

Religiosität: Neurose oder Therapie?

Der Glaube auf dem Prüfstand von Psychologie und Lebensqualitätsforschung

Seit Jahren verkündet der bekennende Atheist und Begründer der Rational-Emotiven Therapie Albert Ellis, Religiosität, wenigstens „dogmatische“, sei „gleichbedeutend mit irrationalem Denken und emotionaler Störung“. Im Gegensatz dazu erklärten 53 Prozent von den klinischen Psychologen, die E. Shafranske und H. Malony (1990) in den USA befragten, ihnen seien religiöse Überzeugungen bei ihren Klienten willkommen, während nur 14 Prozent sie als unerwünscht bezeichneten und sich 33 Prozent weder dafür noch dagegen aussprechen wollten. Eine Minderheit der amerikanischen Psychotherapeuten hält es sogar für hilfreich, die religiösen Auffassungen gläubiger Klienten positiv in die Behandlung einzubeziehen (Hall, Hall, 1997). Welche Ansicht ist nun richtig? Macht Religiosität bzw. eine bestimmte Form von ihr seelisch krank oder gesund – oder ist sie psychohygienisch neutral?

Die einschlägige Forschung hat sich in den letzten Jahren so entwickelt, daß es sich empfiehlt, diese störungszentrierte, klinische Frage innerhalb des umfassenderen Konzepts des *subjektiven Wohlbefindens* und damit der *Lebensqualität* zu untersuchen. (Wodurch die Wahrheitsfrage nicht ersetzt und Religiosität nicht instrumentalisiert werden soll.) Denn ob die klinische Psychologie nach Bedingungen „seelischer Gesundheit“ forscht, die von der medizinischen und der Gesundheitspsychologie auch als Schutzfaktoren körperlicher Gesundheit aufgefaßt werden, oder ob die sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsforschung über objektive Lebensbedingungen wie Einkommen hinaus auch das „subjektive Wohlbefinden“ (subjective well-being) berücksichtigt und es als Zufriedenheit oder als Glücklichkeit mit einzelnen Bereichen bzw. mit dem Leben insgesamt erhebt, oder ob die Gerontologie untersucht, was zur Lebenszufriedenheit alter Menschen beiträgt – immer berühren sich die verschiedenen Gesichtspunkte in der Frage, was *subjektive Lebensqualität* beeinträchtigt bzw. fördert. (Zur weiteren Begründung und zu einem Modell wechselseitiger Einflüsse siehe Grom, 2000a).

Der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagene Fragebogen zur Lebensqualität fragt denn auch nicht nur nach Lebenszufriedenheit, körperlichem und seelischem Wohlbefinden, sozialen Beziehungen u. ä., sondern auch – aufgrund zahlreicher Revisionswünsche aus aller Welt –, ob man durch „Spiritualität, Religion und persönliche Überzeugungen“ einen Sinn im Leben erfährt

(The WHOQOL Group, 1995). In dieser umfassenden Sicht soll hier erörtert werden: Wie verhält sich Religiosität zur Lebensqualität im Sinn von *subjektivem Wohlbefinden*? Beeinträchtigt sie es allgemein oder unter bestimmten Bedingungen? Kann – umgekehrt – subjektives Wohl- oder Übelbefinden Religiosität günstig oder ungünstig beeinflussen? Kann Religiosität subjektives Wohlbefinden fördern, sei es krankheitsverhütend (protektiv, präventiv), belastungsbewältigend, heilend oder einfach wohlbefindenssteigernd?

Beeinträchtigt Religiosität das subjektive Wohlbefinden?

Menschen, die ihre religiöse Erziehung als einengend erfahren oder fundamentalistisch-autoritäre Gruppen verlassen haben, machen diese oft für sexuelle Gehemmtheit, belastende Schuldgefühle, Bestrafungsängste und Unterentwicklung des Selbstwertgefühls verantwortlich (Hartz, Everett, 1989). Der folgende Überblick, der untersucht, welche Beeinträchtigungen empirisch-quantitativ nachweisbar sind, kann nicht ermitteln, welche Schuldzuweisungen im Einzelfall berechtigt sind. Darum wird ihn mancher – gegen seine Absicht – als Verharmlosung empfinden. Doch kann er andererseits vor Übertreibungen und Verallgemeinerungen schützen. So haben Christen, besonders Katholiken, die sich um eine getreue Befolgung der sexualmoralischen Normen ihrer Kirchenleitung bezüglich Masturbation bzw. künstlicher Empfängnisverhütung in der Ehe bemühten, zweifellos unter Schuldgefühlen, Scham und Sexualangst gelitten. Allerdings liegen über die Verbreitung dieser Belastungen, ihren Schweregrad, ihre Auswirkungen auf das Gesamtbefinden und die mögliche Kompensation durch ebenfalls glaubensvermittelte psychische Gewinne keine genauen Beobachtungen vor. Lediglich Patton (1988) berichtet (innerhalb eines Beitrags mit grotesken Mutmaßungen), bei einer Befragung in den 80er Jahren hätten von 166 Katholiken 46 erklärt, sie hätten unter der katholischen Sexualmoral persönlich gelitten, während dies 97 verneinten und 23 unentschieden waren. Wenn nach einer Forsa-Umfrage vom Mai 2000 81 Prozent der deutschen Katholiken erklärten, die Lehrmeinungen des Papstes seien für sie nicht verbindlich, hat sich inzwischen die Situation sicher verändert.

Pauschale Aussagen sind heute nicht mehr vertretbar. Das lehrt schon der Blick auf einige summarische Auswertungen von Studien. Bei älteren Untersuchungen, die Religiosität noch undifferenziert erfaßt haben, sprachen die Ergebnisse zwar auch schon mehrheitlich gegen einen schädigenden Einfluß, doch fand man immer auch gegenteilige Resultate. Bei Arbeiten, die jedoch zwischen einer *intrinsischen*, am Inhalt interessierten, und einer *extrinsischen*, am gesellschaftlichen Nutzen orientierten religiösen Einstellung unterschieden (was in den USA wichtiger ist als in Europa), ist der Befund ziemlich eindeutig. So haben C. D. Batson,

P. Schoenrade und W. L. Ventis (1993) Ergebnisse solcher Studien gesichtet und festgestellt, daß intrinsische Religiosität in elf Fällen positiv und nur in einem einzigen Fall negativ mit der Abwesenheit von psychischer Störung zusammenhing (mit schwachen Korrelationen meistens unter 0,20), während das Zahlenverhältnis bei extrinsischer Religiosität genau umgekehrt war: elfmal negativ und nur einmal positiv. Nach einem Überblick über die einschlägigen Beiträge, die zwischen 1978 und 1989 in zwei amerikanischen Fachzeitschriften für Psychiatrie erschienen, wurden zwischen Religiosität und *seelischer Gesundheit* 36 positive, acht negative und sechs neutrale Zusammenhänge ermittelt, wobei die selbst eingeschätzte Beziehung zu Gott, also auch eine Form von intrinsischer Religiosität, am häufigsten positiv mit seelischer Gesundheit zusammenhing (Larson u.a., 1992).

Eine andere Übersicht über 200 Untersuchungen ergab, daß Religiosität überwiegend positiv mit seelischer Gesundheit einhergeht, besonders wenn man diese mit „harten“, beobachtbaren Meßgrößen wie Delinquenz, Alkoholabhängigkeit und Suizid erhebt und nicht mit Fragebögen zu Einstellungen wie Selbstaktualisierung, Ambiguitätstoleranz, Dogmatismus u.a., die manchmal latent religionskritische Elemente enthalten (Gartner u.a., 1991). Gesundheitspsychologen beeindruckt auch, daß bei der Lebenserwartung, wo der Versuch, sich im Fragebogen günstig darzustellen, ausgeschlossen ist, regelmäßige Gottesdienstbesucher ein eindeutiges Plus aufweisen (Grom, 1998; Hummer u.a., 1999), was nicht nur auf einen gesünderen Lebensstil, sondern auch auf eine religiöse Bewältigung von Belastungen zurückgeführt wird.

Unter nicht wenigen Psychiatern und Psychotherapeuten mag, gerade im deutschen Sprachraum, das Mißtrauen gegenüber Religiosität noch zum guten aufgeklärten Ton gehören; in der Mental Health-Forschung ist indes ein genereller Neuroseverdacht gegenüber Religion obsolet geworden. Statt sie pauschal als Flucht in eine Wunschwelt oder als Quelle von Gewissensängsten zu verdächtigen, untersucht man, welche Glaubenseinstellungen erfolgreiches *Bewältigungsverhalten* (Coping) fördern und welche dies nicht tun. Der eingangs erwähnte A. Ellis wurde innerhalb seines eigenen Denkansatzes widerlegt: Studierende mit intrinsischer Religiosität erwiesen sich in bezug auf die „irrationalen Einstellungen“ Perfektionismus, Problemvermeidung, Selbstüberforderung und Tadelbereitschaft als geringer belastet als die weniger Religiösen (Watson u.a., 1994).

Neurotizismus – Angst – Depressivität

Betrachten wir einige klinisch bedeutsame Konstrukte etwas genauer. In bezug auf Neurotizismus und Psychotizismus liegen zahlreiche angelsächsische Erhebungen vor (Francis, 1992, 1997). Ihnen zufolge besteht zwischen *Neurotizismus*,

d. h. Ängstlichkeit, psychosomatischen Beschwerden und emotionaler Labilität auf der einen und Religiosität auf der anderen Seite kein überzufälliger Zusammenhang. Das bestätigen weithin auch zwei Studien mit deutschen Fragebögen und Stichproben (Spring u. a., 1996; Wolf, Deusinger, 1996). Dies mag man damit erklären, daß Neurotizismus wohl von der großenteils genetisch bestimmten Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems abhängt. Wie ist dann aber die Beobachtung zu deuten, daß religiöse Personen signifikant niedrigere *Psychotizismuswerte* aufweisen und damit seelisch gesünder erscheinen? Da Psychotizismus als Hinweis auf die Anfälligkeit für schwere Störungen gilt, könnte sich seine geringere Verbreitung bei Religiösen daraus erklären, daß Personen mit dieser Störanfälligkeit weniger für Gottesdienstbesuch und Gebet disponiert und darum bei den Religiösen unterrepräsentiert sind.

Welche Beziehungen bestehen aber zwischen Religiosität und den spezifischen Beschwerden *Angst/Angststörung*, *Depressivität* und *Zwangsstörung*? Zum Zusammenhang zwischen Religiosität und *Angst/Angststörung* sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Obwohl dies auch für mehrere Studien zur Furcht vor Sterben und Tod gilt, dürfte erwiesen sein, daß Menschen mit starker Glaubensüberzeugung weniger Angst vor dem Tod empfinden, wobei der Unterschied zu den weniger oder nicht Religiösen aber statistisch schwach ist (Thorson, Powell, 1990; Wittkowski, 1990; Kleemaier, 1991). In bezug auf *Depressivität* zeigen engagierte Katholiken zweier deutscher Gemeinden etwas höhere Depressivitätswerte als der Bevölkerungsdurchschnitt (Spring u. a., 1996), doch ist ihr Ausmaß klinisch nicht bedeutsam. Das Ergebnis kann als Hinweis auf die Unterstützung gedeutet werden, die auch Mühselige und Beladene in einer Pfarrgemeinde und ihren Gottesdiensten suchen.

So finden sich in pfingstlerischen Gemeinden des US-Bundesstaats North Carolina dreimal so viele Gemeindemitglieder mit schweren Depressionen als in anderen (Meador u. a., 1992). Man wird die Gemeindemitgliedschaft und persönliche Religiosität dieser Personen kaum als Ursache der erhöhten Depressivität deuten dürfen, denn bei einer für die USA repräsentativen Untersuchung zeigten sich die religiösen Befragten gerade weniger depressiv als die unreligiösen (Martin, Stack, 1983). Auch haben mehrere Studien mit großen Stichproben von älteren Menschen festgestellt, daß die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs und andere Religiositätsmerkmale mit geringerer Depressivität einhergehen – sogar weitgehend unabhängig von sozialer Unterstützung (Koenig u. a., 1995; Braam u. a., 1997). Da es sich bei diesen Untersuchungen um Depressivität im Durchschnittsbereich der Allgemeinbevölkerung handelt, kann man das bescheidene Plus der Religiösen an Wohlbefinden als Ergebnis des Versuchs deuten, Belastungen durch persönliche und gemeinschaftliche Religiosität zu bewältigen.

Diese Pufferwirkung nehmen manche Forscher auch *bei klinisch relevanter, schwerer Depressivität* an. Denn statistisch scheinen Patienten mit niedrigeren De-

pressivitätswerten religiöser zu sein als die mit höheren. So nimmt bei deutschen Patienten die religiöse Erfahrung und Orientierung mit zunehmender Depressivität ab (Dörr, 1987), und finnische Patientinnen mit höheren Depressivitätswerten besuchen seltener Gottesdienste (und haben weniger Sozialkontakte) als die mit niedrigeren Werten (Hintikka u.a., 1998). Erleben sie nun mehr Depressivität, weil sie in Gebet und Gottesdienst weniger religiöse Bewältigungsmuster aktivieren (und auch weniger soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft suchen)? Das ist möglich, doch machen die weiteren Überlegungen auch eine andere Deutung plausibel: So, wie kognitive Therapien bei milder Depressivität erfolgreich sind, bei schwerer aber an ihre Grenzen stoßen, könnte der Versuch, durch die Aktivierung positiver religiöser Überzeugungen das depressive Erleben aufzuhellen, durch eine tiefe Depression blockiert werden, unter Umständen bis zu einer präsuizidalen „Einengung“ (E. Ringel) des Denkens und Erlebens. Ebenso die Bereitschaft, an Gottesdiensten, Bibelkreisen u. ä. teilzunehmen. Wie sich die Religiosität im Verlauf von psychischen Krisen verändert, müßte durch Längsschnittuntersuchungen ermittelt werden.

In bezug auf *Zwangsstörungen* wissen wir aus Beobachtungen bei kleinen Stichproben, daß dieses Leiden über Gläubige und Ungläubige kommen kann. Unter den stationär behandelten Zwangsgestörten sind die wenig oder nicht Religiösen ebenso häufig wie die Religiösen (Masser Kavitzky, 1992; Steketee u.a., 1991), und bei einer Gruppe von jugendlichen Zwangskranken kamen die meisten aus Familien mit religiös ausgeglichenen oder gleichgültigen Eltern. Auch erlebten nur 36 Prozent religiöse Ängste (Knölker, 1987).

„Ekklesiogene Neurose“ und Glaube an einen strafenden Gott

Wenn nun intrinsische Religiosität das seelische Wohlbefinden eher stützt als beeinträchtigt, könnten ihm doch bestimmte belastende Formen abträglich sein. Tatsächlich zeigen mehrere Studien, daß nicht nur der Unterschied zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität, sondern auch zwischen dem Glauben an einen überwiegend strafenden, furchteinflößenden bzw. einen helfenden, liebenden Gott in bezug auf das seelische Wohlbefinden sehr wichtig ist. Erwachsene, die Gott als zornig bezeichnen, fühlen sich eher einsam (und damit wohl auch depressiv); diejenigen, die ihn als helfend charakterisieren, bekunden hingegen weniger Einsamkeit (Schwab, Petersen, 1990). Jugendliche, die an einen überwiegend strafenden Gott glauben, zeigen weniger Selbstwertgefühl als solche, die Gott für wohlwollend halten (Benson, Spilka, 1973; Ronco u.a., 1995), wobei von den deutschen Gymnasialschülern, die Becker und Weißer (1988) befragten, nur 9,4 Prozent der Aussage zustimmten: „Gott macht mir Angst.“ Auch Psychosomatikpatienten, die Gott gegenüber negative Gefühle empfinden, äußern etwas

weniger Lebenszufriedenheit und mehr Angst und Depressivität als die mit positiver Gottesbeziehung (Murken, 1998).

Sind nun Gläubige mit einem strafbestimmten Gottesbild ausschließlich Opfer einer negativen religiösen Erziehung, und übt ihre Gottesvorstellung einen unmittelbaren krankmachenden Einfluß aus, wie es etwa das Schlagwort von der „Gottesvergiftung“ (T. Moser) suggeriert? Das ist unwahrscheinlich. Ein Bibelcamp-Experiment mit Jugendlichen hat gezeigt, daß das Reden vom Richter-Gott (in drei Vorträgen) zwar die Gottesvorstellung verhältnismäßig rasch, das Selbstbild aber kaum verändern kann (Flakoll, 1975). Auch scheint Angst vor Gott, die man in der Kindheit empfunden hat (ebenso Sexualängste), bei Psychiatriepatienten nicht mit dem Grad an Religiosität, wohl aber mit der Ausprägung der Vulnerabilität (Neurotizismus) zusammenzuhängen (Pfeifer, Waelty, 1995). Möglicherweise – so ist in konsistenztheoretischer Sicht zu vermuten – rezipieren Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl, hohen Depressivitätswerten und zwanghaften Tendenzen eher Aussagen der religiösen Unterweisung über den strafenden als über den liebenden Gott, weil dies ihr Selbstkonzept bestätigt und ihnen die mühsame Auseinandersetzung mit ihrer Selbstwertproblematik erspart. Dann ist die Vorstellung von einem strafenden Gott eher Folge eines durch vielerlei Ursachen bedingten negativen Selbstkonzepts als dessen Ursache. Freilich kann ein vulnerabler Heranwachsender durch eine rigoristische Erziehung und Gruppe, die verbal und atmosphärisch die Richterfunktion Gottes betonen, in seiner Disposition zu übertriebener Impulskontrolle, Ängsten und Zwangssymptomen kognitiv bestätigt und belastet werden. Gerade verletzbaren Menschen müßten die religiöse Erziehung und Verkündigung mit besonderer Sensibilität begegnen. Zumal radikal und verkürzt formulierte Forderungen – etwa die, „vollkommen“ und „untadelig“ zu leben, „Gedankensünden“, ja schon lüsterne Blicke (Mt 5, 28) zu meiden und sich seiner Sündhaftigkeit bewußt zu sein – bedürfen einer Erläuterung, die vom Gesamtsinn der christlichen Frohbotschaft her ein ausgeglichenes Verständnis fördert.

Begriffe wie „Gottesvergiftung“ oder „ekklesiogene Neurose“ werden dem komplexen Zusammenhang nicht gerecht und vermitteln bestenfalls eine entlastende Scheinerklärung vom Typ: „Die Erziehung ist an allem schuld.“ Als der Frauenarzt und Psychoanalytiker E. Schaetzing 1955 den Begriff „ekklesiogene Neurose“ prägte (K. Thomas hat ihn dann erweitert und bekanntgemacht), wollte er auf die Folgen der damals im kirchlichen Milieu verbreiteten Sexualfeindlichkeit hinweisen. Diese Absicht war sicher berechtigt. Doch die Erklärung beider Autoren, religiöse Prüderie sei *die* Ursache von Frigidität, Potenzstörungen, Homosexualität und Sadismus/Masochismus, war und ist teilweise völlig verfehlt und grundsätzlich zu monokausal. Darum wurde der Begriff „ekklesiogene Neurose“ nie in eine wissenschaftliche Klassifikation psychischer Störungen aufgenommen. Selbst U. Simon (1995), der sich noch von K.

Thomas beraten ließ, will ihn am Ende seiner Untersuchung nicht mehr kausal, sondern nur noch „korrelativ“ verwenden, was freilich dem Wortsinn widerspricht.

Korrelativ könnte heißen: Es gibt Depressionen, Angststörungen und Zwangsstörungen mit moralisch-religiösem Hintergrund. Die Ursachen sind aber, wie bei allen behandlungsbedürftigen Störungen, *multifaktoriell* zu sehen und anzugehen (Pfeifer, 1993). Neben einem belastenden Gottesbild, moralischem Rigorismus und Sexualangst sind andere ungünstige Einflüsse in Kindheit und Jugend in Betracht zu ziehen – dazu die aktuelle Streßbelastung, mangelnde Bewältigungsfähigkeit und unzureichende soziale Unterstützung und zu alledem auch unter Umständen eine neurobiologisch bedingte Vulnerabilität. Letztere erklärt, daß sich etwa ein Kind zwangsneurotisch entwickelt, obwohl seine Geschwister bei gleicher Erziehung psychisch unauffällig heranwachsen, oder daß moralisch-religiöse Skrupulosität durch die medikamentöse Beeinflussung des Serotonin-Haushalts wirksam gelindert werden kann (Fallon u. a., 1990).

Fairerweise sind diese Erkenntnisse auch auf „problematische“ religiöse Gruppen und Richtungen anzuwenden. Man mag sie wegen ihrer Gefahr für die persönliche Autonomie oder für die Toleranz in einem demokratischen Staat bzw. wegen ihrer weltanschaulichen Positionen in Frage stellen, doch kann man ihnen keine generelle psychische Schädlichkeit nachweisen (Richardson, 1995). Fundamentalistische Protestanten zeigen im Vergleich zu nichtfundamentalistischen keine Beeinträchtigung ihrer Ichentwicklung oder Anpassungsfähigkeit (Weaver u. a., 1994) und sind wahrscheinlich noch etwas optimistischer als andere (Sethi, Seligman, 1993). Und eine Studie bei 102 Zeugen Jehovas zeigte zwar im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höhere Werte bei Pflichtbewußtsein, Emotionalität, Selbstzweifeln und Schuldgefühlen, aber nicht in einem dramatischen Ausmaß und wie aufgewogen durch mehr Natürlichkeit und Zufriedenheit (Köppl, 1990). Selbst bei aktiven Hare-Krischna-Anhängern scheint die Ichschwäche, die man bei ihnen festgestellt hat, durch die Überbetonung des eigenen Wertesystems und die idealisierende Übertragung auf den Guru und auf Krischna ausgeglichen zu werden (Kraus, Eckert, 1997). Zum psychischen Risiko werden problematische Gruppen allerdings für Interessenten mit latenten Störungen und hoher Vulnerabilität, denen sie eine Laien-, Instant- und Scheintherapie anbieten. Diese Gefahr wird durch die gängigen Untersuchungen nicht erfaßt.

Beeinflußt das subjektive Befinden die Religiosität?

Vielleicht *erleichtern* Lebenszufriedenheit und positive Gestimmtheit die Zustimmung zu den sinnbejahenden Überzeugungen und Gottesdiensten der Glaubensgemeinschaften. Dieser Zusammenhang ist schwer zu erforschen. Hingegen sind

die *Beeinträchtigungen*, die von schweren psychischen Störungen auf das religiöse Denken, Erleben und Verhalten ausgehen können, offensichtlich.

Wie erwähnt, kann eine schwere Depression die Bereitschaft hemmen, Kontakte mit einer Glaubensgemeinschaft zu unterhalten oder im persönlichen Gebet religiöse Deutungen zu aktivieren. Nach mehreren Studien ist die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs und des Gebets bei psychotisch Gestörten deutlich niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

Sofern sich der Gestörte doch noch mit dem Glauben befaßt, beachtet er unter Umständen – konsistenztheoretisch verständlich – einseitig solche Inhalte, die seiner gerade vorherrschenden Gestimmtheit entsprechen: der Neigung zu perfektionistischer Selbstüberforderung, zu Selbstbeschuldigungen oder zu Verlassenheitsgefühlen – ohne sie durch positive religiöse Aussagen auszubalancieren.

Anstatt die Inhalte und Symbole der Glaubensüberlieferung zur Bewältigung von Trauer oder zum Aufbau von Hoffnung einzusetzen, verwendet sie der schwer Gestörte vielleicht nur als Ausdrucksmedium. Dabei werden religiöse Ideen oft aus dem Zusammenhang gerissen und verzerrt in „religiösen“ Halluzinationen, Besessenheitserlebnissen und Wahnideen (Grom, 1996), die vielfach leicht durch säkulare Inhalte zu ersetzen sind.

Kann Religiosität die subjektive Lebensqualität fördern?

Intrinsische und positive Religiosität geht also praktisch nie mit psychischen Beschwerden einher – jedoch mit weniger Depressivität sowie mit weniger Delinquenz (Brainbridge, 1992), Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Gorsuch, 1995) und Suizid (Grom, 2000b). Dabei sind die statistischen Beziehungen allerdings auch hier nicht stark. Trotzdem ist es beeindruckend, daß beispielsweise männliche Schwarze im Osten der USA nach einem bekannten Fragebogen eine durchschnittliche Depressivität von 13 Punkten aufweisen, wenn sie wenig religiös sind, aber nur sieben Punkte, wenn sie ein hohes Religiositätsniveau bekunden. Bei den schwarzen Frauen beträgt der Unterschied 15 zu 10 (Brown u. a., 1990). Bei einer anderen Stichprobe und Skala zeigten intrinsisch Religiöse einen durchschnittlichen Depressivitätswert von 3.52, Nichtreligiöse aber von 6.29 (Genia, Shaw, 1991). Die Neigung, sich beim Beantworten des Fragebogens günstig und glaubenskonform darzustellen, beeinflusst sicher solche Ergebnisse, doch erklärt sie nicht alles. Obwohl mit diesen Daten nur zahlenmäßige Beziehungen benannt und die genauen Wirkweisen noch weitgehend unerforscht sind, steht für Fachleute außer Frage, daß positive Formen von Religiosität in bezug auf die seelische Gesundheit vorbeugend, präventiv wirken können.

Zahlreiche Beobachtungen der *Lebensqualitätsforschung* vervollständigen dieses Bild. Eine Metaanalyse von 28 Studien ergab, daß zwischen subjektivem

Wohlbefinden einerseits und religiöser Aktivität und Einstellung andererseits eine positive Beziehung bestand, die zwischen 0,14 und 0,25 lag und damit stärker war als die zu Alter, Geschlecht und Rasse und gleich stark wie zu Schulbildung, sozioökonomischem Status und Familienstand, aber schwächer als die zu Einkommen, Gesundheit, Einsamkeit, Neurotizismus, Familienzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit. Sie war bei Männern und Frauen gleich, jedoch bei Älteren stärker als bei Jüngeren (Witter u. a., 1985). Von den 17 einschlägigen Studien, die Levin (1997) gesichtet hat, zeigte keine einzige negative Beziehungen zur Lebenszufriedenheit älterer Menschen und waren sechs in ihren Ergebnissen nicht eindeutig, doch stellten elf positive Zusammenhänge fest. Spätere Untersuchungen haben diese Erkenntnisse – mit manchmal großen und für die USA repräsentativen Stichproben – bestätigt (Willits, Crider, 1988; Mookherjee, 1994; Levin u. a., 1995); nur bei vereinzelt Studien ergab sich für Studierende kein Zusammenhang (Lewis u. a., 1997). Manche haben auch belegt, daß der psychohygienische Vorteil der Religiösen nicht nur auf der sozialen Unterstützung durch die Kontakte mit der Pfarr- oder Synagogengemeinde beruht, sondern auch bzw. noch mehr auf der persönlichen Gottesbeziehung (Pollner, 1989), der Erfahrung von Gottes Nähe im Gebet (Poloma, Pendleton, 1991) und der Glaubensgewißheit (Ellison, 1991).

Auch außerhalb der USA zeigen sich aktive Gläubige mit dem Leben häufiger zufrieden als andere. In Westdeutschland ergab eine Repräsentativumfrage von Emnid (1992), daß sich regelmäßige Gottesdienstbesucher – je nach Konfession – um 16 bzw. zehn Prozent häufiger als die Nichtkirchgänger (der jeweiligen Konfession) als mit dem Leben zufrieden bezeichnen. Sogar von denen, die „an Gott glauben“, was bekanntlich nicht immer aktive Religiosität besagt, sind in Westdeutschland fünf, in Ostdeutschland sieben Prozent mehr mit dem Leben zufrieden als von denen, die nicht an Gott glauben (siehe auch für drei deutsche Pfarrgemeinden: Zwingmann, 1991).

Sind nun religiöse Menschen deshalb zufriedener, weil sie bescheidenere Ansprüche ans Leben stellen oder gegenüber ihrem Schöpfer nicht undankbar sein wollen? Das ist wenig wahrscheinlich. Denn sie zeigen auch bei der überwiegend emotionalen Frage, ob sie *glücklich* sind, einen Vorsprung an Wohlbefinden. Nach manchen Umfragen besteht zwischen Religiosität und globalem Glücklichkeit ein positiver Zusammenhang zwischen 0,05 und 0,27 (Veenhoven, 1984). Ähnliches wurde auch bei Studierenden in Kanada (Frankel, Hewitt, 1994) und Wales (Robbins, Francis, 1996) festgestellt. Die Tatsache, daß Religiosität präventiv wirken und subjektives Wohlbefinden erhalten kann, führen Sozialwissenschaftler und Psychologen meistens auf den Einfluß zurück, den die soziale Kontrolle der Familie und der Glaubensgemeinschaft sowie die Verinnerlichung von Risikoverhalten ablehnenden Normen (kein Drogenkonsum, keine Alkoholexzesse usw.), d. h. die religiös motivierte *persönliche Impulskontrolle* ausüben. Dem

wäre hinzuzufügen, daß auch die soziale Unterstützung, die religiös erzogene Jugendliche in Familie und Jugendgruppen erfahren, vor Verwahrlosung und Delinquenz schützt. (Dies leisten freilich auch nichtkirchliche Vereine und Gruppen.)

Belastungsbewältigung: Das Leben ins Gebet nehmen

Zur Aufrechterhaltung der Lebenszufriedenheit tragen aber auch *religiös motivierte Bewältigungsprozesse und -muster* (Copingformen) bei, die den Umgang mit psychischem Stress bei negativen Lebensereignissen und belastenden Situationen günstig beeinflussen. Dazu zählt nicht nur die soziale Unterstützung, die man in einer lebendigen Gemeinde (in den USA meistens stärker als in Europa) erfährt, sondern auch die sozusagen transsoziale Unterstützung, die Gläubige im persönlichen Beten, Meditieren und Bibellesen erleben. Ältere Menschen, die dies praktizieren, berichten von weniger Depressivität und Angst (Koenig u. a., 1992; Atkinson, Malony, 1994; Musick u. a., 1998). Dies ist auch speziell für die Verarbeitung von chronischer Krankheit vielfach nachgewiesen (Dein, Stygall, 1997). K. Pargament (1997) hat in einer Auswertung von 46 Untersuchungen gezeigt, daß religiös motivierte Bewältigungsstrategien – unabhängig vom Alter – in 34 Prozent der gesichteten Ergebnisse positiv mit einem günstigen Verlauf des Anpassungsprozesses zusammenhängen: bei chronischem Leiden, unheilbarer Krankheit, Dialyse, schwerer Operation, Verlust einer nahestehenden Person und Kriegserlebnissen.

Bei Studien, die nach bestimmten religiösen Bewältigungsmustern fragten, wurde deutlich, daß „spirituelle“ Formen, die Gottvertrauen, Nähe zu Gott, Annehmen von Verlust als Gottes Willen und Ermutigtwerden zur Problemlösung beinhalten, am erfolgreichsten wirken; wer hingegen negative Ereignisse als Strafe Gottes deutet, zeigt kein besseres seelisches Wohlbefinden – was den erwähnten Beobachtungen zum Glauben an einen strafenden Gott entspricht. Eine eigenverantwortlich mit Gott „kooperierende“ Einstellung erwies sich meistens als günstiger als eine passiv-vertrauende. So untersucht man in den USA längst die Wirkung unterschiedlicher religiöser Bewältigungsmuster, während die deutschsprachigen Fragebögen zur Krankheitsverarbeitung nur undifferenziert die „Suche nach Halt in der Religion“ einbeziehen.

Religiöse Bewältigungsmuster kann man als Formen *kognitiver Umstrukturierung* (Neubewertung) verstehen, in denen religiöse Überzeugungen aktiviert werden, die das Selbstwertgefühl stützen (durch den Glauben an ein unbedingtes Angenommensein), Angst reduzieren (weil der Glaube die Maßstäbe der Leistungsgesellschaft relativiert, so daß Scheitern keine Letztkatastrophe mehr bedeutet), Verlust ausgleicht (durch die Verbundenheit mit Gott) und zur Problemlösung ermutigt. Diese Annahmen sind plausibel, doch ist die genaue Wirkungsweise reli-

giöser Belastungsbewältigung noch nicht befriedigend erforscht. So weiß man auch viel zu wenig über die spirituelle Komponente, die, zusammen mit der sozialen Unterstützung in der Gruppe, zum Programm der Anonymen Alkoholiker gehört: das Vertrauen auf „eine Macht, größer als wir selbst“ (Murken, 1994). Wahrscheinlich hilft die Überzeugung, „daß mit uns im Diesseits und im Jenseits alles gutgehen wird, wenn wir uns Ihm zuwenden“ (Grom, 1996, 167-171), die Fixierung auf unerfüllbare Leistungserwartungen aufzugeben, Versagensangst abzubauen und so das ungünstige Bewältigungsmuster des Sichbetäubens zu vermeiden.

Der Glaube – eine Anleitung zum Glücklichein?

Wenn Religiosität auch in der Allgemeinbevölkerung mit subjektivem Wohlbefinden einhergeht, könnte dies auf Einflüssen beruhen, die nicht nur vor Depressivität und Unzufriedenheit schützen, sondern die Lebenszufriedenheit und das globale Glücklichein etwas steigern. Man kann den Glauben, daß der Mensch von Gott als „Ebenbild“ geachtet und als Freund geliebt wird, dem zuliebe Gott sogar Mensch wurde und dem er eine unzerstörbare Gemeinschaft anbot, als möglichen Anstoß zu einer kognitiven Umstrukturierung deuten, die einer nihilistischen Abwertung entgegenwirkt, indem sie dem Menschen und allen sinnvollen Verhaltensweisen grundsätzlich einen unbedingten Wert zuerkennt. Dadurch motiviert der Glaube nicht nur zu Impulskontrolle und Bewältigungsverhalten, sondern unterstützt auch verschiedene Befriedigungsstrategien, durch die Menschen eine Steigerung ihres Wohlbefindens anstreben. Diese Prozesse, die, zusammen mit den bereits erwähnten, eine ganze psychologisch reflektierte Spiritualität ausmachen, sind jedoch bestenfalls ansatzweise geklärt (Grom 1996, 112–226).

Hier sei nur auf einige Befunde hingewiesen, die mit sinnstiftenden Bewertungen des Glaubens zusammenhängen könnten: Zum *Selbstwertgefühl*, das für das subjektive Wohlbefinden grundlegend ist, erbrachten Studien, die Religiosität undifferenziert gemessen haben, zwar widersprüchliche Ergebnisse (Gartner u. a., 1991), doch geht intrinsische Religiosität (Ellison, 1993; Ryan u. a., 1993) und der Glaube an einen liebenden Gott (Benson, Spilka, 1973; Spilka u. a., 1975; Chartier, Goehner, 1976; Ronco u. a., 1995) ziemlich eindeutig mit positivem Selbstwertgefühl einher – die Vorstellung von einem vergeltenden Gott aber mit negativem. Zur Frage, ob religiöse Menschen mehr als andere durch Schuldgefühle belastet werden, liegen keine schlüssigen Resultate vor (Hood, 1992). Nach mehreren Studien sind in den USA religiöse Verheiratete mit ihrer derzeitigen Ehebeziehung zufriedener als nicht religiöse (Gartner u. a., 1991; Poloma, Pendleton, 1991). Demnach bilden Partner, die aus überwiegend religiösen Gründen eine unglückliche Ehe aufrechterhalten, nur eine kleine Minderheit. Natürlich ist die sexuelle

Zufriedenheit von der Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs unabhängig (Davidson u. a., 1995; Young u. a., 1998). Prosoziales Verhalten, das ja auch als Sinnerfüllung erlebt werden kann, findet sich bei Menschen, die persönlich religiös sind bzw. den Gottesdienst besuchen, als ideelle Einstellung wie auch als tatsächliches Handeln häufiger als bei areligiösen (Wuthnow, 1991; Donahue, 1995; Gaiser, De Rijke, 1998). Doch kann man auch an die dem Schöpfungsglauben eigene Kultur des Dankens und Lobpreisens denken, die die Aufmerksamkeit konsequent auf das Positive und Gelingende im Leben lenkt. Allerdings wird bei alldem auch deutlich, daß Religiosität ihre positiven Wirkungen nur entfalten kann, wenn sie die wohlbefindensbedeutsamen Bewertungsprozesse des Gläubigen konkret beeinflusst und nicht eine feiertäglich-allgemeine Bekenntnisformel bleibt.

Kann positive Religiosität psychische Störungen beheben, heilen? Manche Autoren haben den Freudschen Neuroseverdacht gegenüber Religiosität längst durch einen spirituellen Therapieanspruch ersetzt. Es gibt jedoch weder für eine „Initiatistische Therapie“ (K. Graf Dürckheim) noch für eine „Christotherapie“ (B. J. Tyrell) oder ähnliche Ansätze einen Wirkungsnachweis bei ernsthaften Störungen. Hingegen wurden in einigen Studien Versuche überprüft, religiöse Überzeugungen von Klienten als Selbstinstruktionen und Visualisierungen in A. Becks Kognitive Therapie und A. Ellis' Rational-Emotive Therapie zu integrieren (Pargament, 1997, 388 f.). Da erwies sich die religiös ergänzte Therapieform teils als etwas wirksamer als die nicht religiöse Grundform, teils war der Unterschied kaum nennenswert. Diese Nachweise gelten für milde Formen von Depressivität. Religiosität kann also wahrscheinlich die positiven Einstellungen, die die Therapie statt der früheren negativen aufbaut und einübt, kognitiv bestätigen und verstärken. Sie kann eine Psychotherapie unterstützen, wirkt aber nicht unabhängig von ihr als eigenes sozusagen „ekklesiogenes“ Verfahren, das eine Alternative böte.

Manchmal regt die therapeutische Arbeit am eigenen Selbst religiös Erzeugene dazu an, Überzeugungen und Symbole, die für sie bisher kalte, allgemeine Kognitionen waren, zu emotional bedeutsamen „warmen Kognitionen“ zu konkretisieren. Auch können Meditationsleiter und Seelsorger als Laientherapeuten durch unspezifische Wirkfaktoren wie die gesprächsbereite Anteilnahme und die Ermutigung zur Geduld, die ja auch zu den Erfolgsbedingungen ausgebildeter Therapeuten gehören, Hilfe vermitteln – freilich nur begrenzt, denn viele Störungen erfordern auch ein spezifisches Vorgehen. Das Sichversenken mit Hilfe von Mantra, Atemkontrolle, Lotossitz und ähnlichem kann auch – unabhängig vom religiösen Meditationsinhalt – ähnliche, begrenzte Wirkungen zeitigen wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Biofeedback oder Hypnose (Grawe u. a., 1994, 626), wobei eine verantwortliche Begleitung unerlässlich ist.

Warum aber ist die therapeutische Wirkung des Glaubens nicht stärker, und weshalb sind auch alle hier erwähnten Zusammenhänge zwischen Religiosität

und subjektivem Wohlbefinden statistisch eher bescheiden? Die Antwort ergibt sich aus der *multifaktoriellen Sicht*, die für das subjektive Wohlbefinden allgemein gilt. Seelische Störung, Gesundheit und Wohlbefinden hängen von vielfältigen Bedingungen und Einflüssen ab: psychosozialen und innerseelischen, neurobiologischen und lerngeschichtlichen. Religiosität ist – auch in ihrer positivsten Form – immer nur *ein Faktor von mehreren*, und zwar „bloß“ ein *kognitiver*. Sie wirkt weder in der Art eines Psychopharmakons noch einer geheimnisvollen „transmundanen Energie“ (W. James), sondern als ein mehr oder weniger entwickeltes System von Bewertungen, ähnlich wie Ethik, Kunst und Wissenschaft. Diese „Kraft des Geistes“ kann die neurobiologischen Grundlagen unserer psychischen Widerstandsfähigkeit und emotionalen Gestimmtheit nicht unmittelbar verändern, sondern unser Erleben nur mittelbar durch ihre Bewertungsprozesse beeinflussen – so wie kognitive Therapien auch.

Außerdem sind der Erhalt und die Steigerung von Lebenszufriedenheit und globalem Glücklichein auf ein ganzes Spektrum von zunächst allgemeinen, säkularen Bewältigungsmustern, Befriedigungsstrategien und Erlebensbereitschaften sowie deren Entfaltung in einer günstigen Persönlichkeitsentwicklung und Lebenskultur angewiesen. Religiosität kann diese Lebenskultur zwar kognitiv bestätigen und so den Bemühungen um ein gelingendes Leben einen unbedingten Sinn verleihen; doch setzt sie diese Persönlichkeitsentwicklung und Lebenskultur auch voraus. Sie vermag nur zu motivieren, was schon an Selbstachtung, Liebesfähigkeit, sozialer Sensibilität und positiver Lebenseinstellung ansatzweise vorhanden ist. Trotz dieser Grenzen ist sie – psychohygienisch betrachtet – eine bedeutende soziale und personale Ressource für subjektives Wohlbefinden – für „Heil“.

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