

Macht Glaube gesund?

Humanwissenschaftliche Perspektiven und pastorale Optionen im Angesicht einer vieldiskutierten religiösen Frage

(Öffentliche Vorlesung an der Theologischen Fakultät Paderborn am 23.10.2001) – Es gilt das gesprochene Wort!

1 Einleitung

1.1 Glaube: Chance oder Risiko?

Glaube ist eine Chance, ja, eine wahre Gnade! – behauptet die Theologie, behauptet die Kirche. Für beide ist der Glaube eine positive, ja lebensnotwendige Größe für die Menschen und ihre Seele.

Aber nein, Religion ist ein Risiko! – so rufen die Gebildeten unter den Verächtern der Religion, so ruft seit Jahrzehnten immer wieder die Religionskritik, Wissenschaftler philosophischer, psychologischer und medizinischer Provenienz. Und sie glauben, keine Schwierigkeiten zu haben, dies an unzähligen Einzelbeispielen verunglückten Lebens zeigen zu können (Küng, 1994, S. 9). Diese Ansicht hat sich zum Teil auch in der Bevölkerung festgesetzt.

Doch das Klima in Wissenschaft und Gesellschaft beginnt sich zu ändern. Könnte es sein, daß Religion doch gar nicht so schlecht ist für die Gesundheit? Diese Frage wird salonfähig. Natürlich nicht aus wissenschaftlicher Uneigennützigkeit, sondern wohl eher getrieben vom Wandel in den postmodernen Lebensbefindlichkeiten (Grom, 1998). Gesundheit und Wohlbefinden werden zu einem absoluten Höchstwert. Alles, was da nützt, sollte man in Dienst nehmen: wenn nötig, auch die Religion.

Wer einen Blick wirft in die qualifizierten und bekannten medizinischen Zeitschriften wie das New England Journal of Medicine und die Lancet wird als deutscher Theologe mit Erstaunen folgendes feststellen:

Da wird in Überblicksartikeln dem Zusammenhang von Religion, Spiritualität und Medizin nachgegangen und (ernsthaft!) die Frage diskutiert, ob Ärzte nicht gut daran täten, ihren Patienten religiöse Aktivität zu verordnen und mit ihnen zu beten (Sloan, Bagiella & Powell, 1999; Tucker, Roper, Rabin & Koenig, 1999; Sloan et al., 2000; Koenig et al., 2000).

Macht Glaube gesund? Die Frage ist offensichtlich nicht mehr ein Hobby interessegeleiteter Theologen, sondern eine Frage von vieldiskutiertem wissenschaftlichem, gesundheits- und gesellschaftspolitischem Rang.

1.2 Das Postulat einer kritischen Reflexion und die zentrale These

Die Beantwortung der gestellten Frage braucht sowohl aus humanwissenschaftlicher wie aus theologischer Sicht eine kritische Reflexion der Denkmuster und der empirischen Fakten im Kontext von Glaube, Religion und Gesundheit.

Dabei eröffnet sich ein weites Forschungsfeld, das bisher vor allem im unbefangenen pragmatischen Wissenschaftsklima des anglo-amerikanischen Sprachraums beforscht bzw. zur Kenntnis genommen wurde (Sloan et al., 1999; Tucker et al., 1999; Sloan et al., 2000; Koenig et al., 2000).

Dem Theologen und Philosophen wird dabei auffallen, daß die empirischen Humanwissenschaften die sachlich notwendige Unterscheidung zwischen Glauben, Religion und Religiosität nur selten durchhalten – nicht zuletzt deswegen, weil sie sich der empirischen Feststellung entzieht. Wenn die empirischen Wissenschaften von Glaube sprechen, meinen sie meist Religion.

Für uns als Theologen möchte ich die Frage exakt so formulieren: Dürfen wir davon ausgehen, daß der christliche Glaube, wie er sich in der religiösen Praxis realisiert, potentiell gesund ist und gesund macht?

Meine These lautet: Glaube darf tatsächlich als salutogener Faktor und als humanisierende Lebenskraft gelten (Baumgartner & Ladenhauf, 2000) – und zwar nicht mit schlechtem Gewissen, sondern mit Selbstbewußtsein. Dies gilt allerdings nur dann, wenn Glaube nicht humanwissenschaftlich und theologisch trivial eingeebnet und eindimensional funktionalisiert wird.

2 Humanwissenschaftliche Perspektiven

2.1 Modellantworten und Schlaglichter

Macht Glaube gesund? Ein höchst bedeutsames Moment für die Antwort ist der verwendete Gesundheitsbegriff. Um nicht in die Falle der Aktualität zu geraten, ist es nötig, einige klassische unverzichtbare Modelle und Schlaglichter kurz vorzustellen.

2.1.1 Die Antwort der Griechen: Eine philosophische Erinnerung

Paradigmatisch bis heute sind die Antworten der griechischen Mythologie und Philosophie.

In der griechischen Götterwelt stehen zwei Göttergestalten für Gesundheit: Asklepios und Hygieia. Die beiden offenbaren in ihrer Polarität die Doppelperspektivität der Gesundheit, die bis heute in allen rationalen Gesundheitsdefinitionen wiederkehrt.

Asklepios ist der Heiler. Er macht den Krankgewordenen wieder gesund. Gesundheit im Sinne des Asklepios verbindet sich sehr eng mit Erlösung von Krankheit und Gebrechen (Spijk, 1991). Hygieia dagegen symbolisiert nicht die Heilung von Krankheit. Sie ist die zur Gottheit erhobene Gesundheit im Sinne der Lebenskunst und der vernünftigen Lebensführung.

Die Stellungnahmen des diskursiven philosophischen Nachdenkens der Griechen über die Gesundheit sind eine begriffliche Entfaltung der Mythologie.

a) Die Pythagoräer (6. - 5. Jahrhundert vor Christus) verstehen Gesundheit als Spiel der Harmonie im Menschen im Sinne von numerisch richtigen Verhältnissen von Körper und Seele (so z.B. Alkmaion). Gesundheit ist Abbild des harmonischen Kosmos. Ähnlich auch das Corpus Hippocraticum (5. und 4. Jahrhundert).

b) Für Demokrit (480 - 370 vor Christus) hat Gesundheit viel mit Eigenverantwortung zu tun. Er schreibt: "Gesundheit fordern in ihren Gebeten die Menschen von den Göttern; dass sie aber selbst darüber die Macht in sich haben, wissen sie nicht." (zitiert in: Schumacher, 1963, S. 151).

c) Der Beitrag Platons geht zurück auf seine Entscheidung, Leib und Seele des Menschen als zwei Entitäten zu begreifen, deren wertvollerer Pol die Seele ist. Die körperliche Gesundheit ist Sache des Arztes. Um die Seele kümmert sich der Philosoph. Die philosophisch gebildete Seele strebt dahin, das wahrhaft Seiende, Gott, die Ideen zu erkennen. Je näher sie an diese heranzurücken vermag, umso gesünder ist sie. Gesundheit ist daher das Suchen und Erkennen des wahren Seins (Spijk, 1991, S. 19 - vgl. Platon in "Phaidros" und in "Der Staat").

d) Von Platon stammt übrigens die wertvolle Kritik einer egozentriert übertriebenen Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit. Für Platon ist es ein schlechtes Zeichen, wenn Rechtspflege und Heilkunde mehr Zeit als unbedingt nötig beanspruchen. So kritisiert er einen Weisheits- und Gesundheitslehrer seiner Zeit mit beißendem Spott: "Er ging nämlich seiner Krankheit nach, Da gönnte er sich denn für alles andere keine Zeit mehr und dokterte sein ganzes Leben an sich herum, elend geplagt, wenn er auch nur ein wenig von der gewohnten Lebensweise abwich. Und so siechte er vor lauter Weisheit dahin und erreichte ein hohes Alter" (zitiert nach: Spijk, 1991, S. 15).

2.1.2 Das Modell Freuds: Macht Glaube krank?

Machen wir einen Zeitsprung. Freud denkt ganz anders als die Griechen. Freud steht symbolisch für das negative Image der Religion mit Blick auf die Gesundheit. Er fragt nicht: Warum ist Glaube gut für die Gesundheit? Er fragt: Warum macht Glaube krank?

Am Ursprung dieses Perspektivenwechsels steht seine therapeutisch-geprägte Welterfahrung und deren psychoanalytisch-wissenschaftliche Deutung. Er glaubt entdeckt zu haben, daß es Ähnlichkeiten und Analogien zwischen dem Benehmen von Zwangskranken und den religiösen Praktiken gibt. Freud schließt daher: "Nach diesen Übereinstimmungen und Analogien

könnte man sich getrauen, die Zwangsneurose als pathologisches Gegenstück zur Religionsbildung aufzufassen, die Neurose als eine individuelle Religiosität, die Religion als eine universelle Zwangsneurose zu bezeichnen (Freud, 1940ff, S. 138f).

Worin liegen aus heutiger Sicht die Probleme der Freud'schen Theorie:

- a) Freud schließt aus der therapeutischen Perspektive von Einzelfällen, in denen ihm Zerrbilder und Deformationen von Religion begegneten, auf das Allgemeine der Religion.
- b) Freud gewinnt seine Theorie über die Gesundheit auf dem Boden der Analyse der Krankheit.
- c) Die Forschungen zur Ätiologie psychischer Störungen vermögen das Freudsche Modell kaum zu stützen.
- d) Die Therapieforschung bescheinigt der Psychoanalyse insbesondere in Bezug auf Zwänge und Ängste, also ihre Kerntheoreme in Bezug auf die Pathogenität der Religion, eine äußerst beschränkte Wirksamkeit.

M.a.W: Auf dem heutigen Stand psychologischer Erkenntnis hat die psychoanalytische Theorie zur Pathogenität von Religion einen allenfalls metaphorischen oder ideologischen Wahrheitsgehalt (Baumgartner & Ladenhauf, 2000).

2.1.3 Ekklesiogene Neurosen: Ein Schlaglicht zu einer pastoralpsychologischen Altlast

Ein kurzes Schlaglicht verdient an dieser Stelle der hoffentlich bald überholte Begriff der ekklesiogenen Neurose.

Obwohl er wie selbstverständlich im Repertoire von Theologen und Therapeuten vorkommt, ist der von dem Berliner Gynäkologen Schätzing (1955) aus persönlicher Betroffenheit heraus ins Spiel gebrachte Terminus über lange Zeit nicht wissenschaftlich hinterfragt worden (Pfeifer, 1993).

In Anlehnung an Baumgartner (2000), Stenger (1975) und Pfeifer (1993) muß energisch dagegen eingewandt werden, daß es sich bei diesem Konzept um einen Mythos handelt, der sich weder epidemiologisch noch ätiologisch beweisen läßt.

Religiosität ist aus der Sicht der aktuellen Psychotherapieforschung nicht primär ursächlich für psychische Störungen "..., sondern liefert der Störung Haftpunkte, rituelle Symbolisierungen klischeehaft zu benutzen und für das neurotische Szenario zu deformieren. Religiosität färbt folglich die Störungssymptomatik ein, verstärkt sie unter Umständen, bedingt sie aber nicht (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 33)".

Allerdings lenkt dieses Faktum die Aufmerksamkeit aber auch auf die Tatsache, daß sich Religion und Glaube für Störungen und im Kontext von Krankheiten instrumentalisieren lassen. Glaube macht nicht krank, er läßt sich aber in Krankheit und für Krankheit mißbrauchen.

2.2 Begriffliche Klärung: Gesundheit in den Humanwissenschaften

Nach diesen Schlaglichtern zur aktuellen Forschung. Und dabei in einem ersten Schritt zu den humanwissenschaftlichen Begriffen von Gesundheit:

Das Spektrum der theoretisch-empirischen Gesundheitsbegriffe in den Humanwissenschaften entspricht sicher dem Spektrum des alltagspraktischen Gesundheitsverständnisses bei den sogenannten Laien. Die Spannweite der Gesundheitsbegriffe reicht von dem einen Pol der negativen Definition als Abwesenheit von Krankheit im Sinne des "Schweigens der Organe" bis hin zum anderen Pol der utopischen Definition der WHO als vollkommenem menschlichen Wohlbefinden.

Eine für die heutige Fragestellung brauchbare Systematisierung von Gesundheitsverständnissen findet sich bei Franke (1993). Sie unterscheidet 7 Perspektiven: 1. Störungsfreiheit, 2. Leistungsfähigkeit, 3. Rollenerfüllung, 4. Gleichgewicht, 5. Flexibilität, 6. Anpassung, 7. Wohlbefinden. Ohne auf diese verschiedenen humanwissenschaftlichen Analyseebenen von Gesundheit hier näher eingehen zu können, möchte ich folgendes festhalten:

Erstens: Wenn sich die Humanwissenschaften mit der Beziehung von Glaube und Gesundheit befassen, gilt es genau hinzusehen, welcher Gesundheitsbegriff gewählt bzw. welche Perspektive zur Bestimmung von Gesundheit bevorzugt eingenommen wird.

Zweitens: Es ist die Frage zu stellen, ob die humanwissenschaftlichen Gesundheitsbegriffe trotz ihrer Vielgestaltigkeit möglicherweise nicht jene Dimensionen unterbelichten, die aus philosophischer Perspektive betont worden sind: den Transzendenzgehalt, die Ganzheitlichkeit und die ethische Dimension.

Drittens: Die humanwissenschaftlichen Spezifizierungen des Gesundheitsbegriffs mögen zwar für einen Theologen zunächst enttäuschend einfach sein. Sie haben jedoch einen unschätzbaren Vorteil: Sie sind operationalisierbar und ermöglichen so überhaupt erst eine Überprüfung der Fragestellung. So läßt sich nun z.B. fragen:

- Führt Glaube zu größerer Freiheit von Krankheit und Belastung?
- Macht Glaube lebensstüchtiger?
- Führt Glaube zu größerer Beheimatung im sozialen Leben?
- Ermöglicht Glaube ein größeres physisches und psychisches Gleichgewicht?
- Macht Glaube zufriedener und glücklicher?

2.3 Problematisierung: Wie mißt man die Beziehung von Religion und Gesundheit?

Die in Deutschland kaum bekannte Forschung des anglo-amerikanischen Sprachraums zu Religion und Gesundheit hat sich in den letzten 15 Jahren einen gewaltigen Fortschritt erarbeitet (Levin & Chatters, 1998; McCulloch & Larson, 1998). Ihr ist es zu verdanken, daß die normative Kontroverse über die Salutogenität von Glaube allmählich auch empirisch handhabbar geworden ist.

Bis vor ca. 15 Jahren zeigten sich nämlich auch die empirischen Befunde höchst widersprüchlich. Es gab Studien, die wiesen nach, daß Religion mit guter Gesundheit einhergeht – andere wiederum ermittelten eine Koppelung von Religiosität und pathologischer Symptomatik. Wieder andere entdeckten überhaupt keinen Zusammenhang. Woran kann das liegen?

Vermutlich wie immer an Problemen der Konzeptualisierung, der Validierung und der Operationalisierung von Religion und Gesundheit (Baumgartner & Ladenhauf, 2000). Die Metaanalysen von Bergin (1983) und Gartner (1991) haben darauf hingewiesen, daß für die Verhältnisbestimmung folgende Parameter berücksichtigt werden müssen:

1. die Verschiedenartigkeit der Größen, mit denen Religion und Gesundheit erfaßt, also gemessen werden,
2. die Multidimensionalität beider Partner des Geschehens,
3. das Faktum, daß es einen Unterschied macht, welche Gruppen der Bevölkerung man unter die Lupe nimmt.

Zwei Beispiele mögen dies verdeutlichen.

Das erste Beispiel: Religiosität könnte man messen durch die Zugehörigkeit zu einer Konfession bzw. Denomination, durch die persönliche Bejahung der Wichtigkeit des Glaubens, durch den Gottesdienstbesuch, durch die Häufigkeit des Betens, durch religiöses Wissen usw. Dies wäre ein eindimensionaler Zugang.

Glaube mehr ist aber mehr als z.B. Gottesdienstbesuch. Daher braucht es einen multidimensionalen Zugang, z.B. das bekannte Konzept der intrinsischen bzw. extrinsischen religiösen Motivation von Allport (1950) oder andere wie die von Glock (1969), King (1967), Boos-Nünning (1972) oder Grönbloom (1984).

Das zweite Beispiel: Untersucht man die Beziehung von Religiosität zu bestimmten Gesundheits- bzw. Krankheitsmaßen (des DSM-IV), so läßt sich nachweisen, daß z.B. wohl eine inverse Beziehung ermittelt werden kann zu Depression und Alkohol- und Nikotinmißbrauch, aber nicht zu Generalisierter Angststörung, Panikstörung, Phobie und Bulimie (Koenig, 1997, S. 100). Dies gilt entsprechend für die Maße der seelischen Gesundheit.

2.4 Fakten zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit – und ihre Bewertung

Im gesamten vergangenen Jahrhundert ist eine unglaublich große Zahl von epidemiologischen und klinischen Studien durchgeführt worden, in denen der wechselseitige Einfluß von Religion und Gesundheit in den Blick genommen wurde (Levin & Chatters, 1998). Beinahe jede körperliche Krankheit einschließlich der Krebsarten und eine Vielzahl von psychischen Krankheiten wurden beforscht. Am besten untersucht sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Herzinfarkt sowie allgemeine und ursachenspezifische Mortalität.

Trotz einiger Probleme in der Interpretation läßt sich als heutiger wissenschaftlicher Stand festhalten:

Die Hälfte der vorliegenden Studien führt zur Hypothese, daß eine positive Beziehung zwischen Religion und Gesundheit naheliegt und spezifisch untersucht werden sollte. Weniger als ein Viertel der Studien macht negative und der Rest gar keine Effekte aus (Gartner et al., 1991; vgl. Levin & Chatters, 1998, S. 36). Generell muß in allen Fällen aufmerksam bedacht werden, daß die Studien mögliche konfundierende Variablen und Kovariablen mit ausweisen und in der Interpretation auswerten (Sloan et al., 1999).

Für das Verständnis aller Studien ist bedeutsam, daß der Effekt des Glaubens auf die Gesundheit nicht nur auf individueller Ebene angesiedelt werden darf. Er muß meist im Kontext eines gesamten Lebensentwurfes gesehen werden, der auch durch soziale, institutionelle und kulturelle Bedingungen vermittelt wird. M.a.W.: Der Zusammenhang zwischen Religiosität und Gesundheit ist kein direkter, sondern ein mittelbarer, dessen Aufklärung die Entwicklung komplexer Modelle erfordert (Murken, 1998, S. 69).

Lassen Sie mich nun mit aller gebotenen Vorsicht Schlaglichter aus einigen großen bzw. besonders bedeutsamen Studien für die positive Beziehung von Religion und Gesundheit anführen (vgl. Grom, 1998):

- Der subjektive und der objektive allgemeine Gesundheitszustand lassen sich in mehreren großen epidemiologischen Studien in einen positiven Zusammenhang bringen mit der Häufigkeit des Gottesdienstbesuchs, der subjektiven Bedeutsamkeit des Glaubens und dessen Aktivierung bei der Verarbeitung von Problemen.
- Die Lebensdauer der Geistlichen liegt entscheidend über derjenigen der Normalbevölkerung, sogar noch über der der Gesundheitsprofis, nämlich der Ärzte. Bei ihnen ist der Tod durch Herz-Kreislauf-Versagen, durch Lungenkrebs und durch Nierenerkrankungen weit seltener als im Bevölkerungsdurchschnitt.
- Sozialpsychologische Querschnittstudien an älteren religiösen Menschen zeigen unter anderem: eine erhöhte Lebenserwartung, eine geringere Depressivität, eine erhöhte subjektive Gesundheit, weniger Krebs und andere körperliche Symptomaten, weniger Nikotin- und Alko-

holmißbrauch, eine höhere Lebenszufriedenheit, mehr Selbstwertgefühl, eine bessere emotionale Anpassung, weniger Einsamkeit und mehr subjektives Glücklichein (vgl. Levin & Chatters, 1998; Grom, 2000).

- Eine besonders gewichtige Studie zeigt, daß ein Einbringen in religiöse Gemeinschaften einen stärkeren Zusammenhang zu Lebenszufriedenheit aufweist als der körperliche Gesundheitszustand.
- Eine großangelegte Längsschnittanalyse zeigt die hilfreichen Effekte von Gottesdienstbesuch angesichts von kritischen Lebensereignissen und Gesundheitsproblemen.

Interessant ist: Eine positive Beziehung zwischen Religion und Gesundheit findet sich vor allem in Studien, die sogenannte "harte" Daten wie Lebenserwartung, körperlicher Gesundheitszustand und objektivierbare Verhaltensdaten wie Alkoholmißbrauch und Suizid verwenden. Problematische Beziehungen finden sich eher bei durch Befragungen erhobenen Selbstausskünften zu ausgewählten Parametern psychischer Befindlichkeit (Murken, 1998).

Zusammenfassend läßt sich mit Bernhard Grom vorläufig festhalten: "Zwischen körperlicher Gesundheit und persönlicher Religiosität besteht also ein vielfach nachgewiesener positiver statistischer Zusammenhang, der vermutlich auch ein kausaler ist. Der Stärke nach ist er zwar so bescheiden, daß er noch keinen Frömmigkeitsbonus bei den Krankenversicherungsbeiträgen rechtfertigt, doch stellt er trotzdem ein beachtliches Potential dar" (Grom, 1998, S. 417).

2.5 Hypothesen und Modellannahmen

Wie funktioniert nun der Zusammenhang zwischen Glaube und Gesundheit?

Bewegt man sich auf dem Boden des guten und bewährten scholastischen Modellkonzepts, daß die Gnade sich die Natur voraussetzt, so wird man wohl die Hypothese einer "transmundanen Energie" (James) ad acta legen, ebenso die Annahme einer von den anderen psychischen Prozessen verschiedenen "Glaubensfunktion" des psychischen Apparates (Szondi), schließlich auch die Hypothesen jeder Art von religiösem Pharmakon bzw. gar Psychopharmakon (Grom, 2000). Plastisch formuliert: Bisher gilt noch immer: "Wissenschaftler haben keine spezielle gesundheitsfördernde Substanz ausgemacht, die in den Blutstrom ausgeschüttet würde, wenn jemand um seine Genesung betet" (Matthews, 2000, S. 57).

Folgende grundsätzlichen Hypothesen über den Zusammenhang von Glaube und Gesundheit sind denkbar (Murken, 1998; Grom, 2000):

1. Die Verhaltenshypothese: Das Leben in einer Glaubensgemeinschaft hat eine verhaltensregulierende Funktion, in dem es gesundheitsförderliches Verhalten belohnt.
2. Die Hypothese der Sozialen Unterstützung oder des Sozialen Netzes (Kohäsionshypothese): Die Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft nutzt die direkten positiven sozialen Effekte und die Puffer-Effekte sozialer Beziehungen.

3. Die Kohärenz-Hypothese: Der Glaube bietet kognitive Prozesse an, die eine kognitiv-emotionale Stimmigkeit der Lebenswelt ermöglichen.

4. Die Belastungs-Bewältigungs-Hypothese: Im Alltag und insbesondere bei kritischen Lebensereignissen haben religiöse Menschen einen Bewältigungsvorteil, indem ihnen bewährte und handlungsoptimierte Coping-Strategien zur Verfügung gestellt werden.

5. Die Selbstwert-Hypothese: Glaube und Glaubenspraxis versetzen den Menschen in eine intensive Beziehung zu Gott. Dies verstärkt alle psychischen Prozesse, welche den Selbstwert aufbauen und regulieren.

Mit Sicherheit besteht unter all diesen und sicher noch weiteren Prozessen eine komplexe Interaktion. Letztlich stellt der Glaube das Individuum in ein religiös gefärbtes Wechselspiel aus sozialer Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft und mit intrapsychischer Emotions- und Verhaltensregulation auf der Basis religiöser Kognitionen.

Vereinfacht und dennoch nicht unbedingt falsch könnte man in einer medizinisch anmutenden Analogie sagen: Glaube und religiöse Aktivität sind eine Art einzigartiger "kombinierter Wirkstoff" (Matthews, 2000, S. 57), der wirksam eine große Anzahl von bekannten und noch unbekanntem ineinandergreifenden bio-psycho-sozialen Prozessen religiöser Provenienz aktiviert, die Gesundheit und Wohlbefinden fördern.

Als hilfreiche Rahmenvorstellung für die genannten Modellaspekte wird in der Literatur immer häufiger das salutogenetische Modell von A. Antonovsky vorgeschlagen (z.B. Levin & Chatters, 1998; Baumgartner & Ladenhauf, 2000L; vgl. Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987). Aus dieser Perspektive ist der Glaube eine zentrale Ressource, welche die personalen Ressourcen, die sozialen Ressourcen und die organisationalen Ressourcen zu integrieren vermag (vgl. auch: Murken, 1998, S. 81).

2.6 Repräsentanten des Glaubens - Repräsentanten der Gesundheit?

Glaube macht heil. Glaube macht gesund. Wenn das für normale Menschen gilt: Gilt das auch für Priester? Priester sind gemäß der klassischen Theologie als Repräsentanten Christi Repräsentanten des Heils (Greshake, 2000)? Sind sie auch Repräsentanten der Gesundheit? Oder müssen die Priester sich jene Frage stellen, wie sie – provokativ – Greshake formulierte: "Sind wir nicht alle 'kaputte Typen' (Greshake, 1990)?"

Die meisten von Ihnen wissen, daß ich entschieden anderer Meinung bin, als es diese Frage suggeriert. Anderer Meinung auch als Eugen Drewermann, dessen Vorlesungen ich hier in diesem Vorlesungssaal zu hören pflegte (vgl. Drewermann, 1989). Daher halte ich es für sinnvoll, auf dem Boden mehrerer eigener empirischer Studien wenigstens einige Fakten zum Thema "Priester und Gesundheit" anzuführen. Denn für die Humanwissenschaften gelten die beamteten Vertreter einer Religion als geeignete Prüfkandidaten für die Behauptung, daß Religion gesund macht.

1. Es gibt keinen einzigen Beleg dafür, daß Priester kränker wären als die Normalbevölkerung. Wohl eher ist das Gegenteil richtig. Nimmt man die Lebenserwartung als wohl härtestes Kriterium physischer wie psychischer Gesundheit, so sind Priester gegenüber vergleichbaren Männern im Vorteil. Z.B. haben Priester unserer Diözese eine um mindestens zwei Jahre höhere Lebenserwartung als vergleichbare Männer in Nordrhein-Westfalen (Jacobs, 2000a). Verantwortlich dafür ist m.E. die hilfreiche Verbindung aus Lebensrhythmus, Lebensform und sozialem Status.

2. Zufriedenheit mit dem Leben und mit dem Beruf ist ein Prädiktor für Gesundheit. Priester haben eine Lebens- und Berufszufriedenheit, die mit der Normalbevölkerung identisch ist oder die sogar an deren Spitze liegt (Jacobs, 1999; Zulehner & Hennersperger, 2001).

3. Empirische Studien zur seelischen Gesundheit und zum Wohlbefinden von Priestern in Deutschland zeigen Priester ebenfalls auf dem Niveau der Normalbevölkerung. Priester sind also im Durchschnitt sicher "normal gesund" (Jacobs, 2000b).

4. Die Studien zeigen allerdings auch einen Entwicklungsbedarf: Dieser besteht vor allem in den Bereichen von Durchsetzungsfähigkeit bzw. autonomem Entscheidungsverhalten und in der Entwicklung der Belastungsfähigkeit (Jacobs, 2000b).

5. Schließlich zeigen die Studien auch, daß ein Glaube an Weihe und Sendung allein nicht im Sinne eines Gnadenautomatismus zu größerer Gesundheit führt. Priester und SeelsorgerInnen können und müssen etwas dafür tun, daß sich die Gesundheitspotenz des Glaubens auch in ihrem Leben und im Leben der Kirche aktualisiert.

Und damit komme ich zur theologischen Reflexion in Richtung auf die pastoralen Optionen.

3 Pastorale Optionen

3.1 Glaube macht heil! - oder: eine pastoraltheologische Bewertung der humanwissenschaftlichen Ergebnisse

Zu Beginn der theologischen Reflexion der humanwissenschaftlichen Ergebnisse aus der Perspektive der praktischen Theologie gilt es zunächst festzuhalten: Die humanwissenschaftliche Sicht auf die Beziehung von Glaube und Gesundheit konzentriert sich von ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis her auf die meßbaren Funktionen der Religion (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 37). Dadurch wird der Glaube bzw. – begrifflich exakter – wird Religion selbst zu einem Instrument, das sich zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Therapie medizinisch und psychologisch nutzen läßt.

Diese funktionale Sicht von Glaube ist auch aus theologischer Perspektive sicher nicht falsch, sondern besitzt durchaus eine theologische Dignität. Aber sie ist theologisch ergänzungsbedürftig, weil sie der Machbarkeits- und Therapiefalle entgehen muß.

Dem christlichen Glauben (wie übrigens auch den anderen großen Religionen) geht es nicht primär um Heilung und Wellness, sondern um das Heil des Menschen. Die theologische Wirklichkeit des Heils darf daher von ihrem Selbstverständnis nicht auf die Funktion verengt werden.

Die Theologie muß mit aller Deutlichkeit darauf aufmerksam machen, daß der theologische Kontext und der Grund für die gesundheitsfördernde Kraft des Glaubens die Verkündigung des Heiles ist - so z.B. die Theologen Arnold (1983), Beinert (1984), Biser (1975) und Häring (1989). Heilung ist nicht Ziel, sondern unverfügbares Geschenk der Gnade des Glaubens und dient der Offenbarung des heilmächtigen Wirkens Gottes. So macht es auch das Neue Testament deutlich: z.B. in der Zeichen-Erzählung von der Heilung des Blinden bei Johannes (9,1-41). Theologisch kurz und knapp formuliert: Glaube macht mehr als gesund: Glaube macht heil!

Prägnant formulieren in diesem Sinne Baumgartner und Ladenhauf: "Glauben allein um der Gesundheit willen wäre christlich gesehen ein höchst 'ungesunder' Glaube. Man hätte nicht begriffen, daß Glaube eine Begabung darstellt, auf den Gott Jesu hin exzentrisch zu werden. In diesem Plausibilitätsrahmen erwächst der Impuls zu glauben nicht aus Gesundheitsmotiven, sondern aus der Sehnsucht, der ungeschuldeten Zuwendung Gottes zu antworten. Gesundwerdung ist in diesem Dialog Gott-Mensch Beigabe, nicht Zweck" (Baumgartner & Ladenhauf, 2000, S. 37).

Die Heilsmacht Gottes offenbart sich darüber hinaus nicht nur im Gelingen des Lebens, sondern auch und gerade im Scheitern und im Unheil (Fuchs & Werbick, 1991; Schillebeeckx, 1977). Das Heil Gottes ist nicht gleichzusetzen mit einem ungebrochenen Lebensoptimismus, sondern schenkt sich gerade angesichts menschlicher Fragmentarität durch den Tod hindurch. Die Heilsverheißung gilt auch und vor allem den Opfern der Geschichte und den menschlich unvollendet Gebliebenen.

3.2 Optionen für die Theologie in Forschung und Lehre

Wenn es die Aufgabe der praktischen Theologie ist, im Kontakt mit den Humanwissenschaften die Zeichen der Zeit zu bedenken und theologisch zu deuten, also im Sinne von Zulehner eine Kairologie und Kriteriologie zu entwickeln (Zulehner, 1989), so zeigt die Beschäftigung mit der Frage "Macht Glaube gesund?" eine erstaunliche Fruchtbarkeit. Dazu an dieser Stelle zwei grundsätzliche Überlegungen:

1. Die Humanwissenschaften reichen der theologischen Forschung und Lehre von neuem die Hand. Sie machen von sich aus implizit oder explizit das Angebot, in einem kritischen Dialog (Scharfenberg, 1985) im Dienste des Menschen alte Gräben der gegenseitigen Ignoranz oder gar Feindschaft zu überwinden und konstruktiv zusammenzuarbeiten. Wenn Glaube und Religion tatsächlich gesund machen – so die Überzeugung der humanwissenschaftlichen Forschung –, dann wird konsequenterweise auch die theologische Forschung und Lehre nicht

zu einer irrelevanten oder gar menschenfeindlichen Beschäftigung, sondern zu einer alltagsrelevanten und menschlich hilfreichen Wissenschaft. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Theologie nicht der Gefahr der Selbstabsolution von der seelsorglichen Praxis erliegt.

2. Inhaltlich bieten die humanwissenschaftlichen Forschungsergebnisse der Theologie folgende Schwerpunkte und Fragen zum Dialog an:

a) die theologische Beschäftigung mit der Salutogenese des Menschen, also die systematische und exegetische, die ethische und die praktisch theologische Auseinandersetzung mit der Frage: Wie wird der Mensch heil? – und zwar ganzheitlich und umfassend (Jacobs, 2000b).

b) die Relecture theologischen Wissens und dessen Lerngestalten mit Blick auf die Förderung zeitlich und endzeitlich gelingenden Lebens unter den Augen Gottes (vgl. Stenger, 1985).

c) die Frage nach der Möglichkeit zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit der theologischen Wissenschaften im Dienst des Heils des Menschen, die dem Status der interdisziplinären Zusammenarbeit der Humanwissenschaften im Dienste der Gesundheit des Menschen entspricht.

3.3 Optionen für die pastorale Praxis der Kirche

Ein symbolischer Prüfstein für die Seelsorge ist der Wunsch der Menschen nach einer lebensfreundlichen Kirche. Zudem gilt es in Zeiten rapiden pastoralen Wandels in besonderer Weise darauf zu achten, daß sich die Seelsorge der Kirche evangeliumsgemäß und lebensdienlich weiterentwickelt. Daher stelle ich hier die Frage: Welche Optionen ergeben sich vor diesem Horizont für die Pastoral?

Hier einige knappe Antworten:

1. Gott ist ein Freund des Lebens (Weish 11,26). Die Kirche darf sich immer wieder bewußt machen, daß ihre Verkündigung eines liebenden und sorgenden Gottes den Menschen eine Verankerung geben kann, die nur schwer oder gar nicht von innerweltlichen Institutionen zu ersetzen ist.

Was die Psychologie heute betont, bietet die Kirche schon lange: a) Verankerung im Leben durch die Schaffung einer stimmigen Welt (Verstehbarkeit), b) Bereitstellung von Kräften zur Meisterung des Lebens (Gestaltbarkeit) und c) die motivationale Ausrichtung auf sinnvolle Ziele (Bedeutsamkeit) (Antonovsky, 1997; Keupp, 1997). All dies gehört nämlich zu den grundlegenden salutogenetischen Kräften im Leben des Menschen, die unverzichtbar in das Glaubens- und Lebensprogramm der Kirche hinein verwoben sind.

2. Gesunde Strukturbedingungen und Lebensräume sind entscheidend für die Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden. Die gesundheitsfördernde Kraft des Glaubens wird wesentlich vermittelt über soziale und strukturelle Größen: Es sind vor allem die Vernetzung von Individuen in sozialen Räumen und Schaffung von stabilisierenden Lebensbedingungen (Argyle, 2000). Daher gilt es darauf zu achten, daß die pastoralen Räume der Zukunft den Menschen eine Beheimatung ermöglichen.

3. Die positive Beziehung von Glaube und Gesundheit führt konsequent zu einem erneuten Plädoyer für eine diakonische Seelsorge, wie sie sich die Theologische Fakultät an diesem Ort in besonderer Weise zum Programm gemacht hat. Diakonische Seelsorge sorgt für heilsame Lebensräume, tritt der ökonomischen und sozialen Marginalisierung entgegen und steht Menschen aus der Kraft des Glaubens in den Lebenssituationen bei, in denen Unglück und Leid die Überlebenskräfte schädigen. Damit setzen Diakonie und Caritas an genau den Punkten an, welche die Humanwissenschaften als Schlüssel der Stabilisierung und Förderung von Gesundheit bezeichnet haben.

4. Die Gesundheitswissenschaften rehabilitieren auf überraschende Weise die verhaltensregulierende Funktion der Pastoral der Kirche. Daß Gebote gesundheitsförderlich sein können, wußte übrigens schon das Volk Israel. Mit anderen Worten: Wenn es der Kirche gelingt, die lebensförderliche Kraft ihrer Gebote und Normen den Menschen von heute plausibel zu machen und im Handeln zu verankern, wird sie attraktiv werden für Einzelpersonen und Gruppen, die in einer individualisierten Welt nach stimmigen, gesundheitsförderlichen und kollektiv geteilten Lebensregeln suchen.

5. Die Forschungen zu Glaube und Gesundheit machen die Pastoral der Kirche darauf aufmerksam, wo Gefahrenquellen falsch verstanden Glaubens verborgen sind und wie sich diese in der Pastoral vermeiden lassen. Dazu gehört die Warnung vor belastenden Formen der Verkündigung, in denen Menschen mit Gott bedroht und durch die Kirche in ihrer Lebensautonomie geschädigt werden. Die Verkündiger sollten wissen, daß es gefährlich ist, Moral ohne Gnade zu verkündigen und es vermeiden, in ihrer Seelsorgspraxis allzuvielen Haftpunkte für religiöse Deformation zu bieten.

3.4 Optionen für Ausbildung und Lebenspraxis der SeelsorgerInnen

Wie kann mein Leben in der Seelsorge gelingen? Wie bleibe ich dabei gesund? Wie kann mir der Glaube dabei helfen? Dies sind Schlüsselfragen für Menschen, die sich in der Verkündigung engagieren möchten.

Ich halte es für eine unverzichtbare Aufgabe der praktischen Theologie, in Verbindung mit den Humanwissenschaften den SeelsorgerInnen von heute und denen der Zukunft fundierte praktische Lebenshilfen zu geben. Bei meinen Antwortversuchen beziehe ich ganz bewußt meine Erfahrungen aus meiner Begleitungspraxis mit ein. Hier nun einige Tips, die sowohl für Studierende der Theologie als für PraktikerInnen vor Ort nützlich sein können.

1. Es wird sich lohnen, das Studium des Glaubens konsequent als Quelle für die eigene Gesundheit zu nutzen. Eine rational und emotional stimmige Deutung der Welt ist Voraussetzung für eine gesunde Lebensentwicklung. Katholische Theologie ist auch heute trotz aller Heterogenität eine hervorragende Quelle für eine stabile und stabilisierende Interpretation der Welt.
2. Glaube ist mehr als Theologie. Es lohnt sich daher, einen intrinsisch motivierten Glauben zu erwerben, also einen Glauben, der als solcher zum grundlegenden Motiv der Lebensbewältigung werden kann. Gesunder Glaube ist mehr als ein Vehikel zur Sicherung des Lebens, mehr als eine Voraussetzung für eine Tätigkeit in der Seelsorge. In den Worten von Hermann Stenger: Es geht um die Entdeckung der Berufung zum Menschsein und zum Christsein, bevor die Berufung zum Priestersein bzw. SeelsorgerInsein in den Mittelpunkt gestellt wird (Stenger, 1988).
3. Es ist wichtig für die eigene Gesundheit, niemals den eigenen Verstand und die eigene Rationalität auf dem Altar von religiösen Ideologien und Formen zwanghafter religiöser Praxis zu opfern. Niemand darf um seiner Gesundheit willen zulassen, daß ihm im Rahmen von Ausbildung und pastoraler Praxis Abhängigkeit, Aufgabe der Selbstkontrolle oder Gedankenkontrolle abgefordert wird. Darüber hinaus haben wir alle die Aufgabe, selber darauf zu achten, daß wir den Glauben nicht zur Verbrämung und Absicherung von dysfunktionalen Persönlichkeitsanteilen oder gar extremen Persönlichkeitsstilen mißbrauchen.
4. In einer immer weiter individualisierten Welt ist es unabdingbar, den Wert der sozialen Dimensionen des Glaubens neu zu entdecken. Der gesundheitsfördernde Effekt des Glaubens wird wesentlich vermittelt über den Zusammenhalt und die gegenseitige Stützfunktion der Glaubenden – ein uralter theologischer Wert. Also: Es geht um soziale Kompetenzen (z.B. im Konvikt), es geht um Freundschaften, um Gruppen, in denen der Glaube geteilt wird. Und es geht darum, Teamarbeit individualistischem Einzelgängertum in der Seelsorge vorzuziehen.
5. Die Erfahrungen der Bibel und der geistlichen Tradition sind wertvoll für die eigene menschliche Belastungsbewältigung. Die Beter der Psalmen, die Propheten, Jesus selbst: sie machen uns vor, wie der Glaube zum Leben hilft: in Gesundheit und Krankheit, in Trauer und Freude. Dazu gehört Übung, dazu gehört Zeit. Gesundheit beginnt im Kopf und realisiert sich im Handeln. Wir brauchen alle in dieser Hinsicht ein ausdauerndes Training in glaubensmotivierter Belastungsbewältigung.
6. Wir würden sehr effektiv für unsere Gesundheit sorgen, wenn wir neu zu vertrauen lernten auf die gesundheitsfördernde Kraft des Gebetes, der Feier der Liturgie oder der persönlichen Schriftlesung. Eine intensive Gottesbeziehung, vermittelt über intensive religiöse Praxis, ist erwiesenermaßen der individuelle Personanteil für die gesundheitsfördernde Kraft des Glaubens.
7. Und vor allem: Machen wir uns so oft wie möglich die Gnade Gottes bewußt, die uns persönlich geschenkt ist: "Du bist mein geliebter Sohn - Du bist meine geliebte Tochter!". Es ist tatsächlich eine unvorstellbare Gnade, für den eigenen Selbstwert nicht letztverantwortlich zu sein. Gott verleiht uns einen Selbstwert, der uns gesund und heil macht.

4 Schlußplädoyer

Ich begann mit einer scheinbar einfachen Frage: Macht Glaube gesund?

Wir haben gesehen, daß in diesem Thema Fragen verborgen sind, die keine einfachen Antworten zulassen.

Als Humanwissenschaftler werde ich zum Abschluß eine scheinbar einfache, philosophisch anmutende Antwort auf die eingangs gestellte Frage geben: Meistens ja, manchmal nein. Mehr ja als nein.

Und als Theologe antworte ich noch einfacher: Glaube macht stets mehr als gesund. Glaube macht heil.

5 Literatur

- Allport, G. W. (1950). The Individual and his religion: A psychological interpretation. New York: Macmillan.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Argyle, M. (2000). Psychology and religion: an introduction. London: Routledge.
- Arnold, F. (1983). Glaube, der dich heilt. Zur therapeutischen Dimension christlichen Glaubens. Regensburg: Pustet.
- Baumgartner, I. & Ladenhauf, K. H. (2000). Von der psychologischen Notwendigkeit der Religion. Zur gesundheitsfördernden Kraft der Religion. In I. Baumgartner, C. Friesl & A. Máté-Tóth (Eds.), Den Himmel offen halten. Ein Plädoyer für Kirchenentwicklung in Europa. (pp. 31-38). Innsbruck: Tyrolia.
- Beinert, W. (Eds.). (1984). Heil und Heilen als pastorale Sorge. Regensburg: Pustet.
- Bergin, A. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analyses. Professional Psychology, 14, 170-184.
- Biser, E. (1975). Das Heil als Heilung. Aspekte einer therapeutischen Theologie. In J. Sudbrack (Eds.), Heilkraft des Heiligen. (pp. 102-139). Freiburg: Herder.
- Boos-Nünning, U. (1972). Dimensionen der Religiosität. München: Kaiser.
- Drewermann, E. (1989). Kleriker. Psychogramm eines Ideals. Olten: Walter.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs "Gesundheit" und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Eds.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. (pp. 15-34). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Freud, S. (1940ff). Gesammelte Werke. Band VII. London: Imago.
- Fuchs, G. & Werbick, J. (1991). Scheitern und Glauben. Vom christlichen Umgang mit Niederlagen. Freiburg: Herder.
- Gartner, J., Larson, D. B. & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. Journal of Psychology and Theology, 19, 6-25.
- Glock, C. Y. (1969). Über die Dimensionen von Religiosität. In J. Matthes (Eds.), Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie II. Reinbek: Rowohlt.
- Greshake, G. (1990). "Das ist ein weites Feld...". Impressionen zu Eugen Drewermanns "Kleriker". In K. Hillenbrandt (Eds.), Priester heute. Anfragen, Aufgaben, Anregungen. (pp. 10-31). Würzburg: Echter.
- Greshake, G. (2000). Priester sein in dieser Zeit. Theologie – Pastorale Praxis – Spiritualität. Freiburg: Herder.
- Grom, B. (1998). Besundheit und "Glaubensfaktor". Religion als Komplementärmedizin? Stimmen der Zeit, 216 (6), 413-424.
- Grom, B. (2000). Religiosität und subjektives Wohlbefinden. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 187-192.
- Grönblom, B. (1984). Dimensions of religiosity. The operationalisation and measurement of religiosity with special regard to the problem of dimensionality. Åbo: Åbo Akademi.
- Häring, B. (1989). Frei in Christus. Moraltheologie für die Praxis des christlichen Lebens. Band III: Die Verantwortung des Menschen für das Leben. Freiburg: Herder.
- Jacobs, C. (1999). Gott umarmt uns durch die Wirklichkeit. Auswertung der Umfrage zum Selbstverständnis der Priester in der Diözese Paderborn No. 1. Erzbischöfliches Generalvikariat Paderborn.
- Jacobs, C. (2000a). Priester-Männer zwischen 40 und 60. Zum Verständnis einer wichtigen Gruppe in der Kirche. Diakonia, 31 (5), 349-356.
- Jacobs, C. (2000b). Salutogenese. Eine pastoralpsychologische Studie zu seelischer Gesundheit, Ressourcen und Umgang mit Belastung bei Seelsorgern. Würzburg: Echter.

- Keupp, H. (1997). Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen: DGVT-Verlag.
- King, M. B. (1967). Measuring the religious variable: Nine proposed dimensions. Journal for the Scientific Study of Religion, 6, 173-190.
- Koenig, H. G. (1997). Is Religion good for Your Health?. The Effects of Religion on Physical and Mental Health. New York: The Haworth Pastoral Press.
- Koenig et al., H. G. (2000). Medicine and Religion. The New England Journal of Medicine, 343 (18), 1339-1342.
- Küng, H. (1994). Religion als Chance oder Risiko. Vorwort. In G. Klosinski (Eds.), Religion als Chance oder Risiko. Entwicklungsfördernde und entwicklungshemmende Aspekte religiöser Erziehung. (pp. 9-14). Göttingen: Huber.
- Levin, J. S. & Chatters, L. M. (1998). Research on Religion an Mental Health: An Overview of Empirical Findings and Theoretical Issues. In H. G. Koenig (Eds.), Handbook of Religion and Mental Health. (pp. 33-50). San Diego: Academic Press.
- Matthews, D. A. (2000). Glaube macht gesund. Spiritualität und Medizin. Freiburg: Herder.
- McCulloch, M. E. & Larson, D. B. (1998). Future Directions in Research. In H. G. Koenig (Eds.), Handbook of Religion and Mental Health. (pp. 95-107). San Diego: Academic Press.
- Murken, S. (1998). Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung. Münster: Waxmann.
- Pfeifer, S. (1993). Glaubensvergiftung - Ein Mythos? Analyse und Therapie religiöser Lebenskonflikte. Moers: Brendow.
- Scharfenberg, J. (1985). Einführung in die Pastoralpsychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schätzing, E. (1955). Die ekklesiogenen Neurosen. Wege zum Menschen, 7, 97-108.
- Schillebeeckx, E. (1977). Christus und die Christen. Die Geschichte einer neuen Lebenspraxis. Freiburg: Herder.
- Schumacher, J. (1963). Antike Medizin. Berlin: De Gruyter.
- Sloan, R. P., Bagiella, E. & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. Lancet, 353 (9153), 661-667.
- Sloan et al., R. P. (2000). Should Physicians Prescribe Religious Activities? The New England Journal of Medicine, 342 (25), 1913-1916.
- Spijk, P. v. (1991). Definitionen und Beschreibungen der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick. Muri/CH: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Stenger, H. (1985). Verwirklichung unter den Augen Gottes. Psyche und Gnade. Salzburg: Otto Müller.
- Stenger, H. (Eds.). (1988). Eignung für die Berufe der Kirche. Klärung - Beratung - Begleitung. Freiburg: Herder.
- Stenger, H. M. (1975). Ekklesiogene Neurosen. In Praktisches Wörterbuch der Pastoral-Anthropologie. Wien: Herder.
- Tucker, J. B., Roper, T. A., Rabin, B. S. & Koenig, H. G. (1999). Religion and medicine. Lancet, 353 (9166).
- Zulehner, P. M. (1989). Pastoraltheologie. Bd. 1. Fundamentalpastoral. Düsseldorf: Patmos.
- Zulehner, P. M. & Hennersperger, A. (2001). "Sie gehen und werden nicht matt" (Jes 40,31). Priester in heutiger Kultur. Ergebnisse der Studie Priester 2000. Ostfildern: Schwabenverlag.