

**RELIGIONSWISSENSCHAFT****Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit:  
Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell**Constantin Klein<sup>1</sup> • Cornelia Albani<sup>2</sup><sup>1</sup> Universität Bielefeld<sup>2</sup> 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/](http://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](http://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, Pyszczynski & 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

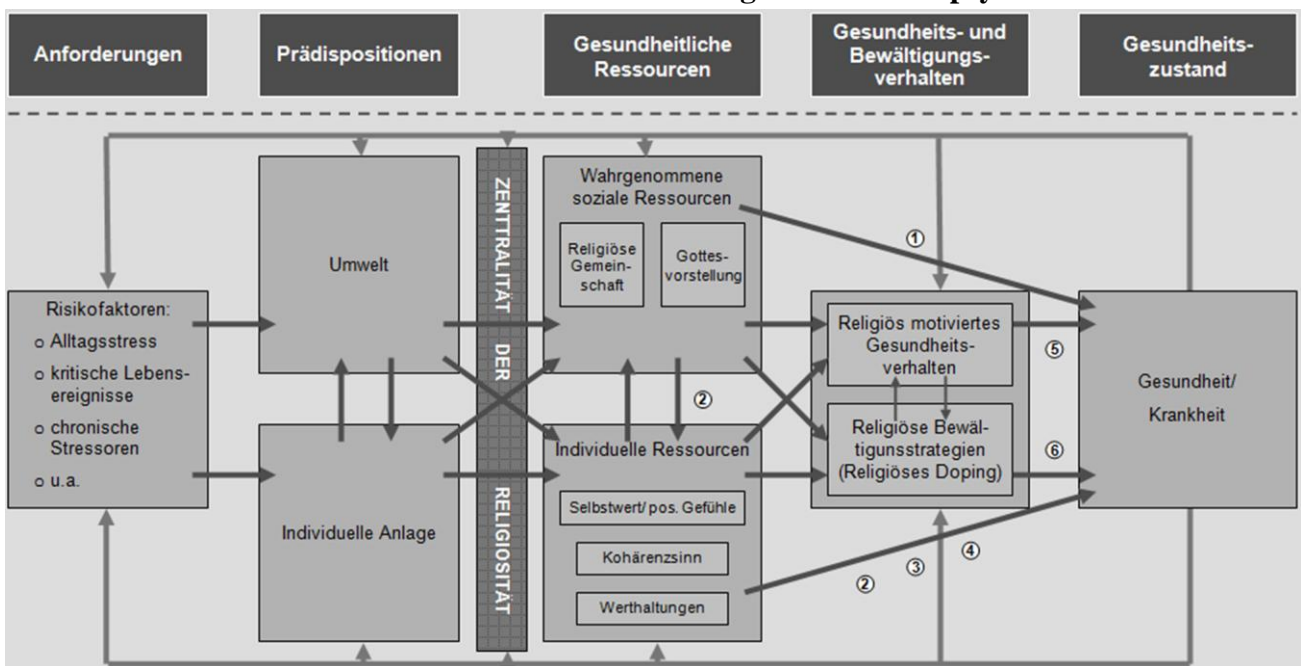
ähnlich auch Koenig, McCullough & Larson (2001), Bower, Epel und Moskowitz (2009) oder Mehnert und Höcker (2011) in ihren Modellen getan haben. Die bisherigen Modelle berücksichtigen jedoch entweder die inneren Dynamiken der Religiosität, wie sie sich erst durch das Zusammenspiel der in den sechs vorgestellten 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 Mäßigkeit 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 Gedanken, 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.anonymalkoholiker.de/content/01horiz/01schri.php](http://www.anonymalkoholiker.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/](http://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](http://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](http://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