihrer ursprünglichen, kirchlich-institutionell orientierten Religiosität distanzieren und sich schließlich einer erfahrungsbezogenen, wahrnehmungsorientierten Form der Spiritualität zuwandten. Dieser Schritt zu einer neuen Form der eigenen Spiritualität fand meist während der erwähnten krisenhaften Lebensereignisse statt und wurde von den Betroffenen als erster Schritt in der Bewältigung dieses schwierigen Lebensabschnitts gesehen. Visionäre Erfahrungen (im Erwachsenenalter) traten nach dieser (von den Betroffenen meist als tiefgreifend beschriebenen) Veränderung der Religiosität und einer Phase der bewussten, aktiven Auseinandersetzung mit spirituellen Themen auf. In den Erzählungen von Gruppe 2 wird dann auch eine größere Bandbreite von Bewusstseinszuständen während der Vision deutlich: im Unterschied zur Gruppe 1 wird oft von veränderten Bewusstseinszuständen wie Meditation, Übergang zwischen Schlafen und Wachsein und in einem Fall von Koma berichtet, während die Visionen auftraten. Die Veränderungen nach den visionären Erfahrungen werden im Unterschied zur Vergleichsgruppe als überwiegend positiv erlebt. So wird von vertieften zwischenmenschlichen Beziehungen erzählt, die aber weniger mit den visionären Erfahrungen selbst als vielmehr mit einer spirituell orientierten Lebensführung in Zusammenhang gebracht werden, auf deren Hintergrund die Visionen auftraten. Es wird von Gefühlen wie größerer Gelassenheit, innerer Ruhe, Bescheidenheit und Demut, mehr Toleranz, größerer emotionaler Stabilität, Intensivierung der spirituellen Arbeit oder einem liebevolleren Umgang mit sich selbst und anderen berichtet.

In beiden Gruppen folgten den Visionen also Lebensveränderungen (ob lediglich zeitlich folgend oder kausal, ist wie bereits erwähnt nicht erschließbar aus den Daten) – bei Gruppe 1 überwiegend negativ erlebte, bei Gruppe 2 vorwiegend positiv empfundene.

Der visionären Erfahrung wird in den beiden Vergleichsgruppen eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen: Alle Personen der Gruppe 1 (psychisch erkrankt) empfanden durch die Vision ein klares Gefühl für einen göttlichen Auftrag. Die visionäre Erfahrung wird als Berufungsvision erlebt, verbunden mit einem Gefühl der Auserwähltheit der eigenen Person durch Gott. Dabei findet eine Identifikation mit einer religiösen Gestalt statt – in der Regel mit Jesus. So beginnt Herr H. das Interview unvermittelt von sich aus mit den Worten: „Ich bin Christus.“ Und auch bei Frau M. zeigt sich der Interviewbeginn auffällig, indem sie ihren göttlichen Auftrag zusammenfasst: „Meine Story ist Sehnsucht nach Liebe, Familie und finanziell. Der liebe Gott ist zu mir gekommen.“ Teil des durch die Vision empfundenen göttlichen Auftrages ist bei allen Personen von Gruppe 1 das Eingehen einer Ehe mit einer bestimmten Person. Bei der Erfüllung ihres Auftrages stoßen sie auf verschiedene äußere Hindernisse. So sieht etwa Herr V. seinen göttlichen Auftrag darin, das Geld abzuschaffen, um eine gerechtere Welt zu gestalten. Seine Bemühungen bleiben erfolglos. Ebenso ist auch sein Versuch, seinen Führerschein auf den Namen Jesus umschreiben zu lassen, von keinem Erfolg gekrönt. Weitere spirituelle Erfahrungen von Personen der Gruppe 1 thematisieren die eigene Auserwähltheit. Auffällig ist, dass kaum Zweifel an den visionären Erfahrungen auftauchen und kaum Versuche gemacht werden, die Botschaften der Vision zu verifizieren oder irgendeine Form der Realitätsüberprüfung vorzunehmen. Bestätigung für die Echtheit der visionären Erfahrungen wird durch

die Berufungsvision selbst erlebt sowie durch das eigene Leiden und besondere Fähigkeiten. So wird von den meisten Interviewten der Gruppe 1 berichtet, dass sie heilen könnten. An den eigenen Überzeugungen wird festgehalten.

Im Unterschied dazu hatten die VisionärInnen der Gruppe 2 (psychisch gesund) kein Gefühl eines göttlichen Auftrags und keine Auserwähltheitsgedanken. Visionen seien Erfahrungen, die im Grunde jeder haben könne, der offen und achtsam sei für diesen Bereich der Wahrnehmung – so lautet der Grundtenor dieser Gruppe. Die Personen der Gruppe 2 empfanden ihre Visionen als wichtig für ihr

eigenes Leben, das durch diese Erfahrungen an Sinn und Tiefe gewonnen habe. Nach den Visionen traten hier im Unterschied zur Vergleichsgruppe starke Zweifel auf. So schildert Frau G. (im Interview kann sie ihr damaliges Erlebnis mit Humor erzählen): „... es ist dann ... dieser Engel gekommen, der sagte, er heiße Ariel. Und ich bin aus dieser Meditation raus [lacht] und habe gedacht, ich hätte eine etwas lebhaftere Phantasie, und ich spinne ein wenig“. Auf die Zweifel folgt ein Bemühen um Realitätsüberprüfung – so etwa im Dialog mit vertrauten Personen oder über Literatur. In Tabelle 2 sind diese und weitere Ergebnisse aus den Interviews zusammengefasst.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Charakteristiken in der Kindheit</i>	Alle mit vorübergehender oder andauernder Trennung oder Verlust einer primären Bezugsperson (hier immer die Mutter)	Teilweise belastende Kindheitserlebnisse: Trennung oder Verlust von einer primären Bezugsperson (Mutter) oder äußere belastende Umstände. Teilweise keine belastenden Kindheitserlebnisse.
<i>Belastungsfaktoren, Lebenskrisen</i>	Insgesamt massivere, über mehrere Jahre andauernde Belastungsfaktoren unterschiedlicher Art – oft auch mehrere gleichzeitig	Krisen im unmittelbaren Umfeld der aktuellen visionären Erfahrungen mit weniger Belastungsfaktoren verbunden, betreffen insgesamt weniger Lebensbereiche und sind zeitlich von kürzerer Dauer.
<i>Zeitpunkt des Auftretens visionärer Erfahrungen</i>	Visionäre Erfahrungen treten ausnahmslos im Kulminationspunkt der Krise auf.	Auftreten visionärer Erfahrungen späterer Lebensphasen erst, nachdem bereits eine Orientierung im spirituellen Bereich stattgefunden hat, die als erster Schritt in der Bewältigung der Krise verstanden werden kann.
<i>Näheres chronologisches Umfeld in der Biographie</i>	Zunehmende psychische und soziale Dekompensation mit Aggressionspotential	Bewusste, aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen oder der Vision
<i>Religiosität und Spiritualität im Lebenslauf</i>	Kaum Veränderungen in der Religiosität	Nach einer Phase der Distanzierung, Abwendung oder Loslösung von der bisherigen Form der Religiosität und damit dem kirchlich-institutionellen Rahmen folgt eine Hinwendung an eine erfahrungsbezogene Form (Spiritualität).
<i>Auftreten visionärer Erfahrungen im Zusammenhang mit der religiösen Biographie</i>	Keine klaren Zusammenhänge zwischen Beschäftigung mit religiösen Themen und dem Auftreten von Visionen feststellbar.	Visionäre Erfahrungen treten nach einer tiefgreifenden Veränderung der Religiosität in Richtung einer an der eigenen Wahrnehmung orientierten Spiritualität und der Aufnahme vermehrter spiritueller Aktivität auf.
<i>Formale Struktur der Schilderung spiritueller Erfahrungen insgesamt</i>	Insgesamt weniger spirituelle Erfahrungen. Verwenden narrative Struktur seltener (als Gruppe 2) zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird auch zur Schilderung singulärer Erfahrungen häufiger verwendet.	Insgesamt mehr spirituelle Erfahrungen. Verwenden narrative Struktur häufiger (als Gruppe 1) zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird v.a. verwendet zur Schilderung wiederholter oder noch andauernder Erfahrungen.
<i>Formale Struktur der Schilderung visionärer Erfahrungen</i>	Durchschnittlich etwa gleich viele visionäre Erfahrungen wie Gruppe 2. Verwenden v.a. deskriptive Struktur zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird auch zur Schilderung singulärer Erfahrungen häufiger verwendet.	Durchschnittlich etwa gleich viele visionäre Erfahrungen wie Gruppe 1. Verwenden v.a. narrative Struktur zur Schilderung einer Erfahrung. Deskriptive Struktur wird v.a. verwendet zur Schilderung wiederholter oder noch andauernder Erfahrungen.
<i>Unmittelbare Lebenssituation</i>	Belastende Lebenssituation	Mehrheitlich nicht belastende Lebenssituation, häufig Meditation

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Wahrgenommener Einfluss auf das Eintreten oder die Beendigung einer Vision</i>	Kaum Einflussnahme möglich	Nur über Meditation ist eine gewisse Einflussnahme möglich. Sonst kein Unterschied zu Gruppe 1.
<i>Inhalte der Visionen</i>	Überwiegend konkrete Motive, die religiös gedeutet und in der Regel mit einer zentralen religiösen Gestalt identifiziert (Gott, Maria, Heiliger Geist) oder zumindest als konkretes religiöses Geschehen verstanden werden	Überwiegend transzendente Motive (Licht, Engel). Konkrete Motive selten und wenn, dann als Wahrnehmung Verstorbener. Maria als einzige zentrale religiöse Gestalt. Keine Identifikation mit religiösen Gestalten. Stärkere Differenzierung der farblichen Beschreibung und häufigeres Vorliegen von Handlungsabläufen als bei Gruppe 1.
<i>Gefühle während der Visionen</i>	Überwiegend positive Gefühle während der Visionen	Überwiegend positive Gefühle während der Visionen. Schilderungen der Gefühle ausführlicher, detaillierter, differenzierter und emotional beteiligter als bei Gruppe 1.
<i>Gefühlsmäßige Wirkung der Visionen</i>	Überwiegend positive gefühlsmäßige Wirkungen. Zunächst positiv erlebte Visionen können nachträglich gefühlsmäßig problematisch erlebt werden.	Überwiegend positive gefühlsmäßige Wirkungen. Zunächst positiv erlebte Visionen können nachträglich gefühlsmäßig problematisch erlebt werden. Anschaulicher dargestellt als bei Gruppe 1.
<i>Aussagen zum Bewusstseinszustand während der Visionen</i>	Alltagsbewusstsein. Visionäre Erfahrungen tendenziell realitätsnäher eingeschätzt als von Gruppe 2.	Größere Bandbreite von Bewusstseinszuständen: Alltagsbewusstsein, veränderte Bewusstseinszustände (Meditation, Übergang zwischen Schlafen und Wachsein, Koma).
<i>Dauer und Häufigkeit der Visionen</i>	Unterschiedlich	Unterschiedlich. Energetische Veränderungen bleiben z.T. nach der visionären Erfahrung dauerhaft bestehen. Diese werden dann nicht mehr visuell, sondern über ein Spüren zugänglich.
<i>Kommunikation mit der visionären Gestalt</i>	Meist nicht möglich	Teilweise möglich. Dialog mit der visionären Gestalt.
<i>Vorkommen anderer Sinneswahrnehmungen</i>	Am häufigsten mit Auditionen kombiniert	Am häufigsten mit Auditionen kombiniert. Vorkommen taktiler Wahrnehmungen (im Unterschied zu Gruppe 1).
<i>Vorkommen negativer Erscheinungen</i>	Negative Erscheinungen kommen vor. Identifikation mit dem Teufel kommt vor. Keinerlei Angst bei Begegnungen mit dem Teufel.	Negative Erscheinungen kommen vor. Keine Identifikation mit dem Teufel. Große Ängste bei Begegnungen mit negativen Gestalten, die oft auch sehr körperlich spürbar werden.
<i>Sinn und Bedeutung der Visionen</i>	Erste positive Vision (im Erwachsenenalter) als Berufungsvision erlebt, in der eine Auserwählung durch Gott erfahren und ein göttlicher Auftrag erteilt wird. Die Berufungsvisionen werden alle sehr eng in Zusammenhang mit Gott gebracht: Gott wurde in der Vision entweder direkt geschaut oder seine Stimme wahrgenommen.	Visionen werden in keinem der Fälle in einen direkten Zusammenhang mit Gott gebracht. Keinerlei Erleben von Berufung oder Auserwählung. Die visionären Erfahrungen werden als Gruß oder Geschenk aus dem spirituellen Bereich verstanden und als Auslöser einer tiefgreifenden Veränderung erlebt.
<i>Wichtigkeit der Vision im eigenen Leben</i>	Große Bandbreite des Stellenwerts der Visionen im eigenen Leben (von Hoffnung auf ein besseres Leben ohne Visionen bis zu religiösen Errettungsgedanken durch die Visionen)	Einheitlicheres, ausschließlich positives Bild bezüglich der Wichtigkeit visionärer Erfahrungen: Ihr Leben würde an Tiefe und Sinn einbüßen ohne Visionen.
<i>Mit der Vision verbundener Auftrag</i>	Klares Gefühl für einen göttlichen Auftrag durch die Vision. Teil des göttlichen Auftrages ist bei allen Personen der Gruppe 1 das Eingehen einer Ehe mit einer bestimmten Person. Bei der Erfüllung ihres Auftrages stoßen sie auf verschiedene äußere Hindernisse.	Kein klares Gefühl eines göttlichen Auftrags.
<i>Selbstbild in Bezug auf die Vision</i>	Auserwähltheitsgedanken, Identifikation mit einer religiösen Gestalt und außergewöhnliche Fähigkeiten	Betrachten sich nicht als auserwählt, vertreten die Ansicht, dass andere Menschen auch Visionen haben können. Ein Vorhandensein von Visionen wird in einem Zusammenhang mit einer Offenheit oder Achtsamkeit für diesen Bereich der Wahrnehmung gesehen, den jeder Mensch haben könne.

Kriterium	Psychisch kranke VisionärInnen (Gruppe 1)	Psychisch gesunde VisionärInnen (Gruppe 2)
<i>Spirituelles Erleben</i>	Weitere spirituelle Erfahrungen thematisieren die eigene Auserwähltheit.	Breiteres Spektrum anderer spiritueller Erfahrungen (Kontakt zu Verstorbenen, mystische Erfahrungen, Präkognitionen, Erinnerungen an frühere Leben, Nahtoderfahrung, Wahrnehmungen von Energien)
<i>Kommunikation über die Vision</i>	Geringere Selektivität bei der Wahl eines Gesprächspartners. Soziales Umfeld reagiert mit Unverständnis auf das Erleben der betroffenen Person.	Größere Selektivität bei der Wahl eines Gesprächspartners. Positive Reaktionen der Umwelt.
<i>Folgen der Visionen</i>	Deutliche Folgen: erhöhtes Aggressivitätspotential	Deutliche Folgen: positive Veränderungen
<i>Lebensveränderungen auf Grund der Visionen</i>	Vorwiegend negativ	Vorwiegend positiv
<i>Einfluss der spirituellen Erfahrungen auf zwischenmenschliche Beziehungen</i>	Nach visionären Erfahrungen eine Tendenz zu sozialer Isolierung und fremdgefährdendem Verhalten	Vertiefung, Erweiterung und größere Selbständigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich werden weniger mit den visionären Erfahrungen selbst als vielmehr mit dem spirituellen Entwicklungsweg an sich in Zusammenhang gebracht.
<i>Krankheitskonzept</i>	Aktuelle Hospitalisation wird nicht in Zusammenhang mit visionärem Erleben gebracht. Selbst- und Fremdanangaben driften stark auseinander.	-
<i>Legitimation</i>	Auserwähltheit der eigenen Person durch Gott	Offenheit gegenüber einer anderen Form von Realität, zu der jeder Mensch Zugang haben kann
<i>Bestätigung</i>	Kaum Versuche, die eigenen Überzeugungen in Übereinstimmung mit der sozialen Realität zu bringen. Unverständnis aus der sozialen Umgebung. Bestätigungen für die Echtheit ihrer Erfahrungen durch: die Berufungsvision selbst, die die letzten Zweifel ausräumt; durch eigenes Leiden und besondere Fähigkeiten.	Bemühen um Realitätsüberprüfung. Bestätigungen für die Echtheit ihrer Erfahrungen durch: erlebte Intensität und Stärke der visionären Erfahrungen, die positiven Auswirkungen und Folgen des spirituellen Erlebens, die Realitätsüberprüfungen mit Hilfe anderer Personen und die positiven Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen.
<i>Interpretation</i>	Berufungsvision, Bestätigung der eigenen Besonderheit, Empfangen eines göttlichen Auftrages, direktes Anteilhaben an Gott	Quelle der Visionen wird unbestimmt erwähnt, Gefühl von Aufgehobensein in einem größeren Ganzen, visionär gesehene Gestalten werden als transzendente Gestalten interpretiert.
<i>Zweifel</i>	Kaum vorhanden. Festhalten an den eigenen Überzeugungen.	Stark vorhanden
<i>Psychopathologie in den Interviews</i>	Formale Denkstörungen Wahn Sinnestäuschungen Ich-Störungen Störungen der Affektivität Antriebs- und psychomotorische Störungen Andere Störungen (sozialer Rückzug, Aggressivität, Suizidalität, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht)	- - Sinnestäuschungen - z.T. frühere Störungen der Affektivität Antriebs- und psychomotorische Störungen Andere Störungen (früheres Gefühl, nicht mehr leben zu wollen)
<i>Auffälligkeiten in den Interviews</i>	Mangel an Struktur, Undifferenzierte und sehr knappe Schilderung der visionären Erfahrungen, Äußerungen zu finanziellen Themen, Äußerungen zum eigenen Welt- und Menschenbild, Auffälligkeiten beim Interviewbeginn	Klare Struktur, visionäre Erfahrungen detailliert, erfahrungsbezogen und lebendig dargestellt

Beim Fragebogen zur Religiosität unterscheiden sich die beiden Vergleichsgruppen am deutlichsten in den Skalen Orthodoxie (ORTH) und extrinsische Religiosität (EXTR) voneinander, wobei die Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen in beiden Skalen die

höheren Werte aufweisen als die Vergleichsgruppe (zu den Rohwerten siehe Tabelle 3, zu den Gruppenmittelwerten siehe Tabelle 4). Auch die Werte in der Skala „Religiöse Angst“ (RELA) ist bei Gruppe 1 höher (Tabelle 4). Wie bereits erwähnt lassen sich auf

Tabelle 3: Rohwerte der Teilnehmenden in den einzelnen Religiositätsskalen

	<i>Person</i>	<i>ORTH</i>	<i>PIET</i>	<i>MYST</i>	<i>RELA</i>	<i>RELV</i>	<i>SOZ</i>	<i>SINN</i>	<i>ATHE</i>	<i>EXTR</i>	<i>INTR</i>
<i>Gruppe 1</i>	Herr F.	34	40	50	44	50	48	48	22	42	39
	Herr V.	28	28	47	22	46	26	48	24	36	28
	Herr H.	46	50	50	34	50	50	46	26	60	40
	Frau M.	34	32	46	22	30	26	22	18	41	31
<i>Gruppe 2</i>	Frau Z.	12	22	26	15	32	29	38	24	22	20
	Frau L.	19	30	45	16	42	33	45	13	26	34
	Frau G.	19	30	42	21	36	31	42	20	24	34
	Frau E.	17	30	45	20	47	34	50	18	28	37
	Frau R.	19	28	43	19	44	31	41	19	27	35

Tabelle 4: Gruppenmittelwerte in den einzelnen Religiositätsskalen

	<i>ORTH*</i>	<i>PIET</i>	<i>MYST</i>	<i>RELA</i>	<i>RELV</i>	<i>SOZ</i>	<i>SINN</i>	<i>ATHE</i>	<i>EXTR</i>	<i>INTR</i>
<i>Gruppe 1</i>	35.5	37.5	48.25	30.5	44	37.5	41	22.5	44.75	34.5
<i>Gruppe 2</i>	17.2	28	40.2	18.2	40.2	31.6	43.2	18.8	25.4	32

*Fett gedruckt sind in Tabelle 4 die Skalen mit den deutlichsten Unterschieden zwischen den beiden Vergleichsgruppen.

Grund der Stichprobengröße aus diesen Daten keine statistischen Aussagen machen, sondern lediglich eine qualitative Tendenz aufzeigen.

Interpretation und Diskussion

Im Folgenden wird auf die Schlüsselkonzepte eingegangen, auf Grund derer sich die wesentlichsten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in einen größeren Zusammenhang stellen lassen. Für eine vertiefte Diskussion sei auf die Originalstudie (Scagnetti-Feurer, 2004, S. 291-313) hingewiesen, in der die beiden Schlüsselkonzepte die Basis für zwei Modelle bilden, die aus den Studienergebnissen entwickelt wurden.

Psychische Inflation als Schlüsselkonzept für die psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1)

Das Schlüsselkonzept für die Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen bildet der Prozess der psychischen Inflation, der bei allen Befragten der Gruppe 1 in ihrer stärksten Ausprägung, der Megalomanie, auftrat (zur psychischen Inflation vgl. z.B. Assagioli, 1988/1992, Rosenthal, 1998, Scharfetter, 1995b, Walach, 2000). Die psychische Inflation stellt eine mögliche Reaktionsweise auf

visionäres Erleben dar. Aus psychologischer Sicht verwechselt die betroffene Person dabei ihr persönliches Selbst mit den überpersönlichen Inhalten, mit denen sie in einer visionären Erfahrung in Kontakt kommt. Resultat dieses intrapsychischen Prozesses ist ein übermäßiges Erleben der eigenen Größe, eine „Aufblähung“ des eigenen Ichs. Ein solcher Prozess kann im ungünstigsten Fall in der Manifestierung eines Größenwahns (Megalomanie) gipfeln (vgl. Podvoll, 1997, S. 145-158): Die betroffene Person identifiziert sich dabei etwa mit Gott, Jesus, Maria oder anderen Gestalten, die das Gefühl der eigenen übermäßigen Größe widerzuspiegeln vermögen.

Psychische Inflation zeigte sich in dieser Studie ausschließlich in der Gruppe der psychisch kranken Personen. Die psychische Inflation kann somit als klares Unterscheidungskriterium zwischen den beiden Vergleichsgruppen gelten. Die psychische Inflation ist dabei primär eine intrapsychische Dynamik innerhalb der betroffenen Person. Dieser Prozess tritt dabei in der zeitlichen Folge der visionären Erfahrung auf oder festigt sich durch eine Vision. Die Vision wird als Berufungsvision erlebt, in der die betroffene Per-

son sich durch Gott auserwählt erlebt und in der ihr ein göttlicher Auftrag erteilt wird. Die Umsetzung des göttlichen Auftrages nimmt mitunter viel Zeit der Betroffenen in Anspruch und wird zum bestimmenden Muster der Lebensführung. So nimmt sich etwa Herr H. täglich Zeit, die Bibel neu zu schreiben.

In diesem Prozess wirkt die psychische Inflation nicht nur in der Psychodynamik des Betroffenen, sondern beginnt auch, den Umgang mit seinem sozialen Umfeld zu beeinflussen – und das soziale Umfeld reagiert entsprechend auf den Betroffenen. So beginnen sich die Betroffenen, die sich von ihrem Umfeld nicht verstanden fühlen, zurückzuziehen und sich gar zu isolieren. Schließlich wird eine so große Bedrohung erlebt, dass sie ein erhöhtes Aggressionspotential entfalten und schließlich fremdgefährdend werden. Darauf folgt die Klinikeinweisung.

Schwierigkeiten im Umgang mit der Vision und mit deren Integration ins tägliche Leben stehen im vorliegenden Datenmaterial in einem Zusammenhang mit der psychischen Inflation (Reaktionen und Folgen der Vision). Eine psychische Inflation entsteht also, wenn ein anderer Umgang mit der Vision nicht gelingt oder eine Integration der Erfahrung misslingt, wenn eine psychische Inflation vorhanden ist. Die Kausalrichtung ist aufgrund der erhobenen Daten nicht erschließbar – die Zusammenhänge zeigen sich jedoch deutlich.

Interessant ist hier, dass sich diese auch von den Betroffenen selbst als negativ erlebten Veränderungen einstellen, obwohl die Visionen selbst als positiv empfunden wurden (was ja eine Grundbedingung für eine Teilnahme an der Studie darstellte). Die positiv erlebte Vision und die darauf folgenden negativen Lebensveränderungen klaffen also auseinander. Die visionäre Erfahrung scheint in ihrem positiven Kern nicht verinnerlicht und ins Leben integriert werden zu können – außer

eben in der verzerrten Form der psychischen Inflation. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der Fragebogen-Auswertung interessant: Die im Unterschied zur Vergleichsgruppe höheren Werte in den Skalen Orthodoxie (ORTH), Religiöse Angst (RELA) und Extrinsische Orientierung der Religiosität (EXTR) zeigen eine Tendenz zu einer an äußeren Kriterien, Geboten und Verboten orientierten und einer eher angstgeprägten, starren institutionellen religiösen Ausrichtung. Hier kann man sich fragen, inwieweit eine Integration einer Vision – die ja eine innere und oft schwer mitteilbare Erfahrung ist – an dieser starken Außenorientierung der Religiosität dieser Gruppe gescheitert sein mag. Inwieweit hätte eine andere oder eine veränderte religiöse Einstellung (wie bei Gruppe 2) und ein für eine visionäre Erfahrung adäquaterer Interpretationsrahmen eine Dekompensation der Betroffenen verhindern können? Diese Frage bleibt auf Grund der erhobenen Daten unbeantwortet, wäre aber ein interessanter Ausgangspunkt für weitere Forschung. Vermutlich bildet die mangelnde Passung von eigener Erfahrung und religiöser Einstellung oder die Unfähigkeit, selber eine Verbindung zwischen persönlichem Erleben und religiösem Hintergrund herzustellen, einen von mehreren Faktoren, die eine angemessene Integration der Erfahrung verunmöglichten. Diese These findet Unterstützung durch das Schlüsselkonzept von Gruppe 2, bei der ein Interpretationsrahmen für die Erfahrung vorhanden war und der es gelang ihre Visionen zu integrieren. Ein weiterer dieser Faktoren, der eine adäquate Integration der Erfahrung nicht zuließ, liegt wahrscheinlich in der vorbestehenden größeren lebensgeschichtlichen Belastung der psychisch kranken VisionärInnen, die im Sinne eines Diathese-Stress-Modells das Risiko für eine spätere psychische Erkrankung erhöht.

Die Betroffenen der Gruppe 1 sprechen im Interview von Visionen von Gott, dem Heili-

gen Geist oder Maria. Bei konkretem Nachfragen zeigt sich, dass es sich bei den visionär geschauten Inhalten überwiegend um konkrete Motive handelt, die als Gott oder Heiliger Geist verstanden werden. So beschreibt etwa Herr F. seine Visionen von Gott oder dem Heiligen Geist als eine Spirale oder als Feuerwerk. Frau M. schildert ihre visionären Phänomene als Bilder von Verwandten, bekannten Schauspielern oder einem Staatspräsidenten, die sie alle als Gott versteht. Diese überwiegend konkreten Motive entsprechen nicht den in der Literatur beschriebenen visionären Erfahrungen von Menschen in einer psychotischen Krise (Mundhenk, 1999, Podvoll, 1997).

Visionen von Maria beinhalten eine visionär geschauten Frau, die oft nicht näher oder nur sehr rudimentär beschrieben werden kann. Hier zeigt sich eine bei Gruppe 1 sehr einheitliche Auffälligkeit in den Interviews: Keinem der Befragten ist eine detailliertere Beschreibung der Vision zu entlocken – auch nicht durch verschiedene Arten der Nachfrage. Die Betroffenen antworten entweder nur sehr allgemein, weichen der Frage aus (einer der Befragten geht just in dem Moment Tee holen) oder beginnen etwas anderes, damit Zusammenhängendes, ausführlicher zu beschreiben. Erklärungsansätze für diesen Mangel an Detailliertheit in der Visionsbeschreibung könnten in einer Vielzahl von Möglichkeiten liegen: Denkbar sind eine geringe Detailliertheit der visionären Schau selbst, eine mit der Vision zusammenhängende Angst (angstvolle Ich-Entgrenzung und letztendlich negative Folgen durch die Vision, die der Betroffene im Interview möglichst nicht wieder erleben oder erinnern möchte), mangelnde Kommunikationsfähigkeit oder das insgesamt tiefere Bildungsniveau von Gruppe 1 als in der Vergleichsgruppe, ein dämpfender Einfluss der aktuellen Medikation, die aktuell vorhandene Psychopathologie (v.a. formale Denkstörun-

gen), mangelnde Erinnerung an die visionäre Erfahrung oder geringer emotionaler Bezug zur Vision. Angst im Zusammenhang mit der visionären Erfahrung, mangelnder emotionaler Bezug dazu sowie mangelnde Erinnerung daran (gerade auch aus einem mangelnden emotionalen Bezug oder einer Angst heraus) erscheinen als plausible Möglichkeiten: So zeigen sich etwa bei Frau M. (Gruppe 1) indirekte Hinweise auf Angst, indem der Mangel an Struktur im Interview immer dann deutlich stärker war, wenn sie zu ihren visionären Erfahrungen befragt wurde. Auch die unmittelbar beobachtbare psychopathologische Symptomatik (insbesondere formale Denkstörungen) nahmen bei Frau M. deutlich zu, sobald sie über ihre Visionen sprach. Ob die visionäre Erfahrung tatsächlich in geringerer Detailliertheit geschaut wurde als bei Gruppe 2 ist nicht eruierbar, da es sich dabei um von den Betroffenen selbst geschilderte, retrospektiv dargestellte subjektive Inhalte handelt.

In diesem Zusammenhang sei auf eine Problematik der vorliegenden Studie hingewiesen, die in der sprachlichen Vermittlung der Vision liegt: Eine visionäre Erfahrung ist nie direkt erforschbar, nie unmittelbar empirisch zugänglich, sondern immer nur über eine Form der kommunikativen Vermittlung. Mit einer solchen Studie können also nie die visionären Erfahrungen selbst untersucht werden, sondern immer nur die Weise, wie die Betroffenen sie darstellen. So bleibt letztlich die Frage im Raum, ob die psychisch gesunden VisionärInnen ihre Visionen lediglich kompetenter darstellen konnten als die psychisch kranken (Schnettler, persönliche Mitteilung vom 15.11.2010). Für diese These würde das insgesamt tiefere Bildungsniveau der psychisch kranken Gruppe ebenso sprechen wie eine dämpfende Wirkung der aktuellen Medikation und Beeinträchtigungen durch die psychischen Erkrankungen, die teilweise mit formalen Denkstörungen einher gehen. Aller-

dings werden in den Interviews andere Details etwa aus der Lebensgeschichte, der eigenen Weltanschauung oder des göttlichen Auftrags, der den Betroffenen durch die Vision erwuchs, im Gegensatz dazu zum Teil sehr ausführlich und mitunter auch sprachlich gewandt beschrieben. Dies erweckt die Vermutung, dass doch gewisse Einflussfaktoren in der visionären Erfahrung selbst oder deren sprachlicher Vermittlung liegen. Möglicherweise spielt hier das Fehlen eines Interpretationsrahmens für die visionäre Erfahrung bei Gruppe 1 eine Rolle und bringt gerade durch das fehlende Bezugssystem eine mangelnde Detailliertheit und Differenziertheit in der sprachlichen Vermittlung der Erfahrung mit sich.

Interpretationsrahmen als Schlüsselkonzept für die psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2)

Im Unterschied zu den psychisch kranken VisionärInnen zeigt sich bei keiner Betroffenen der Vergleichsgruppe eine psychische Inflation. Zentrales Merkmal aller psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) der untersuchten Stichprobe ist das Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die Erfahrung (vgl. dazu die Studie von Jackson und Fulford, 1997). Dabei scheint das Vorhandensein von Zweifeln an der Erfahrung eine wichtige Motivation für eine Realitätsüberprüfung darzustellen: Nach der Vision tauchen bei allen Personen der Gruppe 2 Zweifel am Erlebten auf. Die Betroffenen fragen sich, ob sie verrückt seien, sich alles nur eingebildet oder eine allzu blühende Phantasie haben. Diese Zweifel führen zu einem selbstkritischen Hinterfragen der Vision und zu einer Realitätsüberprüfung. Dazu werden vertraute Personen einbezogen, spirituelle Bücher und Zeitschriften gelesen und auf bisheriges spirituelles Wissen zurückgegriffen. So kann Frau G. ihre Vision des Engels Ariel dann besser akzeptieren, als sie in einem Buch Aussagen

über diesen Engel findet, die mit ihrem eigenen Erleben übereinstimmen. Auf diese Weise haben die Betroffenen ein Bezugssystem zur Verfügung, das ein Verstehen, Interpretieren, eine Erdung und Integration der Erfahrung im Alltag ermöglicht. Dieser Prozess führt zu einer vorläufigen Interpretation der Vision, die nicht als absolute Wahrheit oder gefestigtes Wissen verstanden wird. Es bleibt eine Offenheit für neue Deutungsmuster und für eine Erweiterung des Erfahrenen bestehen. Anders als in der Megalomanie bei Gruppe 1 bleibt hier eine innere Flexibilität bestehen, die diese Offenheit ermöglicht.

Das soziale Gegenüber erhält im Prozess der Realitätsüberprüfung eine wichtige Funktion durch einen gegenseitigen Austausch. Dadurch finden die Betroffenen Unterstützung in der Einordnung der Erfahrung. Die hohe Selektivität in der Auswahl der GesprächspartnerInnen scheint vor allem aus Gründen des Selbstschutzes zu erfolgen: Die Betroffenen erwähnen Bedenken, ihr Gegenüber könnte sie für verrückt halten. So ist die hohe Selektivität also zunächst Ausdruck von Vorsicht und als durchaus realistische Einschätzung der Situation zu verstehen. Eine solche fehlt bei Gruppe 1 weitgehend. Die Vision wird dort wahllos kommuniziert.

Die Vision wurde bei Gruppe 2 zum Ausgangspunkt einer positiven Lebensveränderung für die Betroffenen selbst wie auch im zwischenmenschlichen Kontakt. Die Vision hat eine Vertiefung und Intensivierung der zwischenmenschlichen Kontakte zur Folge. Die soziale Interaktion wird als liebevoller, toleranter, aufrichtiger und verständnisvoller beschrieben. So beschreibt Frau E. etwa, wie die innere Veränderung, die sie durch ihre visionären Erfahrungen erlebte, auch für ihre Familie spürbar wurde und sich in der Folge alle Familienmitglieder mit Spiritualität zu beschäftigen begannen. Noch heute – ihre Kinder haben längst eigene Kinder – spiele

Spiritualität für alle eine zentrale Rolle und präge auch die berufliche Ausrichtung. Ganz in diesem Sinn schreibt auch Stettner (1974) in einem Artikel über Visionen, wie wichtig es sein kann, für visionäre Erfahrungen offen zu sein, sie als real zu nehmen, ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, sie zu verstehen versuchen, und sie ins Leben zu integrieren.

In den Interviews wurde bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) ein Mangel an Struktur deutlich sowie eine Fixierung auf bestimmte Themen wie Finanzen und das eigene Welt- und Menschenbild, was bei den psychisch gesunden nicht vorkam. Diese Phänomene können im Zusammenhang mit dem Strukturverlust in der Psychose und den formalen Denkstörungen, sowie im Umfeld der Wahnsymptomatik erklärt werden. Die stark ausgeprägten Schilderungen des eigenen Welt- und Menschenbildes können auch im Zusammenhang mit dem Fehlen eines entsprechenden Deutungssystems für die visionäre Erfahrungen verstanden werden. So mögen die befragten psychisch kranken VisionärInnen aufgrund des fehlenden Interpretationsrahmens für ihre Erfahrung eher dazu tendieren, ihre visionären Erfahrungen und deren Verständnis zu rechtfertigen. Beim Vorliegen eines Bezugs- und Deutungssystems, wie es bei den psychisch gesunden VisionärInnen vorhanden war, muss im Unterschied dazu nicht viel Aufhebens um eine Erklärung und Rechtfertigung gemacht werden (vgl. Knoblauch und Schnettler, 2001).

Wo bei beiden Vergleichsgruppen eine belastende Lebensphase den visionären Erfahrungen vorausgeht, folgt bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) den belastenden Ereignissen eine aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen und eine Neuorientierung im religiös-spirituellen Bereich, die dem Auftreten der Visionen vorausgeht. Diese Neuorientierung erweist sich als Unterstützung in der Bewältigung der Krise.

Die visionäre Erfahrung findet dann vor dem Hintergrund einer spirituell orientierten Lebensweise statt, die sich durch eine Beschäftigung mit spirituellen Themen über Bücher und Kurse und die Ausübung von Meditation kennzeichnet. Die Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen und die Meditationspraxis, die alle Interviewten dieser Gruppe ausüben, scheinen in engem Zusammenhang mit dem Auftreten der aktuellen Visionen zu stehen. Alle Interviewten der psychisch gesunden Gruppe werden in der Folge auch sozial tätig: Alle üben eine Form der beratenden Tätigkeit aus, in die sie auch ihren spirituellen Hintergrund einfließen lassen.

Dass alle untersuchten psychisch gesunden VisionärInnen sich mit spirituellen Themen auseinandersetzen, könnte eine Folge der Stichprobenrekrutierung sein, die im Umfeld der transpersonalen Psychologie stattfand. Der Unterschied zur Vergleichsgruppe – in der niemand eine Veränderung in der Religiosität im biografischen Verlauf beschreibt – ist aber so deutlich, dass eine gezielte Untersuchung dieser Thematik mit zwei Stichproben außerhalb des Kontextes der transpersonalen Psychologie interessant wäre (vgl. dazu den Artikel von Vergote, 2007, der die Berücksichtigung des religiösen Kontextes bei außergewöhnlichen religiösen Erfahrungen fordert, da dieselben Phänomene in unterschiedlichem Kontext völlig anders verstanden werden können). Die großen Unterschiede in der Art der Religiosität zeigen sich auch im Fragebogen: So sind in der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen im Fragebogen zur Religiosität hohe Werte in der Skala Orthodoxie zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu fühlten sich die psychisch gesunden VisionärInnen durch die „Kirchlichkeit“ der Fragen des Religiositäts-Fragebogens dermaßen abgeschreckt, dass sich eine Person sogar überlegte, den darauf folgenden Termin für das Interview abzusagen. Die unterschiedliche

Einbettung in einen religiös-spirituellen Kontext und dessen Stellenwert im Alltag wird auch in der stärkeren extrinsischen religiösen Orientierung der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen deutlich. Religiosität wird hier vermehrt als Mittel zum Zweck eingesetzt (extrinsisch), während sie von der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) stärker als Hauptbeweggrund und Basis des täglichen Lebens empfunden wird (intrinsisch) (Allport und Ross, 1967, Feagin, 1964). Letzterer Befund widerspiegelt auch die spirituell orientierte Lebensführung von Gruppe 2.

Eine fundierte und aktive Auseinandersetzung mit Spiritualität (Gruppe 2) kann wohl als wichtiger protektiver Faktor im Zusammenhang mit visionären Erfahrungen verstanden werden, die neben anderen Faktoren einen Schutz vor psychischer Inflation und psychischer Dekompensation bilden. So kann aktive Auseinandersetzung mit spirituellen Themen im Vorfeld der visionären Erfahrung als eine Form der Vorbereitung verstanden werden, die vor einer Überflutung durch die Neuheit der Eindrücke schützt (vgl. z.B. Assagioli, 1988/1992). Bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) handelt es sich um plötzlich hereinbrechende Phänomene, die nicht in einem religiös-spirituellen Kontext vorbereitet wurden. Durch die vorgängige aktive Auseinandersetzung mit Spiritualität stand den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) also ein Interpretationsrahmen für die Einordnung der Erfahrung zur Verfügung (vgl. dazu Engel, 1998, S. 89). Weitere protektive Faktoren, die bei der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen zum Zeitpunkt der visionären Erfahrungen im Erwachsenenalter zur Verfügung standen, sind ein relativ gesichertes soziales Umfeld, ein soziales Netz von Freunden und Gleichgesinnten (vgl. Stroebe et al., 1996), eine geregelte Le-

bensführung und eine berufliche Tätigkeit (vgl. Engel, 1998, S. 89).

Wird die Dynamik der psychisch kranken VisionärInnen mit einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell verglichen, so stehen bei den psychisch gesunden VisionärInnen Stress und Coping im Vordergrund. Über Faktoren zur Diathese kann aufgrund des vorhandenen Datenmaterials keine Aussage gemacht werden. Der Bereich des Coping – und das generelle Vorhandensein von mehr Ressourcen – ist bei der Gruppe der psychisch gesunden VisionärInnen stark ausgeprägt und zeigt sich in der bereits diskutierten Nutzung eines kognitiven, sozialen und spirituellen Rahmens zur Einordnung der visionären Erfahrung.

Hier stellt sich die Frage, welcher Grad an therapeutischer oder präventiver Relevanz den Ressourcen und dem Bereich des Copings der psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) zukommt. Inwieweit ein Vorhandensein solchen Copings auch bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) einen protektiven oder therapeutischen Effekt gehabt hätte, kann aufgrund des untersuchten Datenmaterials nicht festgestellt werden.

Zusammenfassung und Perspektiven

Die vorliegende Studie macht auf einer breitgefächerten empirischen Datenbasis Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen psychisch kranken (Gruppe 1) und psychisch gesunden Menschen (Gruppe 2) mit religiösen Visionen deutlich und zeigt damit Differenzierungsmöglichkeiten auf, mittels derer eine vorschnelle Pathologisierung visionärer Phänomene vermieden werden kann. Dazu wurden der lebensgeschichtliche Hintergrund, die Religiosität, die visionären Erfahrungen und deren Folgen im Leben der Betroffenen untersucht. Die beiden Vergleichsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich einer Reihe von Kriterien voneinander, die anhand von zwei Schlüsselkonzepten in einen größeren Zu-

sammenhang gestellt wurden: In der Gruppe der psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) erweist sich die psychische Inflation in ihrer stärksten Ausprägungsform, der Megalomanie, als zentrales Konzept, das eine Reihe problematischer psychodynamischer und sozialer Prozesse nach sich zieht, in deren Verlauf die betroffene Person schließlich psychisch und sozial dekompenziert. Bei den psychisch gesunden VisionärInnen (Gruppe 2) erweist sich das Vorhandensein eines Interpretationsrahmens für die visionäre Erfahrung als zentral, der eine Einordnung, Realitätsüberprüfung, Interpretation und Integration der Erfahrung ins tägliche Leben ermöglicht. Gemeinsamkeiten bestehen in den untersuchten Vergleichsgruppen insbesondere im Vorhandensein religiöser Visionen, dem häufigen Vorkommen damit verbundener Auditionen, den überwiegend positiven Gefühlen während und meist auch unmittelbar nach den visionären Erfahrungen und dem Vorhandensein belastender lebensgeschichtlicher Ereignisse im zeitlichen Umfeld vor der visionären Erfahrung.

Mit dem verwendeten qualitativen Untersuchungsdesign wurde das Ziel verfolgt, ein breites Spektrum an erfahrungsbezogenen und lebensgeschichtlich relevanten Informationen Betroffener zu evaluieren. Die Ergebnisse dieser Studie eröffnen ein breites Forschungsfeld zur weiteren Überprüfung. Da die kleine Stichprobe keine Generalisierung der Ergebnisse zulässt, wäre eine Untersuchung an einer größeren Stichprobe und eine damit verbundene statistische Auswertung wünschenswert. Dabei könnten insbesondere die beiden Schlüsselkonzepte der psychischen Inflation und eines Interpretationsrahmens mit den damit zusammenhängenden Einzelergebnissen der Studie interessant sein. Eine Untersuchung zweier Vergleichsgruppen innerhalb eines kirchlich-institutionellen Umfelds bzw. aus dem Bereich der transpersonalen Psycho-

logie könnte die Bedeutung der religiös-spirituellen Biografie gezielt erhellen. Dabei könnte sich zeigen, ob eine aktive Auseinandersetzung mit religiös-spirituellen Themen sich als wichtiger protektiver Faktor bestätigt und welcher Art eine solche Auseinandersetzung sein muss, um hilfreich für die Betroffenen zu sein. Ebenso wäre eine systematische Untersuchung der Inhalte religiöser Visionen aufschlussreich, da die visionären Inhalte und Motive in der vorliegenden Studie bei den psychisch kranken VisionärInnen (Gruppe 1) von der Literatur zu religiösem Erleben in einer Psychose (vgl. z.B. Jackson und Fulford, 1997, Mundhenk, 1999) abweichen.

Erfreulicherweise wurden seit dem Entstehen der vorliegenden Studie vermehrt religiöse und spirituelle Themen im Rahmen der Psychiatrie und Psychotherapie diskutiert (z.B. Keks und D'Souza, 2003, Verhagen, 2010) und die Notwendigkeit des Einbezugs oder der Beachtung dieser Bereiche in eine psychiatrische Behandlung wird betont (z.B. D'Souza und George, 2006, Josephson et al., 2000, Sperry, 2000). Turbott (2004) stellt eine wachsende Akzeptanz der Bedeutung von Religion und Spiritualität in der Psychiatrie fest. Van Belzen (2007) spricht gar von einem „regelrechten Boom“ (S. 57) an Veröffentlichungen aus dem Bereich der Psychologie und Psychiatrie, die sich für Religion interessieren. Es bestehen aktuelle Bestrebungen, die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität im psychiatrischen Kontext vermehrt zu würdigen und sie nicht mehr so sehr als mögliche Problematiken, sondern vor allem auch als Ressourcen einzubeziehen und in die Schulung und Weiterbildung von Psychiatern und Psychotherapeuten aufzunehmen (Grabovac et al., 2008, Kozak et al., 2010, Puchalski et al., 2000).

Referenzen

1. Allport G W & Ross J W (1967): Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 432-443.
2. Assagioli R (1988/1992): Psychosynthese und transpersonale Entwicklung, Paderborn, Junfermann. (Original erschienen 1988: *Lo sviluppo transpersonale*).
3. Benz E (1969): *Die Vision. Erscheinungsformen und Bilderwelt*, Stuttgart, Klett.
4. D'souza R & George K (2006): Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 14, 408-412, December 2006.
5. Engel K (1998): Meditation - und ihre gesundheitsrelevanten Aspekte. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 4, 83-91.
6. Feagin J R (1964): Prejudice and religious types: A focused study of southern fundamentalists. *Journal for the scientific Study of Religion*, 4, 3-13.
7. Flick U (1995): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
8. Grabovac A, Clark N & Mario M K (2008): Pilot study and evaluation of postgraduate course on "The interface between spirituality, religion and psychiatry". *Academic Psychiatry*, 32, 332-337, July/August 2008.
9. Heinrich K (1997): Religiöse Erlebensweisen in psychiatrischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 145-156.
10. Henning C (2007): Außeralltägliche religiöse Phänomene in systematisch-theologischer Sicht. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
11. Hermans H (1991): Narratives Interview. In: Flick U, Kardorff, E V, Keupp, H, Rosenstiel, L V & Wolff, S (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München, Psychologie Verlags Union.
12. Jackson M & Fulford K W M (1997): Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 4, 41-65.
13. Josephson A, Larson D B & Juthani N (2000): What's happening in Psychiatry Regarding Spirituality? *Psychiatric Annals*, 30, 533-541, August 2000.
14. Jung C G (1976): *Die Archetypen und das kollektive Unbewusste*, Olten, Walter.
15. Jung C G (1981): *Das symbolische Leben (I)*, Olten, Walter.
16. Keks N & D'souza R (2003): Spirituality and psychosis. *Australasian Psychiatry*, 11, 170-171, June 2003.
17. Kim J-K (1988): *Strukturelle Zusammenhänge zwischen Religiosität und Persönlichkeit*, Bonn, Universität (Dissertation).
18. Knoblauch H & Schnettler B (2001): *Die kulturelle Sinnprovinz der Zukunftsvision und Ethnophänomenologie*. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 3, 228-249.
19. Kolb B (1996): *Neuropsychologie*, Heidelberg, Berlin, Oxford, Spektrum Akademischer Verlag.
20. Kozak L, Boynton L, Jacob B & Bezy E (2010): Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. *Medical Humanities*, 36, 48-51.
21. Kroll J & De Ganck R (1986): The adolescence of a thirteenth-century visionary nun. *Psychological Medicine*, 16, 745-756.
22. Mayring P (1994): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
23. Menezes A & Moreira-Almeida A (2010): Religion, spirituality and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 12, 174-179, June 2010.
24. Mundhenk R (1999): *Sein wie Gott. Aspekte des Religiösen im schizophrenen Erleben und Denken.*, Neumünster, Paranus.

25. Otto R (1917/2004): *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*, München, C.H. Beck.
26. Podvoll E M (1997): *Verlockung des Wahnsinns. Therapeutische Wege aus entrückten Welten*, München, Hugendubel.
27. Puchalski C M, Larson D B & Lu F (2000): Spirituality courses in psychiatry residency programs. *Psychiatric Annals*, 30, 543-548, August 2000.
28. Rosenthal G (1998): Das Phänomen der psychischen Inflation im spirituellen Bereich. In: Wilber K, Ecker, B & Anthony, D (Hrsg.): *Meister, Gurus, Menschenfänger. Über die Integrität spiritueller Wege*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch.
29. Sacks O (1996): *Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
30. Scagnetti-Feurer T (2004): *Religiöse Visionen*, Würzburg, Königshausen & Neumann.
31. Schallenberg G (1979): *Visionäre Erlebnisse. Erscheinungen im 20. Jahrhundert. Eine psychopathologische Untersuchung*, Aschaffenburg, Paul Pattloch.
32. Scharfetter C (1977): *Religiöser Wahn*. Fachzeitschrift des Schweizerischen Verbandes diplomierter Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger, 77, 73-77.
33. Scharfetter C (1995b): Krisen auf dem Weg. Sogenannte spirituelle Krisen aus der Sicht eines Psychiaters. In: Matzner M, Riedel, L & Schäfflein, O (Hrsg.): *Mit Krisen leben. Luzerner Psychotherapie Tage 1995*. Goldach, Luzerner Psychotherapie Tage.
34. Segal S (2000): *Kollision mit der Unendlichkeit*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.
35. Sperry L (2000): Spirituality and psychiatry: Incorporating the spiritual dimension into clinical practice. *Psychiatric Annals*, 30, 518-523.
36. Stephens A (1992): Visions and voices. *Modern Churchman*, 34, 42-46.
37. Stettner J-W (1974): What to do with visions. *Journal of Religion and Health*, 13, 229-238.
38. Stroebe W, Hewstone M & Stephenson G M (1996): *Sozialpsychologie. Eine Einführung*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer.
39. Turbott J (2004): Religion, spirituality and psychiatry: steps towards rapprochement. *Australasian Psychiatry*, 12, 145-147, June 2004.
40. Van Belzen J A (2007): Zum psychologischen Umgang mit außeralltäglichen religiösen Phänomenen - Konditionen der Interpretationen. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
41. Vergote A (2007): Klinische Psychologie außergewöhnlicher religiöser Erfahrungen. In: Henning C & Van Belzen, J A (Hrsg.): *Verrückt nach Gott. Zum Umgang mit außergewöhnlichen religiösen Phänomenen in Psychologie, Psychotherapie und Theologie*. Paderborn, Schöningh.
42. Verhagen P J (2010): The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. *Current Opinion in Psychiatry*, August 2010.
43. Walach H (2000): Narzissmus - Der Schatten der Transpersonalen Psychologie. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 6, 53-67.
44. Wiebe P (1999): The christic visions of Teresa of Avila. *Scottish Journal of Religious Studies*, 20, 73-87.
45. Zweifel A & Scharfetter C (1977): Christliche Religiosität und Psychothematik. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 121, 317-324.
46. Zwingmann C (1991): *Religiosität und Lebenszufriedenheit*, Regensburg, S. Roderer.

Eingereicht: 29.08.2010, Reviewer: Christian Zwingmann, Bernt Schnettler, überarbeitet eingereicht: 23.01.2011, online veröffentlicht: 30.04.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Scagnetti-Feurer T: Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Scagnetti-Feurer T: Healthy or ill? A comparative study of religious visions with psychiatric inpatients and mentally healthy persons. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/30/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-303

RELIGIONSWISSENSCHAFT

Marianische Heilung und individuelle Aneignung in Tansania

Eine religionsästhetische Analyse

Katharina Wilkens

Interfakultärer Studiengang Religionswissenschaft, Ludwig-Maximilians-Universität München

Kontakt

Dr. Katharina Wilkens
Interfakultärer Studiengang Religionswissenschaft
Ludwig-Maximilians-Universität München
Geschwister-Scholl-Platz 1
80539 München

Tel.: +49 89 / 2180-2168

E-Mail: katharina.wilkens@lrz.uni-muenchen.de

Zusammenfassung

Die Marian Faith Healing Ministry (MFHM) in Tansania unter der Leitung von Felicien Nkwera praktiziert religiöse Heilung mit heiligem Wasser. In diesem Aufsatz (basierend auf einer empirischen Studie) diskutiere ich die These, dass durch die religionsästhetische Analyse von Aneignungsprozessen ein sehr differenzierter Einblick in individuelle Variationen und damit in die Dynamik des Heilungsprozesses und der Wirksamkeit von religiöser Heilung gewonnen wird. Nkwera, ein suspendierter katholischer Priester, führt Exorzismen durch und behauptet, von der Jungfrau Maria für diese Aufgabe auserwählt worden zu sein. Für die Heilung in der MFHM hat er strikte normative Vorgaben formuliert. Obwohl die meisten seiner Anhänger diese Vorgaben formal korrekt wiedergaben, zeigten die Geschichten, die sie von ihren eigenen Heilungserfahrungen erzählten, dennoch, dass sie die Deutungsschwerpunkte ganz unterschiedlich setzen und bisweilen untereinander sogar zu völlig gegensätzlichen Schlussfolgerungen bezüglich Weltansicht und Praktiken kamen. Individuelle Praktiken und Deutungen der MFHM-Mitglieder sind von Faktoren wie z.B. der körperlichen Erfahrung von Heilung und Gebet oder der Dynamik in familiären Netzwerken abhängig. Der von mir gewählte religionsästhetische Zugang stellt methodologisches Werkzeug bereit, um die Medien der Vermittlung sowie individuelle Prozesse von Wahrnehmung, Verkörperung, Heilungsperformanz und Wirksamkeit zu untersuchen.

Schlüsselwörter: Religiöse Heilung, Sinnliche Aneignung, Tansania, Marienverehrung, Religionsästhetik, Marian Faith Healing Ministry

Marian Healing and Individual Appropriation in Tanzania

A Study in Aesthetics of Religion

Abstract

The Marian Faith Healing Ministry (MFHM) is a group which practices religious healing with holy water under the leadership of Felicien Nkwera. In this paper (based on an empirical study), I argue that through the analysis of the process of appropriation under the perspective of religious aesthetics a highly differentiated view on individual variations and thus on the dynamics of the healing process and the efficacy of religious healing becomes possible. Nkwera is a suspended Catholic priest who performs exorcism and who claims to have been chosen by the Virgin Mary for this task. He provides strict normative guidelines for everybody who wants to be healed at the MFHM. Though most of his followers reproduced these norms rhetorically, the stories about their own healing experiences showed that they placed their own interpretative emphases in different places and sometimes came to opposing conclusions on matters of worldview and practice. Individual practices and interpretations among the members of the MFHM are dependent on factors such as the bodily experience of healing and praying or the dynamics within family networks. The aesthetics of religion approach thereby provides the framework for analysing media of transmission as well as individual processes of perception, embodiment, healing performance and efficacy.

Keywords: Religious healing, Sensual appropriation, Tanzania, Marian devotion, Aesthetics of religion, Marian Faith Healing Ministry

Einleitung

Menschen auf der ganzen Welt beten zur Jungfrau Maria und bitten sie um Heilung von zahlreichen Leiden. Internationale, regionale und lokale Pilgerzentren stehen hoch im Kurs, aber auch kleine Gebetszirkel und Internetforen werden für die Suche nach religiös-spiritueller Erleichterung aufgesucht. Marienverehrung wird seit dem dritten nachchristlichen Jahrhundert praktiziert und erlebte in der römisch-katholischen wie in der orthodoxen Kirche zahlreiche Höhepunkte und Flauten im Laufe der Zeit, ohne je abzubrechen. Erscheinungen der Jungfrau sowie sogenannte Wunderheilungen sind in der Amtskirche oft sehr umstritten und werden trotz großer Beliebtheit bei den Gläubigen in vielen Fällen nicht anerkannt. Das kleine Pilgerzentrum im oberfränkischen Heroldsbach ist dafür ebenso ein Beispiel wie das internationale Zentrum in

Medjugorje, das von Tausenden Menschen jährlich besucht wird. Die Marian Faith Healing Ministry (MFHM) in Tansania, ein Gebetszentrum ohne Pilgerwesen, das im Mittelpunkt meiner Untersuchung steht, ist ein weiteres Beispiel für den Konflikt zwischen populärer Marienverehrung und offizieller Zurückhaltung.

Die Marian Faith Healing Ministry in Tansania erfreut sich in (vor allem konservativen) katholischen Kreisen doppelter Beliebtheit: ihre Heilrituale, insbesondere der Exorzismus und ihr „heiliges Wasser“, gelten als wirksam; und ihr Fokus auf gemeinschaftliche liturgische Handlungen, insbesondere das tägliche Rosenkranzgebet im Rahmen der eucharistischen Anbetung, wird als Alternative zum liberalen Katholizismus sehr geschätzt. Beide Aspekte sind letztlich auf die starke charismatische Führungspersönlichkeit Felicien Nkwe-

ras und seiner Helferin Sister Dina zurückzuführen, die beide hohes Ansehen bei ihren Anhängern genießen. Die Wirksamkeit dieser Rituale basiert nicht zuletzt darauf, dass die rituellen Praktiken und Weltdeutungen Nkwe- ras einen Sinn für die Patienten ergeben, der ganz individuell in ihr Lebensschema passt (Wilkens 2009). Diese individuellen Anpassungsleistungen der Patienten und Gläubigen sollen unter Zuhilfenahme des Aneignungsbegriffs in diesem Aufsatz analysiert werden.

Bevor ich die Marian Faith Healing Ministry und ihre Heilungspraxis im Detail vorstelle, möchte ich begründen, warum die neu entstehende religionsästhetische Perspektive, die die Medien der religiösen Vermittlung sowie individuelle Prozesse von Wahrnehmung, Verkörperung, Performanz und Wirksamkeit fokussiert, im Untersuchungsfeld der rituellen Heilung so vielversprechend ist. Ich diskutiere im ersten Abschnitt auch verschiedene Aspekte des Aneignungsbegriffs, dessen dynamische und akteursorientierte Aspekte in diesem Zusammenhang besonders gut zur Analyse geeignet sind. Zahlreiche persönliche Erfahrungsberichte der Mitglieder der Marian Faith Healing Ministry werden im Anschluss daran ausführlich beschrieben, um die dynamischen und variablen Prozesse der Aneignung zu belegen. Schließlich stelle ich die Aussagen der Patienten und Gläubigen in Tansania in zwei größere Kontexte: in den der weltweiten Marienfrömmigkeit als auch in den der rituellen Heilung im Allgemeinen. Jenseits der individuellen Fälle wird so die analytische Fruchtbarkeit des religionsästhetischen Fokus auf sinnliche Aneignung im Heilungsprozess für die Untersuchung von rituellen Heilungspraktiken deutlich.

Die Aneignung marianischer Heilung als Thema der Religionsästhetik

Eine Fülle von Publikationen in jüngster Zeit beschäftigt sich mit der Verehrung der Got-

tesmutter, wobei Heilung nur ein Thema unter vielen anderen ist. Historische (Scheer 2006, Kane 2004, Blackbourn 1993), soziokulturelle (Hermkens, Jansen & Notermans 2009, Apolito 1998, 2005), ikonografische (Lanwerd 2004), politische (Skrbiš 2005, Bax 1995) und theologische (Beinert & Petri 1996/7, Spret- nak 2004) Themen gehören zu den Forschungsinteressen von Ethnologen, Theologen und Historikern überwiegend in den USA, West- und Osteuropa. In der Religionswissenschaft ist Marienverehrung (noch) kein bedeutendes Forschungsfeld. Mit dem wachsenden Interesse an den Methoden und Erkenntnissen der im Entstehen begriffenen Religionsästhetik könnte sich dies ändern. Die Religionsästhetik, die im Vollzug der kulturwissenschaftlichen Wende eingefordert wurde und in den letzten Jahren immer mehr an Aktualität gewann, lenkt den Blick auf ikonografische, performative, somatische und sinnliche Aspekte religiöser Praxis (Wilke 2008, Meyer & Verrips 2008, Laack 2007, Prohl 2004, Lanwerd 2002, Cancik & Mohr 1988). Damit werden neue Quellen erschlossen, die Zugang zu solchen religiösen Phänomenen erlauben, die von der klassischen, philologisch orientierten Religionswissenschaft nicht in den Blick genommen wurden. Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag dazu, sowohl das Potential der neuen religionsästhetischen Methodologie weiter zu erkunden als auch bislang unterrepräsentierte religionshistorische Felder – Heilung, Marienverehrung und Religion in Afrika – für die Religionswissenschaft zu erschließen.

Eine religionsästhetische Untersuchung ergab sich als relevantes Instrumentarium für meine Forschung, da mein Blick auf die Bedeutung der somatischen Erfahrung gelenkt wurde. Die physische Erfahrung von Krankheit und Heilung, die feinen Unterschiede in der Wahrnehmung der Besessenheit von Menschen, die als Medien auftreten, und derjeni-

gen Menschen, die als Patienten erscheinen, die zentrale Bedeutung der Waschungen und des Konsums des heiligen Wassers, das schmerzhaft Knien im Rosenkranzgebet, die Aufteilung des Raumes nach Kriterien der Intensität von Heiligkeit sowie die demonstrative, äußerliche Demut der wichtigsten Protagonisten bei gleichzeitiger Nachlässigkeit gegenüber intellektuellen Argumenten und Darstellungen zum Heilungsverlauf erfordern ohne Zweifel einen methodologischen Zugang, der somatische und symbolische Werte adäquat erfassen und analysieren kann. Die Religionsästhetik löst diesen Anspruch ein, indem sie – dem kulturwissenschaftlichen Paradigma folgend – ein spezifisches, analytisches Begriffsinstrumentarium für diese Perspektive bereitstellt, das eine Erschließung des Sachverhalts jenseits emischer Kategorien ermöglicht. Ein hilfreicher analytischer Begriff im Kontext von religiöser Heilung ist beispielsweise der der Aneignung.

Aneignung bedeutet die Integration von zuvor fremden Objekten, Praktiken und Vorstellungen in die eigene Umwelt, indem Modifikationen in der Interpretation oder dem Vollzug vorgenommen werden, die dem Fremden neue Wertigkeit und subjektive Unmittelbarkeit verleihen. Aneignung kann auf kollektiver Ebene, in einer Gemeinschaft oder einer Kultur erfolgen, aber auch auf individueller, persönlich-biographischer Ebene. Es kann eine bewusst reflektierte oder unreflektierte Handlung sein, die sich auf materielle Objekte, Techniken, Symbole, Narrative oder Institutionen beziehen kann. Es ist immer eine Handlung, durch die eine subjektiv wertende Beziehung zum Neuen hergestellt wird, das Neue ggf. umgestaltet oder verändert wird und der im eigenen persönlichen und kulturellen Kontext „richtige“ Umgang mit dem Neuen (vor allem die körperlich „richtige“ Handhabung oder Technik) erlernt oder gestaltet wird. Die Macht des Fremden wird in diesem

Prozess zur Selbstermächtigung genutzt. Als kulturwissenschaftlicher Terminus bietet die akteursorientierte Perspektive der Aneignung eine wertvolle Alternative zu wertenden Beschreibungsmodellen, die bei der Verwendung von systemischen und strukturellen Modellen wie Synkretismus, In- oder Akkulturation, Transfer und Kreolisierung oder dem postkolonial favorisierten Modell der Hybridisierung immer wieder offen oder auch nur implizit mitschwingen.

Der Begriff Aneignung wird in verschiedenen Kultur- und Sozialwissenschaften verwendet. Die aktuelle postkoloniale Debatte verwendet den Begriff vor allem im literarischen Kontext und weist eindringlich auf ungleiche Machtverhältnisse im Prozess der Aneignung hin: Es ist insbesondere von Aneignung zum Zwecke des Widerstands gegen die koloniale Macht die Rede (Ashcroft, Griffiths & Tiffin 2007: 15ff., s. auch von Hantelmann & Meister 2010: 107). In der ethnologischen Erforschung von Globalisierung und globalisierten Waren und Kulturtechniken (Spittler 2002) wird die kreative, akteursorientierte Perspektive betont, die aufzeigt, dass globale Waren nicht nur unverändert fremde Kulturen „überschwemmen“, sondern dass diese gezielt den lokalen Gegebenheiten entsprechend modifiziert, umgedeutet und subjektiviert werden. Auch in der psychologisch-pädagogischen Debatte im Umfeld der Kritischen Psychologie wird die Handlungsperspektive der Aneignung sozialer Räume durch Individuen in den Mittelpunkt gestellt (z.B. Deinet & Reutlinger 2004). Whitehouse (2006) weist zu Recht darauf hin, dass Missionschristentum nicht notwendigerweise vollständig in die lokale Kultur assimiliert wird, sondern dass tatsächlich (lokal je unterschiedlich) neue Strukturen, Weltbilder und Praktiken entstehen. Ein akteursorientierter Aneignungsbegriff kann solche Neuerungen präzise und differenziert beschreiben: Vorhandene Struk-

turen sind nicht das Maß, nach dem alles Neue „eingepasst“ wird, sondern die reale Dynamik und Weiterentwicklung von kultureller und individueller Identität werden fokussiert.

Für die folgende Analyse von Aneignung als religionsästhetischem Grundbegriff steht also der Fokus auf den Konstruktionscharakter von persönlicher, kultureller und religiöser Identität sowie die Subjektivierung von zuvor Fremdem durch den handelnden Akteur im Vordergrund. Besonders die inhärente Prozesshaftigkeit des Begriffs ist religionsästhetisch und auch medienhistorisch interessant: Sowohl Religionsgeschichte als auch die Geschichte von Heilungstechniken, Krankheitsvorstellungen und der Rolle von Heilern und Ärzten ist dynamisch und lässt sich als solche auch nur mit dynamischen Begriffen adäquat abbilden.

Aus religionsästhetischer Perspektive stehen nun weniger die theologischen oder institutionellen Prozesse der Aneignung einer neuen Religion (des Missionskatholizismus) auf kollektiver Ebene im Vordergrund als die somatischen, materiellen, kommunikativen, medialen und handlungsorientierten Prozesse, die bei religiöser Heilung sowohl auf kollektiver wie auf individueller Ebene von zentraler Bedeutung sind. Wenn Patienten religiöse (oder sonstige alternative) Heilung als besonders wirksam einschätzen, dann liegt das gemäß den Ergebnissen meiner Forschung vor allem an der erfolgreichen individuellen Aneignung der Lehre und Praktiken. Die Vorgänge können biographisch eingeordnet und im Alltag somatisch und kognitiv umgesetzt werden. Die praktische Erfahrung der Hilfeleistungen durch die Gruppe, den Heiler und die Heiligen sowie die Bildhaftigkeit von Heiligen und von Medizinen ist oft wichtiger als das rein intellektuelle Wissen um die Wirkungsweise von Riten oder Medizinen. Diese „sinnliche Erkenntnis“ (so die Grundbedeu-

tung von „Ästhetik“, Cancik & Mohr 1988: 121) wird durch Handlungen, somatische Erfahrungen, bildliche Darstellungen, akustische Reize, Raumeindruck, Geruch, Geschmack und andere sinnliche Vermittlungsebenen erzielt. Diese Eindrücke methodisch zu greifen, ist methodologisch noch nicht ausgereift. In meiner Forschung nähere ich mich den ästhetisch relevanten Daten teils durch Beobachtungen der anderen Teilnehmer und ihrer Handlungen und Reaktionen an, bei denen ich meine eigenen Empfindungen immer sorgfältig mitreflektierte, um so eine unbeachtete Übertragung auf die anderen Teilnehmer zu verhindern. Dies ergänzte ich in Interviews durch gezielt erfragte Sinneseindrücke sowie durch die Bitte um möglichst weit-schweifige Narrationen, in denen in der Regel vielfältige nicht bewusst reflektierte sinnliche Aspekte der Aneignung enthalten waren.

Die zentrale Bedeutung der persönlichen Aneignung einer Heilslehre und Heilungspraxis wird deutlich, wenn man sich den folgenden Vorgang in der MFHM vergegenwärtigt. Nkwera, der leitende Priester der Gemeinschaft, vertritt eine sehr konservative und apokalyptische Vorstellung vom Weltgeschehen. Seine Interpretation von Krankheiten und Schmerz greift über die einzelnen Schicksale hinaus und stellt den rituellen Kampf gegen Leiden in einen Zusammenhang mit dem endzeitlichen Kampf gegen das Böse an sich. Sein Kampf gegen die Dämonen in jedem einzelnen seiner Patienten steht stellvertretend für den Krieg gegen alle Dämonen, die gemäß dieser Weltdeutung versuchen, die Weltherrschaft an sich zu reißen. Nkweras Rhetorik schwankt demzufolge auch zwischen fürsorglicher, persönlicher Seelsorge und martialisch-grimmigen Aufrufen zum Krieg unter der Heerleitung der Jungfrau Maria und mit dem Rosenkranz als effektivster Waffe. Die überwiegende Mehrheit seiner Anhänger hingegen nimmt zwar die zielgerichtete, martiali-

sche Metaphorik auf, wendet sie aber viel häufiger auf den eigenen Lebensweg und das Streben nach persönlichem Heil und Erlösung an. Nkweras zentrales Anliegen, Kämpfer für den apokalyptischen Kampf und die Erlösung der Welt zu finden, wird nicht umfassend übernommen; stattdessen wird die Bekämpfung von Dämonen, Leid und Krankheit durch die Rituale der MFHM als Ziel für die eigene Heilung und Erlösung angeeignet. Nkweras Lehren werden dabei nicht nur intellektuell rationalisiert, sondern tatsächlich somatisch erfahren. Das Beispiel einer älteren Frau, die eines seiner Bücher gelesen hatte (nicht alle von Nkweras Anhängern lesen viel), soll diesen Punkt veranschaulichen: Sie berichtete, dass sie nach der Lektüre des Buches nachts im Bett die scharfen Krallen der Dämonen auf ihrem Rücken gespürt habe und am nächsten Morgen auch die Kratzspuren deutlich sichtbar waren. So hätten die Dämonen, gemäß der Deutung der Frau, ihren Unwillen darüber ausgedrückt, dass sie über ihre „Machenschaften“ „aufgeklärt“ worden sei. Die Frau spürte also in ihrer eigenen Wahrnehmung die Heilslehre Nkweras buchstäblich am eigenen Leib und eignete sie so in ihrer unmittelbaren Relevanz für ihr persönliches Leben an.

Die Marian Faith Healing Ministry in Tansania

Das Zentrum der Marian Faith Healing Ministry (MFHM) liegt seit 1990 in Dar es Salaam im ostafrikanischen Tansania. Es ist eine lose organisierte und gemeindeunabhängige Gruppe, die sich um die Gründungsfigur Felicien Nkwera gesammelt hat. Ursprünglich aus dem Süden des Landes stammend, baute Nkwera seine Heilungsmision im nördlichen Tabora zu einer großen Bewegung aus. Nkwera wurde 1968 zum katholischen Priester geweiht, verfolgte aber nach einem Jahr Gemeindedienst nur noch eine Karriere als Lehrer im sozialistischen staatlichen Schuldienst (Kalemera 1994, Comoro & Sivalon

1999). Seine langjährigen Aufenthalte in Tabora und Dar es Salaam sowie seine vielfältigen Reisen durch das Land, auf denen er auch seine Mission verbreitete und Menschen heilte, sind seinem Dienst in der Schulaufsichtsbehörde geschuldet. Vor einigen Jahren ging er in Rente und widmet seine Zeit seither ganz der Heilungsmision.

Diese Mobilität im Land hat den Charakter der Gruppe geprägt, die deutlich überregional und interethnisch zusammengesetzt ist und deren lingua franca die Staats- und Schulsprache Swahili ist. Im Gegensatz z.B. zum Erscheinungsort Lourdes, hat sich die Jungfrau Maria Nkwera nicht in einem lokalen Dialekt offenbart (wie in Lourdes gegenüber Bernadette), sondern in der offiziellen Landessprache. Die erste Offenbarung Mariens im Jahr 1969 kurz nach Nkweras Weihe war zugleich der Heilungsauftrag an ihn (Nkwera 1995). Dabei zeigte sich gleich die große Besonderheit der Marienerscheinungen im Umfeld von Nkwera: Im Gegensatz zu den sonst üblichen Visionen und Auditionen der Jungfrau fand hier eine Inkorporation statt (Kalemera 1994). Eine Patientin, die zu Nkwera gekommen war, um Heilung im Gebet zu erbitten, wurde zum Medium und Sprachrohr der Jungfrau. Die formale Gründung der Marian Faith Healing Ministry als eingetragener Verein und mit festen Strukturen erfolgte im Jahr 1987 durch die Einsetzung von vier offiziellen Medien, die im Swahili „Arbeiter“ (*watendakazi*) genannt werden und im Englischen als *Marian workers* qualifiziert sind (Comoro & Sivalon 1999). Diese Medien der Maria werden als „Gefäße“ (*vyombo*) beschrieben, die von Maria (und gelegentlichen anderen Heiligen sowie sehr selten Jesus und dem Heiligen Geist) erfüllt werden. Was sie dann sprechen, gilt als von Maria gesprochen; Maria hat in diesem Moment in den Augen der bezeugenden Gläubigen reale Präsenz in ihnen. Heute praktiziert nur noch ein Medium in der

MFHM, Sister Dina, die hohes Ansehen bei den Gläubigen genießt. Ein Mann, Pelekamoyo, verstarb bereits ein Jahr nach seiner Einsetzung, und zwei weitere Frauen trennten sich nach wenigen Jahren aufgrund von Spannungen mit der Amtskirche von der Gruppe.

Das Phänomen der Inkorporierung wird in vielen Variationen weltweit praktiziert und dabei sowohl positiv (Einfahren des Heiligen Geistes) wie negativ (Dämonenbesessenheit) konnotiert, kann aber auch oft zwischen beiden Wertungen aufgrund der Sprunghaftigkeit und Mächtigkeit der Geister hin- und herschwanken (Besessenheitsbünde und -kulte, Spiritismus, süditalienischer Tarantismus). In Tansania gibt es verschiedene Formen der islamischen und traditionellen Besessenheit, bei denen mal der Patient und mal der Heiler in Trance fällt und den Geist inkorporiert. Veränderung von Tonlage, Gestik und Mimik, das Sprechen von fremden oder kaum verständlichen Sprachen sowie eine Amnesie nach dem Erwachen sind typische und kulturell normierte Verhaltensweisen. Dass sich die christliche Jungfrau Maria in dieses Schema einfügt, ist also lokal betrachtet nicht weiter verwunderlich, stellt global gesehen aber dennoch eine erstaunliche Ausnahme unter den tausenden von dokumentierten Marienerscheinungen dar.

Die MFHM beachtet diese Tatsache nicht weiter. Im Mittelpunkt steht dort vielmehr der direkte Kontakt zur Gottesmutter, so wie bei anderen Marienerscheinungen auch. In der Tradition der neueren Marienerscheinungen seit Mitte des 19. Jahrhunderts, besonders im Gefolge der Erscheinung von Fatima in Portugal, warnt Maria ihre Anhänger vor einem drohenden Weltuntergang und ruft zu Umkehr, Reue, Sündenbekenntnis und Rosenkranz auf (Nkwera 1995, 2001, 2003, 2005; s. Perry & Echeverría 1988 für die apokalyptische Grundtendenz der Fatima-Bewegung

weltweit). Der rapide Wandel der Lebensbedingungen und kulturellen Werte in einer sich modernisierenden Gesellschaft verunsichert viele und ruft auch Gefühle der familiären, sozialen und politischen Ohnmacht hervor. Die konservative Botschaft der Fatima-Bewegung versteht sich auch dezidiert als Opposition zu pietistischen, evangelikalischen, pentekostalen und – in der katholischen Kirche – vor allem charismatischen Bewegungen. Laute Musik und Tanz, unkontrollierte Besessenheit durch den heiligen Geist und die weitreichende Autorität von Laien wird kritisiert. Ein im Rosenkranzgebet streng disziplinierter Körper des Gläubigen unter priesterlicher Anleitung wird dem entgegengesetzt. Solche Argumente bekam ich in der MFHM vielfältig zu hören. Einer ekstatischen Gotteserfahrung steht eine kontemplative gegenüber.

Für die meisten Gläubigen aber noch wichtiger als diese ideologischen Auseinandersetzungen ist Marias Wirken als Wunderheilerin, Exorzistin und Spenderin des für die Gruppe kennzeichnenden Waschungsrituals (Sw.: „*huduma ya maji*“, Engl.: „*water service*“, wörtlich: „Wasserdienst“). Von Anbeginn der Mission Nkweras – und noch vor der Konsolidierung der konservativen Positionierung der Gruppe – stand die Heilung von kranken Menschen im Mittelpunkt. „Krankheit“ ist hier in einem umfassenden Sinn gemeint, der neben physischen und psychischen Dysfunktionen auch soziale, familiäre, wirtschaftliche und edukative Probleme umfasst sowie Erscheinungen, die traditionell tansanisch und konservativ katholisch als Dämonenbesessenheit erlebt werden (Nkwera 1988). Besonders chronische Leiden, die das alltägliche Leben beeinträchtigen und sich nicht mit schnell wirkenden schulmedizinischen Mitteln wie Operationen oder Antibiotika behandeln lassen und bei denen alle konventionellen Bemühungen um die Wiederherstellung

von sozialer Ordnung fehlgeschlagen sind, sind Auslöser für die Suche nach tieferen, spirituellen Ursachen und Heilmethoden.

Der Ort der Heilungen ist ein privates Grundstück in einem durchschnittlichen Wohngebiet in der Metropole Dar es Salaam, das der MFHM gestiftet wurde. Die Besitzer leben noch auf dem Grundstück. Vor ihrem Haus erstreckt sich der Versammlungsplatz, der zwar zu den Seiten hin offen, aber von einem Wellblechdach bedeckt ist. Der Altarraum ist von drei Seiten von einer Mauer umgeben. Daneben liegt das Gemeindehaus mit kleinem Gebetsraum, Sakristei, Verwaltungs- und Archivräumen sowie Gästezimmern der MFHM. Zum Gebetsplatz hin orientiert schließt sich auf der hinteren Seite des Gebäudes die Mariengrotte mit der großen Marienstatue (im Stil der Immaculata) an, in der die Heilungen, Waschungen und Exorzismen vorgenommen werden. Dazu gehören auch Waschräume, wo sich die Patienten nach den Waschungen trockene Kleider anziehen können. Daneben ist der Brunnen, aus dem das Wasser geschöpft wird, das für die Waschungen im Verlauf des Gottesdienstes speziell geweiht wird. Auf einem benachbarten Grundstück befinden sich weitere Gästezimmer für Patienten, die aus anderen Landesteilen kommen und einige Zeit im Marian Faith Healing Centre verbringen möchten.

Das gesamte Gelände ist durch eine sehr prägnante Raumaufteilung gekennzeichnet, die die Gegenwart von heiligen Mächten verdeutlichen soll. Beim Betreten des Grundstücks müssen alle Gäste die Schuhe ausziehen. Sofern die tägliche eucharistische Anbetung am Nachmittag bereits begonnen hat (und wenige Besucher kommen pünktlich), knien sich alle (mit beiden Knien auf dem Boden und einer Verneigung des Kopfes) in Richtung der Monstranz auf dem Altar nieder. Da sich der Eingang seitlich des Altars befindet, muss sich der Besucher erneut nieder-

knien, wenn er die Mittelachse des Raums passiert, z.B. auf dem Weg zur Mariengrotte, dem Gemeindehaus oder der Seite des Gebetsplatzes, auf der die Männer, die Kinder und der Chor sitzen. Teil der Mariengrotte ist ein Mosaik eines früh verstorbenen *mtendakazi* (Mediums) der MFHM, Pelekamoyo. Hier ist es geboten, das Haupt zu neigen. Vor der Sakristei, dem Ort, wo die Monstranz außerhalb der Gottesdienstzeiten aufbewahrt wird, kniet man sich wieder nieder. Der Weg vom Eingang bis hin zu einem Raum, in dem man sich mit Nkwera oder Sister Dina zu einem seelsorgerlichen Gespräch am Nachmittag treffen kann, ist also von dreimaligem Knien und einmaligem Verneigen gesäumt. Zusätzlich zu diesen individuellen, physischen Markern des Raums kommt die kollektive Bewegung der Gemeinde während des Gottesdienstes. Während der eucharistischen Anbetung, dem Rosenkranz und der Messe sind alle Gläubigen zum Altar hin ausgerichtet, rechts knien die Frauen, links die Männer und links außen die Kinder. Während der Waschung (liturgisch Teil der eucharistischen Anbetung mit Rosenkranz und vor der Messe) stehen alle auf und stellen sich geschlechtlich gemischt vor der Grotte an, um dann langsam an ihre Plätze zurückzukehren. So dienen die physischen Bewegungen im ganzen Raum, das Knien, das Verneigen und das Schreiten dazu, den Anwesenden die reale Gegenwart der Heiligen gewahr werden zu lassen: die der Jungfrau Maria in der Grotte, von Jesus am Altar und des selbsternannten Heiligen der MFHM, Pelekamoyo, an der Grenze zur Grotte. Diese Bewegungen erhöhen die körperliche Aufmerksamkeit und bereiten die Heilungssuchenden schon somatisch auf das eigentliche Heilungsritual, die Waschung, vor. Sie bieten ein somatisches Framing für die Waschung, das für rituelle Heilungen typisch ist.

Die explizit verfassten Lehrmeinungen Nkweras zu Heilung, Dämonen, der katholischen

Heilslehre, der Institution Kirche sowie zur pluralistischen medizinischen und religiösen Landschaft Tansanias und Dar es Salaams im Besonderen entstanden über Jahre hinweg sowohl, um seine Heilungserfolge zu erklären und zu dokumentieren, als auch in Reaktion auf die Konflikte mit der Amtskirche. Zur Untersuchung des normativen, theologischen Glaubensgebäudes von Nkwera zog ich seine zahlreichen Schriften heran, die sich überwiegend mit seiner Heilungsmission befassen, teilweise aber auch pädagogische Themen im Zusammenhang mit seinem Lehrerberuf betreffen. Ein besonderes Merkmal von Nkweras seelsorgerlichen und theologischen Schriften stellt die Bezugnahme auf *shuhuda* und *jumbe* (Engl.: „*demonic testimonies*“ und „*Marian messages*“) dar. Dies sind „Zeugnisse“ der krankheitserregenden Dämonen und „Botschaften“ der heilungsspendenden Maria, die im Verlauf von Gottesdiensten, Rosenkränzen und vor allem von Exorzismen gemacht werden. Die Botschaften der Maria, gesprochen durch die Medien, werden im Rahmen von Gottesdiensten und anderen rituellen Ereignissen von einer speziell mit dieser Aufgabe betrauten Vorsteherin der MFHM auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und archiviert. Die Dokumentationen der Zeugnisse der Dämonen, gesprochen von besessenen Patienten während der Gottesdienste, Rosenkränze, Exorzismen und Beichten, beruhen teils auf Mitschnitten, teils auf Gedächtnisprotokollen. Die Botschaften Marias sind meist Rügen über die Verdorbenheit der Sitten und Warnungen vor den Plänen der Dämonen, die nach der Weltherrschaft trachten, aber auch Erklärungen über die Wirkungsmechanismen der Heilung, der beteiligten himmlischen Personen und die Rolle von Nkwera und den Sehern. Die Dämonen werden, gemäß der Interpretation in der MFHM, von Maria, der Dämonenbezwingerin, genötigt, über ihre eigenen verwerflichen Handlungen und Pläne Zeugnis abzulegen und gegen sich

selbst auszusagen. Die Botschaften und Zeugnisse sind somit inhaltlich nahezu deckungsgleich.

Nkweras frühe Schrift „*Healing and Deliverance with Jesus the Lord*“ (1988) befasst sich mit ursächlichen Erklärungen von verschiedenen Krankheitstypen im kulturellen Kontext tansanischer Traditionen. Hier versucht Nkwera noch, die damals aufkommende Begeisterung für die katholisch-charismatische Bewegung für sich zu nutzen, z.B. indem er die in seiner Heilungsmission eigentlich zentral agierende Jungfrau Maria im Titel des Buches zugunsten der Leitfigur der charismatischen Bewegung, Jesus Christus, zurückstellt. Das zentrale Element in der Heilungspraxis von Nkwera ist der Exorzismus, um dem sich aber ein formaler Streit bezüglich der dafür nötigen Autorisierung durch den vorgesetzten Bischof entwickelte. Nkwera behauptet, diese Genehmigung zu besitzen, die meisten Bischöfe des Landes hingegen schlossen sich der Meinung des Erzbischofs von Dar es Salaam an, dass er sie nicht habe und dass er durch seine gefährlichen Taten und Predigten die katholischen Gläubigen in ihrer Gesamtheit verunsichere und gefährde. Es wird deutlich, dass dem formalen Aspekt des Streits auch ein persönlicher Streit um Charisma und Amtsautorität zugrunde liegt. Im Verlauf der neunziger Jahre wurde Nkwera suspendiert und zwangsversetzt (er kehrte aber später nach Dar es Salaam zurück), während seine gesamte Gemeinde exkommuniziert wurde (Kalemera 1994, Comoro & Sivalon 1999, Nkwera 2004, Nyenyembe 2004). Die Mitglieder der MFHM sind von der Kommunionsgemeinschaft in Dar es Salaam und einigen anderen Diözesen ausgeschlossen und dürfen vielfach nicht einmal die Kirchengebäude betreten, vor denen entsprechende Warnschilder angebracht sind. Nkwera selbst darf keine Sakramente mehr spenden und ist infolgedessen genötigt, auswärtige Priester für

die Messen einzuladen. Dieser Umstand trägt nun aber sukzessive dazu bei, die Gruppe größeren Kreisen bekannt zu machen, auch und vor allem außerhalb Tansanias. Nkwera ist in der Stadt mittlerweile so weit bekannt, dass säkulare nationale Zeitungen gelegentlich über ihn berichten.

Nkwera selbst reagierte auf die Abweisung seiner Heilungsmission vor allem mit der Rhetorik erkonservativer Kritiker des Vatikans und geht damit auf Konfrontationskurs zur Amtskirche: Die Bischöfe der tansanischen Amtskirche (nicht aber der Vatikan selbst!) seien von Freimaurern unter dämonischem Einfluss unterwandert (Nkwera 1999, 2004). Es sei der Plan Satans, die Kirche von innen auszuhöhlen und nur solch standhaften und mariengläubigen Gruppen wie die seine seien in der Lage, diese Strategie zu enttarnen und Gegenwehr zu leisten. Diese veränderte und bewusst provokative Rhetorik in seinen jüngeren Schriften ist militant und greift die Amtsträger als Personen an, nicht aber die Institution der Kirche und ihre Sakramente.

Die Anhänger der MFHM reagieren sehr unterschiedlich auf diese Konfliktsituation, die sie in den meisten Fällen sehr persönlich betrifft, da sie in ihren Ortsgemeinden nicht mehr akzeptiert werden. Gelegentlich kam es in den neunziger Jahren auch zu gewaltsamen Konflikten, die von der Polizei aufgelöst werden mussten, wenn Anhänger Nkweras sich bei Kommunionseiern als solche zu erkennen gaben. Die Gewaltbereitschaft ist heute gesunken, aber der schwelende Konflikt bleibt so lange bestehen, wie auch die juristische Aufarbeitung noch nicht abgeschlossen ist.

Für mich war es eindrücklich festzustellen, wie unterschiedlich die Reaktionen ausfielen. Manche Anhänger Nkweras schienen den Konflikt kaum wahrzunehmen. Andere gaben sich in ihren Ortsgemeinden entgegen den eindeutigen Anweisungen Nkweras schlicht nicht zu erkennen. Noch andere waren vor

allem traurig ob der persönlich so verfahrenen Situation, ohne aber aggressiv zu sein, während einige andere die harte Linie Nkweras voll unterstützten und das Argument der freimaurerisch-dämonischen Unterwanderung der Kirche übernahmen – eine Erklärung, die nicht einmal alle seine Anhänger kennen oder verstehen, schon allein deshalb nicht, weil die Freimaurerei in Tansania eine sehr untergeordnete Rolle spielt und ihr historischer Konflikt mit der katholischen Kirche nicht allgemein bekannt ist.

Genauso vielfältig, und gelegentlich im deutlichen Gegensatz zu Nkwera, sind die Meinungen der Anhänger der Gruppe zu anderen Themen im Umfeld vom Heilungsgeschehen. Während Nkweras Theologie persönlichen Erlebnissen, institutionellen Zwängen und nationalen Trends auf politischer und kultureller Ebene unterliegt, stellen die Gruppenanhänger ihre Erfahrungen und Deutungen deutlicher in einen sehr persönlichen biographischen, familiären und oft unmittelbar somatischen Zusammenhang. Die Legitimation ihrer Deutungen erfolgt aus ihren eigenen Erfahrungen heraus, wird meist nur rhetorisch mit Stichworten aus Nkweras Lehrmeinung unterlegt und steht somit des Öfteren mit ihr in Konflikt, ohne dass dieser wahrgenommen würde. Das außerordentlich starke Gruppengefühl innerhalb der MFHM definiert sich nicht über eine im Detail deckungsgleiche Weltsicht, sondern über die Anerkennung von Nkweras Charisma und Heilungsauftrag, über die Symbolfigur der Jungfrau Maria und die gemeinsam erfahrene Abgrenzung nach außen.

Persönliche Erfahrungsberichte von Heilung aus der MFHM

Situationen, die man krisenhaft als Krankheit, Ohnmacht, Verlust und Schmerz erfährt, können in einer Art und Weise bewältigt werden, die für die Betroffenen persönlich sinnstiftend

ist. Krisen können nur effektiv und autonom überwunden werden, wenn sie biographisch „eingepasst“ und individuellen Wertvorstellungen angepasst werden können. Ich möchte nun ein paar Beispiele aus den Interviews im Detail diskutieren.

Ein zentrales und immer wiederkehrendes Thema im Kontext von religiöser Heilung ist der Umgang mit der Erwartung von „Wunderheilungen“, also Heilungen innerhalb von kürzester Zeit oder von als unheilbar definierten Krankheiten. Diese Erwartung wird zunehmend von den populären Pfingstkirchen geschürt, die Wunderheilungen offensiv versprechen, und deren scheinbare Erfolge ausführlich in den omnipräsenten religiösen Medien in Tansania wie Radio und Zeitung diskutiert werden. Diese Erwartungshaltung ist in der MFHM eher gedämpft, aber das Spektrum der Meinungen dazu ist dennoch groß und basiert sowohl auf den eigenen Heilungserfahrungen bzw. den Beobachtungen von anderen Heilungen im Zentrum als auch auf einer mehr oder weniger bewussten Auseinandersetzung mit dieser öffentlichen Meinung. Ein älterer Herr, der jahrzehntelang Mitglied der Gruppe war, machte erst vor Kurzem nach einem Bandscheibenvorfall eigene Heilungserfahrungen in der Gruppe. Er erzählte mir, dass Sister Dina ihn als damals stark in der Bewegung eingeschränkten Mann nach einem Gottesdienst dazu aufforderte, über einen kleinen Abflussgraben zu springen. Obwohl ihm diese Anweisung absurd und unmöglich schmerzhaft erschien, befolgte er sie – und war augenblicklich schmerzfrei. Die anstehende Operation sagte er daraufhin ab. Er schloss den Bericht mit den Worten: *„Split second! Instant miracles, they are very rare. It's happened to me.“* Indem er also weiterhin die Versprechungen und überzogenen Erwartungen der anderen religiösen Gruppen anzweifelt, kann er die Bedeutung seiner eigenen Heilung überhöhen. In seinem „persön-

lichen Wunder“ bestätigt sich für ihn in eindrücklicher Weise auch die sakrale Macht, die er zutiefst in Sister Dina und Nkwera bewundert. Weitere Wundergeschichten, vor allem im Zusammenhang mit brenzligen Verkehrssituationen (er war der Chauffeur von Sister Dina) bestätigen seine Verehrung für die von ihm als heilig bezeichneten Personen immer wieder.

Ein anderer, jüngerer Mann, dessen eindruckliche und schnelle Heilung innerhalb der Gruppe als ein Paradebeispiel für den Erfolg der Heilungsmision Nkweras gilt, erzählte, dass er nach jahrelanger Blindheit geheilt worden sei als er nur dessen Haus betreten habe und noch bevor er ein Wort mit ihm gewechselt habe. Dieser Mann stellt seine wundersame Heilung als besonders typisch und aussagekräftig für das Wirken der Jungfrau Maria durch Nkwera und Sister Dina dar. Ihm gilt das Wunder als legitimste Form der Heilung, und auch er rahmt weitere Erlebnisse in seinem Leben und dem Leben seiner Familie als Wundergeschichten. Auch ein anderer Mann, passionierter Jugendfußballtrainer und Lehrer, berichtet von seiner schweren Diabetes, die nach seinen Gebeten in der MFHM wundersam verschwand. Spontanremissionen sind für Diabetes und auch für vor allem psychosomatisch verursachte Fälle von Blindheit schulmedizinisch bekannt und könnten hier eventuell als Erklärungen dienen (wobei keine entsprechenden Untersuchungen konkret vorliegen). Das Entscheidende ist aber, dass die Patienten selbst ihre Heilung in den Kontext des Gebets stellen und diese Remissionen mit einem biographisch nachvollziehbaren Sinn versehen, begründen und nicht als bloßen Zufall stehen lassen.

Den Gegensatz dazu stellt eine Frau mittleren Alters dar, deren schulmedizinisch nicht therapierbares Herzrasen auf Einwirkung von Dämonen zurückgeführt wurde, und die nach einem Exorzismus erfolgreich geheilt wurde.

Weitere chronische Leiden, wie Migräne und die anhaltenden Schwierigkeiten in ihrer Patchwork-Familie, konnten allerdings nur partiell gemindert werden. Für sie war aber gerade nicht die Geschwindigkeit der Heilung wichtig, sondern ein ganz anderer Aspekt, nämlich der Gewinn an Selbstvertrauen und Zuversicht in die Zukunft im Rahmen der Gruppe, unter Anleitung des Priesters und durch das Gebet zur Jungfrau Maria. Sie sagte: *„But if you believe that one day you will be healed this already is healing within you.“* Der Medizinethnologe Thomas Csordas (1994: 72) nennt diesen Effekt *„incremental efficacy“*, also eine graduell zunehmende Wirksamkeit, die durch Gewöhnung an die Folgen der Krankheit, durch vermehrtes Selbstvertrauen und durch Abbau der mit ihr einhergehenden Ängste und Zweifel hervorgerufen wird, wenn eine unmittelbare medikamentöse oder physiotherapeutische Einwirkung nicht mehr zu helfen vermag. Diese Art der langsamen und graduellen Heilung durch Stärkung des Selbstvertrauens scheint auch bei den meisten anderen Patienten der MFHM im Vordergrund zu stehen, selbst wenn einige Wunderheilungen allgemein bekannt sind. Gewöhnung und graduelle Heilung bzw. Emanzipation vom Leiden waren vor allem für die Leute wichtig, die unter chronischen Erkrankungen litten oder von familiären, beruflichen oder ökonomischen Problemen betroffen waren. Die Heilungstheologie von Nkwera lässt beide Optionen offen, so dass die Aneignung seiner Erklärungen zu Leid und Heil in vielen unterschiedlichen Facetten den individuellen Erfahrungen gemäß gut nachvollziehbar ist.

Große Unterschiede gibt es auch bei der Annahme der Schulmedizin, die von Nkwera als Ergänzung zu seiner Heilung verstanden wird, aber von manchen seiner Anhänger als unnötige Konkurrenz betrachtet wird. Diagnosen und Behandlungen im Sinn der wissenschaft-

lichen Schulmedizin werden in Tansania vor allem in Krankenhäusern und Polikliniken angeboten, ein Netz an niedergelassen Ärzten ist nicht vorhanden. Die Heilungserfolge bei Operationen, Infektionskrankheiten, Parasiten, Knochenbrüchen und in der Geburtshilfe sind so groß, dass diese Form der medizinischen Versorgung im Land allgemein anerkannt ist. Dennoch sind die oft große Entfernung zu ländlichen Krankenhäusern, die mit Bargeld und nicht mit Naturalien zu bezahlenden Dienstleistungen, die fremde Art der Gesundheitsverwaltung, die schlechte hygienische Situation und die oft mangelhafte Pflege Gründe, die viele Leute dazu bewegen, weiterhin traditionelle oder sonstige religiöse Heilverfahren zumindest in bestimmten Situationen zu nutzen. Besonders chronische und psychosomatische Leiden, bei denen Zuwendung ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger als die Vergabe von Medikamenten ist, lässt man gerne bei alternativen Heilern behandeln. Eine Frau, die seit Jahrzehnten Anhängerin von Nkwera ist, die lange im westlichen Ausland lebte und über eine hohe Schulbildung verfügt, litt an chronischer Hepatitis B, die von schulmedizinischer Seite schon früh in ihrem Leben diagnostiziert wurde. Sie zweifelte diese Diagnose nie an und erwartete auch nie ein Wunder für sich selbst. Stattdessen formulierte sie es so: *„After being told that, you know, there was no cure for me, that there is nobody can cure me, I've never yearned for a cure. I've never yearned for a miracle, I just wanted to live with it. To be able to live with it.“* Sie kombinierte die schulmedizinische Behandlung mit der seelsorgerlichen Stärkung, die sie durch Nkwera, Sister Dina und die Freunde in der MFHM erfuhr, um mit ihrem beschwerlichen Leben klarzukommen. Ein anderer Mann hingegen hielt die Gebete für stärker und aussagekräftiger als die Schulmedizin. Das heilige Wasser, das für die Waschungen aus einem Brunnen im Hof des Zentrums geholt wird, benutzte er in Analogie

zu Chlortabletten gewissermaßen zur Trinkwasseraufbereitung in einem Land, in dem das Abkochen von Trinkwasser dringend empfohlen wird. Er tat ein paar Tropfen davon in sein gewöhnliches Trinkwasser und sprach Gebete dazu. Er sagte: „*Since I became mwanamaombi [Mitglied der MFHM], I have never boiled drinking water. And I never got typhoid or what from it.*“ Sehr häufig ist auch der Fall, dass Leute für die Medikamente beten, um die befürchteten Nebenwirkungen zu reduzieren und die intendierte Wirkung zu verstärken.

Die performative Heilungspraxis wird in den heilenden und segnenden Waschungen besonders deutlich sichtbar. Die Waschung, das kennzeichnende Ritual der MFHM, lässt keine Trennung zwischen Heil und Heilung zu. An den täglichen nachmittäglichen Treffen und den monatlich abgehaltenen Nachtwachen der MFHM nehmen einige Dutzend bis etliche hundert Personen teil, von denen nur ein geringer Teil unmittelbar Erlösung von einem Leiden sucht. Der Großteil der Anwesenden besteht aus langjährigen Mitgliedern der Gruppe, die zum Teil ursprünglich wegen einer Krankheit dazu stießen, zum Teil aber auch von den konservativen Rosenkranzgebeten und der Aura von Heiligkeit des Nkwera, des „afrikanischen Padre Pio“ (so einer seiner Anhänger), angezogen wurden. An den Waschungen, die von Nkwera und Sister Dina durchgeführt werden, nehmen ausnahmslos alle Anwesenden teil. Die Mariengrotte, die gekachelte Nische, in der sie stattfinden, wird von einer lebensgroßen Marienstatue überragt, da dieses besondere Weihwasser als Gabe der Mutter Gottes gilt. Ihr Segen wird bei der Waschung gespendet. Diesem Wasser werden von den Gläubigen heilende Kräfte zugeschrieben und es gilt als besonders wirkungsvoll im Einsatz gegen Dämonen. Es wird also nicht anders verwendet als „normales“ Weihwasser auch, das ebenfalls im offi-

ziellen katholischen Exorzismus zum Einsatz kommt, nur eben in viel größerem Umfang, wie es bei den Ganzkörperwaschungen und der Verwendung im Alltag deutlich wird.

Bei den Waschungen gibt es drei Formen. Wer unmittelbare Heilung sucht, kniet sich in der Grotte nieder und wird vollständig übergossen, während Nkwera oder Sister Dina Gebete sprechen oder, je nach vorliegendem Fall, den Dämonen befehlen zu gehen. Sind nur wenige Dutzend Menschen anwesend, wird den übrigen Wasser über den Kopf gegossen. Sind viele da, so vor allem während der Nachtwachen, knien sich Kinder, Männer und Frauen getrennt in Gruppen von je ca. 30 Personen vor die Grotte und werden mit dem Wasser besprengt. Während die Waschungen stattfinden, betet die Gemeinde an ihren Plätzen und in der langen Schlange vor der Grotte den Rosenkranz.

Ist ein Patient von einem Dämon befallen, so reagiert er mit Zuckungen oder Versteifung, Rufen und Schmähungen sowie oft mit Gewalttätigkeit auf das Wasser und muss von Helfern kontrolliert und vor Verletzungen geschützt werden. Die Erklärung für dieses Verhalten wird darin gesehen, dass der Dämon im Patienten in dem Wasser „brennt“ und sich gegen den Austreibungsversuch wehrt.

Für die Fragestellung dieses Aufsatzes nach der religionsästhetischen Analyse der individuellen Aneignung der Praktiken und Lehren der MFHM durch die Gläubigen ist der Umgang mit Dämonen sehr interessant, da hier die große Variationsbreite des individuellen Kontakts mit Geistern und Dämonen im allgemeinen kulturellen Kontext sowie die Erfahrungen in der MFHM aufeinandertreffen und sich gegenseitig beeinflussen. Der Exorzismus, der hier stattfindet, integriert lokale, tansanische Geistervorstellungen, die auch Besessenheit, Trance und Medien beinhalten, mit dem katholischen rituellen Umgang mit

Dämonen in (Süd-)Europa. Das somatische Wissen um die Geister und die Fähigkeit zu Trance und Besessenheit sind zwar in Tansania viel größer als beispielsweise in Deutschland, aber auch dort nicht universell. Es ist ein gelerntes Verhalten, das durch Anschauung von Kindesbeinen an vorbereitet und im Krankheitsfall im Heilungsprozess konkret eingeübt wird. In der MFHM ist Dämonenbesessenheit omnipräsent und der Umgang mit ihr sehr routiniert, da sie jeden Nachmittag mehrfach in Erscheinung tritt. Es ist bei einigen langjährigen Patienten zu einer Routinehandlung geworden: Das Eintreten in die Trance und das Aufwachen daraus fallen mit dem Hinknien und Aufstehen in der Grotte zusammen, so z.B. bei einer Dozentin für Krankenpflege des örtlichen Universitätskrankenhauses. Andere, die innerhalb weniger Tage von den Dämonen befreit wurden, behielten die Episode als außergewöhnlich in Erinnerung und können ihre physischen und psychischen Empfindungen von damals im Detail erzählen: Der Schreck vor den Dämonen, die Willenlosigkeit der Patientin, die unangenehme Berührung mit dem Wasser und schließlich die Geborgenheit bei Sister Dina nach dem Aufwachen wurden mir von einer Frau sehr eindrücklich geschildert. Ein anderer Mann, der selbst traditioneller Heiler gewesen war und nun seine langjährigen Hilfsgeister als Dämonen interpretierte, die sich gegen ihn selbst gewandt hatten, beschrieb seinen mehrtägigen Exorzismus in Worten, die die traditionellen Riten stark reflektieren: So konnte er sich beispielsweise im Gegensatz zur eben erwähnten Frau hinterher an nichts erinnern. Die Betonung des Vergessens ist eine traditionell notwendige Rhetorik, die die Anwesenheit und Dominanz der Geister betont, aber nicht notwendigerweise die tatsächliche Erinnerungsfähigkeit wiedergibt.

Aneignung, Wirksamkeit und die Vielfalt marianischer Frömmigkeit

Der offensive Umgang mit Dämonen hat Nkwera und der MFHM nicht nur die Charakterisierung vonseiten der Amtskirche als „fundamentalistisch“ eingebracht, sondern auch als „synkretistisch“. Afrikanisch-traditionellen und islamisch-traditionellen Geistervorstellungen und Besessenheitstechniken würden in der MFHM über Gebühr Beachtung geschenkt. Synkretismus und Inkulturation sind im missiologisch-theologischen Diskurs Gegenpole, deren Abgrenzung voneinander ständig heiß umkämpft ist. Inkulturation ist dabei die positiv gewertete, „gelungene“ Aneignung der euro-amerikanischen christlichen Traditionen in die afrikanische Lebensweise, Synkretismus die negativ bewertete, „misslungene“ Form, in der christliche Grundwerte unter- und afrikanische Grundwerte überrepräsentiert seien. Die rituellen Praktiken der MFHM verbinden in der Tat europäisch-katholische und afrikanische Wahrnehmungs- und Umgangsweisen mit Dämonen, Geistern und Ahnengeistern. Wie oben beschrieben, kann durch die Beschreibung der individuellen Wahrnehmung von Besessenheit dieser Aneignungsprozess auf der individuellen Ebene analysiert werden. Im Folgenden stelle ich einige theoretische Aspekte vor, die speziell individuelle Aneignung als religionsästhetisch relevantes Feld hervorheben. Dazu diskutiere ich die Überschneidungen und die Differenzen von medizinischen und religiösen Aspekten der marianischen Spiritualität und Heilung bei der MFHM.

Aneignung ist ein Prozess, der nur zum Teil intellektuell-rational verarbeitet wird, gleichzeitig aber immer auch durch Emotionen, physische Empfindungen, gewohnheitsmäßige Handlungen, biographisch bedeutsame Erfahrungen, habituell bedingte Präferenzen sowie durch psychische Prozesse der Identität

tätsbildung. Die Medien der Vermittlung können Schriften sein, aber vor allem der praktische Vollzug neuer Techniken (z.B. Rituale, auch medizinischer Art), Raumeindrücke, bildliche Darstellungen von neuem Wissen, neue Kommunikationsformen etc. Die Aneignung der Marienfrömmigkeit durch tansanische Gläubige ist nicht uniform, sondern individuell höchst ausdifferenziert. Die räumliche Omnipräsenz von Maria, z.B. im Gebetszentrum der MFHM, macht ihre spirituelle Allgegenwart unmittelbar spürbar. Mir wurde von einer Frau versichert, dass die göttliche Kraft an diesem Ort sich bereits dadurch ausdrücke, dass das Vesperbrot, das nach der Messe angeboten wird, so unvergleichlich gut schmecke. Auch das eigentlich salzige Brunnenwasser, das für die Waschungen geweiht wird, wurde mir von einer anderen Frau als das „süßeste Wasser der Welt“ beschrieben, weil in ihm Maria wirksam wird. Auch die weltweit vorhandenen Bilder, Metaphern und Muster der Marienfrömmigkeit werden individuell ausgestaltet und kombiniert. Die medizinisch-martialische Marienlehre von Nkwera wird von seinen Anhängern unterschiedlich angenommen und bewertet: Manche betonen den martialisch kulturpessimistischen, andere den medizinischen Aspekt, wieder andere bevorzugen den spirituell-liturgischen Bereich und gehen weder auf die Dämonen noch auf das Heilsein ein.

Auch die Schulmedizin, die von westlichen Medizinern nach Afrika gebracht wurde, muss vor Ort angeeignet werden (Bruchhausen 2006, Ranger 1981). In Ländern wie Tansania geschah dies aber (bisher) nicht in solchem, das ganze Leben umfassenden Maße wie es von der westlichen Welt bekannt ist, so dass der Markt für alternative Therapien erheblich ist. Meine Studie der MFHM in Dar es Salaam, wo die schulmedizinische Versorgung vergleichsweise gut ist, ergab verschiedene Gründe, weshalb sich spirituelle Heilung

als Alternative dazu großer Beliebtheit erfreut (Wilkens 2009). Medizinisch wird den Leuten geholfen, Gesundheit bzw. den Zustand des Gesundseins, neu zu definieren: Nicht Unversehrtheit, sondern Zufriedenheit steht im Mittelpunkt. Viele chronisch kranke Menschen, besonders auch Menschen mit Schmerzen und psychischen Problemen, Herzrasen und sozialen Schwierigkeiten lernen hier, einen geduldrigen Umgang mit ihrer Krankheit einzuüben. Der Medizinethnologe Csordas weist darauf hin, dass der Umgang mit chronischen Schmerzen durch Gebete erleichtert wird. Die spirituelle Auseinandersetzung mit der Krankheit führe zu einer erhöhten Aufmerksamkeit für körperliche Vorgänge und frühe Signale von heraufziehenden Schmerzepisoden. Typischerweise würde also die „*somatic mode of attention*“ durch Heilungsgebete erhöht, was wiederum zu einem entspannteren Umgang mit der Krankheit im Alltag führe (Csordas 1994: 67-70). So wird der Weg hin zu Schmerz- und Angstfreiheit von vielen in der MFHM bereits als Gesundheit gedeutet, einfach weil man mit der unheilvollen Situation nicht mehr allein ist und Zuversicht für die Zukunft schöpfen kann. Das traditionell katholische Motiv des Leidens und der Selbstopferung als Zeichen der Auserwähltheit und der Prüfung (Orsi 2004: 19-47) wurde gelegentlich genannt, war aber insgesamt dem Motiv der Heilung untergeordnet – was auch dem Kontext einer expliziten „*healing ministry*“ entspricht.

Zusätzlich können die Geister, die traditionell präsent sind und viele Menschen verunsichern, rituell durch das Gebet an Maria und durch den Exorzismus angesprochen werden. Es gelingt nicht, Krankheitsbilder, Syndrome und Symptome aus der schulmedizinischen Klassifikation eins-zu-eins mit traditionellen Klassifikationen, insbesondere solchen, die auf Geister rekurrieren, zu korrelieren. Von umso größerer Bedeutung ist es also, einem

von „Eifersucht Besessenen“ keine (oder nicht *nur* eine) Psychotherapie, sondern (auch) ein Austreibungsritual anzubieten, damit die Wahrnehmung des Leids und der Therapie zueinanderpassen.

Schließlich spielt auch der „Placebo-Effekt“ eine Rolle: Immer zahlreichere medizinische Studien, vor allem in den USA, weisen nach, welche zentrale Rolle das Vertrauen des Patienten in den Arzt, in die Medikamente und die Operationen für die Heilung hat (Brody 2010). Dieses Vertrauen wird aber weniger durch wissenschaftliche Techniken erworben, als durch zutiefst menschliche Eigenheiten, die oft auf unbewusster Ebene wirken. Vertrauensbildend sind demnach Symbole von Autorität beim Arzt wie der weiße Kittel, Sympathie, Farben und Formen der Pillen, vertraute Rituale beim Arztbesuch, positive Erzählungen von Freunden und anderes. Diese Mechanismen wirken auch in der rituellen Heilung, so dass (Selbst-)Heilungsprozesse im Körper gefördert werden. Gerade religiöse Heilungsrituale unter der Leitung von geweihten Priestern und mit Bezug zu Göttern und Heiligen rufen in den Gläubigen ein besonders tiefes Vertrauen hervor, das sich dann auch unmittelbar auf die Genesung auswirkt. Maria als Heilerin und Dämonenbezwinlerin wurde von einigen in der Gruppe als ganz persönliche Schutzpatronin dargestellt, die den Weg zur Heilung aufgezeigt hätte und nun auch weiterhin das Leben begleite.

Charakteristisch für spirituelle Heilung, vor allem auch an Wallfahrtsorten für Maria, ist die Tatsache, dass Heilung immer auch in einem größeren gesellschaftlichen und religiösen Rahmen eingebunden ist. Heilungsrituale umfassen Dank und Gebet, und häufig werden gesellschaftskritische wie nationalistische, wirtschaftliche wie soziale Themen aufgegriffen. Rosenkranz, Maiandachten, Umzüge und Wallfahrten zu Ehren der Madonna sind in der europäischen Volksfrömmigkeit

beliebt. Diese oft mit dem ländlichen Lebenszyklus verbundenen Praktiken wurden zwar nicht uneingeschränkt von den tansanischen Gläubigen in der MFHM angenommen, dennoch sind manche Aspekte davon präsent. Besonders der Rosenkranz und die erweiterte Form der Novene werden von einigen mit Hingabe praktiziert. Der meditative, ruhige Charakter des Gebets und der Lieder wurde wertgeschätzt, und zwar unabhängig von medizinischen Wirkungen oder militanten Rhetoriken. Auch Aspekte der Bescheidenheit, Hingabe und Opferbereitschaft waren für viele von Bedeutung. Schon allein das stundenlange Knien im Gebet erfordert eine gewisse Leidensfähigkeit, die mir ein Mann stolz anhand seiner dicken Knie demonstrierte. Diese Haltung steht in klarem Kontrast zur pfingstlerischen Wohlstandslehre und wird auch so von den Anhängern der MFHM betont.

Marienförmigkeit als Ausdruck einer kultur- und kirchenpolitisch antagonistischen Weltsicht wird insbesondere durch die Fatima-Bewegung (in den USA vor allem durch die Blaue Armee) repräsentiert. Extreme Fälle, die mit diversen Verschwörungstheorien einhergehen, sind überall dort präsent, wo Marienerscheinungsorte amtskirchlich nicht anerkannt werden, sei es im weltweit bedeutsamen Ort Medjugorje oder im oberpfälzischen Heroldsbach (Kohle 1997). Nkwera besuchte Medjugorje demonstrativ, um seinen Zugehörigkeit zu diesen Zirkeln deutlich zu machen. Gleichzeitig kombiniert er die militant marianische mit der militant eucharistischen Rhetorik, die von der Pius-Bruderschaft bekannt ist. Nkwera organisiert für die MFHM zwar keine lateinischen Messen, verfißt aber dennoch sehr konservative und (zumindest gegenüber dem Erzbischof von Dar es Salaam) bewusst provokative rituelle Handlungen. Nkwera zitiert auch die Verschwörungstheorien des italienischen Exorzisten und Dämonenbekämpfers Gabriele

Amorth (Nkwera 2005: 13-18). Konservative Marienfrömmigkeit, konservative eucharistische Theologien und konservative Auffassungen von Exorzismus werden von Nkwera gleichermaßen im Kontext der lokalen Kirche und der lokalen Dämonenvorstellungen angeeignet und zu einem neuen Weltbild für die MFHM unter dem von Fatima entlehnten Bild der Madonna als Heerführerin verbunden.

Religionsgeschichte wie auch Medizingeschichte sind Geschichten von dynamischen Bewegungen, die sich stets mit den lokalen sozialen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen verändern. Um diese Dynamik zu erfassen, muss das Wechselspiel von individuellen Erfahrungen, Gestaltungsmöglichkeiten und Einflussnahmen mit den äußeren gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen untersucht werden. Die Vielfalt der Meinungen innerhalb ein- und derselben konservativen marianischen Gruppierung zeigt, wie sich religiöse und therapeutische Dynamik entfalten kann. Gleichzeitig wird bei der Untersuchung von Marienfrömmigkeit in der MFHM deutlich, wie sehr die physischen Aspekte des Gebets, der Waschungen und der Eucharistie von Bedeutung sind, wenn es um die Abgrenzung von anderen christlichen Gruppierungen geht. Die Stärke der religionsästhetischen Methodologie ist es, normative Setzungen in Religionsgemeinschaften zu hinterfragen, indem individuelle Praktiken und Wahrnehmungen in den Blick kommen, und andererseits auch die Aneignung von Normen durch somatische Handlungen, Raumgestaltung und bildliche Zitate nachzuvollziehen, die oft wirksamer sind als Schriften und Predigten alleine.

Fazit

Die Dynamik im Markt der spirituellen Heilungsangebote ist in der westlichen Welt genauso groß wie in afrikanischen, arabischen, asiatischen oder lateinamerikanischen Län-

dern. Maria als Heilerin ist weltweit beliebt, was sehr eindrücklich durch große Wallfahrtsbewegungen sichtbar wird. Die Aneignung einer globalen Figur in so vielen verschiedenen lokalen Kontexten mit ebenso vielen lokalen politischen und sozialen Variationen ist so überzeugend, dass viele Menschen ganz unmittelbaren Nutzen aus der Verehrung der Mutter Gottes ziehen und ein Leben führen können, das nicht mehr so mit Sorgen und Schmerzen belastet ist wie zuvor. Die Untersuchung der MFHM hat gezeigt, dass dabei die Akteure vor allem eine Konkurrenzsituation zu anderen religiösen Gemeinschaften und weniger zu schulmedizinischen Einrichtungen und Verfahren wahrnehmen.

Die Rolle der Jungfrau Maria als Heilerin in Tansania ähnelt einerseits ihrer Rolle als Schutzheilige und Patronin wie sie in Europa bekannt ist. Gleichzeitig ist aber auch ein Verständnis für die von den Leuten physisch empfundene Gegenwart von Geistern und Dämonen notwendig, um die zentrale Stellung von Waschungen und Exorzismen in Marias Namen zu verstehen. Diese vielfältigen Möglichkeiten, die in ihrer Person vereinigt sind, erlauben die kollektive Aneignung der Marienfrömmigkeit in Tansania im Kontext von spiritueller Heilung als auch ausdifferenzierte individuelle Aneignungen von marianisch-religiösen Aspekten in der spirituellen und therapeutischen Praxis der Anhänger.

Referenzen

1. Apolito, P. (1998): *Apparitions of the Madonna at Oliveto Citra: Local visions and cosmic drama*, University Park, PA: Pennsylvania State University Press.

2. Apolito, P. (2005): *The internet and the Madonna. Religious visionary experience on the web*, Italienische Originalausgabe 2002, Chicago: University of Chicago Press.
3. Ashcroft, B., Griffiths, G. & Tiffin, H. (2007): „Appropriation“, in: dies., *Post-Colonial Studies: The Key Concepts*, Routledge Key Guides, 2. Auflage, Originalausgabe 2000, London, New York: Routledge, 15-17.
4. Bax, M. (1995): *Medjugorje: Religion, politics, and violence in rural Bosnia*, Amsterdam: VU Uitgeverij.
5. Behrend, H. & Luig, U. (Hrsg.) (1999): *Spirit Possession. Modernity and Power in Africa*, Oxford: James Currey.
6. Beinert, W. & Petri, H. (Hrsg.) (1996): *Handbuch der Marienkunde, Band 1: Theologische Grundlegung, Geistliches Leben*, 2. überarb. Auflage, Originalausgabe 1984, Regensburg: Pustet.
7. Beinert, W. & Petri, H. (Hrsg.) (1997): *Handbuch der Marienkunde, Band 2: Gestaltetes Zeugnis, Gläubiger Lobpreis*, 2. überarb. Auflage, Originalausgabe 1984, Regensburg: Pustet.
8. Blackburn, D. (1993): *Marpingen. Apparitions of the Virgin Mary in Bismarckian Germany*, Oxford: Clarendon Press.
9. Boddy, J. (1994): „Spirit Possession Revisited: Beyond Instrumentality“, in: *Annual Review of Anthropology* 23, 407-34.
10. Brody, H. (2010): „Ritual, medicine, and the placebo response“, in: W. S. Sax, J. Quack & J. Weinhold (Hrsg.), *The problem of ritual efficacy*, Oxford, New York: Oxford University Press, 151-167.
11. Bruchhausen, W. (2006): *Medizin zwischen den Welten. Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania*, Göttingen: Bonn University Press/V&R unipress.
12. Cancik, H. & Mohr, H. (1988): „Religionsästhetik“, in: H. Cancik, B. Gladigow & M. Laubscher (Hrsg.), *Handwörterbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe 1*, Stuttgart: Kohlhammer, 121-156.
13. Carrier, J. (1995): „The work of appropriation“, in: ders., *Gifts and commodities. Exchange and Western capitalism since 1700*, London, New York: Routledge, 106-125.
14. Comoro, C. & Sivalon, J. (1999): „Tanzania. The Marian Faith Healing Ministry“, in: T. Bamat & J.-P. Wiest (Hrsg.), *Popular Catholicism in a World Church. Seven case studies in inculturation*, Maryknoll, New York: Orbis, 157-182.
15. Csordas, T. J. (1994): *The sacred self. A cultural phenomenology of charismatic healing*, Berkeley u. a.: University of California Press.
16. Deinet, U. & Reutlinger, C. (Hrsg.) (2004): *‘Aneignung’ als Bildungskonzept der Sozialpädagogik. Beiträge zur Pädagogik des Kindes- und Jugendalters in Zeiten entgrenzter Lernorte*, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
17. Dondelinger, P. (2003): *Die Visionen der Bernadette Soubirous und der Beginn der Wunderheilungen in Lourdes*, Regensburg: Pustet.
18. von Hantelmann, D. & Meister, C. (2010): „Interview mit Daniel Buren“, in: D. von Hantelmann & C. Meister (Hrsg.), *Die Ausstellung. Politik eines Rituals*, Zürich, Berlin: Diaphanes, 99-114.
19. Hermkens, A.-K, Jansen, W. & Notermans, C. (Hrsg.) (2009): *Moved by Mary. The power of pilgrimage in the modern world*, Farnham, Burlington: Ashgate.
20. Kalemera, J. (1994): *Huduma za Maombezi in its historical perspective. Volume One*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.

21. Kane, P. M. (2004): „Marian devotion since 1940: Continuity or casualty?“, in: J. M. O’Toole, *Habits of devotion. Catholic religious practice in twentieth-century America*, Ithaca, London: Cornell University Press, 89-130.
22. Kearney, M. (1978): „Spiritualist Healing in Mexico“, in: P. Morley & R. Wallis (Hrsg.): *Culture and Curing. Anthropological Perspectives on Traditional Medical Beliefs and Practices*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 19-39.
23. Keupp, H., Ahbe, T. u. a. (2006): *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*, Originalausgabe 1999, Rowohlt’s Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt’s Taschenbuchverlag.
24. Kohle, H. (1997): „Fundamentalistische Marienbewegungen“, in: W. Beinert & H. Petri (Hrsg.), 60-109.
25. Laack, I. (2007): „Religionsästhetik und Religionsmusikologie. Die Behandlung nonverbaler Quellen in der Religionswissenschaft“, in: O. Krüger (Hrsg.), *Nicht alle Wege führen nach Rom. Religionen, Rituale und Religionstheorie jenseits des Mainstreams. Festschrift für Karl Hoheisel zum 70. Geburtstag*, Frankfurt a.M.: Lembeck, 114-133.
26. Lambek, M. (1993): *Knowledge and Practice in Mayotte. Local Discourses of Islam, Sorcery, and Spirit Possession*, Toronto u. a.: University of Toronto Press.
27. Lanwerd, S. (2004): „Maria, jungfräuliche Mönche und bildende Kunst. Miscellen zur religionsästhetischen Geschlechterforschung“, in: H. Piegeler, I. Prohl & S. Rademacher (Hrsg.), *Gelebte Religionen*, Festschrift für Hartmut Zinser, Würzburg: Königshausen & Neumann, 315-324.
28. Lanwerd, S. (2002), *Religionsästhetik: Studien zum Verhältnis von Symbol und Sinnlichkeit*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
29. Meyer, B. (1999): *Translating the Devil. Religion and Modernity among the Ewe in Ghana*, Edinburgh: Edinburgh University Press (International African Library 21).
30. Meyer, B. & Verrips, J. (2008): „Aesthetics“, in: D. Morgan (Hrsg.), *Key Words in Religion, Media, and Culture*, New York: Routledge, 20-30.
31. Nisula, T. (1999): *Everyday Spirits and Medical Interventions. Ethnographic and Historical Notes on Therapeutic Conventions in Zanzibar Town*, Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
32. Nkwera, F. V. (1988): *Healing and Deliverance with Jesus the Lord*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
33. Nkwera, F. V. (1995): *Messages and Testimonies. Huduma za Maombezi (Marian Faith Healing Ministry) 1969-1994*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
34. Nkwera, F. V. (1999): *Huduma za Maombezi. Open Letter to His Holiness, John Paul II, Pp. and His Excellency, President Benjamin W. Mkapa*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
35. Nkwera, F. V. (c. 2001): *Mnikimbiliao Shikeni Maadili Kama Nilivyoagiza [You who run to me, keep the advice as I have given it to you]*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
36. Nkwera, F. V. (2003): *Request: A National Day for Repentance*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
37. Nkwera, F. V. (2004): *Huduma za Maombezi. Second Open Letter to (Barua ya Wazi Kwa) His Holiness John Paul II. Ref: Warm Message of Thanksgiving*, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre .

38. Nkwera, F. V. (2005): Exorcism versus Demons' Strategies, Dar es Salaam: Marian Faith Healing Centre.
39. Nyenyembe, J. (2004): Kanisa Mahalia. Tulijue Tupate Kulienzi [Local church. Let's know it, so we might make it strong], Ndanda and Peramiho: Benedictine Publications.
40. Orsi, R. A. (2004): Between Heaven and Earth. The Religious Worlds People Make and the Scholars Who Study Them, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
41. Perry, N. & Echeverría, L. (1988): Under the Heel of Mary, London, New York: Routledge.
42. Prohl, I. (2004): „Zur methodischen Umsetzung religionsästhetischer Fragestellungen am Beispiel zen-buddhistischer Praxis in Deutschland“, in: Münchner Theologische Zeitschrift 55(4), 291-299.
43. Ranger, T. (1981): „Godly Medicine. The Ambiguities of Medical Mission in South-East Tanzania, 1900-1945“, in: Social Science and Medicine 15B(3), 261-277.
44. Romankiewicz, B. (2004): Die schwarze Madonna. Hintergründe einer Symbolgestalt, Düsseldorf: Patmos.
45. Scheer, M. (2006): Rosenkranz und Kriegsvisionen. Marienerscheinungskulte im 20. Jahrhundert, Tübingen: Tübinger Vereinigung für Volkskunde (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen 101).
46. Skrbiš, Z. (2005): „The apparitions of the Virgin Mary of Medjugorje: the convergence of Croatian nationalism and her apparitions“, in: Nations and Nationalism 11 (3), 443–461.
47. Spittler, G. (2002): „Globale Waren – lokale Aneignungen“, in: B. Hauser-Schäublin & U. Braukämper (Hrsg.), Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtungen, Berlin: Reimer, 15-30.
48. Spretnak, C. (2004): Missing Mary, New York: Palgrave Macmillan.
49. Verne, M. (2007): „Die Rückkehr kultureller Stimmigkeit. Eine Kritik des Aneignungskonzepts – nicht nur im Hinblick auf den Verlauf von Mikrokreditprojekten“, in: Sociologus 57(2), 227-265.
50. Wilke, A. (2008): „Religion/en, Sinne und Medien: Forschungsfeld Religionsästhetik und das Museum of World Religions (Taipeh)“, in: A. Wilke & E.-M. Guggenmos (mit studentischen Beiträgen), Im Netz des Indra. Das Museum of World Religions, sein buddhistisches Dialogkonzept und die neue Disziplin Religionsästhetik, Wien u. a.: Lit, 205-294.
51. Wilkens, K. (2007): Religious Healing in East Africa: A Case Study of the Marian Faith Healing Ministry, unveröffentlichte Dissertation, Universitätsbibliothek Bayreuth.
52. Wilkens, K. (2009): „Mary and the Demons. Marian Devotion and Ritual Healing in East Africa“, in: Journal of Religion in Africa 39(3), 295-318.
53. Whitehouse, H. (2006): „Appropriated and Monolithic Christianity in Melanesia“, in: F. Cannell (Hrsg.): The Anthropology of Christianity, Durham & London: Duke University Press, 295-307.

Eingereicht: 30.08.2010, Reviewer: Susanne Lanwerd, Monique Scheer, Isabel Laack, überarbeitet eingereicht: 09.12.2010, online veröffentlicht: 19.05.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrekturat: Nikola Wiegeler.

Zu zitieren als:

Wilkens K: Marianische Heilung und individuelle Aneignung in Tansania – Eine religionsästhetische Analyse. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Wilkens K: Marian Healing and Individual Appropriation in Tanzania – A Study in Aesthetics of Religion. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/40/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-401

RELIGIONSWISSENSCHAFT

Glauben und Heilen: Religiöse Entrepreneurinnen im Gesundheitssektor – eine angebotsseitige Betrachtung

Markus Hero

Lehrstuhl für Religionswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

Kontakt

Dr. Markus Hero
Lehrstuhl für Religionswissenschaft
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
D-44780 Bochum

Tel.: +49 234/32-23878
E-Mail: markus.hero@rub.de

Zusammenfassung

Der vorliegende Aufsatz versucht den Bedeutungszuwachs religiöser Ideen auf dem alternativen Gesundheitsmarkt aus einer angebotsorientierten Sicht nachzuvollziehen. Im Mittelpunkt steht dabei die Vielzahl der spirituellen Kleinbetriebe, welche gesundheitsbezogene Dienstleistungen individuell auf die Bedürfnisse einer wechselnden Nachfragerschaft zuschneiden. Ausgehend von der Struktur der Dienstleistungsbeziehungen zu ihren Kunden und Klienten werden mit Hilfe der Konzepte der Unsicherheit und des Vertrauens institutionelle und ideelle Strategien abgeleitet, welche den Anbietern die Existenz auf dem umkämpften Feld alternativ-gesundheitlicher Dienstleistungen sichern. Die Propagierung der körperlichen oder gesundheitlichen Bezüge des Religiösen wird dabei als ein besonderer Typus der Kundenorientierung aufgefasst, welcher sich als diskursive Form der Vertrauensgenerierung verstehen lässt. Die aufgezeigten performativen Akte der Vertrauensbildung fungieren als Ergänzung zu den gleichfalls zu beobachtenden institutionellen Strategien, deren Ziel es ebenso ist, die Kooperationsbereitschaft der Nachfrager zu erhöhen.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Religion, Spiritualität, Angebotsseite, religiöses Entrepreneurship, Innovation

Believing and Healing: Religious Entrepreneurs' Offerings in the Health Sector – A supply side perspective

Abstract

This paper investigates the growing importance of religious ideas on the alternative health market from a supply-side point of view. It focuses on the variety of spiritual small businesses that tailor their health services to the needs of a constantly changing consumer society. Starting with the structure of the service relationships to customers and clients, the paper makes use of the concepts of insecurity and trust to derive institutional and idealistic strategies, which again strengthen the providers' position in the highly competitive market field of alternative health services. By propagating religious connections to the human body and its health, a special form of customer focus is created, which also can be comprehended as a discursive way of generating trust. The performative acts of creating such trust as described in this paper supplement further observed institutional strategies whose goal is the same – namely to increase consumer demand for the products and services on offer.

Keywords: health, religion, spirituality, supply-side, religious entrepreneurship, innovation

Einleitung

Der institutionell noch weitgehend unreglementierte Markt für alternative Gesundheitsdienstleistungen bietet einer Vielzahl von Akteuren die Möglichkeit zur Verkündung von körperbezogenen Lebenshilfen und Heilverfahren (vgl. Cant & Sharma 2003). Offensichtlich erhalten die einschlägigen Angebote seit geraumer Zeit eine neue inhaltliche Färbung, indem „spirituelle“ oder „religiöse“ Ideen für gesundheitliche Dienstleistungen fruchtbar gemacht werden (vgl. Andritzky 1997; Deutscher Bundestag 1998; Hero 2011; Koch 2006 a,b; Murken 2009). In Abgrenzung vom naturwissenschaftlichen Menschenbild der „Schulmedizin“ hat sich im alternativen Gesundheitssektor eine Vielzahl von Anbietern etabliert, welche durch den Rückgriff auf „religiöse“, „ganzheitliche“ oder „spirituelle“ Vorstellungen neue Formen der „Kur von Leib und Seele“ (Bourdieu 1992, 233) propagieren. Diese Entwicklung wird vor allem durch die seit Mitte der 1980er Jahre auftretenden Kleinunternehmer des „Esoterikmarktes“ unter Beweis gestellt. Die

„heilende Dimension“ (Straube 2005, 19) kann als konstitutives Element der einschlägigen Angebote betrachtet werden: „Schamanismus“, „Reiki“, „Tarot“, „Bachblüten“, „Channeling“, „Rebirthing“, „Aurareinigung“, „Astrologie“, „Geoästhesie“, „Qui Yong“, „Yoga“, „Meditation“ und „Hypnose“ werden in ihrem „psychotherapeutischen und medizinischem Anspruch“ (ebd.) von einem breiten gesellschaftlichen Publikum akzeptiert. Neben den genuin religiösen Trägern in Form von Kirchen, Orden und neureligiösen Bewegungen stellt der alternative Gesundheitsmarkt mittlerweile einen der bedeutsamsten Orte der zeitgenössischen Spiritualität (Knoblauch 2009) dar.

Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich mit der Frage, warum „religiöse“ oder „spirituelle“ Ideen auf dem alternativen Gesundheitsmarkt an Bedeutung gewinnen. Es geht mit anderen Worten darum, die „Dispersion des Religiösen“ (Höhn 2008, 37) in den Bereich der einschlägigen Dienstleistungen nachzuvollziehen. Dass Verständnis für diese Entwicklung soll dadurch geschärft werden, dass

die szenespezifischen Angebotskonstellationen und Dienstleistungsbeziehungen in den Blick genommen werden, in denen die Ideenkomplexe von „Religion“ und „Gesundheit“ Gestalt annehmen. In diesem Sinne versucht der vorliegende Aufsatz das Aufkommen religiöser Gesundheitsdeutungen aus den strukturellen Erfordernissen abzuleiten, denen die Anbieter alternativer Gesundheitsdeutungen ausgesetzt sind. Die „Spiritualisierung der Therapieangebote“ (Althans 2010) wird dabei als eine besondere Form der Kundenorientierung und -bindung verstanden, welche auf dem umkämpften Markt für gesundheitliche Dienstleistungen von strategischer Bedeutung ist. Die zentrale These lautet dabei, dass die Einbettung der Therapie in religiöse Narrative aus dem Versuch der Anbieter hervorgeht, die Beziehungen zu ihren Kunden und Klienten auf eine legitimierende und vertrauensgenerierende Basis zu stellen.

Gesundheitsbezogene Dienstleistungen als Marktangebot – strukturelle Überlegungen

Wie die Untersuchungen zu den sozialen Motivlagen der Zuwendung zu „ganzheitlichen“ oder „alternativen“ Angeboten zeigen, ist die Unzufriedenheit der Nachfrager mit der „konventionellen Medizin“ nur ein Erklärungsfaktor, der durch eine Reihe weiterer psychischer und sozialer Variablen zu ergänzen ist (vgl. Jeserich 2011). Ein entscheidendes Ergebnis der bisherigen Forschungen zu den Motiven der Inanspruchnahme alternativer Gesundheitsdienstleistungen besteht in dem Befund, dass der Beziehung zwischen „Patient“ und „Therapeut“ eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. ebd. 208 f.). Die zukünftige Forschung wird sich daher in verstärkter Weise den geteilten Weltanschauungen und Deutungsmustern der beteiligten Akteure widmen müssen. Dabei bleibt es nicht aus, die Perspektive zu erweitern. Die bisherige vorrangige Fokussierung auf die nachfragerseitigen Motive (vgl. u.a. Andritzky 1997; Bishop

2007; Cant 2003, 2004; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2002; Marstedt 2002; Obrecht 2000) muss ergänzt werden durch die Untersuchung der angebotsseitigen Strukturen, respektive der Beziehungen zwischen Anbietern und Nachfragern. Religiöse Gesundheitsdeutungen können nur in dem Maße an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnen, wie eine Angebotsstruktur entsteht, welche in der Lage ist, die nachfragerseitigen Interessen zu befriedigen.¹

Um die angebotsseitige Dynamik im betreffenden Gesundheitssektor nachzuvollziehen, soll der Annahme gefolgt werden, „dass die Eigenschaften eines Gutes die Art seiner Bereitstellung und die Eigenschaften einer Transaktion ihre institutionelle Einbettung determinieren“ (Brintzer 2003, 159). Somit wird zunächst auf die besonderen *Informations- und Kooperationsprobleme* eingegangen, welche mit alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungen verbunden sind. Im Anschluss soll gefragt werden, wie solche Dienstleistungen – trotz der mit ihnen verbundenen Unsicherheit – gegenwärtig dennoch zu einer „steigenden“ oder „anhaltenden“ Popularität (Marstedt 2002, Wolff 2010) gelangen konnten. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Frage zu, wie die beteiligten Anbieter und Nachfrager untereinander *Vertrauen* generieren, wie die Plausibilität der Heilungsideen hergestellt wird.

Güter und Dienstleistungen geben im Moment ihres Erwerbs „in unterschiedlichem Ausmaß Informationen über ihre Eigenschaften preis“ (Brintzer 2003, 160). Die Informationsöko-

¹ Wie Jeserich (2011, 206) ausführt, kommt der Angebotsseite eine stimulierende Wirkung zu: „Es kann als charakteristisch für die gegenwärtige Situation angesehen werden, dass dieser – möglicherweise durch die Vielfalt der Angebote auf dem ‚spirituellen Markt‘ erst induzierte – ‚holistische‘ Heilungsbedarf durch Anbieter gedeckt wird, die [...] ein [...] auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse abgestimmtes Therapiekonglomerat offerieren können.“

nomik unterscheidet Güter und Dienstleistungen, deren Qualität der Konsument vor dem Kauf überprüfen kann (Inspektionsgüter), deren Qualität sich dem Konsumenten erst während des Gebrauchs offenbart (Erfahrungsgüter) und schließlich Güter, deren Qualität auch nach dem Gebrauch weitgehend im Dunkeln bleibt (Vertrauensgüter) (vgl. Ekelund 1995). Weil im Bereich alternativer Gesundheitsdienstleistungen so gut wie keine rechtlichen Garantien oder äquivalente Sicherheiten hinsichtlich des Behandlungserfolges vorhanden sind, befinden sich potentielle Interessenten beim Kauf in einer Situation der Unsicherheit.² Auch nach dem eigentlichen Kaufakt, also während des „Gebrauchs“ offenbaren sich dem Käufer die Eigenschaften von Gesundheitsdienstleistungen nur bedingt: Es fehlen explizite Kriterien für die Prozess- und Ergebnisqualität des dienstleisterischen Handelns. In der mikroökonomischen Literatur wurden gesundheitsbezogene Dienstleistungen deshalb bereits von verschiedenen Autoren unter dem Aspekt der „Vertrauensgüter“ behandelt (vgl. u.a. Dulleck 2006, Richardson 1999). Diese Idee soll im Folgenden übernommen werden. Dabei geht es hier jedoch nicht um die Modellierung von Preisen und Gütermengen auf Märkten für „Vertrauensgüter“, sondern um die institutionellen und ideellen Konsequenzen, welche mit den unterstellten Informationsproblemen verbunden sind.

Wodurch ist die Einschätzung gesundheitlicher Dienstleistungen als Vertrauensgüter gerechtfertigt? Dem interessierten Konsumenten „alternativer Gesundheit“ stehen keine einfachen Überprüfungsverfahren bereit, um

sich vorweg ein Bild über die Qualität der von einem Dienstleister zu erwartenden Leistungen zu machen. Vor allem bei den „exotischen“ auf dem alternativen Gesundheitsmarkt angebotenen Techniken und Verfahren ergeben sich für potentielle Interessenten kaum Anhaltspunkte für eine Einschätzung ihres Wertes - worin besteht etwa der Nutzen einer Magnetfeldbehandlung oder einer Reiki-Therapie? Eine Bewertung kann allenfalls unter Aufwendung hoher Suchkosten erfolgen, die solange bestehen bleiben, wie keine Bekanntschaftsnetzwerke oder Institutionen zur Informationsvermittlung über die einschlägigen Angebote bestehen.

Auch nach der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistung bleibt die Nutzenbestimmung heikel. Natürlich gewinnt der Kunde nach und nach mehr Informationen über die Veränderung seines Gesundheitszustandes, wenn er die Entwicklung über die Zeit verfolgt. Im Hinblick auf die spezifische Einschätzung einer konkreten Dienstleistung müsste der Konsument jedoch seine Situation vergleichen können mit dem Gesundheitszustand, in dem er sich ohne die Inanspruchnahme der Dienstleistung befände. Zudem hilft die mögliche späte Informiertheit des einzelnen Konsumenten der Szene nur dann weiter, wenn institutionelle Möglichkeiten geschaffen werden, um die vorhandenen Erfahrungen zu kommunizieren und weiteren Interessenten in ihrer Entscheidung behilflich zu sein.

Die konstitutive Unsicherheit des Verbrauchers steht mit den spezifischen Kräftekonstellationen des alternativen Gesundheitsgeschehens in Verbindung. Für die Anbieter in diesem Sektor sind (insbesondere dann, wenn ihnen nicht die Titel und die rechtlichen Sicherheiten des Arztes oder des Heilpraktikers zur Verfügung stehen) lediglich die *Nischen* des bestehenden Systems relevant. Dazu gehören offensichtlich diejenigen Gesundheits-

² Weil man unterstellen darf, dass diese „Unsicherheit“ den Akteuren bewusst ist, lässt sich präziser auch der Begriff des „Risikos“ verwenden. Der Begriff des „Risikos“ bezieht zugleich auch die Kenntnis der Handlungsalternativen sowie das Wissen um die Abhängigkeit des eigenen Auskommens vom Verhalten anderer Akteure mit ein (vgl. Brinitzer 2003, 180).

bedürfnisse, welche von den „legitimen“ Heilberufen nur unzureichend abgedeckt sind - neben den „unheilbaren“ Krankheiten insbesondere körperliche und seelische Beschwerden, die in den Verfahren der etablierten Medizin nur bedingt berücksichtigt werden. Sie thematisieren und behandeln eine Gruppe von Leiden, die sich in Erscheinungen manifestieren, die objektiv nur schwer messbar sind, weil sie in ihren Symptomen diffus und unstehtig auftreten³. Gerade in solchen Fällen fällt es schwer, klare und operationalisierbare Kriterien sowohl für den Anwendungskontext als auch für die gesundheitsfördernde Wirkung der angewandten Therapien zu formulieren. Zum zweiten fehlt im alternativen Gesundheitsgeschehen aufgrund des noch geringen Professionalisierungsstandes vielerorts ein objektivierbares Wissen über Ursachen- und Wirkungszusammenhänge. Die genannten Momente beschränken die Fähigkeit des Verbrauchers, die Bedingungen und Konsequenzen der einschlägigen Heilbehandlungen zu evaluieren. Aufgrund dieser Kontingenzen erscheinen die Angebote aus Nachfragersicht als riskant, was wiederum die Legitimität der alternativ-gesundheitlichen Anbieter in Frage stellt. Die Unsicherheit der Nachfrager gegenüber den Anbietern wird offensichtlich auch dadurch forciert, dass die alternativ-gesundheitliche Dienstleistungsszene anhaltenden Vorwürfen von Scharlatanerie, Pseudomedizin, Quacksalberei oder Kommerz ausgesetzt ist.

Die genannten Unsicherheiten sind für die Dynamik des Marktes von besonderer Bedeutung. Güter- und Dienstleistungsmärkte, auf denen die Interessenten sich im Unklaren über den zu erwartenden Nutzen der Angebote befinden oder Schwierigkeiten haben, deren

Qualität in angemessener Zeit zu beurteilen und zu kommunizieren, drohen zusammenzubrechen. Dies ist dann der Fall, wenn sich skeptische Nachfrager entweder ganz vom Markt zurückziehen oder angesichts des bestehenden Risikos nur noch eine geringe Zahlungsbereitschaft an den Tag legen. Im letzten Fall werden auf dem Markt nur noch die Anbieter geringer Qualität am Markt verbleiben. Damit eine solche „adverse Selektion“ (Akerlof 1970) nicht in Gang gesetzt wird, bedarf es Stützmechanismen, welche das *Vertrauen* der Nachfrager bestärken und damit deren Investitionsbereitschaft aufrecht erhalten. Marktbeziehungen brechen dagegen immer dort zusammen, wo die Vertrauensbereitschaft unter den Beteiligten nicht gegeben ist.

Im Kontext von Marktbeziehungen lässt sich Vertrauen als eine Erwartungshaltung definieren, als die Erwartung eines Käufers, vom Verkäufer nicht getäuscht zu werden: „Vertrauen kann als der soziale Funktionsmechanismus beschrieben werden, der die Stilllegung der latenten Verunsicherung des Vertrauensgebers [des Käufers] zum Ausdruck bringt: Vertrauen wirkt als Beruhigungsmittel in sozialen Beziehungen, das es dem Vertrauensgeber ermöglicht, gelassen zu bleiben, trotz der unkontrollierbaren Handlungsfreiheit des Vertrauensnehmers [des Verkäufers]“ (Beckert 2002, 36). Die Vertrauensproblematik tritt in ihrer prononciertesten Form dort auf, wo der „Wert“, die „Qualität“ oder der „Nutzen“ eines Gutes für den Abnehmer im Voraus nur sehr schwer oder gar nicht einzuschätzen ist. In solchen Situationen können u.a. geeignete institutionelle Arrangements zur Schaffung „stabiler Welten“ (Fligstein 1996, 658) Abhilfe leisten. Die Organisation realer Marktbeziehungen erfordert dabei oftmals einen erheblichen Ressourceneinsatz. Es müssen verlässliche Erwartungsstrukturen geschaffen werden, um das Vertrauen von Anbietern und Nachfragern zu bestärken.

³ So bestätigt eine Vielzahl Untersuchungen bestätigt die Relevanz von „chronischen“ Erkrankungen und „Allergien“ bei der Inanspruchnahme von CANM-Methoden, vgl. u.a. Marstedt 2002.

Wie im Folgenden anhand des alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungsmarktes gezeigt wird, handelt es sich dabei einerseits um institutionelle Arrangements, durch die ein Sanktionspotential hergestellt wird (Abschnitt 3). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Vertrauen nicht durch institutionelle Vorkehrungen zu erzeugen, sondern durch *performatives Handeln* seitens der Anbieter (Abschnitt 4). Im Gegensatz zu den institutionellen Strategien der Erzeugung von Kooperationsbereitschaft meint „performativ“ die Herstellung von Vertrauensbereitschaft „durch Akte der Selbstdarstellung“ (Beckert 2002, 27), mit denen die Anbieter auf diskursivem oder symbolischen Wege versuchen, die Nachfrager „von der Aufrichtigkeit“ ihrer „kooperativen Handlungsabsichten zu überzeugen“ (ebd.). Eine besondere Aufmerksamkeit wird dabei den religiösen Selbstdarstellungen und Semantiken der Anbieterseite als einer Form der Kundenorientierung gewidmet.

Die Erzeugung von Vertrauensbereitschaft auf dem Markt für alternative Gesundheitsdienstleistungen

Die Einstufung alternativ-gesundheitlicher Dienstleistungen als Vertrauensgüter vorausgesetzt, soll nun nach den damit verbundenen Folgeerscheinungen gefragt werden. Dem Markt wären bei Bestehenbleiben der konstitutiven Unsicherheit der Nachfrager nur bescheidene Wachstumsmöglichkeiten in Aussicht gestellt. Ein breiteres und zahlungsbereites Publikum kann nur dann angesprochen werden, wenn diesem ermöglicht wird, Informationen über die Qualität der angebotenen Dienstleistungen zu gewinnen, die gemachten Heilerfahrungen zu kommunizieren, sowie eventuelle Anbieter schlechter Qualität zu sanktionieren. In der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes lassen sich solche Stützmechanismen institutioneller und ideeller Art tatsächlich auffinden.

Vertrauen durch institutionelle Arrangements

Nicht nur auf dem Markt für alternativ-gesundheitliche Dienstleistungen gehören Institutionen zu den wichtigsten Vertrauensgaranten. Sie sind üblicherweise (einerlei, ob in organisatorische oder gemeinschaftliche Kontexte eingebunden) mit normativen Rollenerwartungen verbunden und eröffnen ein Sanktionspotential. Im folgenden Abschnitt sollen institutionelle Verfahren aufgezeigt werden, welche „die Zustände unzureichenden Vertrauens in solche (für Kooperation) zureichenden Vertrauens umformen können“ (Schmidtchen 1993, 147).

a) Verbände, Interessenorganisationen und staatliche Regelungen

Die erste hier diskutierte Möglichkeit zur Herstellung institutionell generierten Vertrauens besteht in der Mitgliedschaft der Anbieter in übergeordneten Organisationen. Letztere können durch das Aussprechen von Sanktionen erreichen, dass Anbieter ihre „Fähigkeiten“ richtig darstellen und motiviert sind, diese auch im Sinne des Nachfragers einzusetzen. Dies wird in der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes dadurch erreicht, dass sich die Anbieter den verschiedenen Verbänden der Szene anschließen.⁴ Da der Verband

⁴ Zu nennen sind etwa der „Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik“, der „Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner und Therapeuten“, der „Erste Deutsche Tarotverband“, der „Deutsche Astrologen Verband“, der „Bundesverband für Feng Shui und Geomantie“, der „Reiki Verband Deutschland“ oder die „Reiki Alliance Deutschland“. Im Verlaufe des letzten Jahrzehntes haben sich in der Szene auch die ersten Dachorganisationen aufgestellt. Im Jahre 2002 wurde die Organisation „Freie Gesundheitsberufe – Dachverband für freie beratende und gesundheitsfördernde Berufe e.V.“ ins Leben gerufen. Das Selbstverständnis der darin versammelten Anbieter besteht in ihrem „ganzheitliche[n] Entwicklungs- und Gesundheitsbegriff, der sowohl körperliche, seelische, geistige und soziale als auch spirituelle und ökologische Aspekte des Menschen anerkennt und integriert“ (vgl. www.freie-gesundheitsberufe.de/index.php?page=dachverband&subcategory=leitbild). Die Ethikrichtlinien des Dachverbandes regeln die Beziehungen zwi-

ein fundamentales Interesse an der Aufrechterhaltung seiner Reputation hat, wird er darauf achten, solche Mitglieder zu sanktionieren, die dieses Interesse schädigen, etwa durch „inkompetentes Auftreten“ oder „falsche Versprechungen“. Für die Reputation ihrer Mitglieder sorgen die einschlägigen Szeneverbände auch dadurch, dass Sie Richtlinien für die Aus- und Fortbildung⁵ der im Verband zusammengeschlossenen Anbieter sowie gemeinsame Ethik- und Verfahrensnormen erstellen. Darüber hinaus repräsentieren die Verbände ihre Mitglieder in der Öffentlichkeit, betreiben Werbung und versuchen die Interessen der Mitglieder im Hinblick auf die Gestaltung politisch-rechtlicher Rahmenbedingungen zu vertreten. Aus Anbietersicht stellt die Mitgliedschaft in einem Berufsverband somit eine Investition in die eigene Reputation dar.

Als reputationsstiftende Drittinanz mit Sanktionsgewalt kommt auf allen Güter- und Dienstleistungsmärkten der Staat in Frage. Im Falle des alternativen Gesundheitsmarktes gibt es bisher noch relativ wenige staatliche Regelungen. Relevant sind in diesem Zusammenhang jedoch staatlich geschützte Titel wie Heilpraktiker, Psychotherapeut, welche ihren Trägern bestimmte alternative Behandlungsformen erlauben. Die zuständigen Aufsichts- und Genehmigungsbehörden (z. B. die Gesundheitsämter) können die „Beschränkte Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie, nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG)“

schen den Kursteilnehmern und den Anbietern; zwischen den Anbietenden untereinander, sowie die Beziehungen zwischen den Anbietenden und der Öffentlichkeit (die einzelnen Ethikrichtlinien finden sich unter www.freie-gesundheitsberufe.de/download/Ethikrichtlinien%202007.pdf).

⁵ Die Verbände vergeben Titel und Zertifikate, so etwa das Zertifikat „Yogalehrer/in (BYV)“ vom „Berufsverband der Yoga Vidya Lehrer/innen“, oder die Bestätigung als „Anerkannte/r Heiler/in des Dachverbandes Geistiges Heilen“.

erteilen. Die staatlich gewährten Titel sichern den betreffenden Anbietern einen Reputationseffekt, weil ihr Erwerb an eine festgelegte Ausbildung gebunden ist. Anbieter, die einen solchen Titel ihr Eigen nennen, binden sich glaubhaft, weil sie davon ausgehen müssen, „bei Nichtleistung oder schlechter Leistung einer staatlichen Sanktion unterworfen zu werden.“ (Schmidtchen 1993, 154). Auch Anbietern, welche über keinen expliziten Titel als Heilberufler verfügen, ermöglicht das staatliche Rechtssystem, gegenüber der Nachfragerschaft Vertrauenswürdigkeit zu signalisieren. Dies kann dadurch geschehen, dass Sie in einem „Beratungsvertrag“ die allgemeinen Geschäftsbedingungen ihres dienstleistungserbringenden Handelns festhalten.⁶

b) Mittler und Makler

Die Beziehung zu einer Drittinanz, welche in der Lage ist, das Verhalten der Anbieter zu beobachten und zu sanktionieren, kann auch auf einer flexibleren Basis angelegt sein. Of-

⁶ So sieht etwa das Angebot „Sofortauskunft – Sofortberatung: Liebeszauber“ folgende Geschäftsordnung vor: „Bitte nehmen Sie diese AGB zur Kenntnis. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, dürfen Sie keinen Auftrag erteilen, bzw. es kommt kein Beratungsvertrag zustande. Ich arbeite esoterisch beratend nach dienstvertraglichen Bestimmungen. Ich bin spezialisiert auf Beratungen im Partnerschaftsbereich. Vollständig von meiner Tätigkeit ausgeschlossen sind Beratungen oder Behandlungen im gesundheitlichen Bereich. Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich keinen Arzt, Anwalt oder Psychologen ersetzen kann. Klienten müssen volljährig sein, um eine Beratung in Anspruch nehmen zu können. Dem Klienten ist bekannt, dass in Europa Meinungs- und Religionsfreiheit herrscht. Dem Klienten ist bekannt, dass astrologische, esoterische oder magische Hilfen keine exakt nachweisbaren Wissenschaften sind, und somit keine Garantie auf den zu erwartenden Erfolg besteht. Ich bin aufgrund meiner langjährigen Berufserfahrung von der Existenz esoterischer Phänomene persönlich überzeugt, aber ich kann keine Garantie für den Erfolg, oder eine Haftung für meine Arbeit übernehmen. Alle Klienten haben ein vollständiges Rücktrittsrecht mit voller Kostenerstattung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 8 Tagen. Preise sind Endpreise (alle Steuern und Gebühren enthalten), freibleibend nach Vereinbarung“. Der Vertragstext findet sich unter: <http://liebeszauber.com/kontakt.htm>.

fensichtlich weiß eine Vielzahl von alternativen Heilsanbietern die Infrastruktur von Volkshochschulen, Seminarzentren, Weiterbildungseinrichtungen, kommunalen Veranstaltungenforen usw. zu schätzen. Zu solchen Mittlerinstitutionen gehören auch die Betreiber von so genannten „Gesundheits- und Esoterikmessen“.⁷ Mit den Dienstleistungen der Mittler verbunden ist für die Anbieter zunächst die Möglichkeit, geeignete Räumlichkeiten zu nutzen und ein breiteres Publikum anzusprechen. Den Vermittlungsinstitutionen oder „Maklern“ (Rademacher 2010, 123) kommt des Weiteren eine wichtige Funktion im Hinblick auf das Problem der Vertrauensgenerierung auf dem alternativ-gesundheitlichen Dienstleistungsmarkt zu. Da die genannten Institutionen ein starkes Interesse am Ausbau oder dem Erhalt ihrer Reputation haben, werden sie die Anbieter, welche in ihren Häusern „Seminare“, „Workshops“ oder „Ausbildungskurse“ veranstalten, unter Beobachtung halten. Aus Sicht des Konsumenten bedeutet dies insofern eine Erleichterung, als er davon ausgehen kann, dass die „Makler“ bestrebt sind, „schwarze Schafe“ zu identifizieren und vom eigenen Betrieb fernzuhalten.

Zu den Mittlerinstitutionen des alternativen Heilsgeschehens müssen inzwischen auch verschiedene Internetplattformen wie QUESTICO oder LEBENSBERATUNG24 gerechnet werden. Um die „Professionalität“ dieser Hotlines zu unterstreichen, kann dort nicht jeder Anbieter tätig werden, es müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, wie etwa eine vorhergehende Tätigkeit als professioneller Lebensberater, ggf. Abschlüsse in Psychologie, Pädagogik oder ähnlichen Studi-

engängen, Praxiserfahrung in beratenden Berufen und das Gefühl, sich berufen zu fühlen.⁸

c) Längerfristige Beziehungen

Vertrauen zwischen Anbietern und Nachfragern kann auch ohne die Einschaltung Dritter, sei es in Form von Verbänden oder in Form von Mittlerinstitutionen erzeugt werden. Im alternativ-gesundheitlichen Spektrum entstehen neben den kurzfristigen Kundenbeziehungen auch längerfristige *Klientenbeziehungen* zwischen Anbietern und Nachfragern. Unter dem Horizont der längerfristigen Perspektive ergibt sich die Kooperationsbereitschaft unter den Beteiligten aus dem Nutzen, den Anbieter und Nachfrager an der Fortsetzung der Beziehung haben. Ein Anbieter, der zu einem bestimmten Zeitpunkt eine nicht zufriedenstellende Qualität anbietet, kann dadurch bestraft werden, dass der Klient ihn für zukünftige Angebote nicht mehr in Betracht zieht. Offeriert der Anbieter dagegen Dienstleistungen, welche den Klienten dauerhaft zufrieden stellen, so erhält er sich damit die Aussicht auf eine langfristige Geschäftsverbindung. Die Rollenverpflichtung gegenüber dem Nachfrager wird damit für den Anbieter zum Selbstzweck (vgl. Brinitzer 2003, 198)

Zweifellos tragen die angeführten institutionellen Arrangements dazu bei, reziproke Erwartungsstrukturen zwischen Anbietern, Dachorganisationen, Mittlern und Konsumenten zu schaffen - dennoch wird die beschriebene Infrastruktur des alternativen Gesundheitsmarktes allein nicht ausreichen, um sämtliche Zweifel hinsichtlich der oft „exotischen“ und vielen Menschen immer noch fremd erscheinenden Dienstleistungen auszuräumen.⁹

⁸ Vgl. die Portale www.questico.de, www.lebensberatung24.de.

⁹ Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass ein Großteil der Nutzer von alternativen Gesundheitsdienstleistungen sich bei der Wahl von Angeboten vorrangig auf die Empfehlungen von Bekannten stützt, vgl. u.a.

⁷ Dazu gehören etwa die Veranstaltungen „Bioterra“, „Esoterik und Naturheiltage“, „Lebenskraft“, „Esoterik-Tage“ oder „Energetika“.

Damit ist auch dem Vertrauensproblem durch institutionelle Maßnahmen nur bedingt entgegenzuwirken. So können die genannten Institutionen nicht alle möglichen Kommunikations- und Sanktionsprobleme lösen. In der Praxis des alternativen Gesundheitsmarktes sind deshalb weitere Strategien von Bedeutung, die jedoch im Vergleich zu den zuvor erörterten Phänomenen in der direkten Kommunikation zwischen Anbietern und Nachfragern angesiedelt sind. Was in der bisherigen Betrachtung fehlt, sind die vertrauensgenerierenden, performativen Akte der Anbieter „durch die Vertrauensbereitschaft in der Handlungssituation selbst erzeugt wird“ (Beckert 34). Damit verschiebt sich die Betrachtung von den institutionellen Arrangements zu den ideellen Arrangements der Vertrauensgenerierung.

Vertrauensgenerierung durch performatives Handeln – religiöse Formen der Kundenorientierung

Angesichts der nicht ausräumbaren Unsicherheiten, welche trotz der genannten institutionellen Arrangements bestehen bleiben, versuchen die Anbieter des alternativen Gesundheitsmarktes zusätzlich, ihre Dienstleistungen durch ein diskursives und symbolisches Engagement aufzuwerten. Dabei geht es darum, das Arbeitsbündnis zu Kunden- und Klienten auf eine vertiefende und vertrauensgenerierende Basis zu stellen. Diese Strategie steht in direktem Zusammenhang mit einer „Religiosifizierung“ der alternativen Gesundheitsdienstleistungen. Die „Mobilisierung von Kooperationsbereitschaft“ (Beckert 2002, 41) erfolgt hierbei durch die Kommunikation eines religiösen Narratives. Unter dem Aspekt der Generierung von Vertrauensbereitschaft handelt es sich um das Signalisieren von Authentizität - einerseits dadurch, dass das reli-

giöse Narrativ explizit auf die Situation des einzelnen Kunden oder Klienten zugeschnitten wird (was einer „spezifischen“ und daher „glaubwürdigen“ Investition in die je einzelne Kundenbeziehung gleichkommt), andererseits dadurch, dass sich der Anbieter aufgrund seiner eigenen religiösen Biographie als Bürge für sein Produkt, als Verkörperung seiner Heilsideen präsentiert.

Auf diese Weise den Eindruck der Authentizität zu erzeugen, ist für die Anbieter selbstverständlich an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Auch für die jetzt zu behandelnden ideellen Formen der Vertrauensgenerierung auf dem alternativen Gesundheitsmarkt gilt das Kriterium ihrer „Glaubwürdigkeit“: Ein Anbieter muss Signale aussenden, die nicht kostenfrei und für jedermann zugänglich sind. Dies kann er dadurch unter Beweis stellen, dass er in die Dienstleistungsbeziehung investiert und eine Leistung bietet, welche nicht von jeden beliebigen Konkurrenten *ad hoc* bereitgestellt werden kann. Als solche Signale lassen sich freilich schon die im vorherigen Kapitel genannten Strategien der Werbung, der Titelgebung, der Fortbildung und der Schaffung vertraglicher Rahmenbedingungen einstufen.

Gemeinsam ist den bisher genannten institutionellen Signalen jedoch, dass sie in ihrer unterstellten Wirkung ein abstraktes, kalkulatorisches Rasonnement voraussetzen, nicht aber in der unmittelbaren Interaktion zwischen Anbieter und Kunde gründen. Sie bleiben auf ein unpersönliches „Systemvertrauen“ (Giddens 1996, 107 ff.) angewiesen. In der lebensweltlichen Praxis der Nachfrager alternativer-gesundheitlicher Dienstleistungen werden dagegen vor allem solche Vertrauenssignale motivierend wirken, die aus der persönlichen Begegnung und Kommunikation der Beteiligten erwachsen oder zumindest an der Schnittstelle zwischen System und Person angesiedelt sind (vgl. Beckert 2002, 37). In diesem

Knoblauch (1991, 242 f.), der die Bedeutung von Kontakten und Beziehungen bei der Konsultation von „Wünschelrutengängern und Pendlern“ beschreibt.

Sinne widmet sich der folgende Abschnitt der Anbieter-Kunden-Interaktion und zeigt, wie die Investition in ein religiöses Ideengebäude Vertrauen und Bindung unter den Beteiligten generiert.

a) Die Schaffung eines religiösen Bewährungsmythos

Angesichts der Schwierigkeiten, den Gesundheitszustand oder dessen Fortschritt aufgrund messbarer Kriterien zu validieren, sind Anbieter und Kunden im alternativen Gesundheitsbereich weitestgehend darauf angewiesen, das Heil oder die Heilung kommunikativ zu konstruieren. Es liegt daher im Interesse des Anbieters, gemeinsam geteilte Denk- und Zuschreibungskategorien zu entwickeln, durch welche die wechselseitige Anschlussfähigkeit der Kommunikation über den Gesundheitszustand des Patienten ermöglicht wird. Ein solches Ideengebäude ist idealerweise in der Lage, eine Selbstverständlichkeit der darauf aufbauenden „therapeutischen“ Schritte einzuleiten, besser noch: dieser Selbstverständlichkeit den Charakter des Unverrückbaren oder Unausweichlichen zu verleihen. Als derartige Ideengebäude, welche den „Symptomen“ und ihren „Behandlungstechniken“ Sinn verleihen, bieten sich religiöse oder spirituelle Narrative an. Neben den funktional äquivalenten Themenbereichen „advocacy of nature, vitalism, 'science“ (Kaptchuk & Eisenberg 1998, 1061) erlauben sie es, das therapeutische Beziehungsgeflecht zu erweitern und das Arbeitsbündnis zu erleichtern: „These themes offer patients a participatory experience of empowerment, authenticity, and enlarged self-identity when illness threatens their sense of intactness and connection to the world“ (ebd.).

Aus Kundensicht attraktiv sind solche „shared believes“ (ebd.) vor allem dann, wenn sie unmittelbar an dessen individuell-biographische Situation anschließen, d.h. „Diagnose“ wie „Therapie“ so zu legitimieren

wissen, dass darin die unverwechselbare Identität des einzelnen Kunden zum Ausdruck kommt. Im Falle der hier interessierenden „Spiritualisierung der Therapie“ stehen die Anbieter vor der Aufgabe, die religiösen Deutungen an die aktuellen und persönlichen Bedürfnisse der Nachfrager anzupassen und deren Interesse an individueller Lebenshilfe, Selbstvergewisserung und Selbstbehauptung in den Vordergrund zu stellen. Dem „religiösen Bewährungsmythos“ (Oevermann 1996) kommen dabei zwei Aufgaben zu: Er „muss über Herkunft und Zukunft sowie die aktuelle Identität der eigenen Lebenspraxis [...] so Auskunft geben können, dass darin die Unverwechselbarkeit der eigenen Lebenspraxis [...] verbürgt ist“ (Gärtner 2000, 90). Religiöse Kundenorientierung besteht demgemäß darin, die Krankheitsepisode vor dem Hintergrund des bisherigen Lebens zu deuten und ihr Verstehen zu ermöglichen.

Darüber hinaus muss der religiöse Bewährungsmythos den Entwurf einer Lösung der identifizierten Probleme enthalten, „einen [...] Maßstab des möglichen Gelingens [...] eine Instanz der Erlösung und des Heils, dessen Gnade man prinzipiell teilhaftig werden kann“ (Oevermann 1996, 35). Um dies zu erreichen, ist in die Konzeption einer anthropozentrischen Heilsvorstellung von Nöten. Demnach kann der einzelne Kunde oder Klient selbst Heilsziel und Träger der Heilmittel sein. Die Heilsgewissheit ist das Ergebnis seines Tuns, im Zusammenspiel mit dem Anbieter besitzt der Nachfrager die Fähigkeit zur eigenen Vervollkommnung. Die sich religiös legitimierende Salutogenese bedient sich dabei häufig eines Umweges, über den der „symbolischen Doppelung der Wirklichkeit“ (Wunder 2005, 46): Weil die Idee der Vervollkommnung des Einzelnen angesichts der realen Unvollendetheit menschlicher Wesen permanent in ihre Grenzen verwiesen wird, benötigt der Kunde eine „transzendente“ Un-

terstützung von außen, die im Wesentlichen durch eine identifikatorische Verschmelzung mit einem fiktivem Ideal herbeigeführt wird. In der Praxis spiritueller Lebenshilfe wird dem Kunden über die Identifikation mit dem eigentlichen Selbst oder dem höheren Selbst die mögliche Vervollkommnung seiner Persönlichkeit in Aussicht gestellt. Was die als defizitär empfundene Identität des Kunden noch nicht zu gewähren vermag, verläuft über den Umweg eines „transzendenten“ Selbsts. Die Gebote, die den Annäherungsprozess anleiten, lauten: „Transformiere dich!“, „Erweitere dein Bewusstsein!“ oder „Werde du selbst!“. Den Weg zum wahren Selbst weisen die einschlägigen spirituellen Techniken.

b) Die Sakralisierung des Kunden

Die Einbettung der therapeutischen Beziehung in ein religiöses Narrativ stellt eine besondere Form der Kundenorientierung dar. Je mehr der religiöse Sinnkontext auf die Symbolisierung des Einzelnen und seiner Befindlichkeiten zugeschnitten ist, desto stärker kommt es zu einer *Sakralisierung des Kunden*. Die religiöse Form der Kundenorientierung besteht in der Kreation einer individuell passenden „Elevator Metaphorik“ (Nassehi 1996, 43), die es dem Patienten erlaubt, seine Stimmungen „als geordnete[n] Kosmos [...] erfahrbar und bestimmbar“ (Nassehi 1996, 43) zu machen, und seine Identität als das vorrangige Ziel aller Heilsbemühungen aus gibt.¹⁰ Die angebrachte religiöse Deutung

¹⁰ In dieser Hinsicht hat sich beispielsweise der *Reinkarnationsglaube* angepasst. Wird der „Kreislauf der Wiedergeburten“ in vielen östlichen Traditionen als ein Übel angesehen, so hat sich in der neureligiösen Szenerie die Vorstellung der Reinkarnation, samt den aus ihr abgeleiteten Praxisformen, zu einer Idee der unendlichen Vervollkommnung des Einzelnen entwickelt. Dabei wird das traditionelle Verständnis, das in der je neuen Wiederverkörperung eine Folge von Strafe und Leid sieht, „voluntaristisch“ uminterpretiert. Durch geeignete spirituelle Techniken lassen sich die „Fehler“ aus früheren Leben korrigieren, sodass in optimistischer Weise an einer Aufwärtsentwicklung gearbeitet werden kann.

gewährt dem „Patienten“ gerade dann Orientierung, Selbstidentifikation und Selbstbestätigung, wenn sie konkret auf folgende Fragen Auskunft geben kann: „Warum leide gerade ich an diesem Problem?“, „Wie kann ich meine Situation begreifen?“, „Welche Therapie ist für mich die richtige?“. Nicht umsonst expandieren im alternativen Heilsgeschehen solche Ideensysteme, die es (nach dem Vorbild der Astrologie) erlauben eine Typenlehre“ zu entwickeln. Gerade sie können als Vehikel für die häufig genannten Empfindungen von „empowerment, authenticity, and enlarged self identity“ (Kaptchuk & Eisenberg 1998, 1061) gelten. Auf den Kunden zugeschnitten, vermitteln sie klare Botschaften der Lebensführung, über die „ein Verbund von ‚innerer Bestimmung‘, ‚individuellem Charaktertyp‘ oder ‚spiritueller Berufung‘“ (Koch 2006a, 175) hergestellt wird.

Als weitere Form der religiösen Kundenorientierung lässt sich die Rhetorik der Ganzheitlichkeit“ deuten. Sie erleichtert es dem Anbieter, die kontingenten Lebenserfahrungen des Kunden zu einem einheitlichen Narrativ, und damit zu einem einheitlichen Angebot zusammenzuschneiden. Dem Verweis auf die „Ganzheitlichkeit“ kommt in diesem Sinne eine identitätsstiftende, weil die Biographie der Adepten integrierende Funktion zu: Das „Ganze ist [...] die biographische Konstruktion von Ganzheit. Die authentische Rede erzeugt semantisch eine Einheit – sie arbeitet sich [...] daran ab, das zeitlich, sachlich und sozial differenzierte, inkonsistente und zuweilen unbegreifliche Leben als eine Einheit darstellen zu können“ (Nassehi 2008, 122). Im Sinne der Kundenorientierung ist die „Ganzheitlichkeit“ noch in einer weiteren Hinsicht funktional, steht Sie doch auch für die Unvoreingenommenheit gegenüber Techniken und Therapien unterschiedlicher Provenienz – so verstanden lässt die Ganzheitlichkeit“ dem Umgang mit seelischen und körperlichen

Kontingenzerfahrungen einen weiten und undogmatischen Interpretationsspielraum. Offensichtlich ist dieser Methodenreichtum einer der Gründe, die den Markt „für den Verbraucher und Hilfesuchenden so anziehend macht“ (Freie Gesundheitsberufe, 1).

c) Erlebnisreligiosität als Mittel zur Evidenzsicherung

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Bedeutung religiöser Semantiken auf dem alternativen Gesundheitsmarkt war die Unterstellung ihrer kooperativen Wirkungen – hergestellt durch die spezifische Investition in Form eines kundenbezogenen Narrativs. Im Hinblick auf die „Glaubwürdigkeit“ eines solchen religiösen Narrativs stellt sich die Frage, welche Kriterien den Beteiligten zur Verfügung stehen, um die vorgenommene religiöse Deutung zu validieren. Damit der religiöse Bewährungsmythos nicht zum Erliegen kommt und seine kundenbindende Wirkung aufrechterhalten kann, ist er auf eine „suggestive Evidenz“ (Gärtner 2000) angewiesen. Die Evidenzsicherung führt im Idealfall dazu, dass die durch das religiöse Ideengebäude „aufgespannte Wirklichkeit als 'wirklich wirklich' erscheint“ (Thomas 2001, 423). Während dies in vielen Religionen durch eine sich wechselseitig bestätigende Gemeinschaft erzielt wird, kann im Falle der uns interessierenden Dienstleistungsbeziehungen kaum mit einem evidenzsichernden Gruppeneffekt gerechnet werden – schließlich spricht die Vielzahl der kleinbetrieblich organisierten Gesundheitsanbieter ihre Kunden und Klienten vor allem als Individuen an. Weil hier auf die kollektive Bestätigung und Absicherung der Glaubensinhalte verzichtet werden muss, bleibt nur die *Evidenz der eigenen Erfahrung*. Letztere wird zumindest in der kurzfristigen „Kundenbeziehung“ notgedrungen zum Gradmesser für die Legitimität von Sinnstiftungsnarrativen. Die religiösen Ideen müssen sich anhand der situativen, subjektiven Bedürfnisse und aktuellen

biographischen Anliegen der Kundschaft legitimieren. Für ihren Erfolg ist es deshalb von besonderer Bedeutung, in wie weit sie in der Lage sind, innere Wirkungen“ hervorzurufen: Gefühle, Stimmungen, Extasen, Betroffenheit, Ergriffenheit (vgl. Höhn 1998). Bei solchen Verifizierungserfahrungen kann es sich um Visionen“, „psychische Spontanerlebnisse“, „ästhetische Naturerlebnisse“, „außersinnliche Wahrnehmungen“, „Gipfelerlebnisse“ und andere „mystische Erfahrungen“ handeln. Nicht umsonst sind die genannten Phänomene integraler Bestandteil gegenwärtiger Esoterik.

d) Die Selbstermächtigung des „Patienten“

Offensichtlich geht das Aufkommen religiöser Gesundheitsdeutungen mit einer Umdeutung der Rolle des „Patienten“ einher. In der religiösen Deutung entsteht eine sinngebende „Medizin“. Die Krankheit verweist auf ein lebensweltliches Problem, dem es durch einen veränderten Lebensstil entgegenzuwirken gilt. Die Gesundheit wird umgedeutet zu etwas, was in der persönlichen Verantwortung des Patienten liegt, dem Gesundheitsbewusstsein und dem präventiven Lebensstil jedes Einzelnen untersteht. Die religiös legitimierte Salutogenese stellt dabei keinesfalls ein historisch neues Phänomen dar. Der mit ihr einhergehende Imperativ „Du musst dein Leben ändern“ (Sloterdijk 2009) ist für religiöse Botschaften seit je her konstitutiv. Auf dem gegenwärtigen Gesundheitsmarkt sichert er dem geschichtlichen Arsenal religiöser Lebensführungsmodelle ein zugleich zeitgemäßes wie breites Anwendungsfeld.

Für den gegenwärtigen gesellschaftlichen Umgang mit Fragen der Gesundheit ist es von Bedeutung, dass mit den beschriebenen Entwicklungen eine Veränderung von Machtbeziehungen einhergeht. Gerade in diesem Punkt tritt ein wichtiges Moment der religiösen Kundenbindung zu Tage: Im Vergleich zur Schulmedizin ist der „Patient“ nicht mehr nur passives Objekt eines expertenkontrollier-

ten Wissenssystems, sondern aktiv in den Prozess der Heilung eingebunden.¹¹ Durch die diskursive Beteiligung am Heilungsprozess und die dadurch forcierte Selbstermächtigung des „Patienten“ tragen die religiösen Gesundheitsangebote (im Zusammenspiel mit einer Vielzahl anderer alternativ-gesundheitlicher Angebotsformen) dazu bei, dass sich die wechselseitige Bestimmung von Krankheit und Gesundheit ändert. Im religiös getragenen Verständnis wird Gesundheit zu weit mehr als der bloßen Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit wird zu einer aktiven, permanent zu gestaltenden Aufgabe. Der Rückgriff auf ein religiöses Erklärungssystem resultiert damit in einer Ethik der Lebensführung.¹²

Der relative Bedeutungszuwachs der Rolle des Patienten gegenüber dem Experten spiegelt auf struktureller Ebene seine ideologische Grundlage: Gesundheit und Krankheit sind im religiösen Verständnis keine entgegengesetzten Pole mehr, keine punktuellen Zustände, sondern permanente Manifestationen eines bestimmten, mehr oder weniger angemessenen Lebenswandels. Die religiöse Deutung der Gesundheits- und Krankheitserfahrung mündet in einer Gesundheitspädagogik, die sich als Hilfe zur gesundheitlichen Selbstermächtigung und Selbsthilfe versteht.

¹¹ Dass hiermit die nachfragerseitigen Dispositionen zu einer stärkeren „Selbstbestimmung“ getroffen werden, bestätigen nicht nur die Untersuchungen zu CANM-Nutzern, sondern auch die Studien zu den Motiven gegenwärtiger Spiritualität (vgl. Gebhard et al. 2005).

¹² Am Beispiel der Ernährungslehre des Ayurvedas lässt sich der Zusammenhang von religiösem Ideensystem und der eingeforderten Lebensführung erläutern: „Wir sind als Menschen aus fünf grundlegenden Elementen zusammengesetzt. Jeder hat seine individuelle Konstitution im Verhältnis dieser Elemente. Deren Gleichgewicht ist Gesundheit. Geraten sie in ein Missverhältnis, werde ich krank. Um gesund zu werden, führe ich mir den Stoff wieder zu, der fehlt, und esse weniger von dem, was ich zuviel habe.“ (Koch 2006 b, 66).

e) Empathie, Kundenorientierung und Kundenbindung

Der Verweis auf religiöse Narrative im Rahmen gesundheitlicher Dienstleistungen sollte deutlich machen, dass sie eine besondere Form der Kundenorientierung darstellen - aus Anbietersicht ist es ihre Funktion, Kooperationsbereitschaft seitens der Nachfrager zu erzeugen. Doch inwiefern ist der Rückgriff auf religiöse Ideen tatsächlich als vertrauensgenerierendes „Beruhigungsmittel in Tauschbeziehungen“ (Beckert 2002, 27) des alternativen Gesundheitsmarktes zu verstehen? Ist der Rückgriff auf religiöse Semantiken nicht selbst mit inflationären Tendenzen verbunden, können solche Ideensysteme nicht von jedem beliebigen Anbieter, ob mit oder ohne „Kompetenz“ bzw. „aufrichtige Ambitionen“ angeboten werden? An dieser Stelle sei deshalb noch einmal auf das angeführte Konzept der *performativen Akte der Selbstdarstellung* verwiesen, „mit denen der Vertrauensnehmer den Vertrauensgeber von der Aufrichtigkeit seiner kooperativen Handlungsabsichten zu überzeugen versucht“ (ebd.).

Die Glaubwürdigkeit der ideellen Arrangements eines sich religiös legitimierenden Gesundheitsanbieters hängt entscheidend davon ab, inwiefern es ihm gelingt, den „Eindruck der Authentizität“ (ebd., 37) zu erzeugen. Dies kann dem Anbieter nur dadurch gelingen, dass er die von ihm propagierten religiösen Ideen selbst glaubhaft verkörpert. „Bei Fragen zu Glaubwürdigkeit und Vertrauen rückt die Identität des Partners in den Vordergrund“ (Brintzer 2003, 185). Der Kunde als Vertrauensgeber steht vor der Frage, ob der Anbieter selbst an das glaubt, was er vor gibt zu glauben und ob er die propagierten Werte selbst internalisiert hat (vgl. ebd.). Entscheidend dürfte daher sein, ob die Identität, der Lebensstil und die Vergangenheit des Anbieters als kongruent mit den angebotenen Heils-ideen wahrgenommen werden. Wie sehr dies

im Einzelfall gegeben ist, kann hier nicht entschieden werden - dass jedoch ein nicht zu unterschätzender Anteil der Anbieter auf dem alternativen Gesundheitsmarkt die entsprechenden „Signale“ glaubwürdig kommunizieren kann, belegt die Studie des Dachverbandes der Freien Gesundheitsberufe:

„Bei der Betrachtung der Einzelanbieter ist besonders die hohe Zahl der Ausbildungen auffallend, die die Mehrheit der Einzelanbieter vorweisen kann und die große Bereitschaft, sich ständig weiterzubilden und dafür letztendlich auch nicht unerhebliche Kosten auf sich zu nehmen. Viele haben sich aus ursprünglich eigener Betroffenheit und Krankheit den jeweiligen Methoden zugewandt und dort eine neue Berufung gefunden. Zweifellos stellt eine hohe intrinsische Motivation vieler Anbieter den Antrieb für die bemerkenswerte Bereitschaft dar, sich ständig weiter zu bilden und -zu [sic] entwickeln“ (Freie Gesundheitsberufe o.J., 3).

Aus dem Zitat geht hervor, dass ein Großteil der Anbieter alternativer Gesundheitsdienstleistungen ihre Ideen nicht nur verkünden, sondern auch selbst verkörpern. Sie gehen selbst als Beispiel voran. Nicht umsonst wird die „Kongruenz der Wertorientierungen bzw. Weltanschauungen von Patient und Therapeut“ (Jeserich 2011, 208) sowohl als eine der zentralen Ermöglichungsbedingungen wie auch Vorzüge des alternativen Heilungsgeschehens ausgewiesen. Je ähnlicher der Habitus von Anbietern und Nachfragern, desto wahrscheinlicher kommt die diskursive Konstruktion von Heil und Heilung zustande. Dem Anbieter als Vertrauensnehmer kann es somit besser gelingen, auf die Erwartungen des Vertrauensgebers einzugehen: Statusähnlichkeit, Ähnlichkeiten der Biographie und ein ähnliches Auftreten korrelieren mit einer höheren Vertrauenswürdigkeit (Plötner 1994, 156). In dieser Hinsicht dürfte auch der Erfolg der neuen religiösen Entrepreneurinnen auf einer

Homologie beruhen. Diese hat ihre objektiven soziologischen Grundlagen in den mit der Kundschaft geteilten biographischen und lebensweltlichen Ambitionen.

Schluss: Die Rolle des religiösen Entrepreneurs und der Markt für spirituelles Heilen

Das Anliegen dieses Aufsatzes besteht darin, anbieterseitige Interessen zu identifizieren, welche auf dem Markt für alternativ-gesundheitliche Dienstleistungen zu einem Bedeutungszuwachs religiöser Ideen führen. Grundlegend ist dabei die Idee der „religiösen Kundenorientierung“. Wie ausgeführt, erlaubt es der Verweis auf religiöse Semantiken unter bestimmten Bedingungen, die Beziehungen zur Kundschaft auf eine vertiefende und kooperationsinduzierende Basis zu stellen. Weil die Glaubwürdigkeit dieser Strategie in entscheidender Weise an die „Performanz“ und damit an die Figur des Anbieter selbst gebunden ist, soll zum Schluss versucht werden, die aus den bisherigen Überlegungen ableitbaren Rollenmerkmale des „religiösen Entrepreneurs“ zu systematisieren. Die Aufmerksamkeit richtet sich hierbei auf solche Anbieter, welche religiöse Deutungen übernehmen oder kreieren und diese ihren Abnehmern im Rahmen von Dienstleistungsbeziehungen anbieten. Über die soziale Herkunft und die biographische Laufbahn der Anbieter hinausgehend (vgl. dazu Hero 2011a, 37 ff.) lassen sich aus den vorangegangenen Ausführungen bestimmte Strukturmerkmale ihres „beruflichen“ Handelns ableiten. Es geht um die Frage, was diese neue Form des religiösen Experten von traditionellen religiösen Experten unterscheidet.

Der religiöse Entrepreneur als Marktanbieter

Ob „Ayurveda-Therapeut“, „Aurareiniger“, „Reiki-Therapeut“, „schamanischer Berater“ oder „ganzheitlicher Astrologe“ – das entscheidende Merkmal der neuen religiösen

Entrepreneure besteht darin, dass sie weder durch eine religiöse Organisation noch durch eine religiöse Gruppe oder Gemeinschaft legitimiert sind. Zahlenmäßig dominant sind die vielen, meist als *Einzelunternehmen* geführten Zentren, in denen religiöse Ideen und Praktiken propagiert werden, in denen aber kaum über einzelne Dienstleistungsepisoden hinausgehende dauerhafte Bindungen zwischen den Beteiligten zustande kommen.¹³ Solche Beziehungen zeichnen sich im Vergleich zu den auf Mitgliedschaft fußenden Beziehungen innerhalb von Organisationen oder auf Solidarität basierenden Beziehungen innerhalb von Gemeinschaften durch ihre relative Unverbindlichkeit, inhaltliche Flexibilität sowie durch die permanente „Exit-Option“ der Beteiligten aus. Die Konstellation des unverbindlichen und kurzfristig wechselbaren Beziehungshorizontes, welchen die Beteiligten auf der Grundlage situativer Nutzenerwägungen eingehen, lässt sich institutionentheoretisch mit dem Begriff des Marktes erfassen (vgl. Wiesenthal 2005). Weil die Marktbeziehung nicht auf gewachsene, traditionelle Kontexte zurückgreifen kann, müssen Vertrauenswürdigkeit und Kooperationsbereitschaft über institutionelle und ideelle Stützmechanismen erzeugt werden. Die Entdeckung des Religiösen wurde als Folge dieser Situation abgeleitet.

Der religiöse Entrepreneur als Wettbewerber und Innovator

Die Unverbindlichkeit der Marktbeziehung hängt mit einem zweiten strukturellen Merk-

¹³ Zwar gibt es keinen verlässlichen Gesamtüberblick, wie viele esoterisch-therapeutische Heilpraxen und Zentren im deutschsprachigen Raum ihre Dienste anbieten. Um sich einen Eindruck über die alternative Heilerszene zu verschaffen, können jedoch die Daten aus einer Vollerhebung der Szene in Nordrhein-Westfalen herangezogen werden, wo im Jahr 2007 über 1000 ortsansässige Anbieter ermittelt wurden. In dieser Zahl sind die staatlich anerkannten Berufe der Heilpraktiker und Psychotherapeuten nicht mit eingerechnet; vgl. Hero 2008, 172.

mal der Rolle des religiösen Entrepreneurs zusammen. Die große Zahl der neuen Heilsexperten macht es so gut wie unmöglich, dass einzelne Anbieter eine dominante Stellung im Feld gewinnen und eine konstante Schar von Anhängern an sich binden (vgl. Hero 2008, 217). Die Etablierung von dauerhaften Zugehörigkeitsbeziehungen oder Abhängigkeitsverhältnissen wird auch dadurch erschwert, dass den interessierten Nachfragern die ständige „Exit-Option“ offen steht: Angesichts der Vielzahl der vorhandenen Angebote ergeben sich vor allem in den städtischen Gebieten vielfältige Möglichkeiten, zu anderen Anbietern zu wechseln (vgl. Hero 2008 a, Wunder 2005 312 ff.).

Die Anbieter stehen daher in einem Wettbewerb um Aufmerksamkeit und Anerkennung. Der Wettbewerb zwingt dazu, sich eine Verhaltensdisposition zu Eigen zu machen, die bisher so gut wie ausschließlich im Bereich der Wirtschaft anzutreffen ist. „Das unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2007) verlangt von den neuen Heilsanbietern, sich selbst als „Firma“ zu begreifen, findig zu sein und die eigenen Kreationen bedürfnisgerecht zu vermarkten. Diesen Zwängen haben sich all diejenigen Anbieter zu unterwerfen, die als Herausforderer gesundheitliche und seelische Dienstleistungen jenseits der etablierten Religion oder Medizin anbieten. Der Wettbewerb um die Gunst der Nachfrager induziert dabei offensichtlich ein „Entdeckungsverfahren“ (Hayek 1969, 249): Mit dem Auftreten des religiösen Entrepreneurs entsteht eine Vielzahl neuer Bezugs- und Anwendungsfelder des Religiösen. So stehen die letzten Jahrzehnte für eine Loslösung religiöser Ideen von der vorrangigen Fokussierung auf das Seelenheil und das Jenseits hin zu den vielfältigen, oft kurzfristigen Moden unterliegenden Bereichen des „Coachings“, des „Lifestyles“ und der körperlichen und mentalen „Fitness“.

Individualisierung und Subjektivierung des Religiösen

Die Gemeinsamkeit der neuen Bezugsfelder des Religiösen liegt darin, dass sie religiöse Ideen in Formen bereitstellen, welche auf das Individuum als Adressaten zugeschnitten sind. Unter der hier behandelten Thematik schuldet sich diese Entwicklung insbesondere dem Zwang zur Kundenorientierung und führt zu einer Wiederaufwertung der sinnlichen und körperlichen Aspekte des Religiösen. Damit verringert sich zugleich die relative Bedeutung von religiösen Texten und Liturgien zugunsten der sinnlichen Aspekte religiöser Kommunikation. Anhand der sensorischen bzw. somatischen Wirkungen des Religiösen können die Nachfrager den „Wert“ oder den „Nutzen“ auch in den relativ kurzfristigen Marktbeziehungen unmittelbar bemessen. Gerade auf der körper- und gesundheitsbezogenen Ebene manifestieren sich Erfahrungen, Gefühle und Stimmungen, welche zum Gradmesser für die Plausibilität der neuen Sinnstiftungsangebote werden.

Wie aus diesen Überlegungen hervorgeht, ist das Konzept des religiösen Entrepreneurs nicht nur für die Analyse alternativer Gesundheitsdienste von Interesse. Auch aus der Perspektive genuin religionssoziologischer Fragestellungen sollte der religiöse Entrepreneur von heuristischer Bedeutsamkeit sein, verdichten sich in dieser Figur doch eine Reihe von gegenwärtig diskutierten religiösen Wandlungserscheinungen. Dazu gehören unter anderem die Prozesse der „Individualisierung“, „Subjektivierung“, „Popularisierung“ und „Dispersion“ des Religiösen. Die Figur des religiösen Entrepreneurs versammelt zugleich eine Vielzahl gegenwärtiger Sozial- und Selbsttechnologien, deren gemeinsamer Fluchtpunkt die Ausrichtung der Lebensführung am Verhaltensmodell der Identitätsfindung und Eigenverantwortung bildet. Gerade in diesen Momenten muss die auf dem Markt

geforderte Aufrichtigkeit oder Authentizität gesucht werden. Sie sichert dem religiösen Entrepreneur das *Vertrauen*, welches er zur Etablierung und Aufrechterhaltung seiner Kundenbeziehungen benötigt.

Danksagung

Mein Dank gilt den beiden Gutachtern der Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler, durch deren Anmerkungen der Aufsatz erst seine eigene Argumentationsrichtung erhalten hat.

Referenzen

1. Abbot NC et al (2001): Spiritual Healing as a Therapy for Chronic Pain: a Randomized, clinical trial. *Pain*, 91, 79-89
2. Akerlof G A (1974): The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500
3. Althaus K (2010): Experteninterview: Mama redet nur noch von Erleuchtung. *Chrismon Plus*, <http://www.evangelisch.de/themen/gesellschaft/experteninterview-mama-redet-nur-noch-von-erleuchtung11183> (15.03.11)
4. Andritzky W (1997): *Alternative Gesundheitskultur. Bestandsaufnahme und Teilnehmerbefragung*. Berlin
5. Barrett B (2001): Complementary and Alternative Medicine: What's it all about? *Wisconsin Medical Journal* 100(7), 20 – 26
6. Beckert J (2002): Vertrauen und die performative Konstruktion von Märkten. *Zeitschrift für Soziologie*, 31, 27-43
7. Bishop F L (1997): A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Health Psychology*, 6, 851-867
8. Bourdieu P (1992): *Rede und Antwort*. Frankfurt/M
9. Brinitzer R (2003): *Religion. Eine institutionenökonomische Analyse*. Würzburg.

10. Bröckling U (2007): Das unternehmerische Selbst. Zur Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M
11. Büssing A, Ostermann T, Glöckler M, Matthiesen PF (2006) (Hrsg.): Spiritualität, Krankheit, Heilung: Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Bad Homburg
12. Cant S, Sharma U (2003): A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state. Routledge, London
13. Cant S (2005): Understanding why people use complementary and alternative medicine. In: Heller, T.; Treweek-Lee, G.; Katz, J.; Stone, J.; Spurr, S. (Hrsg.) (2005): Perspectives on Complementary and Alternative Medicine. Routledge, Oxford, 173–204
14. Deutscher Bundestag (1998): Endbericht der Enquete Kommission ‚Sogenannte Sekten und Psychogruppen‘. Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Psychogruppen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn
15. Dulleck U, Kerschbamer R (2006): On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists - The Economics of Credence Goods. Journal of Economic Literature, 44, 5-42
16. Ekelund R B, Mixon, F G, Ressler, R W. (1995): Advertising and Information: An Empirical Study of Search, Experience and Credence Goods. Journal of Economic Studies, 28, 33-43
17. Ernst E (2000): Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization 78(2), S. 252– 25
18. Freie Gesundheitsberufe (o.J.): Alternative Lebens- und Gesundheitskultur. Eine empirische Studie über Angebotsstrukturen im Sektor „Freie Lebensberatung und Gesundheitsförderung“, <http://www.frankfurter-gespraech.de/download/Zusammenfassung.pdf> (15.03.2011)
19. Fligstein N (1996): A Political-Cultural Approach to Market Institutions. American Sociological Review, 61, 656-673
20. Gebhardt W, Engelbrecht M, Boehinger C (2005): Die Selbstermächtigung des religiösen Subjekts. Der ‚spirituelle Wanderer‘ als Idealtypus spätmoderner Religiosität. Zeitschrift für Religionswissenschaft, 13, 133-152
21. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2002): Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Robert Koch Institut, Heft 9
22. Giddens A (1996): Konsequenzen der Moderne. Frankfurt/M
23. Hayek F A von (1969): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. Freiburger Studien, Tübingen, 249-265.
24. Hero M (2008a): Auf dem Weg zum religiösen Markt? Neue Religiosität und Esoterik, In: Hero M, Krech V, Zander H (Hrsg.): Religiöse Vielfalt in Nordrhein-Westfalen. Empirische Befunde und Perspektiven der Globalisierung vor Ort. Paderborn, 165-178
25. Hero M (2008b): Religious Pluralization and Institutional Change. The Case of the Esoteric Milieu. Journal of Religion in Europe, 2, 200-226
26. Hero M (2010): Von der Kommune zum Kommerz? Zur institutionellen Genese zeitgenössischer Spiritualität. In: Mormann RE (Hrsg.): Alternative Spiritualität heute. Münster/New York, 35-53
27. Hero M (2011a): Vom Guru zum religiösen Entrepreneur. Neue religiöse Experten und die Entstehung eines alternativreligiösen Marktes. In: Damberg W (Hrsg.): Soziale Strukturen und Semantiken des Religiösen im Wandel. Transformationen in der Bundesrepublik Deutschland. 1949-1989. Essen, 35-49
28. Hero M (2011b): Der Markt für spirituelles Heilen. Eine soziologische Betrachtung seiner Akteure und Institutionen. In:

- Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): Die Bedeutung von Religion für die Gesundheit. Konzepte – Befunde – Erklärungsansätze. Weinheim, 149-162
29. Höhn H-J (1998): Zerstreungen. Religion zwischen Sinnsuche und Erlebnismarkt. Düsseldorf
 30. Höhn H-J (2008): Krise der Säkularität? Perspektiven einer Theorie religiöser Dispersion. - In: Religion heute - öffentlich und politisch. Provokationen, Kontroversen, Perspektiven. In: Gabriel K, H-J Höhn (Hrsg.). Paderborn/München/Wien/Zürich, 37-57
 31. Huber J (1987): Die neuen Helfer. Das ‚Berliner Modell‘ und die Zukunft der Selbsthilfebewegung. München
 32. Jeserich F (2011): Spirituelle/religiöse Weltanschauungen als Herausforderung für unser Gesundheitswesen: Am Beispiel der Homöopathie. In: Becker R, Sertel S, Stassen-Rapp I, Walburg I (Hrsg.): Neue Wege der Alternativmedizin – Fluch oder Segen? Heidelberg, 203-228
 33. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM (1998): The Persuasive Appeal of Alternative Medicine. In: Annals of Internal Medicine 129 (12), 1061-1065
 34. Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) (2011): Die Bedeutung von Religion für die Gesundheit. Konzepte – Befunde – Erklärungsansätze. Weinheim
 35. Knoblauch H (1991): Die Welt der Wünschelrutengänger und Pendler. Erkundungen einer verborgenen Wirklichkeit. Frankfurt/M, New York
 36. Knoblauch H (2009): Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft. Frankfurt/M
 37. Koch A (2005): Spiritualisierung eines Heilwissens im lokalen religiösen Feld? Zur Formierung deutscher Ayurveden. In: Zeitschrift für Religionswissenschaft, 13, 21-44
 38. Koch A (2006a): Wie Medizin und Heilsein wieder verwischen. Ethische Plausibilisierungsmuster des Ayurveda im Westen. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 52.2, 169-182
 39. Koch A (2006b): Ayurveda - Zur Attraktivität eines alternativen Heilsystems. In: Wetzstein V (Hrsg.), Was macht uns gesund? Heilung zwischen Medizin und Spiritualität. Freiburg 2006
 40. Marstedt G (2002): Die steigende Popularität alternativer Medizin – Suche nach Gurus und Wunderheilern?, in: Böcken J, Braun B, Schnee M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 112-129
 41. Murken S (2009): Mein Wille geschehe...‘. Religionspsychologische Überlegungen zum Verhältnis von Religion und Wunscherfüllung. In: Zeitschrift für Religionswissenschaft, 17, 165-187
 42. Nassehi A (1996): Religion und Biographie. Zum Bezugsproblem religiöser Kommunikation in der Moderne. In: Gabriel K (Hrsg.): Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung: Biographie und Gruppe als Bezugspunkte moderner Religiosität. Gütersloh, 41-56.
 43. Nassehi A (2008): Erstaunliche religiöse Kompetenz. Qualitative Ergebnisse des Religionsmonitors. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Religionsmonitor 2008, 113-132
 44. Obrecht A (2000) (Hrsg.): Die Klienten der Geistheiler. Wien
 45. Plötner O (1994): Das Vertrauen des Kunden. Wiesbaden.
 46. Rademacher S (2010): ‚Makler‘: Akteure der Esoterik-Kultur als Einflussfaktoren auf neue religiöse Gemeinschaften. In: Lüdekens D, Waltert R (Hrsg.): Fluide Religion. Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen. Bielefeld

47. Richardson H (1999): The Credence Good Problem and the Organization of Health Care Markets. Mimeo, Department of Economics, Texas
48. Schmidtchen D (1994): Ökonomik des Vertrauens. In: Hof H. (Hrsg.): Recht und Verhalten: Verhaltensgrundlagen des Rechts - zum Beispiel Vertrauen. Baden-Baden, 129-163
49. Straube ER (2005): Heilsamer Zauber. Psychologie eines neuen Trends. München
50. Thomas G (2001): Implizite Religion. Theoriegeschichtliche und theoretische Untersuchungen zum Problem ihrer Identifikation. Würzburg
51. Wiesendanger H (2001): Chronically ill patients treated by spiritual healing improve in quality of life. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 7, 45-51
52. Wiesenthal H (2005): Markt, Organisation und Gemeinschaft als ‚zweitbeste‘ Verfahren sozialer Koordination. In: Jäger W, Schimank U (Hrsg.): Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven. Wiesbaden
53. Wolff E (2010): Alternativmedizin und Gesundheitsgesellschaft. Kulturelle Hintergründe einer anhaltenden Popularität. In: Becker R, Sertel S, Stassen-Rapp I, Walbur I (Hrsg.): Neue Wege der Alternativmedizin – Fluch oder Segen? Heidelberg, 177-186

Eingereicht: 09.08.2010, Reviewer: Anne Koch, N.N., überarbeitet eingereicht: 15.03.2011, online veröffentlicht: 12.05.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Holger Lange.

Zu zitieren als:

Hero M: Glauben und Heilen: Religiöse Entrepreneurinnen im Gesundheitssektor – eine angebotsseitige Betrachtung. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2011/3(1)

Please cite as:

Hero M: Believing and Healing: Religious Entrepreneurs' Offerings in the Health Sector – A supply side perspective. German Journal for Young Researchers 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/50/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-509

GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN/RELIGIONSWISSENSCHAFT

Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft**Eine formale und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschriften**

Florian Jeserich

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth

Kontakt

Florian Jeserich, M.A.
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstr. 2, Zimmer 1.24
D-95444 Bayreuth

Tel.: +49 921 / 55-4809

E-Mail: Florian.Jeserich@uni-bayreuth.de

Zusammenfassung

In den USA hat sich ein Forschungszweig etabliert, in dem das Verhältnis zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit systematisch erforscht wird. Um die Frage zu beantworten, ob und inwieweit diese Thematik im deutschen Public Health-Diskurs eine Rolle spielt, wurden gesundheitswissenschaftliche Einführungswerke ($n=5$), Wörterbücher ($n=5$) sowie Fachzeitschriften ($n=6$) nach den Begriffen *Religion*/religion**, *Religiosität/religiosity*, *religiös*/religious** sowie *Spiritualität/spirituality* und *spirituell*/spiritual* durchsucht. Die identifizierten Beiträge wurden einer formalen und inhaltsbezogenen Analyse unterzogen. Der Begriff *Religion* wurde im Register bloß eines Einführungswerks aufgeführt, und *Religiosität* fand sich als Lemma nur in einem Wörterbuch. Obwohl das Konzept *Spiritualität* im Titel zweier Schwerpunktthemenhefte Verwendung fand, wurde dem Faktor Religion auch in den Zeitschriften vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit zuteil: Die Begriffe *Religion* ($n=89$), *Religiosität/religiosity* ($n=11$) und *religiös/religious* ($n=85$) wurden etwa viermal häufiger erwähnt als die Begriffe *Spiritualität/spirituality* ($n=27$) und *spirituell/spiritual* ($n=24$). Die Textgruppe ‚Religion‘ ($n=185$; bereinigt: $n=138$) machte damit über 78 % (bereinigt: ca. 76 %) der Gesamttreffer ($n=236$; bereinigt: $n=180$) aus. Das durch ein Übergewicht des religiösen Begriffsfelds geprägte Verhältnis zwischen den Textgruppen hat sich weiter in Richtung ‚Religion‘ verschoben: Während 2005-2007 über 62 % der Beiträge einen der Suchbegriffe *Religion*, *Religiosität/religiosity* oder *religiös/religious* enthielten, erhöhte sich diese Zahl 2008-2011 auf über 79 %. Da in vielen Disziplinen eine verstärkte Hinwendung zum Spiritualitätsbegriff zu beobachten ist, stellt die steigende Dominanz des Religionsbegriffs eine Besonderheit dar. Die Inhaltsanalyse ergab, dass die Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ insbesondere in den Themenfeldern *Ethik*, *Migration/Interkulturalität* und *Gesundheitspolitik* verortet waren, während die Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ vor allen den Kategorien *Palliativmedizin*, *Prävention* und *Psychiat-*

rie/Psychotherapie/psychische Störungen zugeordnet werden konnten. Das Resultat ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass *Spiritualität* als individueller Transzendenzbezug aufgefasst wird, der insbesondere in Grenzsituationen an Bedeutung gewinnt und *Religion* mit institutionalisierten Glaubensformen und sozial geteilten Werten und Normen assoziiert wird. Der interdisziplinären und methodenpluralen Gesundheitswissenschaft könnte in Zukunft die Aufgabe zuwachsen, die gesundheitliche Relevanz religiöser/spiritueller Faktoren in allen Lebensbereichen und -situationen zu erfassen und die individualpsychologische Sicht um die notwendige sozialmedizinische bzw. religionssoziologische Makroperspektive zu ergänzen.

Schlüsselwörter: Religion, Religiosität, Spiritualität, Gesundheitswissenschaft, Ethik, Migration, Gesundheitspolitik, Palliativmedizin, Prävention, psychische Gesundheit

Religion, spirituality and public health

A formal and content-related analysis of German textbooks and journals

Abstract

In the U.S., a research branch has been established in which the relationship between religion/spirituality and health is explored systematically. To answer the question whether and to what extent this issue plays a role in the German Public health discourse, a literature search was conducted in health science manuals ($n=5$), dictionaries ($n=5$) and journals ($n=6$) using the terms *Religion*/religion**, *Religiosität/religiosity*, *religiös*/religious** and *Spiritualität/spirituality* and *spirituell*/spiritual*. The identified materials were subjected to a formal and content-based analysis. Merely in one introductory work the term *religion* was listed in the index and *religiosity* was found as headword only in one dictionary. Although the concept of spirituality was used in the titles of two special issues, in the journals, too, more attention has been paid to the religious factor: The terms *Religion/religion* ($n=89$), *Religiosität/religiosity* ($n=11$) and *religiös/religious* ($n=85$) were mentioned about four times more often than the terms *Spiritualität/spirituality* ($n=27$) and *spirituell/spiritual* ($n=24$). The text group ‚religion‘ ($n=185$; adjusted: $n=138$) accounted for more than 78% (adjusted: 76 %) of the total hits ($n=236$; adjusted: $n=180$). The relationship between the text groups, which always was characterized by a preponderance of the religious semantic field, has continued to move toward ‚religion‘: During 2005-2007 over 62 % of the contributions included one of the words *Religion/religion*, *Religiosität/religiosity* or *religiös/religious*; these figures increased in 2008-2011 to over 79 %. Since in many disciplines the concept of spirituality gains in importance, the increasing dominance of the concept of religion is a specific characteristic of the German Public health literature. The content analysis showed that the contributions of the text group ‚religion‘ were particularly located in the fields of *ethics*, *migration/intercultural studies* and *health policy*, while the contributions of the text group ‚spirituality‘ could be assigned first and foremost to the categories of palliative care, prevention and psychiatry/psychotherapy/mental disorders. The result may reflect the fact that spirituality is perceived as an individual relatedness to a transcendent reality, which becomes particularly important in borderline situations, and the term religion is associated with institutionalized beliefs, shared values, and social norms. The interdisciplinary and methodologically pluralistic Public health science may be confronted in the future with

the task to capture the potential relevance of religious/spiritual factors to health in all situations and areas of life thus complementing the individual-psychological point of view with the necessary macro perspective of medical sociology and sociology of religion respectively.

Keywords: religion, religiosity, spirituality, Public health, ethics, migration, health policy, palliative care, prevention, mental health

Einleitung

Medizingeschichtlich sind religiöse/spirituelle Vorstellungen und Praktiken seit jeher auf das Engste mit Gesundheitskonzepten verknüpft. Wird die Geschichte der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die sich in Deutschland vor ungefähr 20 Jahren als wissenschaftliche Disziplin (neu) formierte, zurückverfolgt, so stößt man unwillkürlich auf einen religiösen Bodensatz (Schott/Hornberg 2011, S. 13). Zwar ist es nicht unproblematisch, wenn gegenwärtige Konzepte von Hygiene, Prophylaxe oder Risikoverhalten auf medikale Kulturen übertragen werden, die auf anderen Erklärungsmodellen für Gesundheit und Krankheit basieren. Aber dennoch können in einer Vielzahl von Symbol- und Ritualsystemen Elemente identifiziert werden, die präventiv und kurativ wirksam waren und in gewisser Hinsicht als Public Health-Maßnahmen umschrieben werden können (Häusermann/Koelbing/Biener 1984; hierzu bereits: Newman 1932; neuerdings: Porter 1999, S. 11ff).

Für die schrittweise Herausbildung einer westlichen Medizinkultur und ihres spezifischen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses waren zunächst die religiös geprägte altorientalische (Haas 2003) und altägyptische Heilkunde (Westendorf 1999) sowie deren nicht unumstrittene Rezeption durch die Griechen von Bedeutung (einige Rezeptionslinien werden beleuchtet in: Karenberg/Leitz (Hrsg.) 2000; 2002). Die eigentliche Wiege einer rationalen Heilkunde – sprich: einer Heilkunde, die nicht mehr un-

mittelbar eingebettet ist in religiöse Sinn- und Deutungszusammenhänge – wird in der hippokratischen Medizin (etwa ab dem 4. Jahrhundert v. Chr.) vermutet. Diese Interpretation, die nicht nur aufgrund des dogmatischen Rationalitätsbegriffes Probleme birgt, stützt sich vor allem auf den Umstand, dass in einem Traktat des *Corpus Hippocraticum* – nämlich in der Schrift „Von der heiligen Krankheit“ (deutsch abgedruckt z.B. in: Müri 1986, S. 235ff) – jedwede übernatürliche Krankheitsursache für das zur Diskussion stehende Symptombild (vermutlich Epilepsie) abgelehnt wird. Bei dieser Verhältnisbestimmung zwischen Religions- und Medizingeschichte wird jedoch zweierlei vergessen: Zum einen, dass die „rationale Medizin der Antike [...] hinsichtlich ihrer religiösen Fundierung durchaus ambivalent“ (Weissenrieder/Etzelmüller 2010, S. 15) ist – die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf den so genannten Hippokratischen Eid, bei dem der Arzt bei griechischen Göttinnen und Göttern schwört; und zum anderen, dass die Geschichte der Medizin „keine geradlinige und beständige Entwicklung ‚vom Mythos zum Logos‘, vom angeblich Religiös-Irrationalen zum vermeintlich Rationalen“ ist, sondern sich eher durch eine „wellenförmige Bewegung“ (Bruchhausen 2011, S. 96) auszeichnet. Die „wellenförmige Bewegung“, die Bruchhausen im Hinblick auf die Heilkunde im Alten Ägypten konstatiert (zur Vermengung „empirisch-rationaler“ und „magisch-religiöser“ Elemente im altägyptischen Medizinsystem siehe: Kolta/Schwarzmann-Schafhauser 2000, S. 36f), kann auf einen

Großteil der Medizingeschichte ausgedehnt werden: Nicht nur weil es zeit-, kultur- und gruppenabhängig ist, welche Sicht- und Verhaltensweisen als rational und welche als irrational eingestuft werden (klassisch hierzu: Evans-Pritchard 1937; zur Rationalität der Religion vgl. zudem: Iannaccone/Stark/Finke 1998), sondern auch, weil der Zusammenhang zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit/Krankheit ein konstant fortwirkendes – wenn auch in der Bedeutung schwankendes – Phänomen darstellt. Das heißt: Religiös/spirituell begründete Gesundheits- und Krankheitskonzepte bzw. Handlungsmuster gehören nicht einer bereits überwunden geglaubten Frühphase in der als Fortschrittsgeschichte konstruierten Genese der westlich-rationalen Medizin an, sondern sind integraler Bestandteil auch der medialen Gegenwartskultur.

Der pejorative Gestus, mit dem besonders nach dem Aufkommen einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin im Westen religiös begründete Gesundheitsmaßnahmen als abergläubisch, falsch oder irrational etikettiert worden sind, hat mit dazu beigetragen, dass Religion/Spiritualität als kollektive und persönliche Gesundheitsressource, verhaltensregulierende Kraft oder Krankheitsbewältigungsstrategie längere Zeit aus dem Blickfeld geriet. Dabei geht es in einer für religiöse/spirituelle Aspekte sensibilisierten Gesundheitsforschung gar nicht primär um die teils widerstreitenden religiösen und wissenschaftlichen Wahrheitsansprüche, obgleich diese mitreflektiert werden sollten. Im Fokus steht vielmehr der subjektive und ggf. objektivierbare Nutzen oder Schaden religiöser/spiritueller Weltentwürfe und Lebensstile für das individuelle Wohlbefinden, die Gesundheit von Gruppen und/oder die öffentliche Gesundheit.

Dabei kann die Aufmerksamkeit zum Beispiel – um nur zwei für die Gesundheitswis-

senschaft besonders relevante Bereiche anzusprechen – auf die Erforschung der Einflüsse von religiösen Hygiene- oder Speisevorschriften auf das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten von Gläubigen gelenkt werden.

Vor dem Hintergrund, dass ein größerer Anteil der Bevölkerung in Deutschland muslimischen Glaubens ist und die Zahl der Bürger/innen mit Migrationshintergrund steigt, weisen Brzoska und Razum (2009) sowohl auf die Wichtigkeit religiöser Krankheitsbewältigungsstrategien, als auch auf die Rolle von Körpertabus, Schamverhalten, Hygienevorstellungen sowie Speisevorschriften bei türkisch-muslimischen und kurdisch-yezidischen Menschen hin. Mit Rekurs auf Khan (1982) und Wunn (2006) verweisen die Autoren beispielsweise auf das im Koran propagierte Ideal der Reinheit und führen aus, dass neben den vorgeschriebenen Waschritualen vor den Gebeten und nach dem Toilettengang weitere hygienische Maßnahmen ergriffen werden: Dazu gehören „unter anderem die männliche Beschneidung, das Schneiden der Nägel, das Stutzen des Schnurrbartes und die Entfernung der Schambehaarung“ (Brzoska/Razum 2009, S. 158). Reinigungsrituale sind also nicht nur im Hinblick auf die Geschichte der Hygiene interessant, sondern auch von aktueller pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Relevanz. Und „weil in deren Mittelpunkt Verhaltensregeln stehen, die Elemente eines Lebensstils sind bzw. sein sollen und bei deren Missachtung Sanktionen einsetzen“ (Bergler 2009, S. 18), sind religiös begründete Reinigungsrituale zudem aus einer sozialpsychologischen Perspektive von Bedeutung: Nicht nur das körperliche, sondern auch das psychosoziale und spirituelle Wohlbefinden werden von religiösen Hygienevorschriften maßgeblich beeinflusst. Die Rolle religiöser Regeln und Vorstellungen ist nicht nur im

Hinblick auf (potentielle) Patient/inn/en zu bedenken, sondern auch hinsichtlich der in den Gesundheitsberufen Tätigen. So zeigt eine Gruppe von Forscher/innen, die mit der *First Global Patient Safety Challenge* und der „Clean Care is Safer Care“-Kampagne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) assoziiert sind, dass bei der weltweiten Implementierung handhygienischer Direktiven in der Gesundheitsversorgung religiös-kulturelle Faktoren berücksichtigt werden müssen. Zum Beispiel ist aus unterschiedlichen Gründen der Gebrauch von Alkohol im Buddhismus, Hinduismus, Islam und Sikhismus verboten, was möglicherweise bei buddhistischem, muslimischem und sikhistischem Gesundheitspersonal zur Ablehnung der Desinfizierung der Hände mit Alkohol führen kann (Allegranzi et al. 2009, S. 31-32). Obgleich diese (inneren) Widerstände durch gezielte Lösungsstrategien (z.B. Konsultation von lokalen Geistlichen und geschickte Auslegung der heiligen Texte) abgebaut werden können (vgl. Allegranzi et al. 2009, Tabelle 3), zeigt sich: Religiöse Reinheitsvorstellungen können das hygienische Verhalten in alltäglichen und klinischen Kontexten sowohl fördern als auch verhindern.

Während es zum Zusammenhang zwischen religiösen Hygienevorschriften und realem Gesundheitsverhalten vergleichsweise wenig empirische Daten gibt, ist der Einfluss religiöser Speisegebote auf die Gesundheit bereits besser erforscht. Shatenstein und Ghadirian, die das Essverhalten ultraorthodoxer Juden in Montreal untersucht haben (Shatenstein/Ghadirian/Lambert 1993a; 1993b), bieten einen guten Überblick über bisherige Studien auf diesem Gebiet. So konnte – um nur ein Beispiel aus ihrer Zusammenschau (Shatenstein/Ghadirian 1998, Tabelle 1) herauszugreifen – nachgewiesen werden, dass Sieben-Tags-Adventisten aus unterschiedlichen Ländern (Dänemark, Japan, USA) von

den Diätempfehlungen ihrer Religion (Ovo-Lacto-Vegetarismus) gesundheitlich profitieren; sie zeigen ein verringertes Risiko für verschiedene Krebsarten (Jensen 1983; Phillips/Kuzma 1977; Phillips et al. 1980) und allgemein eine geringere Mortalität (Kahn et al. 1984; Kuratsune et al. 1986; Phillips et al. 1980; Snowdon 1988). Viele weitere für die Public Health-Forschung bedeutende Verbindungen zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit könnten aufgezählt werden. Indes sollte klar geworden sein, dass dieses Thema ein gesellschaftlich relevantes interdisziplinäres Forschungsfeld darstellt.

Es ist bezeichnend, dass in der Aufzählung von Klein und Albani (in diesem Heft) zwar Werke aus so unterschiedlichen akademischen (Sub-)Disziplinen wie Medizingeschichte, (Medizin-)Ethnologie, Pflegewissenschaft, (Medizin-)Psychologie, Religionswissenschaft oder Theologie genannt werden, aber die Gesundheitswissenschaft nicht unter den Fächern zu sein scheint, die einen originären Beitrag zur interdisziplinären Erforschung des möglichen Zusammenhangs von Religion/Spiritualität und Gesundheit leisten. Insbesondere im Hinblick auf die Sektoren Gesundheitsförderung und Prävention könnte es aber fruchtbar sein, eine spezifische Public Health-Perspektive auf diesen Forschungsbereich einzunehmen und den Diskurs so um eine weitere wichtige Sichtweise zu ergänzen. Demgemäß werden in diesem Beitrag *ausdrücklich nicht* die mannigfaltigen Befunde und Diskussionen anderer Disziplinen vorgestellt und reflektiert (für entsprechende weiterführende Literaturhinweise vgl. beispielsweise: Büssing/Kohls (Hrsg.) 2011; Etzelmüller/Weissenrieder (Hrsg.) 2010; Klein/Albani (in diesem Heft); Klein/Berth/Balck (Hrsg.) 2011). Vielmehr wird das Augenmerk nachfolgend auf einen strikt begrenztes Korpus gesundheitswissenschaftlicher Fachliteratur gelegt. Dabei soll

der Versuch unternommen werden, zu rekonstruieren, wie oft und auf welche Weise die Themenfelder Religion und/oder Spiritualität in den ausgewählten deutschsprachigen Public Health-Zeitschriften und -Einführungswerken angesprochen werden. Da es dabei auch darum geht, jene Beiträge, in denen die Begriffe *Religion*, *Religiosität* und *religiös* bzw. *Spiritualität* und *spirituell* vorkommen, thematisch zu kategorisieren, dient die Analyse auch einer Reflexion der Gegenstände der noch jungen Fachdisziplin Gesundheitswissenschaft. Vor dem Hintergrund, dass das Thema Religion/Spiritualität in der anglophonen Public Health-Forschung nach und nach an Bedeutung gewinnt, stellt sich die Frage, wie die deutsche Gesundheitswissenschaft bislang im Diskurs verortet war und wie sie sich in Zukunft in der amerikanisch dominierten Forschung positionieren will.

Hintergrund

In den USA hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Forschungszweig etabliert, der sich systematisch mit dem Verhältnis zwischen Religion(en), Spiritualität(en) und Gesundheit auseinandersetzt. Ellison und Levin (1998), zwei Pioniere auf diesem Gebiet, haben das transdisziplinäre Forschungsfeld „Religion-Health Connection“ genannt. Doch selbst in den USA, in denen die Erforschung der Zusammenhänge von Religiosität/Spiritualität und Gesundheit/Krankheit inzwischen kein marginales Feld mehr darstellt, sondern den akademischen Mainstream erobert hat (vgl. Levin 2009, S. 125), hinkt die Gesundheitswissenschaft nach.

Über die vielfältigen Gründe für die eher zögerliche Entwicklung in der Public Health-Forschung lässt sich nur spekulieren. An dieser Stelle soll nur ein möglicher Faktor angesprochen werden – auch um zu verdeutlichen, dass die Erforschung der „Religion-

Health Connection“ oft ideologisch eingefärbt ist: Während sich die epidemiologisch geprägte Gesundheitswissenschaft klassisch mit den Ursachen und der Verteilung von *Krankheiten in einer Population* beschäftigt, fokussiert sich die amerikanische Forschung in der Regel auf die positiven Zusammenhänge zwischen Spiritualität/Religion und *individueller Gesundheit*. Dies ist zum einen auf die apologetischen Interessen von Wissenschaftler/innen zurückzuführen, deren religiöse Überzeugungen mehr oder minder stark in Forschungsdesign und/oder Dateninterpretation einfließen (für die Religionspsychologie betont dies: Wulff 2001-2002). Zum anderen können Geldgeber und Stiftungen erheblich Einfluss auf die Gestaltung und Richtung der Forschung nehmen. Das vielleicht prägnanteste Beispiel ist die amerikanische *John Templeton Foundation*, deren primäres Ziel es ist, gesundheitsförderliche Effekte von Spiritualität/Religion nachzuweisen (Murken 1999).

Die das Spezialgebiet international prägenden Forscher/innen kommen zumeist aus medizinisch-psychologischen Kontexten, in denen traditionell der/die einzelne Patient/in im Vordergrund steht. Das klassische *Handbook of Religion and Health* (2001), obgleich es für eine Public Health-Perspektive auf das Thema besonders inhaltsreich ist, wurde von einem geriatrischen Mediziner (Harold G. Koenig) und zwei Psychologen (Michael E. McCullough und David B. Larson) verfasst. Während viele weitere Beispiele angeführt werden könnten – so ist z.B. auch Kenneth I. Pargament, ein ebenfalls anerkannter Forscher auf dem Gebiet, praktizierender klinischer Psychologe –, sollte nicht unerwähnt bleiben, dass einige der produktivsten Forscher/innen in anderen Disziplinen akademisch sozialisiert worden sind: Christopher G. Ellison und Linda K. George beispielsweise sind Soziologen, und Jeffrey S. Levin

(*Professor of Epidemiology and Population Health an der Baylor University*), der zusammen mit Koenig und George auch am einflussreichen *Duke Center for Spirituality, Theology and Health* forscht und lehrt, ist Religionssoziologe und Epidemiologe.

Entsprechend kommt Levin im gegebenen Zusammenhang eine Schlüsselposition zu. Bereits 1987 schloss er sich mit dem Mediziner und Religionswissenschaftler Harold Y. Vanderpool zusammen und sprach sich für die Etablierung einer neuen Subdisziplin aus: Religionsepidemiologie (*epidemiology of religion*) sollte der Zusammenschluss von Religionswissenschaft und Epidemiologie heißen (Levin/Vanderpool 1987; hierzu siehe auch Levin/Vanderpool 1989; Levin/Vanderpool 1991; Levin 1996; in diese Richtung zielen außerdem: Wallace/Forman 1998). In der Folgezeit war Levin einer der wenigen Autoren, die immer wieder konsequent auf die Implikationen der Forschung für den Public Health-Sektor hinwiesen. Sein Engagement mündete in einen Beitrag für die Zeitschrift *Current Issues in Public Health* (Levin et al. 1996), den er in Zusammenarbeit mit Linda Chatters – einer Psychologin, die jedoch Professorin an der *School of Public Health* an der *University of Michigan* ist –, sowie mit zwei Soziologen schrieb: Robert J. Taylor und dem schon erwähnten Ellison. Verbindend wirkte womöglich das gemeinsame Interesse an der Gesundheit der afroamerikanischen Bevölkerung, für die – darauf weist inzwischen eine Fülle von Studien hin (unter vielen anderen z.B. Aaron/Levine/Burstin 2003; Dessio et al. 2004; Ellison/Taylor 1996; Holt/McClure 2006; Levin/Chatters/Taylor 1995; Levin/Chatters/Taylor 2005; Moore 1992) – kirchliche Gemeinschaften, spirituelle Ressourcen und religiöse Copingstile eine zentrale Rolle spielen. Chatters (2000) war es auch, die mit einer Publikation im *Annual*

Review of Public Health die Ergebnisse einer bereits jahrzehntelangen Forschung in den Nachbardisziplinen einer Adressatenschaft vorstellte, die den religiösen bzw. spirituellen Aspekten von Krankheit und Gesundheit bisher, wenn überhaupt, dann nur cursorisch Beachtung geschenkt hat.

Levin ist nunmehr nicht der einzige amerikanische Wissenschaftler, der eine Doppelqualifikation erworben hat und an der Schnittstelle zwischen Religionswissenschaft/Theologie und Gesundheitswissenschaft/Epidemiologie zu verorten ist. Er selbst hat jüngst im *Journal of Religion and Health* auf drei weitere Protagonisten aufmerksam gemacht: Keith G. Meador, David R. Williams und Peter H. Van Ness (Levin 2009, S. 142). Dass Letzterer ein Jahr vor dem Tod des Herausgebers des besagten Journals, des unitarischen Geistlichen Harry C. Meserve (1914–2000), einen wegweisenden Artikel zum Thema „Religion and Public Health“ (Van Ness 1999; darüber hinaus siehe Van Ness 2003) veröffentlichte, verdient Beachtung. Schließt sich damit doch ein Kreis. Meserve machte nämlich bereits 1969, acht Jahre nach der Gründung der Zeitschrift durch das von Norman Vincent Peale ins Leben gerufene *Blanton-Peale Institute*, in einem Editorial folgende Feststellung:

„The *Journal* [of Religion and Health] has carried many articles on the relationship of religion to health, but if our memory is accurate it has left one large and important area all but neglected. That is the area usually known as public health, the area that relates to the basic health needs of the nation as a whole“ (Meserve 1969, S. 103; Einfügung F.J.).

Zwar finden sich in der Folgezeit vereinzelte Hinweise auf Public Health in der Zeitschrift (z.B. Levin/Schiller 1987, S. 12; Scandrett Jr. 1996, S. 237-239 mit Verweis auf den zweiseitigen Artikel „Public Health in the Bible“ (Gwilt 1987)). Aber eine systematischere

Entfaltung legte erst Van Ness vor, der, wie Harold G. Koenig, im Bereich der geriatrischen Medizin spezialisiert ist, sich jedoch nach einer im Jahr 2000 abgeschlossenen Fortbildung zum Master of Public Health zunehmend epidemiologischen Fragestellungen zugewendet hat. Van Ness (1999) unterscheidet in seinem Aufsatz zwischen drei thematischen Bereichen:

- Religiöse Praxis und persönliche Gesundheit (z.B. Diät, Tabak- und Alkoholkonsum, Gebet/Meditation, Pazifismus, Hygiene, religiös begründete Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen)
- Religiöse Ämter und Gesundheitswesen (z.B. religiös getragene Sozialhilfe, religiös motivierte Krankenpflege, besonderes Engagement)
- Komplementarität von Heils- und Heilungskonzepten (z.B. Placebo-Effekt als Glaubensmedizin, (körperliche) Gesundheit als letzter Sinn)

Zu diesen Überschriften findet sich selbst im deutschsprachigen Bereich eine kaum mehr überschaubare Fülle an Literatur. Ein Beispiel aus jedem der drei Bereiche möge an dieser Stelle genügen:

1. Lisa-Maria Bleiler hat sich mit *Strafbarkeitsrisiken des Arztes bei religiös motiviertem Behandlungsveto* (2010) beschäftigt und empfiehlt aus juristischer Perspektive, dem glaubensgestützten Selbstbestimmungsrecht der Patient/inn/en auch dann Folge zu leisten, wenn der Verzicht auf bestimmte oder sogar alle medizinischen Interventionen aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar ist;
2. Der spezifische Auftrag konfessioneller Krankenhäuser in einer zunehmend von wirtschaftlichen Interessen und Zwängen bestimmten Gesundheitsversorgung ist das Thema von Michael Fischers (2009) unlängst erschienenen Monographie;

3. Und bereits 1995 haben die Bonner Religionswissenschaftler Karl Hoheisel und Hans-Joachim Klimkeit gemeinsam ein Buch herausgegeben, dessen Autor/inn/en sich mit *Heil und Heilung in den Religionen* auseinandersetzen, also mit jenen Konvergenzen zwischen Soteriologie und Physiologie, die, so Van Ness (1999, S. 24), zu einer Gleichsetzung von Gesundheit und spirituellem Wohlbefinden führen können („equation of health and spiritual well-being“).

Schließlich sollte klar sein, dass die drei von Van Ness herausgestellten Punkte zwar eine gute erste Orientierung im Feld ermöglichen, aber keineswegs das gesamte thematische Spektrum der „Religion-Health Connection“ abdecken. Um nur einen zentralen Bereich zu nennen, den Van Ness nicht explizit aufgeführt hat: Trotz der weitgehenden Ablösung der westlichen Medizin vom Religiösen, fließen religiöse Glaubensanschauungen und Wertvorstellungen weiterhin mehr oder minder reflektiert in die medizinische Ethik ein (vgl. Bergdolt 2004; Kreß 2003).

Dass für die Public Health-Forschung relevante Zusammenhänge zwischen Religiosität/Spiritualität und Gesundheit in unterschiedlichen Disziplinen (z.B. Jura, Praktische Theologie, Religionswissenschaft) zum Teil bereits verhandelt werden und auch zunehmend Aufmerksamkeit in der deutschen Presse erregen (z.B. Lütz 2008), bleibt unbestritten. Die hier leitende Frage ist indes, ob diese Entwicklung auch in fachinternen Diskursen der deutschen Public Health-Forschung wahrgenommen und im Hinblick auf spezifisch gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen fruchtbar gemacht wurde/wird.

Material und Methoden

Um die Frage zu beantworten, ob und inwieweit Religion und Spiritualität im Public

Health-Diskurs in Deutschland eine Rolle spielen, wurde eine Schlagwortsuche in einschlägigen Hand- und Wörterbüchern sowie deutschsprachigen Fachzeitschriften durchgeführt. Da die Meinungen darüber, welches Buch bzw. welche Zeitschrift als im engeren Sinne ‚gesundheitswissenschaftlich‘ bezeichnet werden kann, je nach Konzeption der sich erst Ende der 1980iger Jahre entwickelnden Disziplin variieren können und kein Konsens darüber zu bestehen scheint, wie das interdisziplinäre Forschungsfeld Gesundheitswissenschaft(en)/Public Health abzustecken ist, orientiert sich die Auswahl der zu untersuchenden Literatur behelfsweise an der *Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V.* (DGPH): Auf ihren Webseiten weist die DGPH exemplarisch auf acht „Einführungswerke in Public Health“ (2007-2010a) und auf fünfzehn Fachzeitschriften (2007-2010b) hin (Stand: 17.09.2010). Weil das originäre Interesse der deutschen Forschung gilt, finden hier jedoch lediglich die deutschsprachigen der dort aufgeführten Literaturhinweise Berücksichtigung. Eine Ausnahme bildet das *Journal of Public Health*, da es bis zum Jahr 2004 vornehmlich deutschsprachige Texte publizierte und deshalb, sowie aufgrund seiner Bedeutung für die deutsche Gesundheitswissenschaft hier miteinbezogen werden soll. Inzwischen ist das Journal international aufgestellt und nimmt nur noch englischsprachige Beiträge an (zur Neuausrichtung der *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* siehe Kirch 2004). Damit besteht das zu analysierende Textkorpus aus fünf Einführungswerken und sechs Fachzeitschriften. Hinzu kommen fünf nicht auf den Internetseiten der DGPH aufgelistete Wörterbücher.

Dass die Analyse – abgesehen von den Wörterbüchern – auf den von der DGPH formulierten Kanon beschränkt bleibt, ist nicht unproblematisch. Dieser Umstand restringiert die Generalisierbarkeit der hier formulierten

Resultate. Es sei daher klargestellt, dass sich die Aussagen stets nur auf dieses Textkorpus beziehen und erst überprüft werden muss, inwieweit bestimmte Thesen auf ‚die‘ deutsche Gesundheitswissenschaft übertragen werden können. Schließlich gilt es zu bedenken, dass in den von der DGPH ausgewählten Fachbüchern und -zeitschriften nicht selten Autor/inn/en publizieren, die anderen Disziplinen zuzuordnen sind, und dass Wissenschaftler/innen, die sich als Gesundheitswissenschaftler/innen definieren, möglicherweise für diese Recherche gehaltvolle Studien in anderen Zeitschriften publiziert haben. Ein Beispiel: Der anfangs zitierte Beitrag von Brzoska/Razum (2009) ist zwar von Relevanz für die Diskussion einer gesundheitswissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Phänomen Spiritualität/Religion. Aber er wurde in der *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* veröffentlicht und daher nicht berücksichtigt. Trotz dieser Problematik behält die durchgeführte Recherche ihren Erkenntniswert. Denn die Frage bleibt: Wie oft und auf welche Weise wurde der Faktor Spiritualität/Religion in den von der DGPH als für die heterogene Gesundheitswissenschaft kanonisch angesehen Publikationen thematisiert? Eine Antwort auf diese Frage kann zumindest einen gewissen Aufschluss über die Akzeptanz, Auffassung und Zentralität des Themenkomplexes Spiritualität/Religion innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Forschergemeinschaft in Deutschland geben.

Die wie erläutert ausgewählten Quellen ($n=16$) wurden systematisch nach den Begriffen *Religion*/religion**, *Religiosität*/religiosity*, *religiös*/religious** sowie *Spiritualität*/spirituality* und *spirituell*/spiritual* durchsucht. Aufgrund des unterschiedlichen Textmaterials fanden jeweils andere Suchstrategien Verwendung: Im Falle der Einführungswerke ($n=5$) wurden Register (insofern vorhanden) und Inhaltsver-

zeichnis geprüft, und bei den Wörterbücher ($n=5$) stellte sich die Frage, ob einer der Suchbegriffe als Lemma aufgenommen worden ist. In einigen Fällen konnte die Suche im Stichwort- und Inhaltsverzeichnis durch eine Volltextsuche auf *amazon.de* ergänzt werden. Da entsprechende elektronische Archive verfügbar waren, wurde in allen Zeitschriften ($n=6$) eine Volltextsuche durchgeführt.

zwischen Religion und Spiritualität konzeptionelle und definatorische Unterschiede bestehen, wurden die Suchergebnisse zweigeteilt. Auf diese Weise entstanden zwei Textkorpora: Eine Sammlung jener Beiträge, die einen der Suchbegriffe *Religion*/religion**, *Religiosität/religiosity* bzw. *religiös*/religious** enthalten, und die Gruppe jener Artikel, in denen mindestens einer der Termini *Spiritualität/spirituality* bzw. *spiri-*

Tabelle 1: Elektronische Archive, mit deren Hilfe eine Volltextsuche in den Fachzeitschriften ($n=6$) für bestimmte Zeiträume durchgeführt wurde

Zeitschrift	Zeitraum (Heft/Jahr)	Elektronisches Archiv
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz	40/1997-54/2011	SpringerLink
Das Gesundheitswesen	62/2000-72/2011	Thieme eJournals
Journal of Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften)	1/1993-19/2011	SpringerLink
Prävention und Gesundheitsförderung	1/2006-6/2011	SpringerLink
Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung	4/2007-4/2011	Homepage der Zeitschrift
Public Health Forum	15/2007-19/2011	ScienceDirect

Da die Zeitschriften zu unterschiedlichen Zeitpunkten gegründet worden sind – das *Journal of Public Health* z.B. bereits 1993, die Zeitschrift *Prävention und Gesundheitsförderung* hingegen erst 2006 – und es zudem Ziel war, einen umfassenden Überblick zu gewinnen, wurde es als wenig sinnvoll erachtet, einen einheitlichen Zeitraum festzulegen und nur eine Datenbank für die Zeitschriftensuche zu gebrauchen. Vielmehr wurden jene elektronischen Archive genutzt, die für eine möglichst große Zeitspanne Zugriff auf den Volltext der veröffentlichten Beiträge erlaubten (Tabelle 1).

Die durch die Volltextsuche identifizierten Zeitschriftenbeiträge wurden sowohl einer formalen als auch einer inhaltsbezogenen Analyse unterzogen. Die formale Analyse sollte Aufschluss darüber geben, wie oft ein Suchbegriff in den Zeitschriften gebraucht wurde. Da angenommen werden kann, dass

tuell/spiritual* auftaucht. Da nicht auszuschließen ist, dass in einem Text sowohl von Religion als auch von Spiritualität die Rede ist, konnte jeder Zeitschriftenbeitrag beiden Textgruppen zugeordnet werden. Die Quantität der Publikationen kann als Hinweis auf die Bedeutung interpretiert werden, die den Faktoren Religion bzw. Spiritualität in der Gesundheitswissenschaft beigemessen wird, wobei die Erscheinungsdaten der Beiträge auf etwaige Forschungstrends hindeuten könnten.

In einem zweiten Schritt wurden die Titel und Abstracts der identifizierten Zeitschriftenartikel einer Inhaltsanalyse unterzogen. Ziel der inhaltsbezogenen Analyse war es, Kategorien zu bilden, die darüber Auskunft geben, mit welcher hauptsächlichen Thematik sich die/der Autor/in in ihrem/seinem Beitrag auseinandersetzt bzw. in welchem gesundheitswissenschaftlichen Forschungs-

bereich die Untersuchung zu verorten ist. Jede Publikation konnte dabei mehreren Kategorien zugeordnet werden. Nur jene Kategorien fanden Aufnahme in die Studie, die mindestens fünfmal (≥ 5) vergeben worden sind. Da von Interesse ist, ob die Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ andere thematische Foki haben oder anderen Forschungsbereichen zuzurechnen sind als die Artikel der Textgruppe ‚Spiritualität‘, wurde die im Hinblick auf die formale Analyse getroffene Zweiteilung der Suchergebnisse auch bei der Inhaltsanalyse beibehalten.

Ergebnisse

Gesundheitswissenschaftliche Einführungswerke und Wörterbücher

Im *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.) 2006) oder in dem Grundlagenwerk *Gesundheitswissenschaft* (Waller 2002) finden sich keine Einträge zu den Stichwörtern *Religion* und *Spiritualität* bzw. ähnlichen Begriffen im Sachregister oder Inhaltsverzeichnis (Tabelle 2). Da der Sammelband *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (Schott/Hornberg (Hrsg.) 2011) nicht indexikalisiert wurde, ist auf den ersten Blick schwer zu sagen, ob in einem der Buchbeiträge auf religiöse und/oder spirituelle Aspekte eingegangen wird. Das Litera-

turverzeichnis lässt vermuten, dass ggf. Hinweise auf Religion/Spiritualität in den Kapiteln „Ethik und Public Health“ (Schröder-Bäck 2011), „Krankenhaus und Public Health“ (Staender 2011) oder z.B. „Migration und Gesundheit“ (Razum/Spallek/Zeeb 2011) zu finden sind. Eine Volltextsuche auf *amazon.de* ergab jedoch, dass lediglich in Baduras Text zweimal das Adjektiv *religiös* Verwendung gefunden hat – einmal im Literaturverzeichnis (Durkheim 1984) und einmal in der folgenden Passage:

„Die gesundheitlichen Konsequenzen von Kultur sind vergleichsweise wenig erforscht. Pionierarbeiten dazu liegen in der Religionssoziologie vor, insbesondere bei Émile Durkheim in seinen Studien über den ‚Selbstmord‘ (1897) und die ‚Elementaren Formen des religiösen Lebens‘ (1912)“ (Badura 2011, S. 28).

In dem über 900 Seiten umfassenden Überblick *Das Public Health Buch* (Schwartz et al. (Hrsg.) 2003), dessen Titel und Umfang auf eine gewisse Vollständigkeit schließen lässt, wird laut Register der Faktor *Religion* nur ein einziges Mal erwähnt: Siegrist (2003, S. 149) weist im Zusammenhang mit dem Konstrukt dispositionaler Optimismus (Scheier/Carver 1985) auf „die gesundheitsförderliche Wirkung religiöser Wertvorstellungen und Glaubenshaltungen“ hin. Zwar werden Stichwörter wie beispielsweise *Religion* oder

Tabelle 2: Hinweise auf Religion/Spiritualität im Register, Inhaltsverzeichnis und/oder Volltext von gesundheitswissenschaftlichen Einführungswerken ($n=5$)

Werk	Register	Inhaltsverzeichnis	Volltext
<i>Das Public Health Buch</i> (Schwartz et al. (Hrsg.) 2003)	„Religion“ (1 Stelle)	nein	nicht verfügbar
<i>Die Gesellschaft und ihre Gesundheit</i> (Schott/Hornberg (Hrsg.) 2011)	nicht vorhanden	nein	„religiösen“ (2 Stellen)
<i>Gesundheitswissenschaft</i> (Waller 2002)	nein	nein	nicht verfügbar
<i>Handbuch Gesundheitswissenschaften</i> (Hurrelmann/Laaser/Razum (Hrsg.) 2006)	nein	nein	nicht verfügbar
<i>Sozialmedizin – Public Health</i> (Klemperer 2010)	nein	Kapitel 4.1.1: „Dämonismus und Religion – unverstandene Natur“ (2 Seiten)	nicht verfügbar

Spiritualität im Buchindex nicht aufgeführt, aber ein Blick in das Inhaltsverzeichnis zeigt, dass Klemperer dem Thema Religion ein zweiseitiges Unterkapitel seines Lehrbuchs *Sozialmedizin – Public Health* (2010) widmet: Im unkritischen Rückgriff auf medizin-geschichtliche Werke, denen noch das Denkschema einer linearen Fortschrittsgeschichte zugrunde lag (z.B. Meyer-Steineg/Sudhoff 1950), verortet er religiöse Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit (Dämonismus) „in der Vorzeit“. Aus der Perspektive der Biomedizin, die als Endpunkt der Entwicklung vorgestellt wird, bezeichnet Klemperer diese „historischen Modelle“ als „(Un-)Wissen ihrer Zeit“ oder als „Aberglauben“, der auf einem falschen Verständnis von Natur beruhe (Klemperer 2010, S. 88, 91).

Einträge zu *Religion* und/oder *Spiritualität* fehlen im Wörterbuch *Sozialmedizin und Public Health* (Niehoff/Braun 2003), im *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen* (Carels/Pirk 2005), das laut Untertitel „Public Health von A bis Z“ umfasst, sowie im *Pschyrembel Sozialmedizin* (Brügge-mann/Irle/Mai 2007). Auch der Autor des *Lexikon Gesundheitsmanagement* (Burchert 2011) verzichtet darauf, Religion und/oder Spiritualität als eigenständige Lemmata aufzuführen. Mittels einer Volltextsuche auf *amazon.de* konnten allerdings fünf Treffer lokalisiert werden: Das Adjektiv *religiös* wird von Burchert (2011, S. 57, 272) zweimal gebraucht – einmal im Kontext der Wohlfahrtspflege und einmal im Hinblick auf die Aufgaben von Datenschutzbeauftragten. Das Lexikon enthält weiterhin drei Stellen, an denen auf Spiritualität hingewiesen wird: Dabei geht es um „spirituelle Probleme“ von Patient/inn/en auf der Palliativstation und um entsprechende „Angebote der spirituellen Begleitung bis zum Tod“ (S. 201) sowie um das besonders in der Hospizarbeit zu beachtende Bedürfnis der Menschen, auch in ihren

„spirituellen Nöten und Wünschen“ (S. 141) wahrgenommen zu werden. Lediglich im *Wörterbuch Public Health* hat einer der Suchbegriffe als Lemma Aufnahme gefunden: Haisch, Weidkunat und Wildner (1999, S. 332) verstehen unter dem Begriff *Religiosität* eine „häufig von Betroffenen gesuchte Unterstützung durch intensiven Glauben an eine übergeordnete Ordnungsmacht“ bei chronischer Krankheit oder in finalen Krankheitsphasen.

Gesundheitswissenschaftliche Fachzeitschriften

Zwar fand der Begriff *Spiritualität* Ende der 2000er Jahre im Titel zweier gesundheitswissenschaftlicher Schwerpunktthemenhefte Verwendung: Das 8. Heft des 49. Jahrgangs (2006) der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* wurde dem Leitthema „Körper, Psyche, Spiritualität“ gewidmet, und zwei Jahre später (2008) erschien ein Sonderheft zum Thema „Spiritualität und Gesundheit“ in der Zeitschrift *Prävention* (31. Jahrgang, Heft 2). Aber in den letzten Jahrzehnten wurde dem Faktor Religion – gemessen an der Zahl der Suchtreffer – vergleichsweise mehr Aufmerksamkeit in deutschen Public Health-Zeitschriften zuteil: Die Begriffe *Religion** (89 Treffer), *Religiosität/religiosity* (11 Treffer) und *religiös*/religious** (85 Treffer) fanden in den untersuchten Fachzeitschriften ($n=6$) mit 185 Treffern etwa viermal häufiger Verwendung als die Begriffe *Spiritualität/spirituality* (27) und *spirituell*/spiritual* (24), die zusammen auf nur 51 Treffer kommen (Tabelle 3). Über 78 % der insgesamt 236 durch die Volltextsuche identifizierten Zeitschriftenbeiträge sind somit der Textgruppe ‚Religion‘ zuzuordnen. Da 15 der 51 Beiträge – also fast 30 % der Textgruppe ‚Spiritualität‘ – auf die beiden oben genannten Schwerpunktthemenhefte entfallen, ist zu konstatieren, dass das Begriffsfeld ‚Religion‘

nicht nur deutlich häufiger gebraucht wurde, sondern auch eine größere Streuung über die gesundheitswissenschaftlichen Fachzeitschriften erfahren hat. Dies trifft auch dann noch zu, wenn die Suchergebnisse bereinigt werden: Werden von den 236 Treffern jene Beiträge subtrahiert, die doppelt oder sogar mehrfach gezählt worden sind, weil sie z.B. sowohl das Nomen *Religion* als auch das Adjektiv *religiös* beinhalten, und werden

(Baumann 2008; Büsing 2008; Büsing/Ostermann/Matthiessen 2008; Huber 2008; Hüsgen 2008; Walach/Kohls 2008). Das von Büsing und Hüsgen besorgte Sonderheft darf damit als ein Mittelpunkt des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses über Religion/Spiritualität bezeichnet werden. Nur einer der Beiträge, Stiehlers „Gesundheit als Sehnsucht – Religiöse Aspekte des Gesundheitsbegriffs“ (2001), wurde nicht

Tabelle 3: Absolute und korrigierte Zahl der Suchergebnisse in allen Zeitschriften ($n=6$), unterteilt in die Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ (Stand: 12.03.2011)

Suchbegriff	Treffer (pro Suchbegriff)	Treffer (absolut)	Treffer (korrigiert)	Bezeichnung der Analyseinheit
Religion*	89	185	138	Textgruppe ‚Religion‘
Religiosität /religiosity	10/1			
religiös*/religious*	58/27			
Spiritualität/spirituality	26/1	51	42	Textgruppe ‚Spiritualität‘
spirituell*/spiritual	18/6			
alle Suchbegriffe	201/35	236	180	Textgruppe ‚Religion/Spiritualität‘

zudem nur Forschungsartikel und Vorwörter mitgezählt, so reduziert sich die Gesamtanzahl der Texte auf 180. Von diesen 180 verbliebenen Beiträgen gehören mehr als 76 % (138 Treffer) zur Gruppe ‚Religion‘ und nur etwa 24 % (42 Treffer) zur Gruppe ‚Spiritualität‘, d.h. das Verhältnis zwischen den beiden Textkorpora bleibt auch nach statistischen Korrekturen relativ konstant.

Nur 3 der 138 Artikel der Textgruppe ‚Religion‘ (circa 2 %) und 6 der 42 Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ (circa 14 %) führen eines der Suchwörter im Titel, was die in der Regel eher untergeordnete Bedeutung von Religion/Spiritualität im untersuchten Textkorpus verdeutlicht. Der Eindruck wird durch den Umstand verstärkt, dass 8 dieser insgesamt nur 9 Zeitschriftenartikel, also fast 89 %, in einer der Themenschwerpunktheften publiziert wurden: 2 im *Bundesgesundheitsblatt* (Koch/Willich 2006; Mehnert 2006) und 6 in der Zeitschrift *Prävention*

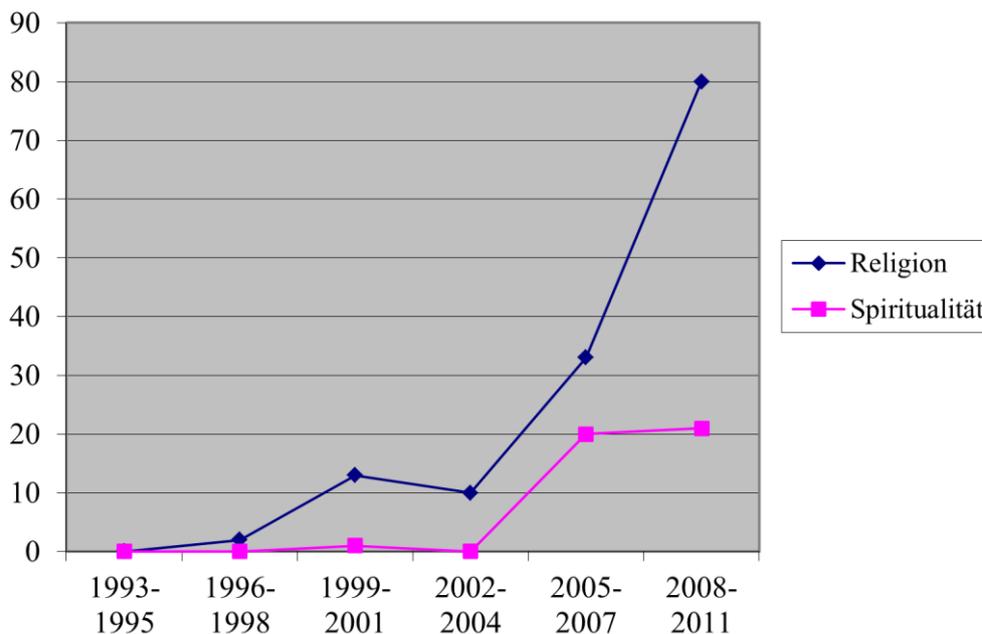
im Kontext eines der Themenhefte veröffentlicht, sondern in der seinerzeit noch deutschsprachigen *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* (jetzt: *Journal of Public Health*). Aus zwei weiteren Gründen sticht dieser Artikel heraus: Zum einen wurde der Beitrag vergleichsweise früh publiziert. Zum anderen ist die Arbeit des Theologen und Pädagogen die einzige, die sich mit dem dritten der drei von Van Ness (1999) skizzierten Forschungsbereiche (Komplementarität von Heils- und Heilungskonzepten) auseinandergesetzt hat.

In der Regel aber kommt einer der Suchbegriffe weder im Titel noch im Abstract vor, sondern wird lediglich einmal im Volltext erwähnt. Bisweilen befinden sich die entsprechenden Fundstellen gar außerhalb des argumentativen Zusammenhangs, also z.B. in der Danksagung (Linardakis et al. 2008) oder im Literaturverzeichnis (Kiefer 2010). Dieser Umstand trägt zur Relativierung der auf den

ersten Blick relativ hohen Trefferzahl bei und sollte im Hinblick auf die in Tabelle 3 zusammengefassten Suchresultate im Hinterkopf behalten werden.

vornehmlich auf ein gestiegenes Interesse an dem Themenbereich Religion/Spiritualität zurückgeführt werden kann, oder auch dem Umstand geschuldet ist, dass für die 1990er

Diagramm 1: Entwicklung der Textgruppen 'Religion' und 'Spiritualität' in Public Health-Zeitschriften ($n=6$) seit 1993



Während sich abzeichnet, dass das religiöse Begriffsfeld im analysierten Textkorpus quantitativ überwiegt (mehr als 76 % der Treffer), dem Konzept *Spiritualität* indes aus qualitativer Sicht ggf. mehr Gewicht beizumessen ist (2 Themenhefte und 6 Beiträge, die den Begriff im Titel tragen), ist die Frage, wie sich das Verhältnis zwischen den Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ über die Zeit entwickelt hat, auf der Basis des vorliegenden Datenmaterials nur unzureichend zu beantworten. Dies liegt vor allem daran, dass die elektronischen Archive, in denen jeweils eine Volltextsuche durchgeführt worden ist, Zugriff auf teils unterschiedliche Publikationszeiträume gewährt haben (Tabelle 1). Daher ist schwer zu sagen, ob der seit Anfang der 2000er Jahre insgesamt rasante Anstieg von Veröffentlichungen, die einen der Suchbegriffe enthalten (Diagramm 1),

Jahre kaum Datenmaterial zur Verfügung stand.

Betrachtet man jedoch nur die Entwicklung seit dem Jahre 2005, die auf einem besseren empirischen Fundament ruht, können vorsichtige Rückschlüsse gezogen werden: Die Beschäftigung mit spirituellen Aspekten von Gesundheit/Krankheit ist konstant geblieben. Zwischen 2005 und 2007 wurden insgesamt 20 Beiträge verfasst, die der Textgruppe ‚Spiritualität‘ angehören, und seit dem Jahr 2008 wurden 21 Artikel publiziert, in denen auf einen der entsprechenden Suchbegriffe zurückgegriffen wurde. Für das relativ gleichbleibende Interesse sprechen auch die beiden Themenhefte: Das erste wurde 2006 und das zweite 2008 herausgegeben. Die Textgruppe ‚Religion‘ hingegen ist seit 2005 exponentiell angewachsen: Während für den

Suchzeitraum 2005-2007 33 Treffer gefunden werden konnten, steigerte sich die Zahl seit 2008 auf 80 Treffer. Das entspricht einem Anstieg um über 142 %. Damit hat sich auch das Verhältnis zwischen den beiden Textgruppen, das stets durch ein Übergewicht des religiösen Begriffsfelds geprägt war, weiter in Richtung ‚Religion‘ verschoben. Die Schere zwischen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ hat sich in der Gesundheitswissenschaft weiter geöffnet: Während 2005-2007 über 62 % der gefundenen Beiträge (33 der 53 Treffer) einen der Suchbegriffe *Religion*, *Religiosität/religiosity* oder *religiös/religious* enthielten, erhöhte sich diese Zahl 2008-2011 auf über 79 % (80 der 101 Treffer). Eine auf die Zeitschriften fokussierte Analyse des Verhältnisses zwischen den beiden Textgruppen zeigt, dass die relative Dominanz des religiösen Begriffsfeldes vor allem auf die Artikel zurückgeführt werden kann, die in den über einen längeren Zeitraum untersuchten Zeitschriften *Das Gesundheitswesen* (fast 89 % der Beiträge befinden sich in der Textgruppe ‚Religion‘) und *Journal of Public Health* (über 87 %) publiziert wurden (Tabelle 4).

Um sich ein Bild davon machen zu können, in welchen Themen- und Forschungsbereichen die Texte primär angesiedelt sind, in denen mindestens einmal eines der Suchwörter erwähnt worden ist, wurden die 42 Artikel der Textgruppe ‚Spiritualität‘ und die 138 Beiträge der Textgruppe ‚Religion‘ hinsichtlich ihrer hauptsächlichen Inhalte kategorisiert. Die Vergabe mehrerer Schlagworte pro Zeitschriftenbeitrag war möglich. In den Tabellen 5 und 6 sind die Ergebnisse der Inhaltsanalyse zusammengefasst; sie wurden entsprechend der Häufigkeit der Kategorienvergabe absteigend sortiert. Zudem illustriert jeweils ein Zitat, in welchem Zusammenhang religiöse bzw. spirituelle Aspekte in dem durch die Kategorisierung gefundenen Bereichen thematisiert worden ist. Vor dem Hintergrund der schon im Hinblick auf Tabelle 3 formulierten Einschränkung können die in den Tabellen 5 und 6 genannten Textbeispiele jedoch keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit erheben. Im Gegenteil: Es handelt sich *nicht* um typische Beispiele, sondern vielmehr um Passagen, in denen in teils besonders prägnanter Weise eine für die Gesundheitswissenschaft relevante Beziehung

Tabelle 4: Zuordnung der korrigierten Zahl der Suchtreffer ($n=180$) zu den jeweiligen Zeitschriften ($n=6$) und Suchzeiträumen, aufgeteilt in die Textgruppen ‚Religion‘ und ‚Spiritualität‘ (Stand: 12.03.2011)

Zeitschrift	Zeitraum (Heft/Jahr)	Textgruppe	Treffer
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz	40/1997-54/2011	Religion	30
		Spiritualität	19
Das Gesundheitswesen	62/2000-72/2011	Religion	56
		Spiritualität	7
Journal of Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften)	1/1993-19/2011	Religion	41
		Spiritualität	6
Prävention und Gesundheitsförderung	1/2006-6/2011	Religion	2
		Spiritualität	3
Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung	4/2007-4/2011	Religion	3
		Spiritualität	5
Public Health Forum	15/2007-19/2011	Religion	6
		Spiritualität	2
Gesamt			180

zwischen Religion/Spiritualität und Gesundheit hergestellt wird. Insofern handelt es sich eher um Leuchtturmbeispiele, die einen ersten Eindruck von der Vielschichtigkeit des Forschungsfeldes vermitteln und Anstöße und Anknüpfungspunkte für zukünftige gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen bieten.

Textgruppe ‚Religion‘ die meistverwendete Kategorie Ethik fast doppelt so viele, nämlich 20 Beiträge enthält – ist durch den Größenunterschied zwischen den Textkorpora zu erklären: Innerhalb der Textgruppe ‚Spiritualität‘ ($n=42$) macht eine fünfmal vergebene Kategorie fast 12 % der Gesamtmenge aus, innerhalb der Textgruppe ‚Religion‘ ($n=138$)

Tabelle 5: Kategorien, denen die Beiträge aus der Gruppe ‚Spiritualität‘ ($n=42$) häufiger (≥ 5) zugeordnet werden konnten (mehrfache Kategorisierung war möglich); mit Textbeispielen

Kategorie	Anzahl	Beispiel
Palliativmedizin	11	„Alle Grundsätze der Palliativversorgung einschließlich Symptommanagement, Erhalt des psychischen und spirituellen Wohlbefindens [sic] und auch die Sorge um die Angehörigen können unter der übergreifenden Zielsetzung subsumiert werden, die Würde des Patienten in seinem letzten Lebensabschnitt und in seinem Sterben zu bewahren.“ (Mehnert et al. 2006, S. 1093)
Prävention	10	„Thus, the success of a martial arts program for primary prevention may hinge on the scope of the training program. A broad program that includes social, spiritual, and physical aspects may be superior to a more narrow, purely physical training program designed to prepare an athlete for a competition.“ (Draxler/Ostermann/Honekamp 2011, S. 62)
Psychiatrie / Psychotherapie / psychische Störungen	9	„[...] das Distress Thermometer [...] erfasst durch ein einfaches Globalmaß die Gesamtheit psychosozialer Belastungen (Distress) sowie deren mögliche Ursachen über eine Liste mit Problemen im körperlichen, praktisch-alltäglichen, emotionalen, partnerschaftlichen und spirituellen Bereich.“ (Reuter/Härter 2011, S. 24)
Versorgungsforschung	7	„Die Dimension ‚Spiritualität‘ spielt bei der Bewältigung von chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen [...] eine große Rolle und ist daher prinzipiell auch in der Versorgungsforschung anwendbar.“ (Koller et al. 2009, S. 867)
Chronische Erkrankung	6	„Am häufigsten bestand unerfüllter Bedarf in folgenden Bereichen: Unterstützung bei Aktivitäten im Alltag, bei psychischen und psychosozialen Belastungen, Informationsbedarf, Unterstützung bei körperlichen Beschwerden, Unterstützung bei spirituellen Belangen, Unterstützung bei der Arzt-Patient-Kommunikation und Unterstützung bei sexuellen Beschwerden.“ (Koch/Mehnert/Strauß 2011, S. 30)
Drogenkonsum / Sucht	5	„Durch die spirituelle und moralische Neubewertung wird ein Prozess der moralischen Selbsterneuerung in Gang gesetzt, der dem alten Suchtmuster entgegensteht.“ (Murken 2008, S. 59)

In der Textgruppe ‚Spiritualität‘ wurden 6 und in der Textgruppe ‚Religion‘ 15 Kategorien gebildet, denen mindestens 5 Zeitschriftenbeiträge zugeordnet werden konnten. Die deutliche Differenz sowohl in der Kategorienanzahl als auch in der Maximalzahl der Beiträge pro Kategorie – 11 Beiträge der Textgruppe ‚Spiritualität‘ entfallen auf die Kategorie *Palliativmedizin*, während in der

lediglich 3,6 %. Entsprechend wurde bei der Inhaltsanalyse der Textgruppe ‚Spiritualität‘ in ca. 26 % aller Fälle das Schlagwort Palliativmedizin vergeben, während nur etwa jeder siebte Beitrag der Textgruppe ‚Religion‘ der Kategorie *Ethik* zugeordnet worden ist (ca. 14,5 %).

Tabelle 6: Kategorien, denen die Beiträge aus der Gruppe ‚Religion‘ ($n=138$) häufiger (≥ 5) zugeordnet werden konnten (mehrfache Kategorisierung war möglich); mit Textbeispielen

Kategorie	Anzahl	Beispiel
Ethik	20	„Artificial fertility control and medically assisted reproduction were opposed by conservative religions and philosophies, whose adherents might object to participation in this process.“ (Sarkar 2006, S. 166)
Migration / Interkulturalität	18	„Diversity is thus understood as encompassing a mosaic of races, ethnic and religious backgrounds, sexual orientations, family situations or physical abilities.“ (Vinz/Dören 2007, S. 370)
Gesundheitspolitik	14	„Auch wird zum Beispiel argumentiert, dass für viele Rauchverbotsbefürworter die Gesundheitspolitik ‚missionarisch eifernd zur Religion‘ geworden sei [...].“ (Mons/Pötschke-Langer 2010, S. 149 mit Rekurs auf: Parr 2007)
Prävention	8	„Zu christlicher Pädagogik und Erwachsenenbildung gehören schon im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung seriöse Information und Erziehung zum verantwortlichen Umgang mit der eigenen und fremden Gesundheit [...].“ (Baumann 2008, S. 64)
Psychiatrie / Psychotherapie / psychische Störungen	8	Therapieziel: „Thematisierung und Umgang mit existenziellen Fragen (Angst vor Tod, Sterben, Einsamkeit, Angst vor medizinischen Behandlungen, Sorge um nahestehende Personen, Sinnfragen, Spiritualität und Religion).“ (Fydrich/Ülsmann 2011, S. 115-116)
Recht	8	„Durch eine Obduktion können Grundrechte aus mehreren Artikeln des Grundgesetzes tangiert sein. Zu nennen sind [...] die Religions- und Gewissensfreiheit des Art. 4 Abs. 1 GG, [...].“ (Dettmeyer/Schmidt/Madea 2000, S. 26)
Drogenkonsum / Sucht	7	„Protective factors in adolescence include family attachment, parental harmony, and religious involvement, and in adulthood, well-managed drinking environments and marriage [...].“ (Roviš 2010, S. [7])
Ökologie / Umwelt	7	„Die Rolle von Umwelt einschließlich Natur ist weit gefächert und reicht von psychologischen bis hin zu religiösen Funktionen [...].“ (Fehr 2009, S. 10)
Versorgungsforschung	7	„Psychiatrische Langzeitbetreuung wird in einem den Gebietskörperschaften gehörenden Krankenhaus mit 114 Betten angeboten, ein religiöser Orden unterhielt eine weitere Einrichtung für stationäre Langzeitbetreuung mit 89 Betten [...].“ (Becker et al. 2002, S. 75)
Chronische Erkrankung	6	„So könnten Spiritualität und Religiosität über die Verfügbarkeit verschiedener positiver Interpretationen und Erklärungen für Erfahrungen des Leidens die Anpassung an eine schwere Erkrankung und damit auch Sinngebung, Hoffnung und ein Gefühl der Kohärenz fördern.“ (Mehnert 2006, S. 783)
Ernährung	6	„Dem noch in den 1960er Jahren religiös motivierten Anspruch auf die in Hinblick auf Gottes Willen bestehende Unveränderlichkeit eines Lebensmittels wie Wasser wird hingegen zur Zeit eine lediglich untergeordnete Bedeutung zugewiesen.“ (Lux/Walter 2006, S. 387)
Ökonomie	6	„Der von dieser Regelung [positive Sanktionierung] ausgehende Anreiz wird als geeignet angesehen, die Spendenbereitschaft unter Achtung moralischer, ethischer und religiöser Anschauungen zu stimulieren.“ (Henning/Greiner 2000, S. 98; Einfügung F.J.)
Palliativmedizin	6	„In die alltägliche palliativmedizinische Zusammenarbeit fließen ganz unterschiedliche religiöse und weltanschauliche Vorstellungen über Tod und Leben ein.“ (Borck 2006, S. 1127)
Resilienz / Coping	6	Form der Krankheitsbewältigung: „5. Suche nach Halt in der Religion (SR, 3 Items): religiös orientierte Verhaltensweisen sowie die Suche nach dem Sinn der Erkrankung.“ (Rudolph/Schweizer/Thomas 2006, S. 185)
Impfung	5	„Planer von Public Health-Maßnahmen sollten anerkennen, dass verschiedene soziale und religiöse Gruppen die Interventionen aus unterschiedlicher Perspektive wahrnehmen und bewerten.“ (Marckmann 2009, S. 8)

Werden die durch die inhaltsbezogene Analyse generierten Kategorien miteinander verglichen, fällt zunächst zweierlei auf: Zum einen finden sich die 6 in Tabelle 5 aufgelisteten Kategorien (*Palliativmedizin; Prävention; Psychiatrie/Psychotherapie/psychische Störungen; Versorgungsforschung; chronische Erkrankung; Drogenkonsum/Sucht*) auch in Tabelle 6 wieder. Dies könnte dafür sprechen, dass Begriffe wie *Spiritualität* oder *spirituell* in ähnlichen gesundheitswissenschaftlichen Themenfeldern bzw. Forschungskontexten auftauchen wie beispielsweise die Begriffe *Religion, Religiosität* oder *religiös*. Andererseits fehlen in Tabelle 5 gerade jene Kategorien, die in der Textgruppe ‚Religion‘ (Tabelle 6) besonders häufig vergeben worden sind: *Ethik, Migration/Interkulturalität* und *Gesundheitspolitik*. Dies kann nicht in allen Fällen durch die Größendifferenz der Textkorpora begründet werden: Während 4 Beiträge der Gruppe ‚Spiritualität‘ – also immerhin ca. 9,5 % aller Texte – der Kategorie *Ethik* zugeordnet wurden und damit nur knapp nicht in Tabelle 5 aufgenommen worden sind, wurde das Schlagwort *Migration/Interkulturalität* nur einmal und das Schlagwort *Gesundheitspolitik* gar nicht vergeben. Besonders im Hinblick auf die beiden letztgenannten Kategorien ist also zu konstatieren, dass es bestimmte Themenfelder in der deutschsprachigen Public Health-Forschung gibt, in denen zwar häufig ein religiöses Begriffsspektrum Verwendung findet, das Spiritualitätskonzept aber keine Rolle zu spielen scheint. Die Feststellung trifft in geringerem Maße auch auf die Kategorien *Recht* ($n=1$), *Ökologie/Umwelt* ($n=1$), *Ernährung* ($n=1$) und *Ökonomie* ($n=0$) zu, jedoch nicht auf die Kategorien *Resilienz/Coping* ($n=4$) und *Impfung* ($n=2$), da diese – obwohl nicht in Tabelle 5 aufgeführt – in Relation zur kleineren Größe der Textgruppe ‚Spiritualität‘ gesetzt werden müssen und prozentual gesehen sogar

häufiger Verwendung fanden als die entsprechenden Kategorien in der Textgruppe ‚Religion‘ (Tabelle 6), nämlich ca. 4,8 % im Vergleich zu ca. 4,3 % (*Impfung*) bzw. ca. 9,5 % im Vergleich zu nur ca. 3,6 % (*Resilienz/Coping*).

Diskussion

Dominanz des Religiösen

Die bloße Zahl der Suchtreffer kann ohne Vergleich zu anderen vermutlich eher marginal behandelten Gegenständen nur schwer eingeschätzt werden. Die ergänzende Inhaltsanalyse hat jedoch gezeigt, dass die Thematik Religion/Spiritualität in den untersuchten deutschen Fachbüchern und -zeitschriften der Gesundheitswissenschaft meist nur sporadisch in bestimmten Forschungskontexten angesprochen wurde. Abgesehen von den in Tabelle 5 und 6 zusammengetragenen Textstellen fanden die gesuchten Begriffe oft nur am Rande Erwähnung. Ein Beispiel: Seit dem Jahr 2000 wurden in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* insgesamt 7 Beiträge veröffentlicht, die den Begriff *Spiritualität* und/oder das Adjektiv *spirituell** beinhalten (Stand: 12.03.2011). Aber in lediglich einer Publikation wurde ein Hinweis auf religiöse/spirituelle Aspekte für so relevant erachtet, dass er Aufnahme in den Abstract fand (Thanner/Loss/Nagel 2010). Wird die Begriffssuche in den Fachzeitschriften also auf Titel und/oder Abstract beschränkt, um auf diese Weise nur jene Beiträge herauszufiltern, in denen Religion/Spiritualität eine zentralere Bedeutung beigemessen worden ist, endet die Suche in der Regel (fast) ergebnislos.

Allerdings ist seit 2002-2004 eine vermehrte Benutzung der hier verwendeten Suchbegriffe feststellbar, was auf den ersten Blick dafür sprechen könnte, dass das vor allem in den USA populär gewordene Forschungsgebiet („Religion-Health Connection“) langsam

auch in der deutschen Gesundheitswissenschaft Fuß fasst bzw. mehr in den Vordergrund rückt. Diese Tendenz ist jedoch – trotz der beiden Schwerpunktthemenhefte, die eher den Begriff *Spiritualität* betonen – nur im Hinblick auf das religiöse Suchraster deutlich zu beobachten; ein Umstand, der dem allgemeinen Trend entgegentzulaufen scheint. Denn: Spätestens seit Mitte der 1990er Jahre ist für die internationale Gesundheitsforschung eine verstärkte Hinwendung zum Spiritualitätsbegriff zu konstatieren (vgl. Utsch/Klein 2011, S. 25-26). Vor diesem Hintergrund stellt die steigende Dominanz des Religionsbegriffs in den analysierten Publikationen eine Besonderheit dar. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass der Religionsbegriff auch den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs in den USA dominierte und das Spiritualitätskonzept in der amerikanischen Public Health-Forschung vergleichsweise spät eintraf: Sucht man im *American Journal of Public Health* den Begriff *religio** im Titel und/oder Abstract, werden für den Zeitraum von Januar 1911 bis März 2011 immerhin 59 Treffer angezeigt, während für den Suchbegriff *spiritual** nur 13 Treffer ausgegeben werden. Aber es ist absehbar, dass sich der allgemeine Trend zukünftig auch im *American Journal of Public Health* widerspiegeln wird. Über 90 % der Beiträge (12 von 13), in denen zumindest ein Wort mit dem Bestandteil *spiritual* im Titel und/oder Abstract vorkommt, wurden im oder nach dem Jahr 2002 publiziert. Dass die Suche nach Beiträgen, die seit Januar 2002 veröffentlicht wurden und deren Titel und/oder Abstract den Begriff *religio** enthält, 15 Treffer ergab, zeigt zum einen, dass das Themenfeld Religion/Spiritualität insgesamt an Bedeutung gewinnt – 27 der 72 Beiträge (37,5 %) erschienen in bzw. nach 2002 –, und zum anderen, dass der Begriff *Spiritualität* inzwischen fast genauso oft gebraucht wird wie der zuvor nahezu aus-

schließlich verwendete Religionsbegriff. An dieser Stelle lässt sich nur darüber spekulieren, ob diese Entwicklung sich fortsetzt und der spirituellen Dimension von Gesundheit/Krankheit in der amerikanischen Public Health-Forschung, für die hier die Publikationen im *American Journal of Public Health* als ein Indikator gewählt wurden, in naher Zukunft sogar mehr Gewicht beigemessen werden wird als dem Faktor Religion. Fraglich ist auch, ob die Forschungstrends im anglophonen Raum die deutsche Gesundheitswissenschaft beeinflussen und so mittelfristig zu einer erhöhten Wahrnehmung spiritueller Aspekte führen, oder ob die hier festgestellte gegenläufige Tendenz stabil bleibt oder sich gar ausweitert. Dies hängt vor allem davon ab, welche Gründe es für die Dominanz des Religiösen in der Gesundheitswissenschaft gibt und in welchen Diskursen speziell der Religionsbegriff stark verankert ist.

Religion im Public Health-Diskurs

Für die bessere Einordnung der Resultate und die weiterführende Diskussion erweist es sich als sinnvoll, die thematischen Inhalte der Textgruppe ‚Religion‘ einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Daher sollen die 15 in Tabelle 6 aufgelisteten gesundheitswissenschaftlichen Themen- und Forschungsfelder, die zunächst disparat erscheinen, zu drei übergreifenden Kategorien zusammengefasst und jeweils kommentiert werden. Da sich zwischen den inhaltlichen Bereichen vielfältige Überlappungen und Querverbindungen ergeben, erfüllt die Dreiteilung einen nur heuristischen Zweck.

1. Religion und öffentliche Gesundheit (*Ethik; Migration/Interkulturalität; Gesundheitspolitik; Recht; Ökologie/Umwelt; Versorgungsforschung; Ökonomie; Impfung*): Aus dem Rahmen fällt das für den Bereich der Gesundheitspolitik ausgewählte Textbeispiel (Mons/Pötschke-Langer 2010, S. 149), da

in der zitierten Passage Religion nicht als ein für die Gesundheitsforschung wichtiger (personaler) Kontextfaktor diskutiert wird, sondern deutlich wird, wie religiöse Metaphorik als rhetorische Strategie eingesetzt werden kann: Immer dann, wenn einem (gesundheitlichen) Ziel scheinbar ultimative Bedeutung zugemessen wird, besteht die Möglichkeit, diese Zuschreibung als quasi religiös zu bezeichnen – eine Argumentationsfigur, die in postsäkularen Gesellschaften häufig verwendet wird, um entweder alternativmedizinische Therapieangebote zu diskreditieren, oder aber die aus christlich-religiöser Sicht zu hohe Wertaufladung zu kritisieren, die im Hinblick auf die Gesundheits- und Wellnesskultur konstatiert wird (z.B. Grundmann 2006; 2010; Lütz 2005; 2006). Meistens aber wird der Religionsbegriff nicht in rhetorischer Funktion, sondern im Zusammenhang mit ethischen und gesundheitspolitischen Problemfeldern verwendet: Die Impfdiskussion, die als eigene Kategorie isoliert worden ist, z.B. aber auch den Schlagwörtern *Ethik*, *Gesundheitspolitik*, *Recht* oder *Versorgungsforschung* hätte zugeordnet werden können, illustriert den Punkt. Zudem offenbart sie die oft ambivalente Haltung von Gesundheitsforscher/innen zur Religion: Einerseits werden individuelle oder gruppenspezifische religiöse Vorstellungen und Werte nicht selten als Blockaden in der flächendeckenden, öffentlichen Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Zwischen religiösem Imperativ, der Glauben über Gesundheit setzt, und gesundheitlichem Imperativ, der Gesundheit über Glauben stellt, besteht ein nicht zu unterschätzendes Konfliktpotential. Andererseits sind Bewusstsein und Akzeptanz dafür gewachsen, dass die Pluralität von Meinungen, Lebensentwürfen sowie von Gesundheits- und Krankheitskonzepten

ein notwendiger und bereichernder Teil einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft ist. Diese Ambivalenz von Konflikt und Akzeptanz, die nicht zuletzt auf einem beständigen Perspektivwechsel zwischen persönlicher Freiheit und gesellschaftlicher Verantwortung, zwischen religiös und medizinisch definierten Werten und Normen zurückgeführt werden kann, zeigt sich in politischen, juristischen oder ökonomischen Diskursen sowie besonders in ethischen und kulturellen Divergenzen. Es verwundert daher nicht, dass *Ethik* und *Migration/Interkulturalität* jene Kategorien waren, die am häufigsten vergeben wurden. Die Zentralität der Kategorie *Ethik* spiegelt womöglich die noch immer tragende Rolle christlicher Kirchen in bioethischen Grundsatzdebatten sowie in der Krankenhausversorgung wider. Die Kategorie *Migration/Interkulturalität* könnte besonders auf die wachsende Zahl muslimischer Bürger/innen hindeuten, die zunehmend die soziale Landschaft und das Gesundheitswesen in Deutschland mitprägen.

2. Religion als Gesundheitsressource (*Prävention; Drogenkonsum/Sucht; Ernährung; Resilienz/Coping*): Während religiöse Wertvorstellungen im öffentlichen Gesundheitsdiskurs nicht nur als moralische Orientierungshilfe, sondern zuweilen auch als Störfaktor für den technisch-medizinischen Fortschritt oder die umfassende Gesundheitsversorgung angesehen werden, zeichnen jene Beiträge, die sich mit Religion als einem sozialmedizinischen Faktor auseinandersetzen, ein fast ausschließlich positives Bild: Religion wird weder als psychosozialer Stressor noch als Risikofaktor betrachtet, sondern kommt als eine verhaltensregulierende Kraft oder Bewältigungsstrategie in den Fokus. Insofern religiöse Verhaltensvor-

schriften öffentliche Gesundheitsprogramme nicht gefährden – wie z.B. im Textbeispiel zum Schlagwort *Ernährung* angedeutet –, also Gegenstand des öffentlichen Gesundheitsdiskurses werden, wird religiös begründetem Gesundheitsverhalten (Speisegebote, Hygienevorschriften, Alkohol- und Drogenverbote usw.) in der Regel eine präventive bzw. gesundheitsförderliche Rolle bescheinigt. Dies gilt auch und besonders für die kognitiv-emotiven Effekte, die einer religiösen Lebenshaltung zugeschrieben und als sinnstiftend charakterisiert werden.

3. Religion in (medizinisch-psychologischen) Grenzsituationen (*Psychiatrie/Psychotherapie/psychische Störungen; chronische Erkrankung; Palliativmedizin*): Den religiösen Bedürfnissen, Bewältigungsstilen und Vorstellungen von Patient/inn/en wird oft erst dann Beachtung geschenkt, wenn Patient/inn/en als psychisch bzw. körperlich chronisch krank gelten und/oder mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Auf dieses Phänomen weisen nicht nur die kategorisierten Zeitschriftenbeiträge hin, sondern beispielsweise auch der einzige gefundene Wörterbucheintrag. Zwar ist es begrüßenswert, dass das Lemma „Religiosität“ in das *Wörterbuch Public Health* Aufnahme gefunden hat. Aber dessen Erklärung als eine „häufig von Betroffenen gesuchte Unterstützung durch intensiven Glauben an eine übergeordnete Ordnungsmacht“ (Haisch et al. 1999, S. 332) bei chronischer Krankheit oder in finalen Krankheitsphasen deutet auf mindestens zwei Probleme hin: Die Formulierung zeigt zum einen, dass ein verengtes Religionsverständnis zugrunde liegt, Religiosität wird primär über den *Glauben* an eine höhere Macht charakterisiert, was (a) eher handlungsbezogene Aspekte von Re-

ligiosität ausspart und (b) einige nicht-christliche Religionen (z.B. buddhistische oder polytheistische Traditionen) tendenziell ausgrenzt. Zum anderen wird impliziert, Religiosität spiele erst dann eine relevante Rolle, wenn sich Patient/inn/en in Extremsituationen befinden (Chronizität bzw. Terminalität).

Wenn Religion als eine gesundheitsrelevante, persönlichkeits- und gesellschaftsprägende Kraft aufgefasst wird und nicht – wie z.B. in der Einführung von Klemperer (2010) geschehen – lediglich als inzwischen überkommenes Erklärungsmodell medizinischer Tatsachen hingestellt wird, dann zeigt sie sich im deutschen Public Health-Diskurs vor allem in drei Facetten: Religion bietet moralische Orientierung in heiklen ethischen und gesundheitspolitischen Fragen; Religion beeinflusst das Gesundheitsverhalten gläubiger Menschen und hat insofern einen indirekten Effekt auf das Wohlbefinden; und sie wird vor allem dann bedeutsam, wenn Menschen angesichts schwerer oder terminaler Erkrankungen nach Halt und Sinn suchen. Dieses Religionsverständnis ist nicht nur implizit christlich – z.B. im Hinblick auf die Ineinssetzung von Ethik/Moral und Religion –, sondern auch in anderer Hinsicht nicht umfassend. Um nur zwei Beispiele anzusprechen, die auch von Walach/Kohls (2008) betont werden: Zum einen stellen sie mit Rekurs auf andere Studien (vor allem: Nairn/Merluzzi 2003) heraus, dass „Religiosität offenbar unabhängig von anderen Konstrukten im Gefüge der inneren Ressourcen“ (Walach/Kohls 2008, S. 43) Effekte zeitigen kann, sprich: im hohen Maße, aber eben nicht ausschließlich vermittelt über andere psychosoziale Verhaltensvariablen wirksam zu sein scheint. Zum anderen machen die Autoren auf die Schattenseite des Religiösen aufmerksam: „Dort wo sich Religion vor allem negativ äußert – als Angst vor einem strafen-

den Gott, als Behinderung von Lebensentwürfen, als sozialer Druck – dort hat sie vor allem negative Auswirkungen“ (Walach/Kohls 2008, S. 44). Aber auch der Spiritualitätsbegriff, der in der religionspsychologisch orientierten Forschung Konjunktur hat, weil er als konfessionsübergreifender und konzeptionell offener als der Religionsbegriff gilt, zeigt sich im Kontext der analysierten gesundheitswissenschaftlichen Literatur zumindest auf bestimmte Themen- und Forschungsfelder verengt.

Spiritualität im Public Health-Diskurs

Die diagnostizierte Dominanz des Religionsbegriffs im untersuchten Textkorpus ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass christliche Religion(en) in Deutschland noch immer eine wichtige Stimme im ethisch-politischen Gesundheitsdiskurs darstellen. Wahrscheinlich spielen auch theoretisch-methodische Voraussetzungen in der Gesundheitswissenschaft eine Rolle: Die zumeist epidemiologisch ausgerichteten Public Health-Studien begreifen Religion – wenn sie diese überhaupt miterfassen – vor allem im Sinne von Konfessionszugehörigkeit, ziehen diese also lediglich als (nur sehr begrenzt aussagekräftige) demographische Variable mit in Betracht. Es ist klar, dass der komplexe Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit nicht annähernd dadurch erklärt werden kann, dass eine positive oder negative Korrelation zwischen Religionszugehörigkeit und bestimmten Gesundheits- oder Lebensqualitätsmaßen gemessen wird. Es kommt vielmehr auf die Verschränkung vieler Faktoren an, beispielsweise darauf, ob die befragte Person sich in der Kirche, der sie formal angehört, engagiert und aufgehoben fühlt.

Spiritualität hingegen ist ein Konzept, das trotz seines (katholisch-)christlichen Ursprungs (Baier 2006, S. 21-29; Schmucker 2009, S. 67-68) in der Regel als scheinbar

transkonfessionelle Sinnsuche und -gestaltung bzw. als individueller Transzendenzbezug in postsäkularen westlichen Multioptionsgesellschaften verstanden wird (Knoblauch 2006). Die verbreitete Tendenz, Religion(en) eher mit der öffentlichen Sphäre und institutionell verankerten Gemeinschaften zu assoziieren und Spiritualität(en) im Gegensatz dazu als weitestgehend persönliche Phänomene zu konstruieren, ist auf den zweiten Blick wenig plausibel. Schließlich ist die Bandbreite individueller Erfahrungs- und Glaubensformen auch *innerhalb* kirchlicher Gemeinden groß (Bochinger/Engelbrecht/Gebhardt 2009), und Menschen, die sich dezidiert als spirituell und nicht als religiös bezeichnen, sind oft Teil eines kulturellen Milieus, in dem eine verblüffend hohe Kongruenz von Werten, Denk- und Verhaltensmustern beobachtet werden kann (im Hinblick auf die New Age Bewegung siehe z.B. Hanegraaff 1996). Aber diese oft implizite Dichotomie zwischen Religion und Spiritualität mag ein Grund dafür sein, dass der Terminus *Religion* im Rahmen der Public Health-Forschung, wenn überhaupt, dann nur sehr langsam vom Spiritualitätsbegriff verdrängt zu werden scheint.

Die verbreitete Tendenz, Religion mit Institution und Spiritualität mit Individualität zu assoziieren, könnte begreiflich machen, warum Kategorien wie *Migration*, *Gesundheitspolitik*, *Recht* oder *Ökonomie* zwar in der Textgruppe ‚Religion‘ häufig vergeben worden sind, aber in der Textgruppe ‚Spiritualität‘ kaum oder nicht vorkamen. Während also gerade die erste und wichtigste Facette (öffentliche Gesundheit) des gesundheitswissenschaftlichen Religionsdiskurses im Spiritualitätsdiskurs fehlt, können die beiden anderen übergreifenden Kategorien auch aus den 6 Schlagworten gebildet werden, die am Häufigsten innerhalb der Textgruppe ‚Spiritualität‘ identifiziert worden sind: Auch Spi-

ritualität wird als eine präventiv wirksame persönliche Gesundheitsressource aufgefasst und im Hinblick auf den individuellen Umgang mit Grenzsituationen wertgeschätzt. Eine besondere Bedeutung kommt dem Begriff *Spiritualität* dabei in palliativmedizinischen Kontexten zu. Dies ist vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass die WHO (2011) ihn in ihrer Definition von *palliative care* explizit verwendet hat. Für die wichtige Rolle des Spiritualitätskonzepts in diesem Zusammenhang spricht nicht nur der Umstand, dass Tabelle 5 von der Kategorie *Palliativmedizin* angeführt wird, sondern beispielsweise auch die schon erwähnte einseitige Verwendung des Adjektivs *spirituell* im *Lexikon Gesundheitsmanagement* (Burchert 2011, S. 141, 201). Dieser Befund wird durch eine Durchsicht deutschsprachiger Hand- und Lehrbücher der Palliativmedizin bzw. -pflege neueren Datums bestätigt: Während in der Hälfte der Fälle ein Kapitel zum Thema Spiritualität aufgenommen wurde (z.B. Aulbert/Nauck/Radbruch (Hrsg.) 2008, Kapitel 7; Bausewein/Roller/Voltz (Hrsg.) 2010, Kapitel 18; Kloke/Reckinger/Kloke (Hrsg.) 2009, Kapitel 6; Student/Napiwotzky 2007, Kapitel 10), gibt es nur ein Werk, das eher auf den Komplementärbegriff *Religion* abhebt (z.B. Knipping (Hrsg.) 2008, Teil IV) und drei Bücher, in denen der Sachverhalt nicht eigens beleuchtet wird (Husebø/Klaschik 2009; Kränzle/Schmid/Seeger (Hrsg.) 2010; Weissenberger-Leduc 2008).

Ein weiteres Beispiel möge abschließend die sich abzeichnende enge Verbindung zwischen Spiritualität und Palliativmedizin in der deutschen Gesundheitsforschung weiter beleuchten. Gleichzeitig weist das Beispiel auf die konzeptionelle Verengung hin, die ggf. mit dieser Verknüpfung einherzugehen droht: Das inzwischen in der deutschen Universitätslandschaft institutionell verankerte Schlagwort *Spiritual Care* ist nicht nur be-

griffs-, sondern auch ideengeschichtlich an die (im westlichen Kulturkreis vor allem christlich motivierte) palliativmedizinische Krankenpflege (*Palliative Care*) angelehnt (zur Geschichte des Begriffs vgl. Stolberg 2007). Von den 384 in der Datenbank *Pub-Med* gefundenen Einträgen, die den Begriff *spiritual care* im Titel tragen, beinhalten 277 (ca. 72 %) auch das Wort *nursing* und 87 (ca. 23 %) das Adjektiv *palliative* im Titel und/oder im Abstract (Stand: 12.03.2011). Der Jesuit und Arzt Eckhard Frick (2011, S. 407) argumentiert zwar, dass das Konzept trotz seiner Herkunft „nicht auf die Rahmenbedingungen von Sterben und Tod [...] eingengt werden“ sollte, sondern der ursprüngliche „Kontext des Lebensendes [...] vielmehr exemplarisch für *alle* Schwellensituationen des Lebens“ stünde. Aber damit öffnet er das Konzept noch nicht explizit für die religiöse/spirituelle Gesamtbiographie und die alltäglichen Herausforderungen des Menschen: Spirituelle Überzeugungen und Verhaltensweisen sind für Gesundheitsforschung und -förderung nicht nur in medizinisch-psychologisch definierten Grenzsituationen (z.B. Geburt, Krankheit, Alter, Tod) von Wichtigkeit, sondern sollten auch in ihrem übergreifenden soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontext analysiert werden.

Schlussfolgerungen

Die systematische Erforschung von Religion(en) und Spiritualität(en) als potentiell gesundheitsrelevante Faktoren ist ein Desiderat in der deutschen Gesundheitswissenschaft. Obwohl es vielfältige Verbindungen zwischen gesundheitlichen und religiösen Aspekten gibt, die nicht mysteriöser Natur, sondern, ganz im Gegenteil, Gegenstand seriöser Forschung sind, finden sich nur vereinzelt Hinweise auf dieses Themengebiet in einschlägigen Einführungen in die Gesundheitswissenschaft, gesundheitswissenschaft-

lichen Hand- und Wörterbüchern sowie Fachzeitschriften.

Die Tendenz, die gesundheitliche Bedeutung von Religion bzw. Spiritualität erst am Ende des Lebens zuzuerkennen, also dann, wenn Betroffene sich mit größerer Wahrscheinlichkeit mit dem Sinn des Lebens und einem etwaigen postmortalen Dasein auseinandersetzen, kann dazu führen, dass die teils das alltägliche Gesundheitsverhalten und -bewusstsein prägende Kraft religiöser/spiritueller Lebensorientierungen und Praktiken zu wenig Berücksichtigung findet. Dabei bietet doch gerade die interdisziplinäre und methodenplurale Gesundheitswissenschaft die Chance, die gesundheitliche Relevanz religiöser und spiritueller Faktoren in allen Lebensbereichen und -situationen zu erfassen. Zudem könnte sie ein verkürztes Religions- bzw. Spiritualitätsverständnis, das entsprechende Engführungen bedingen kann, um die notwendige sozialmedizinische und religionssoziologische Perspektive ergänzen (vgl. auch den Hinweis bei Badura 2011, S. 28). Der (zu Unrecht anachronistisch wirkende) Religionsbegriff, der den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs in Deutschland derzeit dominiert, erinnert daran, dass eine gesellschaftlich-systemische Sicht auf Religion bzw. Spiritualität für die Gesundheitsforschung von Belang ist. Beide Phänomene können und dürfen trotz der makrosozial bedingten bzw. ermöglichten Subjektivierung des Glaubens nicht ausschließlich individualpsychologisch verstanden werden. Im Idealfall kreist auch die gesundheitsbezogene Religionsforschung um das *crux interpretum* jeder sozialwissenschaftlich orientierten Disziplin: um das nur schwer fassbare Verhältnis zwischen Mikro- und Makroebene. Wenn man denn die üblich gewordene heuristische Differenzierung von Religion (im Sinne von Kirchlichkeit) und Spiritualität (im Sinne autonomer Suchbewegungen) ak-

zeptieren mag, so lässt sich dieses Kreisen präzisieren: Es geht um den Zusammenhang zwischen Gesundheit/Krankheit und Spiritualität(en) in religiösen Milieus unter den Rahmenbedingungen eines spezifischen Gesundheitssystems sowie eines bestimmten soziokulturellen Umfeldes.

Es ist Zeit, dass die in den USA bereits florierende Erforschung der „Religion-Health Connection“ um eine möglichst ideologiefreie gesundheitswissenschaftliche Perspektive ergänzt wird. Die in den Tabellen 5 und 6 aufgeführten Leuchtturmbeispiele zeigen bereits an, wie vielversprechend und vielseitig ein solches Unterfangen sein kann. Die seit 2002 steigende Zahl gesundheitswissenschaftlicher Beiträge, die religiöse und/oder spirituelle Aspekte zumindest tangieren, könnte ein Hinweis darauf sein, dass dem gegenwärtig noch marginalisierten Thema Religion/Spiritualität zukünftig mehr Aufmerksamkeit in der deutschen Public Health-Forschung geschenkt werden sollte.

Referenzen

1. Aaron KD, Levine D, Burstin HR (2003): African American Church Participation and Health Care Practices. *Journal of General Internal Medicine* 18(11); 908-913
2. Allegranzi B, Memish ZA, Donaldson M, Pittet D (2009): Religion and Culture. Potential Undercurrents Influencing Hand Hygiene Promotion in Health Care. *American Journal of Infection Control* 37(1); 28-34
3. Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.) (2008): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Schattauer, Stuttgart New York
4. Badura B (2011): Kooperation und Gesundheit. Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft*

- und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag, Wiesbaden
5. Baier K (2006): Unterwegs zu einem anthropologischen Begriff der Spiritualität. In: K. Baier K, Sinkovits J (Hrsg.): Spiritualität und moderne Lebenswelt. LIT, Wien: LIT
 6. Baumann K (2008): Macht Glaube gesund? Zum Effekt religiösen Glaubens in Prävention und Krankheitsbewältigung. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31(2); 61-64
 7. Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg.) (2010): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbetreuung. Urban & Fischer, München
 8. Becker T, Knapp M, Chisholm D, McCrone P, Knudsen HC, Schene A, Thornicroft G, Leese M, Tansella M, Vázquez-Barquero, EPSILON Study Group (2002): Die EPSILON-Studie. Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren. *Journal of Public Health* 10(1); 72-94
 9. Bergdolt K (2004): Das Gewissen der Medizin. Beck, München
 10. Bergler R (2009): Psychologie der Hygiene. Steinkopff Verlag, [o. A.]
 11. Bleiler L-M (2010): Strafbarkeitsrisiken des Arztes bei religiös motiviertem Behandlungsveto. Springer, Berlin Heidelberg
 12. Bochinger C, Engelbrecht M, Gebhardt W (2009): Die unsichtbare Religion in der sichtbaren Religion. Formen spiritueller Orientierung in der religiösen Gegenwartskultur. Kohlhammer, Stuttgart
 13. Borck S (2006): Seelsorge und Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49(11); 1122-1131
 14. Brewer EDC (1979): Life Stages and Spiritual Well-Being. In: Moberg DO (Hrsg.): *Spiritual Well-Being. Sociological Perspectives*. University Press of America, Washington
 15. Bruchhausen W (2011): Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim München
 16. Brüggemann S, Irle H, Mai H (2007): *Psychembel Sozialmedizin*. Walter de Gruyter, Berlin New York
 17. Brzoska P, Razum O (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18(3-4); 151-161
 18. Burchert H (2011): *Lexikon Gesundheitswesen*. NWB Verlag, Herne
 19. Büssing A (2008): Spiritualität. Inhaltliche Bestimmung und Messbarkeit. *Prävention* 31(2); 35-37
 20. Büssing A, Kohls N (Hrsg.) (2011): *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Springer, Berlin Heidelberg New York
 21. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF (2008): Adaptive Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten. *Prävention* 31(2); 51-53
 22. Carels J, Pirk O (2005): *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z*. Springer, Berlin Heidelberg
 23. Chatters L (2000): Religion and Health: Public Health Research and Practice. *Annual Review of Public Health* 21; 335-367
 24. Dessio W, Wade C, Chao M, Kronenberg F, Cushman LE, Kalmuss D (2004): Religion, Spirituality, and Healthcare Choices of African-American Women. Results of a National Survey. *Ethnicity & Disease* 14(2); 189-197

25. Dettmeyer R, Schmidt P, Madea B (2000): Rechtsgrundlagen und Ermessensspielräume bei der amtsärztlich angeordneten Obduktion (Verwaltungssektion). *Das Gesundheitswesen* 62; 25-29
26. Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) (2007-2010a): Einführungs- werke in Public Health. <http://web143. berta.alroma.de/informationen/einfuehrun gswerke/>, <http://www.webcitation.org /5y20kK3E1> (18.04.2011)
27. Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) (2007-2010b): Fachzeit- schriften. <http://web143.bertha.alroma.de/ informationen/fachzeitschriften/>, <http:// www.webcitation.org/5y20rPCRy> (18.04.2011)
28. Draxler T, Ostermann H, Honekamp W (2011): Relationship between Asian martial arts and health-related quality of life in Germany. *Journal of Public Health* 19(1); 57-64
29. Durkheim É (1984): Die elementaren Formen des religiösen Lebens. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
30. Ellison CG, Levin JS (1998): The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education & Behavior* 25(6); 700-720
31. Ellison CG, Taylor RJ (1996): Turning to Prayer. Social and Situational Antecedents of Religious Coping among African Americans. *Review of Religious Research* 38(2); 111-131
32. Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.) (2010): Religion und Krankheit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
33. Evans-Pritchard EE (1937): Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande. Oxford University Press, Oxford
34. Fehr R (2009): Naturbezüge in der ökologischen Gesundheitsförderung. *Public Health Forum* 17(62); 10-11
35. Fischer M (2009): Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. LIT, Münster
36. Frick E (2011): Spiritual Care. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim München
37. Fydrich T, Ülsmann D (2011): Komorbidität chronischer somatischer Erkrankung und psychischer Störungen. Problem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheits- schutz* 54(1); 108-119
38. Grundmann CH (2006): Health, Healing, and Salvation. Religious Implications of the Quest for Health. In: Difäm (Hrsg.): *Religion, Faith and Public Health. Documentation on a Consultation*. Difäm Press, Tübingen
39. Grundmann CH (2010): Heilung statt Erlösung? Wege zum Menschen 62(1); 2-15
40. Gutzwiller F (1993): Gesundheitswissen- schaften (Public Health). Eine interdis- ziplinäre Aufgabe. *Sozial- und Präventiv- medizin* 38(1); 1-7
41. Gwilt JR (1987): Public Health in the Bible. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 107; 247-248
42. Haas V (2003): *Materia Magica et Medica Hethitica*. 2 Bände. Walter de Gruyter, Berlin
43. Haisch J, Weitkunat R, Wildner M (1999): *Wörterbuch Public Health*. Huber, Bern
44. Hanegraaff WJ (1996): *New Age Religion and Western Culture. Esotericism in the Mirror of Secular Thought*. Brill, Leiden u.a.
45. Hasseler MK, von der Heide M, Indefrey S (2011): Resources and barriers to effective diabetes care management. Experiences and perspectives of people with type 2 diabetes. *Journal of Public Health* 19(1); 65-71

46. Häusermann R, Koelbing H, Biener K (1984): Präventivmedizin in den alten Religionen. Sozial- und Präventivmedizin 29; 72-77
47. Henning A, Greiner W (2000): Organknappheit im Transplantationswesen. Lösungsansätze aus ökonomischer Sicht. Das Gesundheitswesen 62; 93-99
48. Hoheisel K, Klimkeit H-J (Hrsg.) (1995): Heil und Heilung in den Religionen. Harrassowitz, Wiesbaden
49. Holt CL, McClure S (2006): Perceptions of the Religion-Health Connection Among African American Church Members. Qualitative Health Research 16(2); 268-281
50. Huber S (2008): Der Religiositäts-Struktur-Test (R-S-T). Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 31(2); 38-39
51. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim München
52. Husebø S, Klaschik E (2009): Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Springer, Berlin
53. Hüsgen H-A (2008): Spiritualität und Gesundheit. Der Selbstbezug zu den besonderen Lebenskräften. Prävention 31(2); 47-50
54. Iannaccone LR, Stark R, Finke R (1998): Rationality and the „Religious Mind“. Economic Inquiry 36(3); 373-389
55. Jensen OM (1983): Cancer Risk among Danish Male Seventh-Day Adventists and other Temperance Society Members. Journal of the National Cancer Institute 70(6); 1011-1014
56. Kahn HA, Phillips RL, Snowdon DA, Choi W (1984): Association between reported diet and all-cause mortality. Twenty-one-year follow-up on 27530 adult Seventh-Day Adventists. American Journal of Epidemiology 119(5); 775-787
57. Karenberg A, Leitz C (Hrsg.) (2000): Heilkunde und Hochkultur I. Geburt, Seuche und Traumdeutung in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. LIT, Münster
58. Karenberg A, Leitz C (Hrsg.) (2002): Heilkunde und Hochkultur II. „Magie und Medizin“ und „Der alte Mensch“ in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. LIT, Münster
59. Khan GM (1982): Personal Hygiene in Islam. Ta-Ha Publishers, London
60. Kiefer F (2010): Neurobiologie und Suchterkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(4); 284-288
61. Kirch W (2004): Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften jetzt im Springer-Verlag Heidelberg. Journal of Public Health 12(1); 1
62. Klein C, Albani C (2011): Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit. Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 3(1)
63. Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.) (2011): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Juventa, Weinheim München
64. Klemperer D (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Hans Huber, Bern
65. Kloke M, Reckinger K, Kloke O (Hrsg.) (2009): Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
66. Knipping CH (Hrsg.) (2008): Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern
67. Knoblauch H (2006): Soziologie der Spiritualität. In: Baier K (Hrsg.): Handbuch Spiritualität. Zugänge – Traditionen – Interreligiöse Prozesse. WBG, Darmstadt
68. Koch U, Mehnert A, Strauß B (2011): Psychologische Interventionen bei chronisch körperlich kranken Patienten mit psychischer Komorbidität. Bundesge-

- sundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54(1); 29-36
69. Koch U, Willich SN (2006): Körper, Psyche, Spiritualität. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(8); 719-721
70. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB (2001): Handbook of Religion and Health. Oxford University Press, Oxford u.a.
71. Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M, Büssing A, Farin E, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W, Münch K, Petersen-Ewert C, von Steinbüchel N, Wieseler B (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. Das Gesundheitswesen 71; 864-872
72. Kolta KS, Schwarzmann-Schafhauser D (2000): Die Heilkunde im Alten Ägypten. Franz Steiner Verlag, Stuttgart
73. Kränzle S, Schmid U, Seeger C (Hrsg.) (2010): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. Springer, Berlin
74. Kreß H (2003): Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin. Kohlhammer, Stuttgart
75. Kuratsune M, Ikeda M, Hayashi T (1986): Epidemiologic Studies on Possible Health Effects of Intake of Pyrolyzates of Foods, with Reference to Mortality among Japanese Seventh-Day Adventists. Environmental Health Perspectives 67; 143-146
76. Laaser U, Wolters P (1989): Das Gesundheitswissenschaftliche Graduiertenstudium der Universität Bielefeld im Rahmen vergleichbarer Bestrebungen. Sozial- und Präventivmedizin 34; 223-226
77. Levin JS (1996): How Religion Influences Morbidity and Health: Reflections on Natural History, Salutogenesis and Host Resistance. Social Science & Medicine 43(5); 849-864
78. Levin JS (2009): „And Let Us Make Us a Name“. Reflections on the Future of the Religion and Health Field. Journal of Religion and Health 48(2); 125-145
79. Levin JS, Chatters LM, Ellison CG, Taylor RJ (1996): Religious involvement, health outcomes, and public health practice. Current Issues in Public Health 2; 220-225
80. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ (1995): Religious Effects on Health Status and Life Satisfaction among Black Americans. The Journal of Gerontology Series B 50B(3); 154-163
81. Levin JS, Chatters LM, Taylor RJ (2005): Religion, Health and Medicine in African Americans. Implications for Physicians. Journal of the National Medical Association 97(2); 237-249
82. Levin JS, Schiller PL (1987): Is there a Religious Factor in Health? Journal of Religion and Health 26(1); 9-36
83. Levin JS, Vanderpool HY (1987): Is Frequent Religious Attendance Really Conductive to Better Health? Toward an Epidemiology of Religion. Social Science and Medicine 24(7); 589-600
84. Levin JS, Vanderpool HY (1989): Is Religion Therapeutically Significant for Hypertension? Social Science and Medicine 29(1); 69-78
85. Levin JS, Vanderpool HY (1991): Religious Factors in Physical Health and the Prevention of Illness. Journal of Prevention & Intervention in the Community 9(2); 41-64
86. Linardakis M, Bertias G, Sarri K, Papadaki A, Kafatos A (2008): Metabolic syndrome in children and adolescents in Crete, Greece, and association with diet quality and physical fitness. Journal of Public Health 16(6); 421-428
87. Lütz M (2005): Gesundheit und Anti-Aging. Über Risiken und Nebenwirkungen einer neuen Religion. Deutsche medizi-

- nische Wochenschrift 130; 2952-2955
88. Lütz M (2006): Gesundheit – das höchste Gut? Die religiöse Überforderung des Gesundheitsbegriffs. Bachem, Köln
 89. Lütz M (2008): Erhebet die Herzen, beugtet die Knie. Gesundheit als Religion: Vorsorge, Enthaltbarkeit, Sport – das ist die neue Dreifaltigkeit. Ein Gotteslästerer, der dies bezweifelt. Die Zeit 17 (17.4.2008)
 90. Lux R, Walter U (2006): Bevölkerungsbezogene Etablierung präventiv wirksamer Nahrungs- und Lebensmittelzusätze. Barrieren und Widerstände. Das Gesundheitswesen 68; 383-391
 91. Marckmann G (2009): Ist eine gesetzliche Impfpflicht ethisch zu rechtfertigen? Public Health Forum 17(63); 8-9
 92. Mehnert A (2006): Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(8); 780-787
 93. Mehnert A, Schröder AS, Puhlmann K, Müllerleile U, Koch U (2006): Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmungen und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49(11); 1087-1096
 94. Meserve HC (1969): Editorial. The Availability of Health. Journal of Religion and Health 8(2); 103-106
 95. Meyer-Steinig T, Sudhoff K (1950): Geschichte der Medizin im Überblick. Gustav Fischer, Jena
 96. Moberg DO (1951): Religion and Personal Adjustment in Old Age. A Study of Some Aspects of the Christian Religion in Relation to Personal Adjustment of the Aged in Institutions. Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis
 97. Moberg DO (1953a): Church Membership and Personal Adjustment in Old Age. Journal of Gerontology 8; 207-211
 98. Moberg DO (1953b): The Christian Religion and Personal Adjustment in Old Age. American Sociological Review 18(1); 87-90
 99. Moberg DO (1956): Religious Activities and Personal Adjustment in Old Age. Journal of Social Psychology 43; 261-267
 100. Moberg DO (1974): Spiritual Well-Being in Late Life. In: Gubrium JF (Hrsg.): Late Life. Communities and Environmental Policy. Charles C. Thomas, Springfield
 101. Moberg DO (1979): The Development of Social Indicators of Spiritual Well-Being for Quality of Life Research. In: Moberg DO (Hrsg.): Spiritual Well-Being. Sociological Perspectives. University Press of America, Washington
 102. Moberg DO (2001): The Reality and Centrality of Spirituality. In: Moberg DO (Hrsg.): Aging and Spirituality. Spiritual Dimensions of Aging Theory, Research, Practice, and Policy. The Haworth Press, Binghamton
 103. Mons U, Pötschke-Langer M (2010): Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention. Evidenz, Erfolge und Barrieren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53(2); 144-151
 104. Moore T (1992): The African-American Church. A Source of Empowerment, Mutual Help, and Social Change. In: Pargament KI, Maton KI, Hess RE (Hrsg.): Religion and Prevention in Mental Health. Research, Vision, and Action. Haworth Press, Binghamton
 105. Murken S (1999): Die John Templeton Foundation. EZW Materialdienst 62; 313-315
 106. Murken S (2008): Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“. Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 31(2); 57-60
 107. Müri W (1986): Der Arzt im Altertum.

- Griechische und lateinische Quellenstücke von Hippokrates bis Galen mit der Übertragung ins Deutsche. Artemis Verlag, München Zürich
108. Nairn RC, Merluzzi TV (2003): The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 12(5); 428-441
109. Newman G (1932): *The Rise of Preventive Medicine*. Oxford University Press, London
110. Niehoff J-U, Braun B (2003): *Sozialmedizin und Public Health*. Nomos, Baden-Baden
111. Parr D (2007): *Nichtraucherschutz vom 27.4.2007*. Rede vor dem Deutschen Bundestag. <http://www.detlef-parr.de/files/4041/1204209216.pdf> (18.04.2011)
112. Phillips RL, Kuzma JW (1977): *Rationale and Methods for an Epidemiologic Study of Cancer among Seventh-Day Adventists*. National Cancer Institute Monograph 47; 107-112
113. Phillips RL, Kuzma JW, Beeson WL, Lotz T (1980): *Influence of Selection versus Lifestyle on Risk of Fatal Cancer and Cardiovascular Disease among Seventh-Day Adventists*. *American Journal of Epidemiology* 112(2); 296-314
114. Porter D (1999): *Health, Civilization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Routledge, London New York
115. Razum O, Spallek J, Zeeb H (2011): *Migration und Gesundheit*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
116. Reuter K, Härter M (2011): *Screening und Diagnostik komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54(1); 22-28
117. Roviš D (2010): *Capacity building for health promotion and drug prevention in Croatia*. *Journal of Public Health (Online FirstTM)*; [1]-[12]
118. Rudolph U, Schweizer J, Thomas A (2006): *Kontrollüberzeugungen und subjektive Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. Zur Bedeutung von Mechanismen der Krankheitsbewältigung*. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1(3); 182-189
119. Sarkar NN (2006): *Emergency contraception. A contraceptive intervention approaching target despite controversy and opposition*. *Journal of Public Health* 14(3); 164-173
120. Scandrett Jr. A (1996): *Health and the Black Church*. *Journal of Religion and Health* 35(3); 231-244
121. Scheier MF, Carver CS (1985): *Optimism, Coping, and Health. Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies*. *Health Psychology* 4(3); 219-247
122. Schmucker K (2009): *Ist Spiritualität katholisch? Ökumenische Reflexionen*. In: Frick E, Roser T (Hrsg.): *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. Kohlhammer, Stuttgart
123. Schott T, Hornberg C (2011): *Vorwort*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
124. Schott T, Hornberg C (Hrsg.) (2011): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
125. Schröder-Bäck P (2011): *Ethik und Public Health*. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
126. Schwartz F, Badura B et al. (Hrsg.) (2003): *Das Public Health Buch*. Urban & Fischer, München Jena

127. Shatenstein B, Ghadirian P (1998): Influences on Diet, Health Behaviors and their Outcome in Select Ethnocultural and Religious Groups. *Nutrition* 14(2); 223-230
128. Shatenstein B, Ghadirian P, Lambert J (1993a): Nutritional Intakes and Some Health-Relevant Behaviours in Ultra-Orthodox (Hassidic) Jewish Sects in Montreal. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 44(2); 105-121
129. Shatenstein B, Ghadirian P, Lambert J (1993b): Influence of the Jewish Religion and Jewish Dietary Laws (Kashruth) on Family Food Habits in an Ultra-Orthodox Population in Montreal. *Ecology of Food and Nutrition* 31(1-2); 27-44
130. Siegrist J (1993): Ziele und Inhalte des Zusatzstudiengangs „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin“ der Universität Düsseldorf. *Journal of Public Health* 1(2); 185-189
131. Siegrist J (2003): Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte. In: Schwartz F, Badura B et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. Urban & Fischer, München Jena
132. Snowdon DA (1988): Animal Product Consumption and Mortality because of all Causes Combined, Coronary Heart Disease, Stroke, Diabetes, and Cancer in Seventh-Day Adventists. *The American Journal of Clinical Nutrition* 48; 739-748
133. Staender J (2011): Krankenhaus und Public Health. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag, Wiesbaden
134. Stiehler M (2001): Gesundheit als Sehnsucht. Religiöse Aspekte des Gesundheitsbegriffs. *Journal of Public Health* 9(1); 24-37
135. Stolberg M (2007): „Cura palliativa“. Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500-1850). *Medizinhistorisches Journal* 42; 7-29
136. Student J-C, Napiwotzky A (2007): *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*. Thieme, Stuttgart New York
137. Thanner M, Loss J, Nagel E (2010): Ärztliches Leitbild aus vertragsärztlicher Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 72(8/9); P35
138. Utsch M, Klein C (2011): Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein C, Berth H, Balck F (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim München
139. Van Ness PH (1999): Religion and Public Health. *Journal of Religion and Health* 38(1); 15-26
140. Van Ness PH (2003): Epidemiology and the Study of Religion. *Religion* 33; 147-159
141. Vinz D, Dören M (2007): Diversity policies and practices. A new perspective for health care. *Journal of Public Health* 15(5); 369-376
142. Walach H (2006): Verfahren der Komplementärmedizin. Beispiel: Heilung durch Gebet und geistiges Heilen. Ein Beitrag zur Diskussion. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49(8); 788-795
143. Walach H, Kohls N (2008): Spiritualität als Ressource. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 31(2); 42-46
144. Wallace Jr. JM, Forman TA (1998): Religion's Role in Promoting Health and Reducing Risk Among American Youth. *Health Education & Behavior* 25(6); 721-741
145. Waller H (2002): *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health*. Kohlhammer, Stuttgart
146. Weissenberger-Leduc M (2008): *Handbuch der Palliativpflege*. Springer,

- Wien New York
147. Weissenrieder A, Etzelmüller G (2010): Christentum und Medizin. Welche Kopplungen sind lebensförderlich? In: Etzelmüller G, Weissenrieder A (Hrsg.): Religion und Krankheit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
148. Westendorf W (1999): Handbuch der altägyptischen Medizin. 2 Bände. Brill, Leiden Boston Köln
149. World Health Organization (WHO) (2011): WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, <http://www.webcitation.org/5y21gb6u1> (17.4.2011)
150. Wulff DM (2001-2002): The Psychology of Religion and the Problem of Apologetics. *Temenos* 37-38; 241-261
151. Wunn I (2006): Muslimische Patienten. Chancen und Grenzen religionspezifischer Pflege. Kohlhammer, Stuttgart

Eingereicht: 17.04.2011, Reviewer: Joachim Fischer, Thomas Draxler, N.N., überarbeitet eingereicht: 10.06.2011, online veröffentlicht: 07.08.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Nikola Wiegeler.

Zu zitieren als:

Jeserich F: Religion, Spiritualität und Gesundheitswissenschaft: Eine formale und inhaltliche Analyse deutscher Fachbücher und Zeitschriften. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler* 2011/3(1)

Please cite as:

Jeserich F: Religion, spirituality and public health: A formal and content-related analysis of German textbooks and journals. *German Journal for Young Researchers* 2011/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/60/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-607

ARBEITSBERICHT: MEDIZIN

Es hilft zu wissen, dass der Schmerz kommt und wieder geht

Achtsamkeit und Spiritualität

Monika Kögler

Klinikum der Universität München-Großhadern, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin

Kontakt

Monika Kögler, Dipl.-Psych., Dipl.-Theol.
Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin
Klinikum der Universität München-Großhadern
Marchioninistrasse 15
81377 München

Tel.: +49 (0)89 7095-7927

E-Mail: monika.koegler@med.uni-muenchen.de**Zusammenfassung**

„Achtsamkeit“ hat in Medizin und Psychotherapie zunehmend an Interesse und Bedeutung gewonnen. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den buddhistischen Wurzeln des Konzepts und damit, wie dieses in das Gesundheitswesen übertragen wurde. Wenig erforscht ist, inwieweit die vermuteten Wirkfaktoren tatsächlich zutreffen, insbesondere in multimodalen Behandlungsprogrammen für spezielle Patientengruppen, in denen formale Meditation nicht im Vordergrund steht. Für die weitere Forschung hilfreiche Differenzierungen des Achtsamkeitskonzepts werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Achtsamkeit, Akzeptanz, Gewahrsein, Psychotherapie, Meditation, Trauer

It helps to know that pain comes and goes

Mindfulness and Spirituality

Abstract

Mindfulness has become a concept of increasing attention and impact in modern medicine and psychotherapy. In this text, the Buddhist roots of mindfulness will be described and how mindfulness has been integrated into the health care system. At the moment, there is little empirical evidence of the underlying mechanisms of mindfulness, particularly in multimodal interventions without a focus on formal meditation. Differentiations of the concept, which might be helpful for further research, will be discussed.

Keywords: Mindfulness, Acceptance, Awareness, Psychotherapy, Meditation, Grief

Einleitung

„Achtsamkeit“, ein ursprünglich buddhistisches Konzept, ist in der Komplementärmedizin und Psychotherapie populär geworden. Eine Suche nach dem Begriff (englisch: „Mindfulness“) in den Literaturdatenbanken MEDLINE und PsycINFO ergab über die letzten zehn Jahre hinweg einen exponentiellen Anstieg: von 38 Treffern im Jahr 2000 auf 547 Publikationen im Jahr 2009.¹ Achtsamkeit wird als Heilmittel für die unterschiedlichsten physischen und psychischen Leiden empfohlen und angewandt, von Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen bis hin zu chronischen Schmerzen und Krebserkrankungen. Auch zahlreiche Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Therapieansätze wurden bereits veröffentlicht (Baer 2003; Grossman et al 2004; Michalak et al 2006; Öst 2008). Noch wenig und erst in jüngster Zeit erforscht wurde, *wie* Achtsamkeit eigentlich wirkt bzw. ob die landläufig angenommenen Wirkprinzipien tatsächlich zutreffen. Dies hängt auch mit Schwierigkeiten in Definition und Operationalisierung zusammen (Bishop et al 2004; Shapiro et al 2006), wobei gerade auch die Popularität des Begriffs möglicherweise zu seiner Unschärfe beiträgt.

In diesem Beitrag sollen die Fragen diskutiert werden, wie sich therapeutisch angewandte Achtsamkeit zur spirituellen Praxis verhält und wie Menschen ohne vorherige Erfahrung mit Meditation das Konzept verstehen und in ihren Alltag einbauen können. Relevant ist dies insbesondere bei multimodalen Behandlungsprogrammen für spezielle Zielgruppen, bei denen formale Meditation nicht im Vordergrund steht. Abschließend sollen Differenzierungen genannt werden, die für die weitere Forschung hilfreich sein können.

¹ Es wurden alle Arten von Publikationen (empirische Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Bücher, Dissertationen, Rezensionen...) einbezogen.

Achtsamkeit im Buddhismus

Die lexikalische Bedeutung von „achtsam“ meint (v. a. in der Alltagssprache) „aufmerksam, wachsam“ oder auch „vorsichtig, sorgfältig“ (<http://www.duden.de>). Das Wort wird – entsprechend der ersten Bedeutung und doch darüber hinausgehend – zur Übersetzung eines zentralen Inhalts buddhistischer Lehre verwendet (in der Sprache der Originaltexte Pali: *Sati*). Dabei werden als treffendere Übertragung auch „Gewahrsein“ oder „Geistesgegenwart“ vorgeschlagen (Weber 2010).

Kabat-Zinn, der bereits in den 70er Jahren das Programm „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ entwickelte, definierte diese in einer vielfach rezipierten und nahe an den buddhistischen Lehrtexten orientierten Weise als „das Bewusstsein, das entsteht, indem man der sich entfaltenden Erfahrung von einem Moment zum anderen bewusst seine Aufmerksamkeit widmet, und zwar im gegenwärtigen Augenblick und ohne dabei ein Urteil zu fällen“² (Kabat-Zinn 2003).

Damit bezeichnet er einen Bewusstseinsprozess, etwas Veränderliches, das trainiert werden kann. In einer buddhistischen Übungsanweisung ist vom „reinen Beobachten“ die Rede, d.h. dem unabgelenkten Beobachten der äußeren und inneren Erfahrung in jedem Augenblick, ohne zu bewerten (Nyanaponika 2007). Eingübt wird Achtsamkeit in formaler Meditation, aber auch im Alltagsleben bei jeder Tätigkeit.

Als Objekt der Meditation steht in Buddhas Lehrrede von den „Grundlagen der Achtsamkeit“ der Körper – v.a. die Atmung – im Vordergrund; weitere Objekte sind Gefühle, Geisteszustände (z.B. Zerstreung) und Geistob-

² Englischer Originaltext: „An operational working definition of mindfulness is: the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment.“ Deutsche Übersetzung übernommen von Bohus & Huppertz, 2006.

jekte (Nyanaponika 2007). Die Beschreibung der mit Meditation verbundenen Bewusstseinsprozesse stellt sich als nicht trivial heraus (Bishop et al. 2004; Brown & Ryan 2003). Die Meditationstechniken ähneln sich und unterscheiden sich doch im Detail, sowohl im Buddhismus, innerhalb dessen Zazen und Vipassana in Deutschland die bekanntesten und diejenigen mit dem größten Einfluss auf das Achtsamkeitskonzept sein dürften, als auch in mystischen Richtungen anderer Religionen und Weltanschauungen. Im Folgenden werden vor allem Begriffe aus der Theravada-Tradition verwendet. Hilfreich erscheint eine Grundunterscheidung zwischen Konzentrationsmeditation (auch Ruhemeditation/Samatha genannt) und Einsichtsmeditation (z.T. auch Achtsamkeitsmeditation/Vipassana genannt). In ersterer werden Störungen nur registriert, um sofort zum Atem (oder einem anderen Objekt, z.B. einem Mantra) zurück zu kehren. Auf die letztgenannte bezieht sich vor allem die therapeutisch genutzte Achtsamkeit: Hierbei werden alle Ereignisse (Sinnesempfindungen, Gedanken, Gefühle) betrachtet, wie sie von Moment zu Moment im Feld des Gewahrseins entstehen und vergehen, ohne dabei zu bewerten (Nyanaponika 2007). Außergewöhnliche Bewusstseinszustände, die durch starke Konzentration entstehen können, werden nicht angestrebt.

Der Unterscheidung zwischen Konzentration und Achtsamkeit scheint die von einigen Autoren getroffene Differenzierung zwischen „fokussierter“ und „weiter“ Achtsamkeit bzw. zwischen Aufmerksamkeit und Gewahrsein, einem engen Fokus und einer weitwinkligen Einstellung des Bewusstseins zu entsprechen (Huppertz 2009). Dabei sind die beiden Qualitäten eng verzahnt und bedingen sich gegenseitig, sie werden als Kontinuum bzw. als „Vordergrund-Hintergrund-Phänomen“ beschrieben. Ein gewisses Maß an fokussierter Achtsamkeit scheint als Basis für weite Acht-

samkeit nötig, um den Geist zunächst zu sammeln und zur Ruhe zu bringen und es überhaupt zu ermöglichen, eine Weile bei der Übung zu bleiben (Brown & Ryan 2003; Rapgay & Bystrisky 2009).

„Rechte Achtsamkeit“ hat als Element des achtfachen Pfades zur Leidensaufhebung und als erstes der sieben Erleuchtungsglieder einen zentralen Stellenwert innerhalb des buddhistischen Lehrgebäudes (Nyanaponika 2007). Sie ist Werkzeug zur Befreiung vom Leiden, weil sie hilft, die Wirklichkeit klar zu sehen, wie sie ist: die Unbeständigkeit und Vergänglichkeit aller Dinge zu erkennen und das Leid zu überwinden, das dadurch entsteht, dass wir an Angenehmem festhalten und Unangenehmes vermeiden wollen.

Wenn hier von Achtsamkeit als Teil einer spirituellen Praxis die Rede ist, ist damit ein sehr weiter Spiritualitätsbegriff gemeint, etwa „als subjektiv erlebte[r] Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditioneller Religiosität verortet sein kann“, als Suche „nach Antworten auf die Frage nach der Bedeutung von Leben, Krankheit und Tod“ (Zwingmann 2004). Vipassana wird etwas als „jedem frei zugängliche Technik, die nichts mit Religion oder Weltanschauung zu tun hat“ beschrieben, es gehe darum, „die Dinge so zu sehen, wie sie wirklich sind“ (Vipassana-Vereinigung 2007)

Therapeutisch genutzte Achtsamkeit erscheint als nicht ganz deckungsgleich mit spiritueller Achtsamkeitspraxis (Rapgay & Bystrisky 2009), wobei sich - wie sich zeigen wird - auch die achtsamkeitsbasierten Therapieansätze in ihrer Nähe zur spirituellen Übung unterscheiden.

Achtsamkeit in der Therapie

Seit Ende der 70er Jahre sind mehrere therapeutische Ansätze entstanden, die Achtsamkeit in unterschiedlicher Weise thematisieren

und trainieren.³ Jon Kabat-Zinn begann 1979 „Stressbewältigung durch Achtsamkeit“ (Mindfulness Based Stress Reduction/MBSR) als komplementärmedizinische Methode für Menschen mit therapieresistenten chronischen Erkrankungen zu lehren. Inhalt des von ihm entwickelten Programms, das durch eigene Erfahrung mit Vipassana-Meditation inspiriert ist, ist das Training in formeller Meditation in Form von achtsamer Körperwahrnehmung (Body-Scan), Sitz- und Gehmeditation sowie Hatha-Yoga, aber auch in Form von informeller Achtsamkeit bei Alltagstätigkeiten. Es wird für Personen in unterschiedlichsten Belastungssituationen angeboten – von chronischen Erkrankungen bis Burnout-Prophylaxe. Erweiterte und modifizierte Varianten gibt es für Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen, insbesondere in Verbindung mit Elementen kognitiver Verhaltenstherapie zur Rückfallprophylaxe von Depressionen (Mindfulness Based Cognitive Therapy/MBCT). Besonderer Wert wird auf die eigene Erfahrung und kontinuierliche Übung der Lehrenden gelegt.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) entwickelte Marsha Linehan Anfang der 80er Jahre vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit Meditation (u.a. Zen). Achtsamkeitsübungen werden eingesetzt, um Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (kennzeichnend: Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild) bei der Emotionsregulation zu unterstützen (Linehan 1996). Dabei handelt es sich nicht vorwiegend um formale Meditationspraxis, sondern umfassender um die Übung darin, äußere (Sinneswahrnehmungen) und innere (Gedanken, Ge-

fühle) Prozesse wertfrei wahrzunehmen und zu beschreiben, z.B. „Im Moment habe ich den Gedanken, dass...“

Ähnlich bietet die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, Steven Hayes) ein breites Repertoire von Achtsamkeitsübungen an und kombiniert sie mit weiteren therapeutischen Techniken. Der Ansatz, der seinen theoretischen Hintergrund in einer psychologischen Theorie von Sprache und Kognition hat, sieht die Ursache vieler Probleme darin, dass wir unsere Gedanken zu wörtlich nehmen, sie mit der Realität verwechseln, keine Distanz zu ihnen haben („Fusion“) und dass wir unangenehme Erfahrungen zu vermeiden versuchen. Therapeutisches Ziel ist demgegenüber Akzeptanz dessen was ist und flexibles Handeln in jedem Augenblick, ausgerichtet an eigenen Werten. Jede Methode, die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment und eine Haltung von Akzeptanz erhöht, gilt dabei als Achtsamkeits-Methode (Hayes & Shenk 2004). Es werden zahlreiche Metaphern und Übungen vorgeschlagen, z.B. die Anweisung, sich Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle – ohne formale Meditation – als vorbeifahrende Eisenbahnwaggons vorzustellen oder als Internet Pop-up-Werbung.

Achtsamkeit als therapeutischer Ansatz wird in den dargestellten Therapieansätzen sowohl als formelle Meditationsübung (v.a. MBSR/MBCT) als auch als eine Vielzahl weiterer Übungen im Alltag (v.a. DBT, ACT) beschrieben. Innerhalb der Verhaltenstherapie ist die Rede von einer so genannten „Dritten Welle“ (Hayes 2004) – nach den klassischen behavioralen Methoden und der kognitiven Wende – von Therapieverfahren, die Ansätze anderer Traditionen (z.B. humanistische Therapie, Buddhismus) integrieren und Themen wie Achtsamkeit und Akzeptanz, Emotionen, therapeutische Beziehung und Werte aufgreifen.

³ Die Sozialpsychologin Ellen Langer definiert in einem von den therapeutisch orientierten Definitionen leicht unterschiedlichen Ansatz Achtsamkeit als einen aktiven kognitiven Prozess, neue Unterscheidungen zu machen und damit z.B. Vorurteilen entgegenzuwirken (Langer & Moldoveanu 2000).

Als Wirkmechanismus von Achtsamkeit wird die innere Distanzierung von Gedanken und Gefühlen vermutet (Bohus & Huppertz 2006; Hayes 2002; Shapiro et al. 2006). Dieser innere Abstand führe zu einer verstärkten Fähigkeit, sich bei unangenehmen Gefühlen auf gesündere Weise selbst zu regulieren und weniger auf Vermeidungsverhalten und ungesunde Verhaltensweisen (z.B. Trinken, Fernsehen...) auszuweichen. Zudem ermögliche diese Distanz, sein Handeln aktiver an eigenen Werten auszurichten, statt automatisch zu reagieren. Insgesamt werde durch eine Stärkung des „inneren Beobachters“ der automatische Handlungsdruck reduziert und die Möglichkeit zu flexiblen Antworten in jedem Augenblick erweitert. Die damit verbundene verbesserte Fähigkeit, unangenehme Emotionen auszuhalten, statt sie zu vermeiden, ist therapeutisch bedeutsam, da Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltende Bedingung vieler psychischer Störungen gilt und Exposition als Therapie der Wahl z.B. bei Angststörungen oder chronischen Schmerzen.

Die Forschung, inwieweit die vermuteten Zusammenhänge tatsächlich therapeutisch wirksam sind, steht erst in den Anfängen und gestaltet sich besonders schwierig, wenn mehrere Interventionsmethoden kombiniert werden.

Ein psychotherapeutisches Unterstützungsangebot für Angehörige von Palliativpatienten, das am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin in München durchgeführt wird (Projektleiter Dr. habil. M. Fegg, Lehrstuhl Prof. G. D. Borasio), integriert u.a. das Konzept der Achtsamkeit. Thema der Teilnehmenden an dem Gruppenangebot ist die Trauer um einen sterbenden oder verstorbenen Angehörigen. Im Trauerprozess kann Achtsamkeit bedeuten:

- In die Gegenwart zu kommen und Abstand zu gewinnen von kreisenden Gedanken, z.B. „Habe ich alles getan, was ich tun konnte?“

- Unangenehme oder tabuisierte Gefühle zuzulassen (z.B. Trauer, Wut auf den Verstorbenen) und ihr Auf und Ab zu beobachten mit dem Wissen, dass sie kommen und gehen, „auf den Wellen der Trauer zu reiten“ (Kumar 2005), ohne sich von ihnen fortreiben zu lassen.

Erste Erfahrungen zeigen, dass Achtsamkeitsübungen von den Teilnehmenden sehr unterschiedlich verstanden werden: als Entspannung, Atemtherapie, in die Nähe suggestiver Verfahren gerückt. Statt von „Achtsamkeit“ sprechen sie teilweise – entsprechend der Alltagsbedeutung des Begriffs – von Aufmerksamkeit oder Wachsamkeit oder davon, auf sich selbst zu achten/für sich selbst gut zu sorgen.

Unabhängig von einer formalen Achtsamkeitspraxis scheint für Trauernde insbesondere die Erkenntnis wichtig, dass schmerzhaft Gefühle kommen und wieder gehen. Dies machen exemplarisch zwei (leicht geglättete) Zitate aus Interviews mit den Teilnehmenden deutlich:

„Es hilft zu wissen, dass der Schmerz kommt und wieder geht“ (Mann, 69 Jahre).

„Es ist eben jetzt so und du darfst auch traurig sein. Aber irgendwann ist das auch wieder vorbei und dann geht's auch wieder. Wenn ich aber dagegen ankämpfe oder das weg-schieben möchte, dann ist das schlecht“ (Frau, 58 Jahre).

Differenzierungen

Um noch besser zu verstehen, wie das buddhistische Konzept der Achtsamkeit oder Elemente daraus wirksam therapeutisch eingesetzt werden können – möglicherweise auch für unterschiedliche Personen- und Patientengruppen in differenzierter Form - erscheinen weitere inhaltliche Klärungen nötig.

- „Innere“ Achtsamkeit auf Bewusstseinsprozesse kann von „äußerer“ Achtsamkeit auf

Sinneswahrnehmungen – Sehen, Hören, Schmecken etc. – abgegrenzt werden (Huppertz 2009). Beide haben möglicherweise unterschiedliche therapeutische Effekte, wobei gerade in akuten Krisensituationen eine Fokussierung nach außen und damit verbundene „Ablenkung“ von Gedanken und Gefühlen hilfreich sein könnte (Wada & Park 2009).

- Bereits thematisiert wurde die Unterscheidung zwischen „fokussierter“ und „weiter“ Achtsamkeit: Erstere steht mehr in Verbindung mit Entspannung und Konzentration, Letztere wird als hilfreich für die Erkenntnis der Unbeständigkeit aller Dinge beschrieben.
- Die Art dieser Erkenntnis scheint auf unterschiedlicher Ebene möglich – als spirituelle Erfahrung, für die die meisten Menschen eine jahre- und jahrzehntelange Meditationspraxis benötigen oder als mehr kognitives und dennoch hilfreiches Wissen darum, dass auch schwierige Gefühle vorübergehen (Rapgay & Bystrisky 2009).
- Wie viel Übung ist nötig? Achtsamkeit kann als momentaner Bewusstseinszustand (state), aber auch als Persönlichkeitseigenschaft (trait) beschrieben werden (Brown & Ryan 2003). Beide hängen zusammen, wenn man von einer Art Talent ausgeht, das durch Training ausgebaut wird oder von einer Haltung, die mehr und mehr das ganze Leben durchzieht. Wenn als Haupt-Wirkmechanismus die Etablierung eines inneren Beobachters (Shapiro et al. 2006) beschrieben wird, erscheint das als etwas, was einer gewissen Übung bedarf.
- Achtsamkeit kann unterschiedlich kontinuierlich und „scharf“ sein. In der angestrebten Verfeinerung unterscheiden sich spirituelle und therapeutische Ansätze.
- Das gleiche gilt für das Ziel der Übung: hat Achtsamkeit eine Funktion innerhalb eines umfassenden Weges zur Befrei-

ung/Erleuchtung und erfordert langes und kontinuierliches Training oder ist sie ein Selbstzweck mit kurzfristigen positiven Effekten (Rapgay & Bystrisky 2009)? Dabei können sich die Ziele im Verlauf der Übung wandeln (Shapiro et al. 2006). Sowohl der buddhistischen als auch der therapeutisch eingesetzten Achtsamkeit geht es im Letzten um die Überwindung von Leiden.

- Akzeptanz wird häufig in einem Atemzug mit Achtsamkeit genannt, auch als Definitionsmerkmal. Allerdings ist nicht wertendes Wahrnehmen der Realität in jedem Augenblick nicht dasselbe wie die bewusste Entscheidung, die Realität anzunehmen wie sie ist (was wiederum nicht gleichbedeutend ist mit gutheißen), statt dagegen anzukämpfen und weiteres Leiden zu erzeugen (Linehan 1996). Möglicherweise fördert das eine das andere.

Insgesamt gilt für die Forschung vermutlich dasselbe wie für die Anwendung achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren: eigene Erfahrung ist hilfreich oder sogar notwendig. Die beschriebenen Mechanismen wurden vielfach aus eigener spiritueller Erfahrung in den Therapiekontext übertragen und es muss sich zeigen, inwieweit Mechanismen, die Frucht langjähriger regelmäßiger Übung sind, in „abgespeckter“ Form therapeutisch genutzt werden können bzw. wie viel Übung nötig ist.

Referenzen

1. Baer R A (2003): Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2); 125-143
2. Bishop S R, Lau M et al (2004): Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3); 230-241
3. Bohus M, Huppertz M (2006): Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie / Mechanisms of mindfulness-based psychotherapy.

- Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54(4); 265-276
4. Brown K W, Ryan R M (2003): The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4); 822-848
 5. Grossman P, Niemann L et al (2004): Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1); 35-43
 6. Hayes S (2002): Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9; 101-109
 7. Hayes S (2004): Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35; 639-665
 8. Hayes S C, Shenk C (2004): Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3); 249-254
 9. Huppertz M (2009): Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart: Achtsamkeit, Spiritualität und Vernunft in Psychotherapie und Lebenskunst. Junfermann, Paderborn
 10. Kabat-Zinn J (2003): Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2); 144-156
 11. Kumar S M (2005): Grieving mindfully: A compassionate and spiritual guide to coping with loss. New Harbinger Publications, Oakland, CA
 12. Langer E J, Moldoveanu M (2000): The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1); 1-9
 13. Linehan M (1996): Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München
 14. Michalak J, Heidenreich T et al (2006): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Gegenwartiger Forschungsstand und Forschungsentwicklung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(4); 241-253
 15. Nyanaponika (2007): Geistestraining durch Achtsamkeit. Die buddhistische Satipatthana-Methode (5 ed.). Beyerlein & Steinschulte, Stambach
 16. Öst L G (2008): Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3); 296-321
 17. Rappagay L, Bystrisky A (2009): Classical mindfulness: an introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172; 148-162
 18. Shapiro S L, Carlson L E et al (2006): Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3); 373-386
 19. Vipassana-Vereinigung (2007): Vipassana. <http://www.german.dhamma.org/deuvip.htm>, <http://www.webcitation.org/5sOSUNAhN> (31.8.2010)
 20. Wada K, Park J (2009): Integrating Buddhist psychology into grief counseling. *Death Studies* 33(7); 657-683
 21. Weber A M (2010): Achtsamkeit - ein Begriff zwischen den Welten. Teil 2 - Buddhistische Geistesgegenwart in therapeutischer Praxis. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 16(1); 61-73
 22. Zwingmann C (2004): Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In Zwingmann C & Moosbrugger H (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Waxmann, Münster

Eingereicht: 25.01.2011, nicht peer reviewed, online veröffentlicht: 02.05.2011, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Nicoletta Wojtera.

Zu zitieren als:

Kögler M: Es hilft zu wissen, dass der Schmerz kommt und wieder geht: Achtsamkeit und Spiritualität. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2010/3(1)

Please cite as:

Kögler M: It helps to know that pain comes and goes: Mindfulness and Spirituality. German Journal for Young Researchers 2010/3(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2011/1/80/>

URN: urn:nbn:de:0253-2011-1-803