

Beten und seelische Gesundheit

Vortrag beim Tag für Pfarrerinnen und Pfarrer am 20.06.2018

Unionskirche Idstein/Taunus

von Prof. Dr.med. Dr.phil. Martin Hambrecht, Darmstadt

Beten und seelische Gesundheit

Was für ein Thema habe ich mir da nur aufgeladen ?

Als Nicht-Theologe über das Beten zu sprechen !

Über Gesundheit sprechen zu wollen, wo sich ein Arzt doch eher mit Krankheiten als mit Gesundheit auskennt !

Ein Thema anzugehen, über das es wenig empirisch-wissenschaftliche Fakten gibt aber sehr viel Glauben und Überzeugungen aus persönlichen Erfahrungen, an denen es nichts herumzudeuten gibt !

Zugleich aber wohl ein Thema, das enormes Interesse weckt, wenn ich heute (übrigens sehr dankbar) Sie als große Zuhörerschaft vor mir sehe. Ich vermute, Sie erhoffen sich medizinisch-naturwissenschaftliche Antworten auf möglicherweise metaphysische Fragen – hier an der Schnittstelle von Empirie und Transzendenz. Ich werde Sie vermutlich enttäuschen.

Das beginnt schon damit, dass wir mit einigen Unklarheiten konfrontiert sind wie dem Differenzierung zwischen „seelischer“ und „psychischer“ Gesundheit !

Tatsächlich: Schon zwischen Seele und Psyche gibt es allerhand Verwirrung. So behandelt unsere Abteilung an einem christlichen Krankenhaus laut

Versorgungsauftrag z.B. *psychische* Störungen, während das „Zentralinstitut für *seelische* Gesundheit“ in Mannheim, an dem ich lange arbeitete, nicht einmal einen Andachtsraum hat.

Psyche und Seele werden zwar oft synonym gebraucht, ihre Bedeutung ist aber nicht deckungsgleich:

„Psyche“ kann man in Teilfunktionen aufgliedern (Denken, Fühlen ...); „Seele“ aber meint ein „Ganzes“. Psyche charakterisiert ein Individuum; Seele übersteigt das Individuum. Seele ist letztlich nicht fassbar. Psyche ist empirisch erfassbar, darüber forschen z.B. Psychologen oder Neurobiologen. Die Behandlung der Psyche

übernimmt der Psychotherapeut oder der Psychiater, aber wofür braucht man den Seelsorger ? Seele beinhaltet den spirituellen Aspekt, der fehlt bei Psyche. Denken wir nur z.B. an die Unsterblichkeit der Seele und das Seelenheil, womit wir direkt beim Thema Beten sind.

Beten und seelische Gesundheit:

Bevor wir uns dem Zusammenhang zwischen diesen beiden – pathetisch möchte man fast sagen „Grundthemen menschlicher Existenz“ - zuwenden, sollten wir zunächst einmal jede einzelne für sich betrachten und zu klären versuchen:
Was ist Beten ? Was ist seelische Gesundheit ?

Vom Beten hat zunächst einmal jeder eine individuelle Vorstellung; vermutlich verbindet jeder mit dem Begriff ein bestimmtes Bild. Mir ist aber in der Vorbereitung wieder klar geworden: Die Praxis des Betens ist weit vielfältiger, als meine persönliche Vorstellung es abzubilden vermag. Die Praxis des Betens spannt sich – um nur eine Dimension zu nennen - vom formelhaften Ritual (z.B. als Tischgebet oder Nachtgebet) bis zum spontanen, individuellen nicht vorgeformten „Stoßgebet“.

Die Entstehung des Wortes „Beten“ aus dem „Bitten“ weist schon auf eine der wichtigsten Aufgaben des Betens hin: auf Bitte und Fürbitte. Aber auch andere Inhalte sind uns geläufig und kommen schon in der Bibel vor, man denke nur an die Psalmen: Beten bedeutet auch klagen, bedeutet danken, loben oder anbeten. Ganz Verschiedenes kann im Gebet zum Ausdruck gebracht werden.

Gebete können gesungen, laut ausgesprochen oder im Stillen formuliert werden. Es gibt dabei je nach Religion und Konfession unterschiedliche Körperhaltungen und Gesten: stehen, knien, niederwerfen, den Kopf senken, die Hände erheben oder falten. Die Haltung kann individuell auch völlig frei gewählt werden.

Im Christentum werden kirchliche und private Gebetspraxis heute durch eine Fülle von Gebetsformen geprägt, die nicht zuletzt aus ökumenischen Begegnungen erwachsen ist.

Der burgundische Ort Taizé steht beispielhaft für weitere Ausdrucksformen des Betens: z.B. Gesänge, Stille, zeichenhafte Handlungen wie das Entzünden von

Kerzen. Und daneben findet man im Privaten: Losungen, Tischgebet, Tageszeitenrituale, Lesen in Gesang- und Gebetbüchern.

Und da wurde mir für meinen Vortrag klar: Wenn etwas so vielfältig ist, dann dürfte es umso schwieriger werden, hernach Allgemeingültiges zu seiner Wirkung zu sagen.

Im Kontrast zu diesen vielfältigen alten und neuen Gebetsformen beobachten in den letzten Jahrzehnten nicht nur Theologen eine „Krise des Betens“ (Helmut Schwier, Prof. Uni Heidelberg; in „Typisch katholisch – typisch evangelisch“ über das Gebet – aus evangelischer Sicht). So ergab eine Mitgliederbefragung der EKD im Jahr 1993, dass 2/3 der evangelischen Christen in Deutschland beten. Von diesen betet weniger als die Hälfte täglich oder zumindest „häufig“. Vermutlich sind es seither nicht mehr geworden.

Attraktiver wurden für viele (wohl auch auf der Suche nach seelischer Gesundheit etwa im Sinne von Gelassenheit) östliche Formen der Spiritualität, insbesondere Meditation: Wer heute betet im Sinne von meditiert, sucht nicht mehr eine personale Verbindung, sondern ein Aufgehobensein im Weltganzen zum Zweck von Selbstvergewisserung oder Leistungssteigerung.

Wäre das schon „seelische Gesundheit“?

Das bringt uns nun zum 2. Begriff des Vortragstitels:

Was ist seelische Gesundheit ?

Was ist überhaupt „Gesundheit“ ?

Die ambitionierteste Definition wählte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 und formulierte: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Demnach wäre vermutlich kaum jemand hier im Saal in den letzten 14 Tagen gesund gewesen.

Zur „seelischen Gesundheit“ gab Sigmund Freud, Schöpfer der Psychoanalyse, eine sehr pragmatische Definition: Demnach sei Gesundheit die Fähigkeit, arbeiten und lieben zu können.

Seit Freud und seit der WHO-Definition sind nun einige Jahrzehnte vergangen und heute wird eine gut nachvollziehbare, aber auch sehr differenzierte Definition von Gesundheit und gleich auch seelischer Gesundheit vertreten, die mehrere Aspekte in sich vereint, vor allem aber auf zwei Säulen ruht, nämlich auf einer Säule, die man *Dynamik* und einer, die man *Beziehung* nennen könnte.

Dynamik, die 1. Säule, könnte man auch mit Lebendigkeit oder Veränderlichkeit beschreiben: (Seelische) Gesundheit ist nicht statisch, sondern bildet einen dynamischen Balancezustand. Gesundheit hat damit den Charakter eines Prozesses und ist das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen. Und das heißt auch: Gesundheit muss zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut wiederhergestellt werden.

Die Definition ruht noch auf einer 2. Säule, die man mit *Beziehung* umschreiben könnte: (Seelische) Gesundheit steht nicht isoliert. Sie ist abhängig von persönlichen und Umweltfaktoren. Sie muss im Einklang stehen mit körperlichen, seelischen und sozialen Bereichen der Entwicklung, mit den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen. Soziale, wirtschaftliche, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen geben den Entwicklungsrahmen für Gesundheit vor.

Zum Zusammenhang zwischen Beten und seelischer Gesundheit

Viele Theologen und Kirchenleute sind der Überzeugung, dass die Gebetstätigkeit in der Lage ist, den Willen des Menschen zu stärken, seine Seele zu läutern und somit eine ganzheitliche Änderung zum Guten zu bewirken. Also zum Seelenheil zu führen. Und die Theologen stehen damit nicht allein. Umfragen zum Thema ergaben: Acht von zehn Amerikanern glauben an die heilende Kraft des Gebetes. 76 % der Patientinnen mit Brustkrebs äußerten, sie sähen Gebete als Methode an, mit der Erkrankung umzugehen. 64 % der amerikanischen Krankenhauspatienten

befürworteten, dass ein Arzt am Gebet des Patienten teilnehmen sollte. 48 % der Krankenhauspatienten würden sich wünschen, dass der *Arzt mit ihnen* betet.

Das waren nun alles Ergebnisse aus den Vereinigten Staaten, wo Glaubensdinge viel öffentlicher sind und nicht so privat wie bei uns. Man geht unbefangener (mitunter unverfrorener) mit religiösen Themen um - auch indem man z.B. wissenschaftliche Studien dazu durchführt. Im deutschsprachigen Raum gibt es dagegen so gut wie keine entsprechenden Untersuchungen.

Der Wunsch der Patienten nach betenden Ärzten verweist auf den priesterlichen Ursprung des Arztberufs. In vielen Naturvölkern sind Priesterschaft und Krankenbehandlung in einer Person vereinigt. Und Jesus Christus nennen wir noch heute den „*Heiland*“.

Heil und Heilung bzw. Religion und Medizin wurden erst nach der Aufklärung voneinander separiert. Ein Förderer der Trennung war Sigmund Freud. Seine Schriften leiteten eine echte Aufspaltung der Rollen und Aufgaben zwischen Religion und Psychiatrie ein. Die vollständige Säkularisierung und Professionalisierung der Seelenheilkunde sind in dieser Hinsicht sein Vermächtnis.

Dabei ist der Bezug auf etwas Transzendentes ein verbreitetes menschliches Grundbedürfnis, das befriedigt oder frustriert werden kann, was dementsprechend gesundheits- oder krankheitsfördernd wirkt.

Archäologen weisen nach, dass Religiosität früh in der Evolution entstanden ist. Grabbeigaben, die auf religiöse Überzeugungen hinweisen, sind einige 10.000 Jahre alt. Religiosität ist Bestandteil der Kultur, also dessen, was den Menschen zum Menschen macht. Religiosität, die Bezogenheit auf etwas Transzendentes, war auch ein Vorteil im Überlebenskampf. Glaube kann Berge versetzen, oder ganz martialisch: Wer sich im Bunde wusste mit etwas Höherem, war mutiger. Den Kämpfern für eine Idee, eine Religion, einen Gott ging es um mehr als um ein Stück Land, oft um mehr als um das eigene Leben. Das setzte neue Kräfte frei.

Nun ist Religiosität beileibe nicht bei allen Menschen gleich stark ausgeprägt. Menschen unterscheiden sich darin beträchtlich.

Dean Hamer, ein amerikanischer Genetiker, hat 2004 in dem vielbeachteten Buch „Das Gottes-Gen“ die These aufgestellt, dass die Unterschiede zwischen Menschen hinsichtlich ihrer Gläubigkeit auf unterschiedlichem Erbgut beruhen. Gläubigkeit als Persönlichkeitsmerkmal basiere demnach auf einem genetischen Polymorphismus auf Chromosom 10; auf der Tatsache also, dass dort eine Erbinformation (ein Gen) in verschiedenen Varianten vorkommen kann. Dieses Gen steuert die Bildung eines Verpackungseweißes für den Gehirn-Botenstoff Dopamin. Dopamin, ein relativ kleines Molekül auf der Basis von 8 Kohlenstoffatomen, hat man auch als eines der „Glückshormone“ bezeichnet. Es spielt eine große Rolle im Belohnungssystem des Gehirns und wird dann freigesetzt, wenn etwas passiert, das besser ist als erwartet, das Individuum also eine Belohnung erfährt. Das, was wir in dem Moment tun, sehen, sagen, hören ... welche Aktivität auch immer, das, was wir also tun, wenn gerade Dopamin freigesetzt wird, das wird höher bewertet, das ist uns angenehmer, wichtiger, bedeutsamer, als die Tätigkeiten oder Dinge, in deren Gegenwart kein Dopamin freigesetzt wird. Man könnte auch sagen: Das Dopaminsystem verleiht Bedeutung.

Im Gebet wird Worten, Bildern, Geschichten, Gesten usw. Bedeutung verliehen - ob dabei wirklich Dopamin freigesetzt wird, hat noch keiner bewiesen. Aber es würde Sinn machen. Religiöse Menschen seien demnach auch glücklicher, hat Dean Hamer behauptet.

Dies war nun eine Menge letztlich spekulativer Hirnforschung, die auch heftig kritisiert wurde. Dennoch könnte man sich darauf einigen zu sagen: Beten ist untrennbar mit Bewusstsein, mit der Erfahrung von Bedeutung, verbunden, und Bewusstsein ist das spezifisch Menschliche.

Studien über Beten bzw. Religiosität und ihre Zusammenhänge mit Gesundheit

Wissenschaftliche Gesundheitsstudien über das Beten *speziell* sind rar. Häufiger wird das umfassendere Konzept der Religiosität und dessen Folgen für Gesundheit und Lebensqualität untersucht. Das ist nicht dasselbe, aber sicher liegt man damit nicht ganz falsch, denn Gebet ist nun einmal ein zentraler Ausdruck von Religiosität

(neben dienender Nächstenliebe, Kunst, Gemeinschaft, Werten und Überzeugungen).

Empirische Wissenschaftler müssen messen, und wer messen will, muss vereinfachen. Als Maß für Religiosität wird deshalb z.B. der Gottesdienstbesuch verwendet: Und so fanden amerikanische Studien tatsächlich: Je öfter man einen Gottesdienst besucht, umso seltener muss man ins Krankenhaus. Oder noch interessanter: Die Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs mit 20 Jahren hängt statistisch mit der späteren Lebenserwartung zusammen. Aber hat der Kirchgang sie wirklich gesünder und langlebiger gemacht ? War das die Ursache ? Darüber wird heftig gestritten.

Von zufällig gefundenen Beispielen einzelner Studien geht man über zu systematischen Reviews aller verfügbaren Arbeiten zu einem Thema. Das hat für unsere Fragestellung Prof. Harold Koenig getan. Er ist Psychiater und leitet an der Duke University in North Carolina ein *Center for Spirituality, Theology and Health*. Von ihm stammen Handbücher und andere wichtige Publikationen zu genau diesem Themenkomplex. 2012 veröffentlichte er eine Auswertung von 3300 empirischen Originalarbeiten zum Zusammenhang von Religiosität bzw. Spiritualität und Gesundheit. 1200 Arbeiten waren zwischen 1872 bis 2000 erschienen, 2100 Arbeiten in der Zeit von 2000 bis 2010.

Koenig stellte fest, dass sich etwa 80 % der Forschung auf den Zusammenhang zwischen R/S (Abkürzung für Religiosität bzw. Spiritualität) und psychischer Gesundheit bezieht. Also auf unser Thema heute.

Etwa 800 dieser 3300 Studien untersuchten die Bewältigung von Unglück, Widrigkeiten und Belastungen, etwa schweren Erkrankungen. Die überwältigende Mehrheit zeigte, dass R/S hilfreich war. Ähnliches galt für das Ausmaß positiver Emotionen, Wohlbefinden und Glücklichein. Von 120 methodisch hochwertigen Studien zum Glücklichein zeigten 98 eine positive Beziehung und nur eine Studie eine negative Beziehung.

Studien zu Hoffnung, Optimismus, Sinnhaftigkeit und Selbstwert zeigten ähnliche Ergebnisse. Beim Selbstwert könnte man diskutieren, dass R/S ja eher Demut als Stolz auf sich selbst fördere und R/S außerdem Schuldgefühle verstärke. Von 69 Studien fanden aber 61 % mehr Selbstwertgefühl bei höherem R/S. Von den 25 Studien mit der besten Methodik fanden sogar 68 % mehr Selbstwernerleben bei höherer Religiosität.

Interessanterweise zeigte auch die Mehrheit der Studien bei höherer R/S häufiger eine interne **Kontrollüberzeugung** und seltener einen externen „Locus of control“. Von den 9 besten Studien hierzu fanden 4 signifikant positive Beziehungen und 3 signifikant negative Beziehungen zwischen R/S und der Internalisierung von Kontrollüberzeugungen.

Zur **Depression** fanden 61 % von 444 Studien signifikant inverse Beziehungen zwischen Depression und R/S.

Von 70 prospektiven Kohortenstudien fanden 56 %, dass mehr R/S ein geringeres Ausmaß an Depression und raschere Remissionen von Depressionen vorhersagten.

Von 106 Studien zu **Suizidalität** fanden 75 % negative Korrelationen und nur 3 % positive Korrelationen zwischen R/S und Suizidalität.

Von den 49 methodisch besten Studien fanden 80 % weniger Suizide, weniger Suizidversuche und mehr negative Einstellungen gegenüber Suizid bei Menschen mit mehr R/S.

Zur **Angst** fanden 299 Studien 49 % inverse Beziehungen mit R/S. Von 19 Langzeitstudien fanden 47 %, dass R/S über die Zeit ein geringeres Level an Angst vorhersagten.

Zu **Psychosen** wurden 43 Studien durchgeführt, von denen 33 % inverse Beziehungen und 23 % positive Beziehungen zwischen R/S und psychotischen Symptomen zeigten. Von den 7 methodisch besten Studien fanden zwei inverse, zwei positive und zwei Studien gemischte Resultate. Zwei prospektive Studien fanden, dass R/S besseren Verlauf bei psychotischen Störungen bei R/S fanden.

Zur Beziehung von R/S und **bipolaren Störungen** fanden sich nur vier Studien, zwei mit einer positiven Beziehung zwischen R/S und bipolaren Störungen und zwei mit gemischten Ergebnissen: *334 US-Veteranen mit bipolarer Störung zeigten bei einer größeren Häufigkeit von Gebet und Meditation mehr gemischte Zustände und eine geringere Wahrscheinlichkeit von Euthymie. Eine Studie mit 37.000 Kanadiern fand, dass diejenigen, die Spiritualität eine größere Bedeutung zuschrieben, häufiger an einer manisch-depressiven Störung erkrankten. Hingegen war eine häufigere Ausübung von religiösen Riten mit einem geringeren Risiko für bipolare Störungen assoziiert.*

Bei **Substanzmissbrauch** fanden 84 % von 185 Studien eine inverse Beziehung mit der R/S.

Koenig fasst zusammen, dass R/S generell mit einem größeren Wohlbefinden, besserer Stressbewältigung und besserer psychischer Gesundheit vergesellschaftet ist. Dabei gebe es viele mögliche Mechanismen, durch die R/S psychische und soziale Gesundheit fördere:

- a) Religion vermittelt Ressourcen zur Stressbewältigung.
- b) Religiöse Überzeugungen können in günstiger Weise die kognitive Bewältigung negativer Lebensereignisse beeinflussen.
- c) Religionen geben den Menschen nützliche, gesundheitsförderliche Regeln für die Lebensführung an die Hand.
- d) Die meisten Religionen betonen die Bedeutung von Nächstenliebe und prosozialem Verhalten

Nach diesen Überlegungen überraschen die folgenden Ergebnisse nicht, wie **Gesundheitsverhalten** mit R/S zusammenhängt, denn R/S lehnt in der Regel gesundheitsgefährdendes Verhalten ab.

Zum **Rauchen** zeigten 90 % der Studien signifikante inverse Beziehungen mit R/S.

Beim **Sport** fanden 68 % von 37 Studien signifikante positive Beziehungen zwischen R/S und körperlicher Aktivität.

Riskantes Sexualverhalten korrelierte bei 86 % von 95 Studien invers mit R/S.

Bei der **Ernährung** fanden 62 % von 21 Studien signifikante positive Beziehungen zwischen R/S und gesünderem Ernährungsstil.

Vielleicht bilden die Ergebnisse zur Beziehung zwischen Gewicht bzw. Body Mass Index und R/S eine Ausnahme. 36 Studien untersuchten, ob hier ein Zusammenhang besteht: 39 % fanden eine positive Korrelation von R/S mit Gewicht und BMI. 19 % fanden eine inverse Beziehung.

Dementsprechend waren auch die Ergebnisse der meisten Studien zum Zusammenhang zwischen **R/S und körperlicher Gesundheit** bzw. verschiedenen Volkskrankheiten In der Regel ergab sich eine geringere Häufigkeit der häufigen, oft vom Lebensstil bestimmten Erkrankungen bei Menschen mit R/S.

Interessant war für mich, dass bei Alzheimer und anderen Demenzformen von 21 Studien 48 % positive Korrelationen zwischen R/S und besseren kognitiven Funktionen fanden. Nur 14 % fanden eine signifikant negative Beziehung.

Den Zusammenhang zwischen **Sterblichkeit** und R/S untersuchten 121 Studien. 68 % fanden, dass mehr R/S signifikant Langlebigkeit vorhersagte; von den 63 methodisch besten Studien fanden sogar 75 % eine Vorhersage von Hochaltrigkeit durch R/S. Dieses Ergebnis wurde durch eine andere systematische Übersichtsarbeit und zwei Metaanalysen bestätigt. Die Studien zeigten häufig auch eine positive Korrelation zwischen Häufigkeit des Gottesdienstbesuches und der Langlebigkeit.

Zusammenfassend können wir mit Harold Koenig festhalten:

Die überwältigende Zahl der empirischen Studien (praktisch alle aus den USA) beschrieben positive Effekte religiöser Lebenseinstellung, und zwar nicht nur für seelische, sondern auch für körperliche Gesundheitsfaktoren. So dürfte Religiosität zumindest tendenziell mit einer besseren seelischen Gesundheit einher gehen, vor allem mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit, geringerer Depressivität, größerer Zufriedenheit in Ehe und Familie und sogar mit einem längeren Leben generell. Konkrete Gesundheitsaspekte betrafen vor allem weniger Bluthochdruck,

Herzerkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, und eine geringere Selbsttötungsneigung. Dafür mehr Wohlbefinden und Lebenssinn.

Allerdings sind sowohl Religiosität als auch psychische Gesundheit sehr komplexe, vielschichtige Phänomene, die sich ungeheuer schwer auf einen Nenner bringen lassen. Folgt man den Kritikern, seien viele der Studien auch deshalb wertlos, weil sie sich gar nicht wirklich mit den Auswirkungen von Religion oder religiöser Praktiken auf die Gesundheit beschäftigt haben, sondern mit Fragen der Lebensführung im Allgemeinen.

Methodisch muss man auch daran erinnern, dass wir es hier häufig mit Querschnittsuntersuchungen zu tun haben, die zu einem einzigen Zeitpunkt die Korrelation zwischen 2 Variablen berechnen. Korrelation bedeutet aber keinesfalls Kausalität. Prospektive Studien über mehrere Zeitpunkte bringen da schon mehr, aber noch besser wären experimentelle Studien, bei denen der Studienleiter die Teilnehmer per Zufall entweder mit hoher oder mit niedriger Religiosität ausstattet und dann deren psychischen Gesundheit misst. Das aber ist selbstverständlich nicht möglich.

Letztlich muss man daher auf Hilfskonstruktionen zurückgreifen, die aber trotzdem einen gewissen Hinweiswert zu haben scheinen: Der positive Zusammenhang mit einer religiösen Einstellung wird nämlich umso deutlicher, je stärker eine verinnerlichte religiöse Sozialisation und bewusst gelebte Religiosität vorliegt. Das heißt: Eine religiöse Einstellung um ihrer selbst willen ist von erheblicher persönlicher Bedeutung. Kurz: Gelebte Religiosität von innen heraus zahlt sich aus.

Wer hingegen nur den äußeren Kirchgang pflegt, aus welchen Gründen auch immer, aber keine innerseelische Beziehung zu Religion, Glauben, Gott und Gebet aufbauen konnte, tut sich laut entsprechender Untersuchungen so schwer wie jemand, der mit diesen Aspekten wenig oder gar nichts anfangen kann.

Religiosität um ihrer selbst willen, bewusst gelebt und vor allem verinnerlicht (Fachbegriff: intrinsische Religiosität), vermag zum Beispiel durch konstruktive religiöse Bewältigungsformen, d. h. durch die Wahrnehmung menschlicher, wie auch göttlicher Hilfe, durch bewusste eigene Auseinandersetzung usw. Depressivität

entgegen zu wirken. Beten ist Ausdruck dieser sog. „intrinsic Religiösität“ – wenn Beten ernst genommen wird.

Dagegen sieht es bei der sogenannten „extrinsic Religiösität“ problematischer aus: Extrinsisch heißt nur äußerlich, z. B. Kirchengang ohne Hinweise auf tiefer gehende Empfindungen. Und das bedeutet nach Ansicht mancher Experten eher ein Risiko, z. B. für Vorwürfe gegen Gott oder für die Vermeidung entsprechender Auseinandersetzungen.

Das Merkmal „innere oder äußere Religiösität“ hing auch in deutschen Untersuchungen mit der dominierenden Gefühlslage zusammen. Dabei kamen nicht nur die intrinsisch motivierten Hoch-Religiösen besser weg, sondern sogar die Nicht-Religiösen, als die nur extrinsisch religiös orientierten Menschen.

Klein und Albani, Theologen und Psychologen der Universität Leipzig, haben 2007 eine gute Übersicht darüber veröffentlicht, wie der Zusammenhang von Religiösität und seelischer Gesundheit erklärt werden kann:

1. wirken sich soziale Unterstützung und Zusammenhalt in der Glaubensgemeinschaft positiv aus.
2. vermittelt Religion lebenspositive Verhaltensgrundsätze und ein gesundheitsförderndes Wertesystem.
3. gibt Religion bzw. Glaube eine geistige (die Psychologen sagen „kognitive“) Orientierung und vermitteln ein gesundheitsförderndes kohärentes, d.h. schlüssiges Konzept von der Welt und von sich selbst.
4. steht Religion häufig für alternative Werte zu den negativ erlebten der äußeren Welt.
5. fördert religiöse Praxis positive Emotionen und stärkt das Selbstwertgefühl.
6. vermitteln Religionen besondere Bewältigungsstile, wie man mit Schwierigkeiten anders oder besser umgehen kann, z.B. durch das Gebet.

Harold Koenig hat mit seiner weit umfangreicheren Übersichtsarbeit diese Überlegungen 2012 bestätigt, macht aber noch 2 meines Erachtens wichtige Anmerkungen:

1. Es praktizieren nach seiner Einschätzung Menschen mit den geringsten materiellen und bildungsmäßigen Ressourcen, z. B. Minderheiten, R/S in besonderem Maße und profitieren dabei. R/S gibt den Schwachen ein wirkmächtiges Glaubenssystem und eine unterstützende Gemeinschaft, die ihnen ermöglicht, zu überleben.
2. Nirgends werden übernatürliche Mechanismen postuliert, die für die Beziehung zwischen R/S und Gesundheit verantwortlich seien, sondern dass Koenig legt Wert auf die Feststellung, dass er immer nur naturwissenschaftlich nachvollziehbare Mechanismen beschreibt.

In der deutschen und der amerikanischen Übersicht ging es um das umfassendere Konzept der Religiosität; unser spezielles Thema des Betens hat hierbei natürlich Bedeutung, wird aber nicht im Detail untersucht.

Ich wollte die Übersichten empirischer Arbeiten aber dennoch vorstellen, und zwar noch aus einem anderen Grund: Sie stehen auch für einen dramatischen Wandel in der Bewertung von Religiosität in Psychologie und Psychotherapie. Anti-religiöse Vorurteile, wie sie sowohl aus dem psychoanalytischen wie aus dem lerntheoretischen Lager formuliert wurden, sind auf dem Rückzug. Jahrzehntlang galt es als chic, die psychischen Folgen einer menschenverachtenden Überspitzung von Religiosität, etwa im Sinne von Bigotterie oder autoritärer Drangsalierung in den Vordergrund zu stellen. Nun weichen Konzepte wie das der „ecclesiogene Neurose“ einer differenzierteren, mehr an den Bedürfnissen der Menschen orientierten Betrachtungsweise.

Speziell zu den Wirkungen des Gebets gibt es nur wenige Forschungsergebnisse. Zwei Beispiele kann ich anführen:

Gut nachvollziehbar, aber noch nicht sehr lange untersucht ist, dass bestimmte Gebets- und Meditationsformen positiv auf das Herz-Kreislaufsystem wirken. Wer regelmäßig Rosenkranzgebete oder meditative Mantras spricht, der verlangsamt seine Atemfrequenz und stärkt dadurch Herz und Lunge. Nach einer italienischen Studie (Bernardi u. a., Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms, British Medical Journal, 2001) führt das Rezitieren des Ave

Maria aber auch von Mantras zu einer Entspannung, die durch regelmäßigeres Atmen und Senkung der Atemfrequenz hervorgerufen wird. Konkret betrug die Atemfrequenz zu Beginn im Mittel 14 Atemzüge pro Minute und verlangsamte sich während des Rezitierens auf sechs Atemzüge pro Minute. Da Rosenkranzgebet und Mantras den natürlichen Herzrhythmen zu entsprechen scheinen, würden sie ein Wohlgefühl auslösen, das wiederum die Aufnahmebereitschaft für religiöse Botschaften steigere, so das Fazit der Forscher.

Auch messbare Gehirnaktivitäten werden durch Beten beeinflusst. Wie amerikanische Neuroradiologen zeigen konnten, verändert sich das komplexe Interaktions- und Aktivitätsmuster zwischen verschiedenen Gehirnregionen während bestimmter Gebete. Man untersuchte z. B. buddhistische Mönche sowie Nonnen des Franziskanerordens mit nuklearmedizinischen Verfahren, die die Aktivitätsverteilung im Gehirn messen. So zeigte sich bei den Nonnen eine besondere Tätigkeit des Aufmerksamkeitszentrums und nur eine geringe Beanspruchung des Orientierungszentrums. Subjektiv erlebten die Betenden dabei einen Verlust der Selbst-Wahrnehmung und das Gefühl, eins zu sein mit Gott.

Dies waren zwei Beispiele der wenigen Untersuchungen zu den Wirkungen des Betens auf Körper und Gehirn. Es verwundert nicht, dass es nur wenig qualitativ gute Forschung zum Zusammenhang Beten und seelischer Gesundheit gibt dafür aber umso mehr Spekulation und Über-Interpretation der vorhandenen spärlichen Ergebnisse. Denn: Ist es überhaupt ethisch zulässig, die Wirkungen des Gebets mit wissenschaftlichen Studien empirisch zu erforschen? Gemäß dem heutigen Standard für Wirksamkeitsstudien z.B. von Medikamenten oder Psychotherapie müsste man kontrollierte Studien durchführen - mit Zufallszuweisung zur Gebets- bzw. zur Kontrollgruppe, die nicht beten soll. Darf man das?

Es gibt also kaum harten Fakten zu diesem Zusammenhang, vielleicht wird es sie nie geben, vielleicht kann oder sollte es sie nie geben. Und deshalb sind wir bei diesem Thema auf persönliche Erfahrungen und auf Analogieschlüsse angewiesen.

Eine Analogie könnte man zum Beispiel zwischen Beten und Psychotherapie ziehen, um so näher einzugrenzen, was da wirkt. Für die Psychotherapie hat der

amerikanische Psychologe Jerome Frank 1985 nach vielen Jahren intensiver Forschungsarbeit als gemeinsame Faktoren psychotherapeutischer Verfahren folgende 4 beschrieben:

1. eine therapeutische Beziehung, in der der Therapeut als kompetent erlebt wird;
2. eine bestimmte Rahmensituation, ein Setting, oder „Ritual“, wie es Frank nannte;
3. die Vermittlung einer Behandlungstheorie, nach Frank ein „Mythos“; und
4. die Realisierung eines therapeutischen Verfahrens - dass also etwas Bestimmtes gemacht wird.

Alle 4 Wirkfaktoren der Psychotherapie lassen sich im Beten wiederfinden: 1.) Die Beziehung zu einem kompetent erlebten Therapeuten, das ist der Glaube an Gott. 2.) Die Rahmensituation, das sind die spezifischen Zeiten und Orte, an denen gebetet wird: die Kirchenbank am Sonntagmorgen, das Kinderzimmer beim Zubettbringen usw. 3.) Die Behandlungstheorie, das sind die Überlieferungen der Bibel, der Kirchengeschichte, aber auch der eigenen glaubensbezogenen Biographie ebenso wie Überlieferungen dazu in der eigenen Kultur und Familie. Und 4.) wird mit dem Sprechen, Singen, ja sogar mit dem Schweigen im Gebet etwas Bestimmtes tatsächlich gemacht.

Soweit also mein Versuch, Parallelen zwischen Gebet und Psychotherapie zu ziehen. Die Ähnlichkeiten sind wohl nicht zufällig; auf die Unterschiede bin ich hier allerdings nicht eingegangen.

Um es jetzt zusammenfassend auf den Punkt zu bringen: Wie könnte sich Beten positiv auf die Gesundheit, speziell auf die seelische Gesundheit auswirken?

Auch da möchte ich mich an einer Gliederung orientieren, die sich für die Problemanalyse und Therapieplanung in einer schulenübergreifenden Psychotherapie bewährt hat. Psychische Gesundheit und ebenso Krankheit kann sich demnach in einem, in mehreren oder auch in allen der folgenden Bereiche zeigen: im physiologischen, d.h. körperlichen Bereich, im Gefühlsbereich, im gedanklichen Bereich, im sichtbaren Verhalten, im zwischenmenschlichen oder Beziehungsbereich, sowie im Bereich der Werte und Normen.

Wenn wir das Gehörte aus diesem Vortrag zusammenfassen, wird nachvollziehbar, dass Beten in all diesen Bereich wirken kann:

- Im körperlichen Bereich sind es vor allem die meditativen Elemente, die zu einer Entschleunigung, zum Umschalten des Herz-Kreislaufsystems, zum Umschalten von Sympathicus auf Parasympathicus usw. führen.
- Im emotionalen Bereich kann es die Katharsis, das befreiende Loslassen negativer Gefühle sein, aber vor allem sind es die positiven Emotionen, die durch ein Gebet angestoßen werden, indem das Ritual des Betens emotionale Sicherheit vermittelt, positive Erinnerungen heraufbeschwört und im Beten all dem, was uns begegnet, Bedeutung verliehen wird. Das wäre etwas, was in der aktuellen Psychotherapie als „Achtsamkeit“ so populär ist.
- Im gedanklichen Bereich sind es Denkanstöße, neue Sichtweisen, das Infragestellen des Allzuvertrauten, das den Betenden weiterbringt, beispielsweise in dem berühmten Gelassenheitsspruch: *„Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“* (Reinhold Niebuhr, 1941; nach Vorformen aus dem 18. Jh.)
- Im sichtbaren Verhalten bringt das Beten eine Zäsur; es unterbricht den Strom der Aktivitäten. Beten ist damit Innehalten für eine Neuausrichtung auch des Handelns.
- Im Zwischenmenschlichen ist das Beten als Gemeinschaftserlebnis von Bedeutung, wenn auch mitunter nur im Erleben einer symbolischen Gemeinschaft. Was aber schwerer wiegt: Beten bietet immer und überall die Möglichkeit zu einer Beziehungsaufnahme zu einem transzendenten Gegenüber.
- Im Bereich der Werte und Normen kann Beten Anstoß sein, Werte in Frage zu stellen. Meist dürfte es aber eher eine Selbstvergewisserung über Werte, eine Rückbesinnung auf das „Eigentliche“ und dessen Vergegenwärtigung sein.

Beten kann sich demnach im Denken, Fühlen und Handeln, im Körperlichen und im Beziehungserleben, in den Werten und Normen positiv auswirken und damit gesundheitsfördernd – wenn es von innen heraus (intrinsisch) motiviert ist und wenn es Bedeutung hat.

Erlauben Sie mir quasi als Nachwort noch einige skeptische Gedanken, die uns zur Vorsicht mahnen:

- Vorsicht vor Nützlichkeitsdenken (vergleichbar einer extrinsischen Religiösität), etwa in dem Sinne: Jetzt hab' ich schon alles probiert, jetzt versuch ich's mal mit Spiritualität.

- Vorsicht vor einer Verabsolutierung von Gesundheit. Da beziehe ich mich gerne auf eine Kritik am „Gesundheitswahn“, den 2008 Bischof Mussinghoff, Stellv. Vorsitzender der Katholischen Bischofskonferenz, und Bischof Huber, damaliger EKD-Ratspräsident, gemeinsam bei einer Ökumenischen „Woche für das Leben“ in Würzburg formulierten. Sie kritisierten eine übertriebene Sorge um äußerliches Wohlbefinden und körperliche Fitness bis hin zur „Gesundheitsreligion“ und plädierten für einen umfassenderen Gesundheitsbegriff, der auch die Dimension des Heils einschließt. Zur Würde des Menschen gehören auch Leid und Vergänglichkeit.

Vielen Dank für Ihre freundliche Aufmerksamkeit und für Ihre Geduld !

Literatur:

Klein, C. & Albani, C. (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. Psychiatrische Praxis Vol. 34: e3-e12

Koenig, H.G. (2012) Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. International Scholarly Research Network, ISRN Psychiatry, Vol. 2012, Article ID 278730