

Religiosität und psychische Gesundheit

Seelsorgliche und religionspsychologische Perspektiven

Anja Michel, Pfarrerin und Assistentin an der Abteilung Seelsorge, Religionspsychologie und Religionspädagogik an der Theologischen Fakultät der Universität Bern und Klinikseelsorgerin i.A. in den UPD Bern
 Isabelle Noth, Professorin für Seelsorge, Religionspsychologie und Religionspädagogik an der Theologischen Fakultät der Universität Bern und Klinikseelsorgerin in den UPD Bern

Die Psychiatrie als Ort religiös-existenzieller Auseinandersetzungen

Religion macht auch vor der Psychiatrie nicht Halt. Im Gegenteil: Die Psychiatrie scheint ein besonders bevorzugter Ort für religiöse Fragen, Handlungen und Auseinandersetzungen zu sein. Ein Blick ins «Kuckucksnest – Die andere Zeitschrift der Psychiatrie-Erfahrenen» spricht Bände: Hier findet man persönliche Glaubensbekenntnisse, Schilderungen über die eigene Suche nach Gott, Gebete, Klagen, biblische Bilder und Zitate, Texte zur Freimaurerei und buddhistische Erzählungen – keine Ausgabe ohne explizit religiöse Themen, Metaphern und Symbole. Es handelt sich dabei um ein bekanntes Phänomen, das im Volksmund im Ausspruch «Not lehrt beten» seinen Niederschlag gefunden hat: In Krisenzeiten erhalten existenzielle Fragen und religiöse Antworten eine besondere Brisanz. Menschen, die leiden, sind im Vergleich zu jenen, denen es sogenannt rundläuft und denen das Leben leicht zu fallen scheint, offener und ansprechbarer für religiös-spirituelle Perspektiven. Religionen versuchen seit jeher bewährte Wege aufzuzeigen, wie existenzielle Fragen hilfreich bearbeitet werden können.

Ein paar wenige Aussagen von Patienten/-innen, mit denen wir als Klinikseelsorgerinnen in den Universitären Psychiatrischen Diensten zu tun haben, mögen die Art und auch

die Intensität der Beschäftigung mit religiösen Inhalten illustrieren:

«Sobald ich die Bibel auf tue und lese, ist alles Geschriebene gegen mich gemeint. Gott ist gegen mich!» (A.B., 34-jährig)

«Oberhalb von mir war nur noch Gott. Ich war auch fast wie Gott, konnte alles kontrollieren und beeinflussen. Das war mir fast ein bisschen zu viel. Nun, als Tiger, ist mir wohler.» (C.D., 19-jährig)

«Ich betete zu Gott, und er schickte mir seine Engel und ich fand Ruhe.» (E.F., ca. 50-jährig)

Diese wenigen Beispiele aus dem christlichen Kontext sollen eine Ahnung davon vermitteln, wie sich Patientinnen auf Religion beziehen, um ihre eigene Situation zu deuten. Leidende neigen dazu, auf religiöse Bilder und Verstehensweisen zurückzugreifen, um sich ihr eigenes Erleben verständlich zu machen und um ihm einen Sinn abzugewinnen. Dies erstaunt wenig, denn Religionen handeln im Kern vom Heilwerden und vom Erlöstwerden beziehungsweise vom Überwinden des Leides. «Aber sprich nur ein Wort, so wird meine Seele gesund», wird in der römisch-katholischen Liturgie gebetet. Gerade in der Psychiatrie erleben wir Menschen, die besonders mit der Erfahrung ringen, dass Gott trotz aller christlich-kirchlichen Liebesversprechen nicht eingreift und nicht heilt. Gott bleibt stumm und ist fern. Wie lässt sich dies aushalten? Wie verhält sich das versprochene Heil zur beeinträchtigten körperlichen und psychischen Gesundheit?

Erfahrungen mit psychisch belasteten Menschen sind für Theologie und Seelsorge eine besondere Herausforderung. Wie wichtig es ist, sich diesem Thema auch forschungsmässig zuzuwenden,¹ belegen die jüngsten Statistiken: Bereits heute erkrankt in der Schweiz jeder vierte Mensch einmal in seinem Leben an einer psychiatrisch diagnostizierbaren Krankheit, und der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird die Zahl psychischer Störungen in Zukunft noch ansteigen. Für Betroffene und Angehörige ist damit unermesslich viel Leid verbunden – dies in einem Bereich, der gesellschaftlich nach wie vor tabuisiert wird. Umso wichtiger ist es, sich mit ihm zu befassen und zur Entstigmatisierung beizutragen. Eine Disziplin, die sich diesem Unternehmen widmet, ist die seit Februar 2012 an der Theologischen Fakultät in Bern offiziell in die Titulatur der Seelsorgeprofessur aufgenommene Religionspsychologie.

Religionspsychologie

Die Religionspsychologie befasst sich mit religiösem Erleben und Verhalten und fragt, «welche religiösen Aspekte [...] psychische Genesungsprozesse beeinflussen» können.² Wie stehen Religiosität und psychische Gesundheit respektive Krankheit zueinander? Diese Frage wurde in den Anfängen der Religionspsychologie eindeutig und – wie wir heute wissen – auch einseitig beantwortet: Sigmund Freud sah primär die pathologisierende Wirkung von Religion, die insgesamt als «Relikt aus früheren Zeiten, das der Ver-

nunft auf Dauer nicht standzuhalten vermag»,³ überwunden werden muss. Religion fördere sowohl Regression als auch Verdummung und habe unter anderem mit ihrem Erzeugen von Angst und Schuldgefühlen primär eine krank machende Funktion. Damit war die Religionspsychologie erst einmal mit der Religionsfeindlichkeit der (frühen) psychoanalytischen Tradition beerbt. Religionsfreundliche Stimmen wie diejenige von Carl Gustav Jung oder Oskar Pfister waren auch zu hören, hatten jedoch nicht denselben Einfluss. Erst in den 1980er-Jahren ist eine deutliche Wende nachzuweisen: Studien zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit nahmen zu, und Religiosität wurde nicht mehr nur als krankheitsverursachender Faktor gesehen, sondern neu auch als Ressource für Gesundheit. Damit wurde die faktische Ambivalenz von Religiosität erstmals ernsthaft wahrgenommen.⁴ In der aktuellen Forschungsliteratur werden sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit als komplexe Phänomene betrachtet, die sich in vielfältiger Weise wechselseitig beeinflussen. Nun können auch Einwirkungen des psychischen Wohlbefindens auf die persönliche Religiosität untersucht werden (beispielsweise konnte gezeigt werden, dass negative Gottesbilder mit dem Rückgang einer depressiven Symptomatik abnehmen), während ältere Studien mehrheitlich die entgegengesetzte Wirkrichtung berücksichtigten.⁵ Die Hinwendung zu Religiosität als möglichem gesundheitsförderndem Faktor wurde zuerst in den USA vollzogen. Inzwischen gibt es eine

¹Anja Michel arbeitet an einer Dissertation zu Psychiatrieseelsorge und Migration.

²Noth 2013, 40–41.

³Noth 2013, 41.

⁴Vgl. Noth 2013, 41–42; Klein und Albani 2011, 215.

⁵Vgl. Klein und Albani 2011, 216.

Vielzahl empirischer Untersuchungen, aus denen zu schliessen ist, dass Religiosität eine gesundheitsfördernde Wirkung entfalten kann. Die Suche nach Interpretationen der verschiedenen Ergebnisse hält an.⁶ Für eine differenzierte Analyse muss nach spezifischen Facetten von Religiosität – und zwar in der ganzen Breite ihres Erscheinens, das heisst unbedingt auch ausserchristlicher Formen – im Hinblick auf ihre spezifischen Folgen für psychische Gesundheit gefragt werden. Aus der Vielzahl möglicher Erklärungen seien folgende vier Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit zumindest kurz erwähnt:⁷

Theorie der sozialen Unterstützung:
Religiöse Gruppen können die Funktion von sozialen Netzwerken einnehmen: Sie können sowohl emotionale als auch materielle Unterstützung bieten. Das Gefühl dazugehören, Anschluss zu haben und sich an gemeinschaftlichen religiösen Aktivitäten beteiligen zu können, stehen in Zusammenhang mit besseren Gesundheitswerten.⁸

Theorie des positiven Selbstwerts:
Eine sichere Bindung an Gott und ein freundliches und lebenszugewandtes Gottesverständnis können zur Reduzierung von «emotionaler Instabilität sowie Gefühle der Angst und Depressivität» bei-

tragen.⁹ Insgesamt können religiös vermittelte Gefühle «aufgrund ihrer emotionalen Stärke von Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden sein.»¹⁰

Theorie der kognitiven Orientierung:
Religiöse Erklärungen können in verunsichernden Situationen Orientierung bieten, Lebenssinn und -bedeutung generieren und dadurch ein Gefühl der Kohärenz ermöglichen. Zudem bieten Religionen einen «Erfahrungsschatz an Leid wie auch Bewältigungsstrategien» an.¹¹

Theorie der alternativen Werte:
Machtkritische Werte wie Verzicht oder Einfachheit, die oft von Religionen vertreten und gefordert werden, können psychisch entlastend wirken und sind mit einer besseren Stressbewältigung und weniger Depressivität verbunden.

Diese Erklärungsmodelle betonen unterschiedliche Aspekte, die nachweislich förderlich für psychische Gesundheit sind, sie können jedoch auch in ihr Gegenteil kippen. Alternative Wertvorstellungen können beispielsweise «internalisierend übersteigert werden, was dann mit der Gefahr, ein «Helfer-Syndrom» zu entwickeln und an Burn-out und Depression zu erkranken, verbunden ist.»¹² Religiosität ist demnach als multiples Konstrukt anzusehen, dessen Aspekte sowohl salutogen wie auch pathogen wirken

⁶ Vgl. Noth 2013, 42–43.

⁷ Siehe dazu ausführlich Klein und Albani 2011, Noth 2013.

⁸ Vgl. Klein und Albani 2011, 226–227.

⁹ Klein und Albani 2011, 228.

¹⁰ Klein und Albani 2011, 228.

¹¹ Klein und Albani 2011, 229.

¹² Vgl. Klein und Albani 2011, 231.



können.¹³ Daher muss im Diskurs um Religiosität und um psychische Gesundheit stets differenziert werden, über welche Art von Religiosität gesprochen wird. Zudem muss berücksichtigt werden, dass Gesundheitsvorstellungen immer auch normativ und kulturabhängig sind¹⁴ und dass Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit komplexe Vorgänge bezeichnen, da beide Größen bloss einzelne Faktoren in einem ganzen «Beziehungs- und Bedingungsgeflecht» darstellen.¹⁵

Erkenntnisse der Religionspsychologie können Seelsorgenden helfen, ihre Arbeit zu vertiefen und zu reflektieren, aber auch zu begründen. Begründung und Legitimierung der Seelsorge erschöpfen sich jedoch nicht in Erkenntnissen der Religionspsychologie, da

sie diese ansonsten ihre explizit theologische Perspektive und damit ihr Proprium verwirken liesse.

Psychiatrieseelsorge

«Wär ir Psychiatrie isch, isch usgstämplet und ussgstige», textet Chlöisi Friedli, der bekannte Berner Blues-Sänger aus den 1970er-Jahren, und singt dabei wohl vielen Patienten/-innen aus dem Herzen. Nach dem Klinikseelsorger Martin Hagenmaier sind Menschen in der Psychiatrie «die Anderen».¹⁶ Sie befinden sich in einem gesellschaftlichen Aussen, und entsprechend kreisen ihre Erfahrungen auch immer wieder um soziale Ausgrenzung, Abwertung, Scham, Schuld, Versagen und Isolierung. In einer Gesellschaft, in der «jeder seines eigenen Glückes Schmied ist», wird auch jede für ihr Nichtwohlergehen verantwortlich gemacht.

¹³ Vgl. Braam 2011.

¹⁴ Vgl. Noth 2013.

¹⁵ Vgl. Zehnder Grob et al. 2013, 191.

¹⁶ Vgl. Hagenmaier 1988, 100.

Diese Sichtweise belastet Patienten/-innen und erklärt ihr Leiden für selbst verschuldet («blaming the victim»).¹⁷ Eine psychische Erkrankung ist ein kritisches Lebensereignis, das einen aus den gewohnten Bahnen wirft: Während Deutungsmuster oft auf unhinterfragten Annahmen über uns und die Welt basieren und ein Funktionieren ermöglichen, wirft uns ein kritisches Lebensereignis aus diesen Passungen heraus und durchkreuzt sie. In den Worten der Psychologen Filipp und Aymanns: «Kritische Lebensereignisse produzieren eben nicht nur ›Stress‹; sie attackieren die eigene Sicht der Welt, sie öffnen die eigene Verwundbarkeit, sie führen die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit vor Augen, und sie machen nicht selten die Fragilität der eigenen Existenz schmerzlich bewusst. Und die ausserordentliche Willkürlichkeit, mit der manche dieser Erfahrungen in das Leben der Betroffenen einbrechen, erzeugt Chaos, Unsicherheit, Orientierungsverlust, Sinnlosigkeit anstelle von Sicherheit, Sinn, Vertrauen und Glauben.»¹⁸ Gerät das Leben aus den Fugen, werden Deutungsmuster neu verhandelt: Warum schweigt Gott? Wozu schickt er mir diese Krankheit? Wozu passiert mir dies alles? Hat Gott einen Plan mit mir? Bestraft er mich? Hat er mich denn vergessen?

Aus dem Leiden am Schweigen Gottes und der Gottesferne heraus werden Selbst- und Gottesbilder infrage gestellt und transformiert. Die bis anhin gepflegten und ungepflegten Gottesbilder und die eigenen religiösen Annahmen greifen nicht mehr. Die mit psychischem Leiden oftmals einhergehende

radikale Infragestellung der eigenen Existenz bedarf der Auseinandersetzung. Genau darauf sind Seelsorgende spezialisiert.

Seelsorge als Verweigerung einer Leidensdeutung

Isolde Karle definiert Seelsorge als «religiöse Kommunikation».¹⁹ Zum Merkmal von Religion gehört nach Karle, dass sie die Unbestimmbarkeit der Welt aushält. Daraus folgt ein spezifischer Umgang mit Leid und Sinnuche – Themen, die Menschen in der Psychiatrie besonders umtreiben. Der Fokus der Seelsorge ist weder in der Sinnfindung in der Krankheit oder im Leid noch in der Steigerung von Lebensqualität zu sehen. Vielmehr kann Seelsorge, mit Manfred Josuttis gesprochen, als Verweigerung einer Leidensdeutung verstanden werden,²⁰ wobei der Verzicht auf Sinndeutung wiederum eine paradoxe Sinnfindung und damit ein religiöses «coping» sein kann, welches sich im Widerstand und in der Klage äussert.²¹ Die Stärke der Seelsorge ist mit ihrer Eigenständigkeit und der Unabhängigkeit ihres Auftrages verbunden und damit mit ihrer spezifisch religiösen Perspektive, welche «besondere Ressourcen in der Begleitung Kranker zu erschliessen vermag.»²² Daher soll die Seelsorge ihren Grundsätzen der Offenheit und Zielfreiheit nachkommen. Nur so kann konkret religiös gesprochen werden (entgegen einer Entkonkretisierung der Religion durch einen vagen Religionsbegriff), und nur darin ist der Vertrauensvorschuss der Patienten/-innen gegenüber Seelsorgen-

¹⁷ Vgl. Karle 2009, 24.

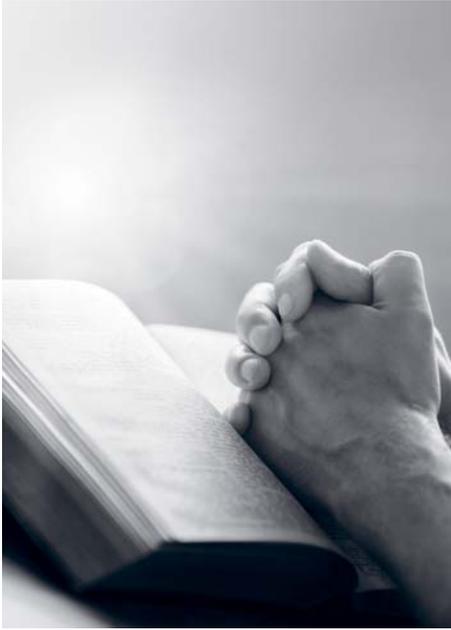
¹⁸ Filipp et al. 2010, 180.

¹⁹ Vgl. Karle 2010, 547.

²⁰ Vgl. Karle 2010, 547.

²¹ Vgl. Karle 2010, 548.

²² Karle 2010, 550.



den begründet.²³ Erleiden Menschen eine schwere Krankheit, so wird diese meist nicht einfach «als Teil der *conditio humana* hingenommen und erlitten, sondern immer auch reflektiert, gedeutet und interpretiert.»²⁴ Menschen darin zu begleiten, ist die Kernkompetenz von Seelsorgenden. Dabei ist jedoch – vielleicht entgegen verschiedener Vorurteile – gerade nicht die religiöse Sinngebung im Vordergrund; diese kann sich auch als Flucht vor der Realität entpuppen. Vielmehr kann Glaube als Stärke verstanden werden, das Sinnlose auszuhalten, Realität anzunehmen und gegen diese Realität zu protestieren.²⁵

²³ Vgl. Karle 2010, 555.

²⁴ Karle 2009, 20.

²⁵ Vgl. Karle 2009, 31.

Glaube wird dann zur «Kraft zum Verzicht auf Sinndeutung in religiöser Hinsicht»²⁶ und gerade dadurch zur Quelle, Menschen in Krisenzeiten zu begleiten und zu stärken. Wenn die Not beten lehrt, dann der Glaube, die Hoffnung zu behalten.

Literaturverzeichnis

Braam, Arjan W. (2011): Religion und Depression. In: Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck (Hg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 273–290.

Filipp, Sigrun-Heide, und Aymanns, Peter (2010): *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.

Hagenmaier, Martin (1988): Seelsorge im psychiatrischen Krankenhaus. In: *Wege zum Menschen* 40, S. 95–105.

Karle, Isolde (2009): Sinnlosigkeit aushalten! Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit. In: *Wege zum Menschen* 61 (1), S. 19–34.

Karle, Isolde (2010): Perspektiven der Krankenhaus-seelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des *Spiritual Care*. In: *Wege zum Menschen* 62 (6), S. 537–555.

Klein, Constantin, und Albani, Cornelia (2011): Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Constantin Klein, Hendrik Berth und Friedrich Balck (Hg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 215–245.

Noth, Isabelle (2013): *Recovery und Religion: Religionspsychologische Befunde zu seelischer Gesundheit*. In: Christian Burr, Michael Schulz, Andréa Winter und Gianfranco Zuaboni (Hg.): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 40–47.

Zehnder Grob, Sabine, und Käßler, Christoph (2013): *Psychische Gesundheit und Religiosität*. In: Christoph Käßler und Christoph Morgenthaler (Hg.): *Wertorientierung, Religiosität, Identität und die psychische Gesundheit Jugendlicher*. Stuttgart: Kohlhammer (Praktische Theologie heute, 126), S. 189–210.

²⁶ Josuttis, zitiert in Karle 2009, 32.