

Gesundheit und „Glaubensfaktor“

Religiosität als Komplementärmedizin?

Es ist, als würden sich der Psychoboom der 70er und die Esoterik- und Alternativkonjunktur der 80er Jahre seit einiger Zeit in einer Gesundheitswelle fortsetzen. Nie war das Interesse an einem Wohlbefinden erhaltenden Lebensstil und an Komplementärmedizin so stark wie heute. Sowohl die Leistungsanforderungen als auch die „Erlebnisorientierung“ unserer Gesellschaft erheben die Gesundheit zu einem absoluten Höchstwert. Dies hat dazu beigetragen, daß neuerdings auch deutschsprachige Medien Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Religiosität beachten, die bisher nur im unbefangenen pragmatischen Meinungsklima der Vereinigten Staaten entstehen konnten. Dort befaßte sich 1994 ein Medizinerkongreß mit dem „Glaubensfaktor“. Dort verkündete 1996 der New-Age-orientierte Internist Larry Dossey in einem Buchtitel: „Gebet ist ein gutes Heilmittel“, und der Herzspezialist und Harvard-Professor Herbert Benson rechnete in seinem Buch „Heilung durch Glauben“ vor, daß man durch Selbstvorsorge, zu der er neben Entspannung, gesunder Ernährung und Bewegung auch die Aktivierung religiöser Glaubensüberzeugungen zählt, mehr als 50 Milliarden Dollar Gesundheitskosten sparen könnte.

Glaube als kostensenkendes Placebo? Bei so viel Optimismus wird man prüfen müssen, ob man sich noch auf dem Boden der Tatsachen bewegt und wie diese medizinisch, psychologisch und theologisch zu beurteilen sind. Allerdings wäre diese Diskussion nicht amerikanisch, würde man sie nicht mit Berufung auf empirische Untersuchungen führen. Davon gibt es mehr als 200 (J. S. Levin, H. Y. Vanderpool 1991; D. A. Matthews, u.a. 1993; H. G. Koenig 1995). Doch was sagen sie aus?

Die ungewöhnlichste Untersuchung ist sicher jene Doppelblindstudie des Kardiologen Byrd, bei der jeweils ungefähr 200 Herzpatienten während ihres Krankenhausaufenthalts entweder einer Versuchs- oder einer Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Für die Versuchsgruppe beteten Kreise von Christen, die mit den Patienten keinen Kontakt aufnehmen konnten, und ohne daß die Kranken um das fromme Experiment wußten, das zehn Monate dauerte. Hingegen wurde niemand zum Beten für die Kontrollgruppe eingeladen. Ergebnis: Von den Patienten der Versuchsgruppe verlangten nur drei Antibiotika, von denen der Kontrollgruppe aber 18; nur drei litten an einem Lungenödem, von den anderen aber 18;

keiner mußte künstlich beatmet werden, von der Kontrollgruppe jedoch 12 (R. C. Byrd 1988).

Medizinisches und psychologisches Denken muß hier zwar zugeben, daß es diese Beobachtung nicht erklären kann, doch wird es sie zu ähnlichen statistischen Merkwürdigkeiten rechnen, die gelegentlich auftreten, ohne zu einer Änderung des etablierten Menschen- und Weltbilds zu zwingen. Auch eine theologische Reflexion wird darin nicht gleich ein außergewöhnliches, wunderbares Eingreifen Gottes in seine Schöpfung sehen, weil es ja nicht zu einer vollständigen und sofortigen Heilung kam. Indes fordert esoterisches Denken, wie es Larry Dossey (1993) vertritt, aufgrund dieses Experiments eine neue Theorie der „mind-mind“-Beziehung.

Methodische Schwierigkeiten – theoretischer Rahmen

Nun gingen aber praktisch alle anderen Untersuchungen einen anderen Weg als die eben erwähnte. Vereinfacht und im Hinblick auf die Forschungsmethode kann man ihn in drei Etappen einteilen. Zunächst erhob man in der soziologischen Tradition von Emile Durkheims Vergleich der Suizidraten bei Katholiken, Protestanten und Juden die Konfessionszugehörigkeit und setzte sie zu Gesundheitsdaten in Beziehung. Dabei stellte sich zwar heraus, daß Siebenten-Tags-Adventisten, Mormonen, Hutterer und die Mennonitengruppe der Amische, also Bevölkerungsgruppen, die praktisch nicht rauchen, seltener an Lungenkrebs erkranken (H. Troyer 1988); doch würde man heute auch bei Angehörigen größerer Glaubensgemeinschaften direkt nach solchen gesundheitsbedeutsamen Verhaltensweisen fragen. Ganz zu Recht, denn nach einer breit angelegten Studie ist das Rauchen einer der deutlichsten gesundheitsrelevanten Unterschiede zwischen Mitgliedern der großen Kirchen und Konfessionslosen; erklären von ersteren doch 48, von letzteren aber nur 35 Prozent, sie hätten nie Zigaretten geraucht (K. L. Lapane u. a. 1997).

So hat sich eine zweite Forschungsstrategie entwickelt, die eine Dimension von Religiosität – oft den Gottesdienstbesuch – mit einer Dimension des Gesundheitszustands vergleicht, sei es mit dem subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand, sei es mit dem Auftreten einer bestimmten Störung oder auch der Lebensdauer. Allerdings hat sich dabei nicht immer ein einheitliches Bild abgezeichnet. Darum wenden anspruchsvolle Untersuchungen neueren Datums eine mehrdimensionale Forschungsmethode an. Sie erheben zur Religiosität mehrere Komponenten wie Gottesdienstbesuch, persönliches Gebet, Meditation, vielleicht auch, wie religiös man sich einstuft und welche Bedeutung der Glaube für einen hat, und unter Umständen auch, auf welche Art man Belastungen religiös bewältigt. Andererseits fragt man zum Thema Gesundheit nach dem subjektiven

allgemeinen Gesundheitszustand, nach Gesundheitsrisiken wie Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholkonsum und Drogenmißbrauch oder nach dem Auftreten bestimmter Krankheiten wie Krebs oder Schlaganfall. Die angedeuteten methodischen Unterschiede und Schwierigkeiten erklären, warum die vorliegenden Ergebnisse nicht immer problemlos verglichen werden können.

Die Untersuchungsergebnisse sind zwar nicht immer eindeutig, doch scheint sich unter Medizinsoziologen mehr und mehr die Ansicht durchzusetzen, daß zwischen körperlicher Gesundheit und persönlicher Religiosität (was etwas anderes ist als bloße Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft) ein überzufälliger positiver Zusammenhang besteht, der allerdings nicht stark ist. Dementsprechend ist die statistische Beziehung zwischen Krankheit und Religiosität signifikant, aber schwach negativ. Soweit die Forschung theoriegeleitet vorgeht, betrachtet sie Religiosität nicht als isolierte Größe, sondern im Rahmen eines umfassenden, multifaktoriellen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Demnach hängen Gesundheit und Krankheit in erster Linie von biologischen, aber eben auch von sozialen und intrapsychischen Bedingungen ab, und Religiosität, die sicher nicht die genetische Ausstattung unseres Organismus verändert, kann möglicherweise als ein Faktor unter vielen über soziale und intrapsychische Prozesse den subjektiven und objektiven Gesundheitszustand beeinflussen. Tut sie das, und wenn ja, in welchem Maß? Betrachten wir zunächst einige markante Beobachtungen, um sie dann zu interpretieren.

Ein positiver, aber schwacher Zusammenhang

Die Frage, wie man derzeit seine Gesundheit finde, das heißt der allgemeine subjektive Gesundheitszustand, hängt begrifflicherweise ungleich stärker mit dem sozioökonomischen Status, mit sozialen Kontakten und anderen Faktoren zusammen als mit Religiosität. Doch tragen nach einer Studie an 3497 Amerikanern über 25 Jahre (K. F. Ferraro, J. R. Koch 1994) und einer ähnlichen an Amerikanern über 18 die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs, die Bedeutung, die man dem Glauben beimißt, und dessen Aktivierung beim Verarbeiten von Problemen ebenfalls in bescheidenem Maß dazu bei (K. F. Ferraro, C. M. Albrecht-Jensen 1991) – auch dann noch, wenn man Einkommen, Beschäftigung und soziale Integration berücksichtigt. Zwei breit angelegte Befragungen von Menschen über 64 Jahre erbrachten unterschiedliche Ergebnisse. Stand bei der einen der Gottesdienstbesuch in einem überaus starken Zusammenhang mit der Gesundheitszufriedenheit (B. K. Singh, J. S. Williams 1982), so war er bei der anderen schwächer und nur bei Frauen zu beobachten (E. L. Idler 1994).

Wie aber verhält es sich, wenn man einen objektiveren Maßstab für Gesundheit anlegt, nämlich die Lebensdauer bzw. das Risiko, in einem bestimmten Zeitraum

zu sterben, die Mortalität? Nach allem, was wir aus einer Studie von H. King und F. B. Locke (1980) wissen, gehen hier die Geistlichen der Bevölkerung mit sehr gutem Beispiel voran. Von den 28124 protestantischen Seelsorgern, die sie zehn Jahre lang überprüften, hätten entsprechend der Mortalitätsrate der männlichen Bevölkerung 7243 Personen sterben müssen, doch haben nur 5207 das Zeitliche gesegnet. Die Lebensdauer der Geistlichen war damit länger als die der Gesundheitsprofis, der Ärzte. Bei den Seelsorgern war vor allem der Tod durch Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Versagen und Nierenerkrankungen weit seltener als im Bevölkerungsdurchschnitt, wobei diese Wirkung bei den Jüngeren am stärksten ins Gewicht fiel, mit zunehmendem Alter aber abnahm. Dieses Ergebnis ist übrigens kein Grund für christliche Erwählungsgefühle: Von japanischen Zenpriestern liegen ähnliche Befunde vor.

Die Tecumseh-Gesundheitsstudie, die 2754 Personen zwölf Jahre lang untersuchte, ergab, daß die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs bei den Männern zwar keine Beziehung zur Mortalität aufwies, bei den Frauen aber eine längere Lebensdauer voraussagen ließ, selbst wenn man Gesundheitsrisiken berücksichtigt (J. S. House u. a. 1982). Ähnlich stellt die sich über 28 Jahre erstreckende kalifornische Alameda-Studie fest, daß Frauen, die jede Woche oder öfter am Gottesdienst teilnahmen, sogar unabhängig von Lebensstil und Körpergewicht, länger lebten als andere; bei Männern wird dieser Zusammenhang nichtsignifikant, wenn man ihr Gesundheitsverhalten und andere Faktoren berücksichtigt (W. J. Strawbridge 1997). Auch haben in Israel religiöse Kibbutzbewohner eine höhere Lebenserwartung als nichtreligiöse (J. D. Kark u. a. 1996). Bei 400 Einwohnern von New Haven, die über 61 Jahre alt waren, zeigte sich in dem verhältnismäßig kurzen Untersuchungszeitraum von zwei Jahren, daß Religiosität – vor allem die Erfahrung, der Glaube sei eine Quelle von Kraft – bei älteren Menschen von schwacher Gesundheit (und nur bei diesen) mit längerer Lebensdauer einherging: Von den nichtreligiösen Senioren mit Gesundheitsproblemen starben fast zweieinhalbmal so viele wie von den religiösen (D. M. Zuckerman u. a. 1984).

Gottesdienstbesuch gegen Bluthochdruck?

Nun erklärt sich die Lebensdauer medizinisch aus zahlreichen und häufig langfristigen Einzelfaktoren. Wieviel Aufschluß geben uns spezielle Untersuchungen dazu? Von den Studien zu dem am besten erforschten Bereich, dem Bluthochdruck, haben manche keinerlei Beziehung zur Religiosität festgestellt. Andere Untersuchungen hingegen belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen häufigem Gottesdienstbesuch und der Selbsteinschätzung als religiös einerseits und einem gegenüber Nichtgottesdienstbesuchern und Areligiösen überzufällig niedrigeren, normalen Blutdruck andererseits (J. S. Levin, H. Y. Vanderpool 1989)

– beeindruckend bei einer Stichprobe von 407 Männern ohne Kreislaufprobleme, bei denen der Unterschied auch dann bestehen bleibt, wenn man das Gewicht, den sozioökonomischen Status und das Rauchen in Rechnung stellt (D. B. Larson u. a. 1989).

In bezug auf die etwas schematisierende Kategorie des Typ-A-Verhaltens, das durch Hektik, Leistungsstreben und Verantwortungsdruck das Herzinfarktrisiko verdoppelt, hat man beobachtet, daß es bei Fluglotsen, die protestantisch sind, aber selten am Gottesdienst teilnehmen, sowie bei Agnostikern, Atheisten oder Neubekehrten eher der Gesundheit schadet und auch zum Alkoholkonsum führt als bei den regelmäßigen Gottesdienstbesuchern (J. S. Levin u. a. 1988). In dieses Datenmosaik paßt auch eine Längsschnittuntersuchung bei 2812 Senioren in New Haven. Sie ergab, daß Personen, die nie an Gottesdiensten teilnahmen, fast doppelt so häufig wie diejenigen, die ihn wöchentlich einmal oder mehr besuchten, Schlaganfälle erlitten (A. Colantonio u. a. 1992); allerdings ist diese Beziehung nicht mehr überzufällig, wenn man Alter, Geschlecht, Bluthochdruck, Diabetes und Rauchen berücksichtigt – was trotzdem auf einen indirekten Einfluß des Gottesdienstbesuchs hinweisen kann, weil der eine oder andere dieser Faktoren mit ihm zusammenhängen könnte.

Zwischen körperlicher Gesundheit und persönlicher Religiosität besteht also ein vielfach nachgewiesener positiver statistischer Zusammenhang, der vermutlich auch ein kausaler ist. Der Stärke nach ist er zwar so bescheiden, daß er noch keinen Frömmigkeitsbonus bei den Krankenversicherungsbeiträgen rechtfertigt, doch stellt er trotzdem ein beachtliches Potential dar. Dieser Zusammenhang erklärt sich wahrscheinlich aus gesellschaftlichen, sozialpsychologischen und intrapsychischen Faktoren, die mehr oder weniger alle zum beobachteten Resultat beitragen, deren Anteil und Wirkweise im einzelnen jedoch noch nicht befriedigend erforscht sind. Drei Ursachenkomplexe seien genannt: 1. Religiös motiviertes Gesundheitsverhalten, 2. soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft und 3. glaubensgestützte Streßbewältigung.

Von diesen vielfältigen Bedingungen aus kann Religiosität dazu beitragen, präventiv – im medizinischen und psychologischen Sinn – Krankheiten vorzubeugen und Gesundheit zu stabilisieren, aber auch Heilungsprozesse zu unterstützen. Sieht man von außergewöhnlichen Fällen einmal ab, so wird man um der Deutlichkeit willen auf eine pauschale „Der-Glaube-heilt“-Rhetorik verzichten und feststellen müssen, daß der Glaube körperliche Krankheiten nicht unmittelbar heilt, sie aber verhütet und darüber hinaus Heilungsprozesse fördert und das subjektive Wohlbefinden, die Lebensqualität verbessert. Das ist weniger, als christliche und esoterische Heilungsbewegungen versprechen, aber mehr, als eine rein naturwissenschaftliche Medizin erwarten würde.

Religiös motiviertes Gesundheitsverhalten

Daß Glaubensgemeinschaften einen Lebensstil mit weniger Gesundheitsrisiken wirksam unterstützen können, belegen Beobachtungen bei kleinen Denominationen mit strengen diesbezüglichen Verhaltensnormen – etwa den Mormonen und Adventisten – besonders deutlich. Nun zeigen umfangreiche Untersuchungen, daß auch außerhalb dieser speziellen Gruppen häufiger Gottesdienstbesuch und andere Anzeichen aktiver Religiosität tendenziell mit weniger Rauchen, Alkoholgenuß und Drogenkonsum einhergehen und so ebenfalls zur Erhaltung der Gesundheit beitragen können. In den großen Kirchen wird man sich diesen Einfluß etwas anders denken müssen als in kleinen religiösen Gruppen mit strengen Verböten und starker sozialer Kontrolle.

Doch wie beeinflussen die großen Glaubensgemeinschaften durch Erziehung und Gemeindepastoral das Gesundheitsverhalten ihrer Mitglieder günstig? Geschieht dies vielleicht innerhalb eines religiös-kirchlichen Wertekomplexes, zu dem auch die Hochschätzung des Familienlebens und einer normalbürgerlichen Geselligkeit ohne Exzesse gehört? Oder motiviert der Glaube zu einer stärkeren Beachtung von hygienischen Ratschlägen und Warnungen, die nicht von den Glaubensgemeinschaften, sondern von Gesundheitsbehörden und anderen Stellen verbreitet werden?

Obwohl diese faktischen Wirkzusammenhänge noch weitgehend ungeklärt sind, wird man sich auch die normative, theologische Frage stellen müssen, welche Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit die christlichen Kirchen aufgrund ihres Selbst- und Gesundheitsverständnisses fördern sollten. Gewiß brauchen sie nicht als Agenturen einer neuen Wehleidigkeit aktiv zu werden und auch nicht ungeprüften Alternativangeboten des expandierenden Gesundheitsmarkts höhere Weihen zu erteilen. Doch sollten die Kirchen wissenschaftlich gesicherte Aufklärungsaktionen gegen ungesunde Ernährung, Rauchen und Drogenkonsum sowie für Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen und – wo nötig – Selbsthilfegruppen nicht unterstützen, indem sie dazu auffordern, die einschlägigen Überlegungen in die persönliche Gewissensbesinnung einzubeziehen – und dies alles, ohne sich nun mit Gesundheitsthemen interessant machen zu wollen oder sich als Erfüllungsgehilfen staatlicher Gesundheitsvorsorge oder privater Initiativen instrumentalisieren zu lassen?

Soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft

Allgemein gilt die erfolgreiche Suche nach sozialer Unterstützung – im Gegensatz zum sozialen Rückzug – als wichtige Hilfe zur Erhaltung der Gesundheit wie auch zur Krankheitsbewältigung. Dafür sprechen mehrere Studien. Daraus

schließt man, daß auch die Verbundenheit mit der Pfarrgemeinde, die in den Vereinigten Staaten intensiver gepflegt wird als in Deutschland, einen Beitrag zu dem beobachteten besseren Gesundheitszustand von Gottesdienstbesuchern leistet.

Der Kontakt mit verständnisvollen Menschen kann nützliche praktische Warnungen, Ratschläge und Verbindungen gewährleisten, aber auch ein entlastendes, ermutigendes Gespräch in Krisen und bei Erkrankungen ermöglichen. Wenn – wie die Placeboforschung vermuten läßt – möglicherweise schon die ärztliche Zuwendung als solche die Inhibierung des Endorphinsystems aufhebt und Schmerzen lindert, zumal bei isoliert aufgewachsenen und alleinlebenden Personen, die im allgemeinen schmerzempfindlicher reagieren (T. C. Gauler, T. R. Weihrauch 1997, 27), könnte auch das Gespräch mit Vertrauten aus der Verwandtschaft, dem Freundeskreis und der Pfarrgemeinde ähnlich wohltuend wirken. Aber auch das Aufgehobensein in einer Gemeinschaft, mit der man sich bei aller sonstigen Distanz im Glauben und im Gebet verbunden weiß, kann Gefühlen des Alleingelassenseins und der Hilflosigkeit entgegenwirken – warum nicht auch in Deutschland? Gerade in einem Gesundheitswesen mit hochspezialisierten Behandlungsverfahren und kurzen, zweckbestimmten Kontakten mit den Ärzten und dem Pflegepersonal darf die sozialemotionale Unterstützung nicht zu kurz kommen. Grund genug zu überlegen, wie Pflegepersonal, Gemeindemitglieder, Krankenseelsorger und Verwandte das traditionelle Werk der leiblichen Barmherzigkeit „Kranke besuchen“ heute gestalten können.

Glaubensgestützte Streßbewältigung

Religiös motiviertes Gesundheitsverhalten und soziale Unterstützung erklären viel, aber nicht alles. Obwohl auch hier vieles noch unerforscht ist, erklären neuere Arbeiten, die sich stärker um eine theoretische Einordnung der Daten bemühen, den leichten Gesundheitsvorteil der Gottesdienstteilnehmer weitgehend übereinstimmend auch mit dem Beitrag, den eine glaubensgestützte Streßbewältigung leisten kann.

Nach D. M. Zuckerman (1984) ist bei Senioren mit schwacher Gesundheit „Kraft aus der Religion“ der stärkste Prädiktor für Langlebigkeit. Nach mehreren Untersuchungen zur Lebensqualität besteht zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit – die wiederum Gesundheit günstig beeinflussen dürfte – ein positiver, wenn auch nicht sehr starker Zusammenhang. Viele Befragte, die einen nahestehenden Menschen durch den Tod verloren haben, geben an, der Glaube habe ihnen beim Trauerprozeß, einer der schwersten Streßsituationen, geholfen. Zusammen mit solchen Verlusterfahrungen sind Probleme mit der eigenen Gesundheit in den USA häufiger als andere Schwierigkeiten Anlaß zum Beten. Religiöser Glaube und Gebet fördern einen günstigen Umgang mit einer Krebserkrankung

und lassen etwa die Schmerzen weniger stark empfinden, und nach Herzoperationen erwies sich der Faktor „Kraft und Trost durch Religion“ neben „sozialer Einbindung“ als stärkster Prädiktor für das Überleben sechs Monate nach dem Eingriff (T. E. Oxmann u. a. 1995).

Doch wie kann etwas so Kognitives wie Glaubensüberzeugungen, die man in Gebet, Meditation und Gottesdienst aktiviert, etwas so Körperliches wie Gesundheit und Krankheit beeinflussen? Die Lösung dieses Rätsels ist sicher zum größten Teil in dem Einfluß zu suchen, den religiöse Einstellungen auf die Verarbeitung von belastenden Situationen ausüben können. Eine schwere emotionale Belastung, das heißt „psychischer Streß“ (R. Lazarus, S. Folkman), der aus Verlusterfahrungen, Zukunftsängsten oder Enttäuschungen entsteht, wird oft mit zwei höchst gesundheitsschädigenden Bewältigungsformen, nämlich Alkohol- und Drogenkonsum beantwortet. Hier zeigen nun die unübersehbaren Erfolge der Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker, die neben intensiver sozialer Unterstützung auch eine spirituelle Ressource – das Vertrauen auf „eine Macht, größer als wir selbst“ – in ihr Programm einbeziehen, daß die religiös motivierte Bewältigung (Coping) von emotionalen Belastungen eine enorme gesundheits-erhaltende Wirkung entfalten kann (B. Grom 1996, 167–171).

Doch kann glaubensgestützte Streßbewältigung darüber hinaus auch direkt gesundheitsschädigende Folgen von emotionalen Belastungen verhindern oder mildern. Psychischer Streß löst ja – wenn er das gesunde Maß einer stimulierenden Herausforderung (Eustreß) überschreitet – auch körperlichen Streß aus, der (als Distreß) längerfristig sowohl die Gefahr von Thrombosen und Herzinfarkten (u. a. infolge erhöhter Gerinnungsfähigkeit des Blutes) als auch das Risiko von Infektionen und Krebserkrankungen (aufgrund geschwächter Immun- und Tumorbewehrung) steigert. Nun belegen die erwähnten Studien im Hinblick auf einzelne Streßsituationen wie auch bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit, daß religiöse Bewältigungsformen dazu beitragen können, emotionale Belastungen und damit eine Ursache von krankheitsförderndem Streß zu verringern.

Der Glaube kann zu einer günstigeren, halt- und hoffnunggebenden Bewertung von emotional belastenden Situationen motivieren. Er kann dazu einladen, liebe Verstorbene in Gottes ewiger Güte geborgen zu wissen, sich – entgegen den Maßstäben der Leistungs- und Erlebnisgesellschaft – wegen Mißerfolgen, Krankheit oder altersbedingter Einschränkungen nicht minderwertig zu fühlen, angesichts von Existenzängsten die Grenzen seiner Kontrollmöglichkeiten ohne Verbitterung anzunehmen, indem man seine Zukunft Gott anheimstellt und darauf vertraut, daß sein Ja zu uns genügt und uns im Gebet immer die nötige Kraft für die Bewältigung der fälligen Herausforderungen schenken wird. „Werft all eure Sorge auf ihn, denn er kümmert sich um euch“ (1 Petr 5, 7).

Zwei Untersuchungen enthalten gewisse Hinweise darauf, daß zwischen religiösem Vertrauen und Immunsystem tatsächlich ein positiver Zusammenhang be-

steht. Eine Studie bei einer allerdings kleinen Stichprobe von 76 religiös interessierten Christen ergab, daß Personen mit intrinsischer Glaubenseinstellung, die sich in einer kooperativen Beziehung zu dem aktiv mit ihnen wirkenden Gott sahen, seltener über leichtes Fieber, Schwindel, Ohrenschmerzen und allgemeines Kranksein berichteten. Bei den auffälligsten Symptomen lag der Korrelationskoeffizient überzufällig, wenn auch nicht sehr stark zwischen -0.25 und -0.33 (D. McIntosh, B. Spilka 1990).

Beruht dieser Befund allein auf der Neigung der Befragten zu selbstidealisierenden Antworten? Wohl kaum. Denn eine imposante Längsschnitt-Untersuchung an einer Kohorte von am Ende noch 1718 älteren Einwohnern des stark religiös geprägten North Carolina stellte fest, daß von denen, die jede Woche oder öfter am Gottesdienst teilnahmen, nur etwa halb so viele wie von den Gottesdienst-Abstinenzlern (8,8 gegenüber 15,7 Prozent) hohe Werte von Interleukin-6 aufwiesen und auch vier weitere, ähnliche Signalstoffe des Immunsystems in geringerem Ausmaß in ihrem Blut hatten (H. G. Koenig u.a. 1997). Obwohl sich hier kein Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und Depressivität nachweisen ließ, vermutet das Forscherteam, daß das Immunsystem der häufigen Gottesdienstbesucher deshalb etwas weniger beansprucht war, weil sie Belastungen besser bewältigten.

Kann aber Religiosität außer einer Schonung des Immunsystems auch gezielt die Produktion von Abwehrkräften fördern? Für eine solche Wirkung gibt es keine Anhaltspunkte, und der Versuch von Stephanie und Oscar Simonton sowie James Creighton, Patienten zu Visualisierungsübungen anzuleiten, in denen sie sich vorstellen, wie weiße Blutkörperchen die Krebszellen unschädlich machen, den man als Parallele anführen könnte, hat sich bisher nicht als medizinisch wirksam erwiesen, auch wenn er eine Zeitlang das subjektive Befinden verbessern mag.

Spirituelle Selbstheilung als Placeboeffekt?

Was ist schließlich von der Placebohypothese zu halten, die der Kardiologe Herbert Benson vertritt und den Kursen seines Mind/Body Institute in Boston zugrunde legt? Benson will die heilende Wirkung, die vom Glauben an die Macht des Arztes, eines Scheinmedikaments oder einer Scheinbehandlung ausgeht und die in der vorwissenschaftlichen Medizin den Hauptanteil der Therapie ausmachte, wieder in die heutige ärztliche Behandlung integrieren, ohne deren Errungenschaften zu vernachlässigen. Die nicht hoch genug zu veranschlagenden Placeboeffekte beruhen seiner Ansicht nach auf dem Einfluß von positiven Erwartungen, die wesentlich durch die Wiederbelebung von in der Kindheit erlebtem Wohlbefinden ausgelöst werden, weshalb Benson den etwas abschätzigen

Begriff Placebo durchgehend durch den Ausdruck „erinnertes Wohlbefinden“ ersetzt.

Einen weiteren Ansatz sieht Benson in der „Entspannungsreaktion“, die man durch Stricken oder Häkeln, Joggen oder Schwimmen, autogenes Training oder Yoga und jede Form von Wort- oder Bewegungswiederholung induzieren kann und die sich als Gegenstück zur Kampf- oder Fluchtreaktion verstehen lasse und Stimmung und Gesundheit günstig beeinflusse. Benson hat zahlreiche Kursteilnehmer zu solcher Entspannung angeleitet, von der man nicht genau weiß, auf welchen Hirnprozessen sie beruht.

Viele Teilnehmer hätten in der Entspannung spontan das Gefühl von etwas Heiligem erlebt oder als Konzentrationsgegenstand ein Gebet gewählt. Eine Befragung hat gezeigt, daß 25 Prozent der Personen, die regelmäßig die Entspannungsreaktion übten, eine allmähliche Zunahme an „Spiritualität“ erfuhren, nämlich „die Anwesenheit einer transzendenten Energie, Kraft oder Macht – Gott – und ein Gefühl der Nähe zu dieser Macht“. Sie erlebten diese Kraft unabhängig von ihrem Glaubensbekenntnis und selbst dann, wenn sie sich nicht als religiös verstanden. Und genau bei diesem Viertel der Befragten „besserte sich der Gesundheitszustand“, wobei Benson leider nicht verrät, welche Symptome sich in welchem Maß und für wie lange Zeit gebessert haben.

Daraus leitet Benson in Gedankengängen, die weitgehend den Charakter persönlicher Bekenntnisse haben, die Überzeugung ab, der spirituelle „Glaube an eine höhere Macht“ intensiviere als wirksamste Form von Placebo die Entspannungsreaktion, stärker als andere positive Gedanken. Diese Wirkung nennt er „Glaubensfaktor“. Meistens setzt er diesen Glauben gleich mit dem „Glauben an Gott“ und beteuert, dieser mobilisiere „Selbstheilungskräfte“ in uns, weil er – wie auch Jeffrey S. Levin (1994) vermute – den Gläubigen Gesundheit und Heilung verspreche und eine als Placebo wirkende Erwartungshaltung aufbaue, aber auch Erinnerungen an Wohlbefinden belebe, das man in der Kindheit bei religiösen Ritualen erfahren habe. Darum sollen religiöse Menschen ein- oder zweimal täglich zehn bis 20 Minuten lang die Entspannungsreaktion herbeiführen und sie verstärken durch das Wiederholen einer ihnen angenehmen Glaubensaussage (Affirmationen, etwa: „Der Herr ist mein Hirte“) oder durch das Verweilen bei einer sinnbildlichen religiösen Vorstellung (Visualisierungen). Im Verbund mit gesunder Ernährung, Sport und Streßbewältigung sei dies ein enorm kostensparender Beitrag zur gesundheitlichen Selbstvorsorge, den die westliche Medizin und Kultur – auch im Schulunterricht – wieder zu entdecken habe.

Das imposante Gedankengebäude Herbert Bensons ist in seinen Fundamenten nicht so festgefügt, wie es scheint. Sein Versuch, Placeboeffekte durch „erinnertes Wohlbefinden“ zu erklären, ist reine Spekulation und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Forschung den Wirkmechanismus von Placebos noch nicht kennt, sondern nur vermuten kann, daß er multikausal ist (T. C. Gauler, T. R.

Weihrauch 1996). Daß an den erwähnten gesundheitsfördernden Wirkungen von Religiosität auch Placeboeffekte beteiligt sind, ist gut möglich, doch läßt sich dieser Anteil beim gegenwärtigen Stand der Forschung nicht feststellen. Er ist vermutlich minimal, da die skizzierte streßtheoretische Hypothese, die Benson vernachlässigt, die gesundheitsbegünstigenden Wirkungen von Religiosität weitgehend erklärt. Obwohl auch Benson nur bei 25 Prozent der Befragten eine Besserung beobachten konnte, verbreitet er einen Hundert-Prozent-Optimismus, indem er ohne Einschränkung von „Heilung“ spricht. So hilfreich eine mögliche Senkung der Medikamentendosis ist – eine „Heilung, die zeitlos und beständig ist“, bedeutet sie nicht, und Placeboeffekte sollte man nicht überschätzen: Placebos wirken weder bei allen Patienten noch bei allen Krankheitssymptomen noch auf unbeschränkte Zeit.

Benson stellt zwar klar, daß man eine Lebensenergie, wie sie östliche und esoterische Überlieferungen als Prana oder Chi beschreiben, wissenschaftlich nicht nachweisen kann, und daß sie vermutlich nichts weiter ist als die Verbindung von Entspannungsreaktion und Placebo. Trotzdem deckt sich seine Annahme einer fast alles vermögenden „transzendenten Energie“ weitestgehend mit der geistheilerischen Vorstellung von einer grenzenlosen feinstofflich-astralen Lebenskraft, die wir durch die suggestive „Macht des Glaubens“ und durch Meditation selbst in uns einströmen lassen oder durch einen Heiler aus höheren Sphären ableiten („Channeling“) und uns zuwenden lassen können. (Bensons Frau arbeitet als Heilerin.)

Diese Auffassung, die ein Lebensgefühl mit fast magischer Kontrollüberzeugung vermitteln kann, finden wir in der Neugeistbewegung, in Ralph Waldo Emersons Idee eines Universalbewußtseins, von der die Denk-Positiv-Programme eines Vincent Norman Peale und Joseph Murphy inspiriert sind, in der „Christlichen Wissenschaft“, bei theosophisch und schamanistisch orientierten Heilern und anderswo. Wahrscheinlich bezieht sie ihre Plausibilität aus der bei Entspannungsübungen naheliegenden Erfahrung, von einem Kraftstrom körperlich-seelischen Wohlbehagens durchflutet zu werden, sobald man streßerzeugende Gedanken und Wahrnehmungen ausblendet – eine subjektive Erfahrung, die man leicht als objektive „psychokosmische“ Energie deuten kann.

Für Benson hat der Gottesglaube keinerlei kognitiven oder ethischen Eigenwert, sondern soll nur dem Ziel dienen, „störende Gedanken beiseite zu schieben und so den natürlichen Heilkräften Ihres Körpers freien Lauf zu lassen“. Ein höchst störender, ja lähmender Gedanke ist seiner Ansicht nach die Bedrohung durch den Tod, und er vertritt die überholte Theorie, der Glaube an Gott sei als Antithese zur menschlichen Sterblichkeit und Verletzlichkeit entstanden und genetisch verankert. Man soll Gott auch nicht „personalisieren“, denn entscheidend ist ja die Weckung der heilenden energetischen Macht, die man auch Gott nennen kann.

Vor diesem Hintergrund ist Bensons Aufforderung, heute ganz zu vertrauen auf Jesu Wort zur blutflüssigen Frau, zum vom Aussatz geheilten Samariter und zum Blinden von Jericho: „Dein Glaube hat dir geholfen“ (Lk 8, 48; 17, 19, 18, 42), eine Einladung zur geistheilerischen, schamanistischen Umdeutung und therapeutischen Instrumentalisierung des christlichen Glaubens. Sie ist theologisch unannehmbar. Denn die Evangelien meinen, wenn sie an drei Stellen Jesu Heilungen mit dem Hinweis auf eine „Kraft“ verbinden, die von ihm ausging (Mk 5, 50; Lk 5, 17; 6, 19), keine panenergetistisch gedachte psychokosmische Lebensenergie, die der Glaubende, durch Jesus lediglich ermutigt, selbst freisetzt, sondern sehen darin die alle anderen Kräfte beherrschende Allmacht Gottes, der durch seinen Geist in Jesus wirkt.

Und der Heilungsauftrag an die Jünger: „Heilt Kranke, erweckt Tote“ (Mt 10, 8; Lk 9, 2; 10, 9; Mk 16, 18) ist im umfassenderen Zusammenhang der Botschaft von Gottes Reich und Nähe zu verstehen. Diese schließt zwar die Ermutigung ein, um alles, auch um eine wunderbare Wiederherstellung des Gesundheit zu bitten – allerdings mit der Bereitschaft, die Zukunft Gott zu überlassen, was etwas anderes ist als eine Placeboerwartung. Sie enthält aber auch die Zusage, Jesu Vater werde auf jeden Fall „den Heiligen Geist denen geben, die ihn bitten“ (Lk 11, 13) – und mit ihm die keineswegs psychokosmische, automatische, sondern moralische „Kraft“, die von der personalen Verbundenheit mit diesem Vater ausgeht und die uns – wie Jesus in seinem Todeskampf in Gethsemani – so stärkt, daß wir Krankheit und Tod ertragen können, ohne daran zu zerbrechen. So ergab eine Untersuchung, daß körperlich Kranke, die nach Lourdes gewallfahrt waren, zehn Monate später zwar keine physische Besserung, wohl aber eine Verringerung von Angst und Depressivität gegenüber der Zeit vor dieser Gebetsinitiative aufwiesen (B. Grom 1996, 162).

In diesem Sinn sollte Bensons Appell dazu anregen, nicht zur Heilkunst der Schamanen zurückzukehren, wohl aber intellektualistische und moralistische Verengungen im christlichen Leben zu überwinden und ein vertrauend-gelassenes Beten mit Leib und Seele zu praktizieren, ein Beten, das mit Entspannungstechniken nach freier Wahl gekoppelt und durch Affirmationen und Visualisierungen unterstützt wird. Eine solche Seelsorge wird dem biblischen Glauben wie auch dem heutigen multifaktoriellen Gesundheitsverständnis am ehesten gerecht.

Die Literaturübersicht kann beim Autor angefordert werden (Kaulbachstraße 31 a, 80539 München).