

Wilhelm Schwendemann

Der Glaube, der heilt oder: macht der christliche Glaube gesund?

Anmerkungen zum Religionsboom in der Gesundheitspsychologie

»Wer an einen gütigen Gott oder eine andere positive transzendente Kraft oder auch ‚nur‘ an einen tieferen Sinn des Lebens glaubt, bewältigt Lebenskrisen, Streß und psychosoziale Konflikte leichter...« So lauten die anfänglichen und optimistischen Zeilen eines Artikels zum Thema Gesundheit und Religion der Zeitschrift Psychologie heute.¹ Der Glaube wirke präventiv, helfe Streß abzubauen, das Wohlbefinden zu fördern, begünstige Genesung im Krankheitsfall. Wer glaubt *erlebe das Sterben weniger angstbesetzt und verzweifelt*. Vor allem amerikanische Studien kommen zu einem eindeutigen Ergebnis: *Je wichtiger Religion im Leben eines Menschen als integrale Existenzform ist, desto weniger scheint dieser Mensch anfällig für Drogenmißbrauch oder gesundheitliche Störungen zu sein:* »Diesen Maßstäben zufolge gibt es keinen Grund anzunehmen, religiöse Menschen hätten einen geringeren Grad an seelischer Gesundheit, doch gibt es einen ziemlich klaren Beweis für die Annahme, daß sie sich eines höheren Grades an seelischer Gesundheit erfreuen. So mehren sich - obwohl vieles noch ungeklärt ist - die Anzeichen dafür, daß persönliche Religiosität, alles in allem, eher dazu beiträgt, leichteren psychischen Störungen vorzubeugen oder sie günstig zu bewältigen, allerdings nur in begrenztem Ausmaß.«² Das Fazit dieser Untersuchungen über den »Nutzen« von »Religion« scheint den Religionen wieder einen Weg zu ebnen, auch in die Psychologie.

Statt ekklesiogener Neurose religionsorientierte Therapie

Nicht anders lassen sich synkretistische Erscheinungen zwischen Religion und Psychologie und Esoterik auf dem Psychomarkt erklären, angefangen von Durkheims initiatischer Therapie bis hin zu Transzendentertherapien oder psychosomatischen Basistherapien oder der Bereitstellung eines Erfahrungsrau-

mes transpersonaler Erlebnisse. Also statt »ekklesiogener Neurose« nun religionsorientierte Therapie? Verlieren seriöse psychologische Modelle und Verfahren von Therapie, Beratung und Heilung angesichts des wuchernden Marktes von Religion und Esoterik? Ersetzt »Religion«, wie auch immer, von nun an als Allheilmittel die Psychologie?

Vorsicht ist geboten, auch wenn vielerorts das Zusammenwirken von vitaler Religiosität und Therapie/Behandlung/Beratung sich als fruchtbringend erwiesen hat. Auch steht außer Frage, daß Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und körperliches Wohlbefinden wesentlich mit dem Glauben zu tun haben, der ein Reservoir für Lebensenergien und Lebenskraft darstellt und seelischer Gesundheit zumindest nicht abträglich ist. »Zwischen einem persönlich bedeutsamen Glauben einerseits und Lebenszufriedenheit, Glücklichkeit, positiver Gestimmtheit und Sinnorientierung andererseits besteht ein Zusammenhang, der positiv, aber nicht sehr stark ist.«³ An diesem Zitat wird deutlich, daß Religiosität in der Tat eine potentielle Ressource seelisch-leiblichen Wohlbefindens darstellen kann: »Religiosität kann mit ihren Deutungen, Symbolen und Riten nur die jeweils vorhandene Bereitschaft zu positiver Bewertung der eigenen Person, der Mitmenschen und des Lebens bestätigen, motivieren und unterstützen.«⁴ Religion kann durchaus vor Werteverfall und Sinnverlust schützen und so die Grundlage kontinuierlichen Wohlbefindens schaffen. Der »Nutzen« vitaler Religiosität für den Bereich der »Heilung« scheint also dort zu suchen zu sein, wo Religion als Ressource gesehen werden kann.

Einzuordnen ist diese - fast schon systemische - Betrachtung der Funktion von gelebtem Glauben in die Sozialpsychologie und genauer in die sogenannte Gesundheitspsychologie. Dieser neue Zweig der Psychologie überhaupt agiert seit etwa 1978 und hat den

traditionellen Gesundheitsbegriff relativiert. Gesundheit läßt sich natürlich nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch als ein von Krankheit unabhängiger positiver psychosomatischer Gesamtzustand des Menschen verstehen. Dieser auch in der Gesundheitsdefinition der WHO intendierte moderne Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff markiert einen Paradigmenwechsel innerhalb medizinischer Psychologie überhaupt.

Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter Gesundheit so etwas wie einen Zustand vollständigen Wohlbefindens, das körperliche, geistige und soziale Aspekte umfaßt und eben nicht nur das Freisein von Krankheit und Anfälligkeit. Gesundheit wird in diesem Kontext nicht allein als Negation von Krankheit verstanden. Kritisch einzuwenden gegen diese Definition und Sicht ist aber, daß Gesundheit und Krankheit zu sehr als entgegengesetzte Pole gesehen werden können. Positiv ist, daß das kausalorientierte, traditionelle biomedizinische Erkenntnismodell durch ein biophysikalisch-systemisches Konzept ergänzt, erweitert und so relativiert wird. Als wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie will die systemische Gesundheitspsychologie »Gesundheit« zuerst fördern, erhalten und Krankheit verhüten. »Krankheit« – als gesundheitliche Störung begriffen – ist nicht monokausal, sondern nur multifaktoriell begreifbar und gegebenenfalls auch behandelbar. Beispiele hierfür wären chronische Erkrankungen, Allergien und auch psychische Erkrankungen.

Die Gesundheitspsychologie dient also in erster Linie der Aufrechterhaltung eines leibseelischen Zustandes des Wohlbefindens und der Zufriedenheit – manchmal sogar trotz oder gegen eine chronische Erkrankung, wo es durchaus Phasen dieses Wohlbefindens geben kann.⁵ Auch Gesundheit hängt von vielen ineinandergreifenden Faktoren und Bedingungen ab und setzt normative Entschei-

dungen voraus. Als äußere Umweltfaktoren wären z.B. angemessene und ausreichende Ernährung, Chancengleichheit gewährleistende Bildung, das Leben in gesundheitsförderlichen Lebenswelten usw. zu sehen.

Begriff der »sozialen Repräsentation«

In diesem Zusammenhang stellt A. Antonovsky die Frage: Warum bleiben manche Menschen in Streß- und anderen Belastungssituationen gesund, was hält sie gesund? Diese Frage und der Versuch ihrer Beantwortung läßt sich zur Gesundheitsdefinition der WHO in Beziehung setzen: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.« (Schwenkmezger u. a., 1990, S. 65)

Diese Perspektive ist auffällig und auch ein wenig verblüffend. Hat sich die traditionelle westliche Medizin bislang mit der Erforschung von Krankheiten und deren Ursachen beschäftigt, so wird nun der Blick auf die Gesundheit des Menschen gelenkt, was zu neuen Zielsetzungen der Medizin führen muß und vielleicht zu einem neuen Verständnis der oben erwähnten chronischen Erkrankungen führen kann. Die WHO-Definition von Gesundheit und die Fragehaltung Antonovskys zielen nicht so sehr auf Störungen und Defizite, sondern setzen auf eine positive Gesundheitsförderung, in die sozialpsychologische Standards und auch Fragehaltungen integriert sind. Zu nennen wären u. a. soziale Repräsentationen, Attribution, Konsistenz als Organisationsprinzip und die Einstellung zu Gesundheit/Krankheit.

Der Begriff »soziale Repräsentation« meint die Ebene menschlicher Wirklichkeitserfahrung. Das Wissen und die Wahrnehmungsmodi von Wirklichkeit ist zum größten Teil, z. B. über Print- und AV-Medien vermittelt. Derart vermittelte Wirklichkeitsausschnitte re-symbolisieren sich z. B. im Unterricht, im Alltagswissen und in der Meinungsbildung. Vermittelte Wahrnehmungen und Vorstellungen über bestimmte Sachverhalte werden als soziale Repräsentationen bezeichnet.

So erschien z. B. am Anfang der AIDS-Ära eine »Spiegel«-Nummer mit einem Titelblatt, das den Virus in einen Zusammenhang mit dem Symbol »Totentanz«/»Pest« brachte und den diskriminierenden gesellschaftlichen Begriff »Schwulenpest« mitprägte. Die Folgen dieser symbolischen Repräsentation in weiten Kreisen der Bevölkerung, die sich damals nicht mit der AIDS-Erkrankung auseinandersetzen, waren u. a. eine Stigmatisierung und Ausgrenzung der AIDS-Erkrankung und später der Kranken selbst. Kollektive Ängste haben sich in bildhaften Darstellungen wie dem erwähnten Spiegel-Titelbild »gespiegelt« bzw. sind dort repräsentiert worden.

Soziale Repräsentationen werden von Gruppen- und einzelnen Gesellschaftsmitgliedern in einem definierten Kommunikationsprozeß und Prozeß sozialer Interaktion geschaffen und können auch wieder verändert oder zurückgenommen werden. Gerade diese sozialen Repräsentationen weisen Analogien zu religiösen Begriffen, Glaubensvorstellungen, Metaphern, bildhafter Sprache, zu erzählten Mythen auf. Biblische Mythen, wie z. B. die alttestamentlichen Schöpfungserzählungen oder das neutestamentliche Bild vom neuen Jerusalem hatten die gesellschaftliche Funktion von Identitätsbestimmungen, Identitätssicherung und Neudefinition von Identität nach oder angesichts großer Umweltkatastrophen oder politischen Umwälzungen (z. B. Sintflu-

ten oder Christenverfolgungen unter Domitian).

Vergleichbar sind den sozialen Repräsentationen auch die Kommunikationsprozesse innerhalb einer Gruppe, die ein Mitglied verloren hat (z. B. Familien nach einem Todesfall) und jetzt z. B. in »Passageriten« neue Identität zu gewinnen sucht. Die Funktion der sozialen Repräsentationen liegt auf der Hand: Einzelnen oder einer Gruppe soll das Symbolsystem der sozialen Repräsentationen Orientierung verschaffen und es soll neue Kommunikation über nicht selbst in Erfahrung gebrachte Phänomene gestiftet und ermöglicht werden. Wie bei präsentativen und z. T. auch logisch-diskursiven Symbolen überhaupt müssen auch soziale Repräsentationen im »Wissen« eines Menschen, einer Gruppe an bestehende Symbole anknüpfen bzw. sich verankern und sie bedürfen der Re-Symbolisierung bzw. Vergegenständlichung. *»Soziale Repräsentationen haben die primäre Funktion, die Orientierung und das Zurechtfinden eines Menschen in der sozialen Umwelt zu erleichtern«* (Schwenkmezger, 1990, S. 67).

Eine Folge davon ist, Krankheiten bestimmten Ursachen zuzuschreiben und somit erklären zu wollen. So ist z. B. der Heilungserfolg bei Patienten deutlicher, die sich noch in der Lage zu befinden meinen, kognitive Kontrolle über den Heilungsprozeß ausüben zu können. Jedes Individuum muß zudem in der Lage sein und über die Kompetenz verfügen, wenn es Informationen aus der Umwelt oder von sich selbst verarbeitet, diese Informationen in ein eigenes konsistentes System zu überführen. An dieser Stelle setzt die sozialpsychologische Theorie kognitiver Dissonanz an: Ein rauchender Mensch z. B. muß sein Bedürfnis zu rauchen mit den Slogans der vorbeugenden Medizin »Rauchen ist gesundheitsschädlich« usw. ausbalancieren.

Die inneren personalen Ressourcen

Um diese vielfältigen Interaktionen Mensch – Mensch – Umwelt verstehen zu können, kann man sich des sogenannten Ressourcen-Interaktionsmodells als Bezugsrahmen bedienen: *Ausgangspunkt ist die Vorstellung vom Menschen als einem Lebewesen, welches nur dank vielgestaltiger Formen des energetischen bzw. stofflichen Austauschs zu seiner Umgebung lebensfähig ist. Energien bzw. Stoffe der Umwelt lassen sich als notwendige und vielfältig nutzbare Ressourcen verstehen, auf welche Menschen in ihren Bestrebungen nach Selbsterhaltung und Entwicklung angewiesen sind.*« (Schwenkmezger, 1990, S. 73).

Ressourcen sind also Interaktionsmöglichkeiten oder z. T. auch kommunikative Hilfsmittel zwischen Individuum und Umwelt und sie repräsentieren in ihrer Gesamtheit die Grundbedingungen menschlichen Lebens. »Gesundheit« stellt in diesem Bezugsrahmen dann so etwas wie ein Ergebnis »einer angemessenen Regulation der ressourcenbezogenen Transaktionen zwischen Individuum und Umwelt« dar (Schwenkmezger, 1990, S. 74). Als derartige regulierende Ressourcen dürften gelten: sozialer Einfluß von Referenzpersonen und Referenzgruppen auf das Individuum, soziale und emotionale Unterstützung, das Vorhandensein einer langjährigen Vertrauensbeziehung, physikalische, psychosoziale, soziokulturelle, ökonomische und politische Umstände, zu denen natürlich auch symbolisch-religiöse (z. B. Mitgliedschaft in einer kirchlichen Gruppierung) zu zählen wären.

Hinzu kommen Faktoren, die in der Literatur als »Innere Ressourcen« gekennzeichnet werden. Hier müßte wahrscheinlich der christliche Glaube einbezogen werden. Die inneren personalen Ressourcen lassen sich dann noch einmal aufschlüsseln in Wissenserwerb,

Wahrnehmung, Erleben und Denken als kognitive Dimension, sowie emotionale, psychomotorische, operational-pragmatische und symbolisch-ethisch-religiöse Bereiche. Alle diese inneren Ressourcen können doppelt ausgerichtet sein, einmal als Metakompetenzen, d. h. als selbstreflexives Potential (ein Mensch hat die Fähigkeit, über einen Sachverhalt z. B. angemessen nachzudenken) und zum anderen als handlungsorientiertes – prozeßhaftes Potential (ein Mensch hat die Fähigkeit, etwas zu tun). Als wichtigstes Bindeglied in Antonovskys Gesundheitsmodell erscheint so etwas wie ein hermeneutisches Vorverständnis von Welt zu agieren, d. h. daß jeder Mensch mit der Fähigkeit ausgestattet ist, Wirklichkeit so wahrzunehmen, daß dem eigenen Leben – komme was da wolle – Sinn gegeben werden kann.

Antonovsky nennt dieses Vorverständnis *Kohärenzsinn*. Dieser Kohärenzsinn ist zusammen mit den verschiedenen Verarbeitungsmodi und vor allem der Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und in die Zukunft so etwas wie ein Scharnier, das dem Menschen ermöglichen soll, gesund zu bleiben. Das Modell Antonovskys macht zur theoretischen Vorgabe, daß zwischen Individuen und Umwelt Transaktionen stattfinden und, sofern diese von den Individuen angemessen genutzt werden, auch zur allgemeinen Stabilisierung dienen. Innerhalb dieses Modells werden Menschen als aktive, planende, sich Ziele gebende Lebewesen verstanden, die auf den Austausch mit ihrer Umwelt notwendigerweise angewiesen sind. Die Transaktionen zwischen Individuum und Umwelt sind deshalb gegenseitige Austauschbeziehungen.⁶ Antonovsky nennt deshalb sein Modell von Gesundheit auch salutogenetisches Modell in Abgrenzung vom herkömmlichen pathogenetischen der westlichen Schulmedizin, das die Kausalursachen von Krankheit klären will. Gesundheit und Krankheit sind für Antonovsky sich nicht

polar zueinander verhaltende Zustände, sondern Endpunkte einer kontinuierlichen Verteilung, was als Health-Ease-Disease-Continuum (= HEDE) bezeichnet wird. Kriterien sind dabei die generalisierten Widerstandsquellen, die sich stabilisierend und positiv, d. i. kreativ, auf den Umgang mit Belastungen auswirken. Basis dabei ist das eigene Vertrauen in die Verständlichkeit eines Ereignisses, die Bewältigbarkeit der Anforderungen eines Ereignisses und die emotionale Bedeutung von Ereignissen für das Individuum.

Unverfügbare Gottesbeziehung

»Heilung« ist in diesem Modell dann durchaus im Virchowschen Sinn Wiederherstellung der Harmonie und Ganzheit des Leib-Seele-Kontinuums (*restitutio ad integritatem*). In diesem Sinn geht aber der Begriff Heilung weit über das hinaus, was traditionell unter der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit von Organen usw. verstanden wird (*restitutio ad integrum*). Ethisch bedeutsam in Antonovskys Konzept scheint mir, daß hier die Kategorie des anderen eingeführt wird. Um zu leben, bedarf es des anderen in seiner Andersheit und nicht in seiner Uniformität. Nicht der Nutzen steht im Vordergrund, sondern die kommunikative Situation. Das Ressourcenmodell des salutogenetischen Ansatzes kommt dort an seine Grenze, wo »Glaube«, »Gott«, »Religion«, »Versöhnung«, »Erlösung«, »Transzendenz« zum Zwecke der Gesundheitsbewahrung instrumentalisiert und so ihrer Andersheit beraubt werden. Eine intakte Gottesbeziehung kann den anthropologisch verstandenen Heilungsprozeß zwar fördern und unterstützen, herstellbar ist sie jedoch nicht; und wenn sie es wäre, wäre sie keine Gottesbeziehung, sondern selbst gemachter Götzendienst.

Im Modell Antonovskys gedacht ist ja selbst die Gottesbeziehung eine außerhalb unserer

Verfüugungsmacht stehende »Ressource«, weil Gott an uns nie unmittelbar, sondern vermittelt handelt und begegnet. Wie Gott in Christus solidarischer Mensch wurde, so nimmt Christus an unserem Leben solidarisch in den äußeren Zeichen wie zusprechendes und befreiendes Wort und Sakrament Anteil. In Wort und Zeichen handelt Christus als der Gegenwärtige. Gottes Geist steht nicht im Kontrast zum Seelisch-Leiblichen des Menschen, sondern zu dessen Eigenmächtigkeit, d. h. Gott nimmt das Seelisch-Leibliche in seinen Dienst, ohne seine Gottheit zu verlieren: Im Psalm 33, 9 heißt es deswegen auch: *Demn Gott sprach, und es geschah; Gott gebot, und es stand da*. Ein auf Gott vertauender Mensch hat die Gewißheit, daß gegen alle Anfechtung und Zweifel dem Menschen von außen Heil und damit auch Heilung zugesprochen wird. Diese Extra-nos-Dimension ist dem christlichen Glauben wesentlich, weil eben der Glaube sich nicht selbst trägt, d. h. dem Menschen als innerer Faktor verfügbar ist, sondern am lebendigen Wort Gottes hängt, das heißt von außen kommt. Der Glaube ist Geschenk und nicht zu erbringende Leistung des Menschen.

Anmerkungen

¹ Psychologie heute 24, 1997, Heft 6, S. 21

² ebda, S. 24

³ ebda, S. 26

⁴ ebda, S. 26

⁵ siehe dazu: P. Schwenkmezger/L. R. Schmidt (Hg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, Göttingen, 1990, S. 3

⁶ siehe dazu auch: A. Antonovsky: Health, stress, and coping, San Francisco, 1979 und dito: Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well, San Francisco, 1987.