



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

'Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an': Krankheit, Religion und Heilung in lebensgeschichtlichen Erzählungen: eine religionspsychologische Analyse

Popp-Baier, U.

Publication date

2015

Document Version

Final published version

Published in

Somatisierung des Religiösen: empirische Studien zum rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Popp-Baier, U. (2015). 'Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an': Krankheit, Religion und Heilung in lebensgeschichtlichen Erzählungen: eine religionspsychologische Analyse. In G. Klinkhammer, & E. Tolksdorf (Eds.), *Somatisierung des Religiösen: empirische Studien zum rezenten religiösen Heilungs- und Therapiemarkt* (pp. 161-197). (Veröffentlichungen des Instituts für Religionswissenschaft und Religionspädagogik; No. 7). Universität Bremen.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

6. „Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an“ – Krankheit, Religion und Heilung in lebensgeschichtlichen Erzählungen: Eine religionspsychologische Analyse

Ulrike Popp-Baier, Universität Amsterdam

Zusammenfassung: In dem kontrovers diskutierten Forschungsprogramm „Religion und Gesundheit“ wurden in der Religionspsychologie bisher kaum qualitative Studien zu subjektiven Orientierungs-, Handlungs- und Deutungsmustern im Hinblick auf Krankheitserfahrungen und religiöse Orientierungen durchgeführt. Dieser Beitrag ist einer derartigen Studie zum Thema „Religion und Rückenschmerzen“ gewidmet. In dieser Studie, die in der Tradition der *Illness narrative*-Forschung verortet werden kann, wurden 20 narrativ-biografische Interviews mit Mitgliedern der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, der New Age-Bewegung und mit Anthroposophen durchgeführt. Der zentrale Auswertungsschritt bestand in der Konstruktion idealtypischer Geschichten im Hinblick auf das narrative Leitmotiv, das auch die Artikulation von Krankheitserfahrungen im Zusammenhang mit religiösen Orientierungen prägte. Dabei wurde eine Unterscheidung zwischen instrumentellen, entwicklungsbezogenen, balancierenden, pragmatischen und sozial-kommunikativen Geschichten getroffen.

6.1. Religion und (körperliche) Gesundheit: Ein psychologisches Forschungsprogramm auf der Suche nach seinem Gegenstand

In den letzten Jahren ist in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen ein „explosionsartiger“ Anstieg an Publikationen zum Thema „Religion und Gesundheit“ zu verzeichnen (Klein, Berth und Balck 2011). In der akademischen Religionspsychologie wird seit etwa 1980 ein steigendes Interesse an diesem Thema konstatiert (vgl. z. B. Oman und Thoresen 2005). Die Vielzahl der inzwischen erschienenen Studien ist beeindruckend und die Überblicksartikel dazu sind ebenfalls zahlreich (vgl. z. B. Koenig, McCullough und Larson 2001; Hood, Hill und Spilka 2009). Dabei stammt die überwiegende Zahl der bisherigen Studien aus den USA und bezieht sich vor allem auf christliche Gruppierungen. Allerdings werden entsprechende Studien auch zunehmend in europäischen Ländern durchgeführt (vgl. z. B. Chida, Steptoe und Powell 2009; Sørensen u. a. 2011). Der Wert dieser Studien und die möglichen Interpretationen ihrer Ergebnisse sind allerdings umstritten. Während zum Beispiel Oman und Thoresen (2005) feststellen, dass eine wachsende Anzahl von Studien überzeugend positive Beziehungen zwischen religiösem Engagement und körperlichen und psychischen Gesundheitsindikatoren belegen würde, kommen Sloan und Bagiella (2002) zu dem Schluss, dass es kaum eine empirische Basis für die Behauptung gebe, dass religiöse Aktivitäten vorteilhaft für die Gesundheit wären.

Die Schlussfolgerung von Sloan und Bagiella (2002) mag auf den ersten Blick überraschen. So weisen Mehnert und Höcker darauf hin, dass in verschiedensten Studien bisher der Einfluss von Religiosität und Spiritualität¹ auf das physische Befinden „im Zusammenhang mit Mortalität sowie kardiovaskulären Erkrankungen und Bluthochdruck, Hirninfarkt, Infektionskrankheiten sowie HIV/Aids, Schmerzen, körperlichen Funktionsstörungen, körperlicher Invali-

¹In diesem Aufsatz wird aufgrund der unterschiedlichen Bestimmungen von Spiritualität und Religion oder Religiosität in den verschiedenen Studien keine terminologische Abgrenzung zwischen diesen Konzepten vorgenommen.

dität und Krebserkrankungen“ untersucht wurde (Mehnert und Höcker 2011, S. 248). Viele Studien behaupteten dabei, negative Korrelationen zwischen bestimmten Religiositätsmaßen, z. B. zwischen Zugehörigkeit zu einer religiösen Gruppierung oder Gemeinschaft, religiöser Partizipation, privaten religiösen Praktiken, religiösem Coping und den genannten Krankheitsbildern oder Symptomen nachgewiesen zu haben (vgl. z. B. Hood, Hill und Spilka 2009). Das ist doch plausibel, könnte man meinen, schließlich verpflichten viele religiöse Gemeinschaften ihre Anhänger zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil, der dann vermutlich auch mit einem niedrigeren Risiko verbunden ist, z.B. an einem Herzinfarkt oder an Krebs zu erkranken. Man denke an verschiedene Studien unter den Siebenten-Tags-Adventisten, in denen immer wieder die Gesundheitsvorteile ihres Lebensstils thematisiert wurden (vgl. z. B. Kahn u. a. 1984).

Nun wird kaum jemand die Plausibilität derartiger Zusammenhänge bestreiten wollen. Was in diesem Zusammenhang vor allem umstritten ist, ist die Frage, ob und inwiefern hier von einem Einfluss von Religion (oder Spiritualität) gesprochen werden kann. Sloan (2006, S. 76) argumentiert zum Beispiel, dass derartige Studien nicht als ein Test im Hinblick auf den Einfluss von religiösem Engagement auf die Gesundheit interpretiert werden können. Personen, die derartigen Speisevorschriften oder Verhaltensvorschriften folgen, werden davon einen Vorteil im Hinblick auf ihre Gesundheit haben, unabhängig davon, ob sie nun religiös sind oder nicht. Daneben gibt es nach Sloan (ebd., S.73 ff.) noch eine Vielzahl an Studien, die sich dem Thema „Religion und Gesundheit“ zuordnen lassen (z. B. Untersuchungen zum Einfluss von religiösen Faktoren auf medizinische Entscheidungen), aber Studien, die wirklich einen Einfluss von religiösen Aktivitäten auf körperliche Gesundheit untersucht haben und als valide und reliabel gelten können, gebe es nur wenige:

So proponents of a connection between religion and health are technically correct when they write that there are a great many studies on the topic. But they are wrong when they report that the vast majority demonstrate positive relationships between religious involvement and better health. In fact, the vast majority of these studies have nothing

whatsoever to do with the health benefits of religious involvement.
(Sloan 2006, S. 79–80)

Technisch gesprochen geht es darum, dass man, wenn man explizit den Einfluss der „Variable“ Religiosität auf die „Variable“ körperliche Gesundheit untersuchen möchte, die möglichen konfundierenden Variablen wie z. B. Alter, Geschlecht, Rauchen, Alkoholkonsum, Körpergewicht, sportliche Betätigung, aber auch negative Gefühle, soziale Unterstützung etc. kontrollieren muss, um keine Scheinkorrelationen zu erhalten, die bei der Kontrolle der entsprechenden Variablen verschwinden und damit nicht als Kandidaten für eine kausale Erklärung in Frage kommen.

Auf das allgemeine Problem der inadäquaten Vergleichsgruppen bei Studien zu einem positiven Einfluss von Religion auf z. B. Wohlbefinden haben vor ein paar Jahren die Autoren Galen und Kloet (2011) aufmerksam gemacht. Diese Autoren konnten zeigen, dass bei diesen Studien oft religiös organisierte Individuen mit nicht-religiösen nicht-organisierten Individuen verglichen wurden, wobei man dann annehmen könnte, dass der Organisationsgrad den entscheidenden Einfluss ausübt und nicht der Religiositätsfaktor. Ein adäquater Vergleich müsste religiös organisierte Individuen mit nicht-religiös organisierten Individuen vergleichen. Das haben Galen und Kloet auch mit einer eigenen Studie getan und der Einfluss von Religiosität verschwand (Galen und Kloet 2011, S. 220). Aufgrund dieser Studien könnte man dann vermuten, dass die aktive Mitgliedschaft in einem Kaninchenzuchtverein einen vergleichbar positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit ausüben kann wie die aktive Mitgliedschaft in einer Kirchengemeinde.

Und das ist nun letztlich die Streitfrage: Haben Religion oder Spiritualität, wie auch immer konzeptualisiert und operationalisiert, einen Einfluss auf körperliche Gesundheit, der nicht oder nicht gänzlich auf den Einfluss anderer Variablen zurückzuführen ist?

Schauen wir uns dazu zunächst den kritischen Überblicksartikel von Lynda Powell, Leila Shahabi und Carl Thoresen an, der 2003 im *American Psychologist* erschienen ist und der übrigens auch von Richard Sloan geschätzt wird. Die Autoren haben die wissenschaftliche Fundierung im Hinblick auf

die populärsten Hypothesen zum Einfluss von Religion oder Spiritualität auf die körperliche Gesundheit untersucht, indem sie Studien evaluierten, die zumindest minimalen methodologischen Standards genügten. Danach bleibt nur eine Hypothese, die durch entsprechende Studien überzeugend unterstützt wird und das ist die Hypothese, dass die Häufigkeit des Kirchgangs bzw. die Partizipation an öffentlichen institutionalisierten religiösen Aktivitäten einen positiven Einfluss auf die Langlebigkeit habe. Dieser Zusammenhang blieb auch nach der Kontrolle von möglichen konfundierenden Variablen wie z. B. Depression, Familienstand, Krankheit etc. bestehen (Powell, Shahabi und Thoresen 2003, S. 40).

Nun kann man auch bei diesen Studien natürlich das übliche Argument anführen, dass es sich eben doch um keine experimentellen Studien handle und man daher nicht sicher sein könne, ob es nicht doch noch eine konfundierende Variable gebe, die man noch nicht identifiziert habe (vgl. Sloan 2006, S. 144). Dabei könnte man aber noch spezifischer argumentieren und zwar im Hinblick auf eine bestimmte mögliche konfundierende Variable. So könnte eine plausible Erklärung für diesen möglichen Effekt des Kirchgangs sein, dass es sich dabei um ein Ritual handelt, das einen Ruhetag einleitet bzw. markiert und dadurch für eine entsprechende gleichmäßige Strukturierung des individuellen Lebensrhythmus sorgt. Man müsste dann die Kirchgänger mit einer Gruppe vergleichen, die eine ähnliche regelmäßige Strukturierung des wöchentlichen Ruhetages vornimmt, z. B. durch regelmäßige Aktivitäten mit Verwandten oder Freunden, Sonntagsspaziergänge, Museumsbesuche, Konzertbesuche etc. Sollte sich der gesundheitsfördernde Effekt z. B. auch bei den Sonntagsspaziergängern oder den Museumsbesuchern zeigen, dann könnte eine plausible Erklärung auch in dem gesundheitsfördernden Effekt einer regelmäßigen, strukturierenden Tätigkeit bestehen. Dass ein regelmäßiger Tagesablauf mit eingespieltem Rhythmus vermutlich förderlich ist für ein hohes Alter wird in verschiedenen Studien betont. Einen populärwissenschaftlichen Überblick bietet z. B. Zittlau (2012).

Eine Anfang 2009 von Yoichi Chida, Andrew Steptoe und Lynda Powell publizierte amerikanisch-europäische Meta-Analyse hat den positiven Zusam-

menhang zwischen Partizipation an öffentlichen institutionalisierten religiösen Aktivitäten und geringerer Mortalitätsrate in ursprünglich gesunden Bevölkerungsgruppen bestätigen können. Dabei wurden nur Studien einbezogen, die sozusagen die *major confunders* wie z. B. Alter, Rauchen, Alkoholkonsum, sportliche Betätigung, Gewicht, negative Gefühle und soziale Unterstützung kontrolliert hatten. Der Effekt blieb statistisch signifikant und das nicht nur bei christlichen Probanden (Chida, Steptoe und Powell 2009, S. 88). Aber auch hier könnte man mit Richard Sloan (2006, S. 143 ff.) einwenden, dass es sich um epidemiologische Langzeitstudien handelt, die keine Kausalität bestätigen können, was die Autoren der Studie auch im Zusammenhang mit der Diskussion ihrer Ergebnisse anführen (Chida, Steptoe und Powell 2009, S. 86). Es könnte immer noch verbleibende nicht gemessene konfundierende Variablen geben, die für die positiven Korrelationen verantwortlich sein könnten. Konkret könnte man dann dabei wieder an den positiven Einfluss eines regelmäßigen Tagesablaufs denken, der durch die Partizipation an religiösen Aktivitäten unterstützt wird und der auch die Mortalität beeinflussen könnte.

Nun könnte man argumentieren, dass derartige Studien doch Hervorragendes leisten. Sie zeigen, wenn man so interpretieren will, den möglichen indirekten Einfluss, den Religion auf körperliche Gesundheit ausüben kann, oder sie zeigen, dass man Religion eben nicht angemessen als eine Variable begreifen kann, sondern als ein komplexes Phänomen, bei dem soziale Strukturen, soziale Interaktionen, Praktiken, Verhaltensvorschriften, Orientierungsmodelle etc. einen Kontext bilden, in dem auch Dimensionen individueller Gesundheit und Krankheiten in ihrer Genese verortet werden können.

Das sehen aber einige Religionspsychologen ganz anders. Sie sind der Meinung, dass aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse die berechtigte Annahme getroffen werden könne, dass Religion und Spiritualität häufig einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Einzelnen ausüben, sehen aber nun eine deutliche Gefahr in den Erklärungen, die für diesen Zusammenhang angeboten werden. Dabei befürchten sie, dass mit der Postulierung diverser Wirkmodelle Religion letztlich „wegerklärt“ werde (vgl. z. B. Pargament 2002, S. 239) und fordern dazu auf, den genuin religiösen Faktor zu finden, den es-

sentiellen Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit, der sich nicht mehr auf andere Zusammenhänge reduzieren lasse (vgl. z. B. Hill und Pargament 2003). Damit teilen sie letztlich die Ansicht der Kritiker der bisherigen Studien zum Thema „Religion und Gesundheit“ und propagieren dabei aber implizit den klassischen Ansatz der Religionsphänomenologie, allerdings im Kontext eines quantitativ-psychologischen Forschungsprogramms. In diesem Kontext fordern sie dann differenziertere Religions- und Spiritualitätskonstrukte und Operationalisierungen, welche die Erklärungskraft der bisherigen Mediatoren wie z. B. sozialer Unterstützung, einer Stärkung des Selbstgefühls, eines kohärenten Weltbilds etc. einschränken würden und damit dann auch die Einzigartigkeit von Religion und Spiritualität im Leben von Individuen nachweisen könnten (Hill und Pargament 2003).

Studien zum Einfluss eines „genuin religiösen Faktors“, der dann auch funktional auf körperliche Gesundheit oder Wohlbefinden bezogen werden kann, gibt es bisher allerdings nur wenige (vgl. z. B. Hill und Pargament 2003). Unter dem Titel „Perceived Closeness to God“ (wahrgenommene oder gefühlte Nähe zu Gott) beschreiben die Autoren eine Dimension von Religiosität oder Spiritualität, die, falls sie funktional mit Gesundheit verbunden werden kann, allerdings einen spezifisch religiösen Faktor darstellen würde. Aber die dazu angeführten Studien können m. E. nicht überzeugen. So verweisen Hill und Pargament (ebd., S. 67) auf eine Studie, in der angeblich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen größerer gefühlter Nähe zu Gott und geringerer Depression und höherem Selbstwertgefühl nachgewiesen werden konnte. Eine plausible Erklärung für derartige Korrelationen wäre aber auch, dass das Ausmaß der Depression dafür verantwortlich gemacht werden kann, wie nah man sich noch zu Gott fühlen kann und wie hoch das eigene Selbstwertgefühl ist oder man könnte derartige Korrelationen auch allgemein als Ausdruck eines konsistenten Antwortverhaltens in Fragebögen interpretieren: Wer sich hohe Werte im Hinblick auf die Qualität seiner Gottesbeziehung zuschreibt, wird vermutlich auch im Hinblick auf den Umgang mit allen möglichen Widrigkeiten im Leben eher seine psychologische Kompetenz betonen und auch seinen eigenen Gesundheitszustand höher einschätzen.

Fazit: Das boomende Forschungsprogramm „Religion und Gesundheit“ ist nicht unumstritten und wird inzwischen gerade auch von den Protagonisten dieser Forschung mit kritischen Augen betrachtet. Gerade dieses Forschungsprogramm hat zu vielfältigen quantitativ-empirischen Studien angeregt und in diesem Zusammenhang auch die theoretische Phantasie von Psychologen aller Couleur angeregt. Die von Hood, Hill und Spilka (2009, S. 12) vorgeschlagene integrative Theorie für religionspsychologische Forschung, nach der Religion vor allem mit der Suche nach Sinn verbunden wird, wird in diesem Forschungsprogramm inzwischen vielfach bemüht und kann prägnant vielleicht so formuliert werden: Religion verleiht Sinn und macht dadurch gesund. Die weiterhin formulierten psychologischen und neuropsychologischen Wirkmodelle können dann als kognitionspsychologische, motivationspsychologische und sozialpsychologische Ausbuchstabierungen oder neuropsychologische Übersetzungen dieser Formel verstanden werden (vgl. z. B. auch Mehner und Höcker 2011). Aber genau diese psychologischen Erklärungen sind nun manchen Forschenden suspekt, da sie damit doch der postulierten Einzigartigkeit von Religion nicht mehr gerecht werden, Religion letztlich auf psychologische Funktionen reduzieren. Die Versuche dieser Autoren, klassische religionsphänomenologische Ambitionen in ein quantitatives religionspsychologisches Forschungsprogramm umzusetzen, können m. E. aber nicht überzeugen. Sie führen im Kontext der mit dem quantitativen Paradigma verbundenen methodologischen Verpflichtungen m. E. nur zu einem Pseudo-Empirismus, der semantische Implikationen und pragmatische Konsistenzen als empirische Korrelationen fehlinterpretiert und damit den Anforderungen an gehaltvolle empirische Studien nicht mehr gerecht wird (vgl. dazu die Beispiele in Hill und Pargament 2003).

6.2. Krankheit, Gesundheit und Religion: Die „Innenperspektive“

Unabhängig davon, wie man nun den Wert der quantitativ-empirischen Religionsforschung zum Thema „Religion und Gesundheit“ einschätzen mag,

die Überblicksaufsätze zu diesem Thema legen zumindest zwei Schlussfolgerungen nahe: a) Es dürfte sich bei dieser Relation um eine sehr komplexe Beziehung handeln.² b) Subjektive und individuelle Deutungs-, Handlungs- und Orientierungsmuster werden bei diesen Forschungsprojekten kaum berücksichtigt. Die qualitative religionspsychologische Forschung zum Thema „religiöse oder spirituelle Orientierungen und subjektive Krankheits- und Gesundheitsperspektiven“, die an entsprechende Traditionen der medizinsoziologischen und der medizinanthropologischen Forschung anschließen kann, wird dabei vernachlässigt.

Allgemein wird die Bedeutung der „Innenperspektive“, der subjektiven Orientierungen und Erfahrungen im Hinblick auf ein Leben mit oder auch trotz einer Krankheit, in der Gesundheitspsychologie und in der medizinischen Soziologie in den letzten Jahrzehnten vor allem im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten betont (vgl. z. B. Gerhardt 1990). Relevante Fragen sind in diesem Zusammenhang u. a.: Wie spürt jemand, dass gesundheitlich etwas nicht stimmt und was bedeutet das für ihn bzw. sie? Welche Theorien oder Erklärungsmuster werden entwickelt, um ungewöhnliche Ereignisse, Empfindungen oder Veränderungen zu interpretieren? Was wird in diesem Zusammenhang unternommen? Auf welche Weise sucht jemand medizinische Hilfe und mit welchen Anliegen und Erwartungen? Wie wird mit der Diagnose, dem medizinischen Label, und den entsprechenden Behandlungstechniken umgegangen? Welche Bedeutung geben Menschen diesen Ereignissen im Rahmen ihres Lebens? Spielen hier auch mehr metaphysische Vorstellungen im Hinblick auf den Sinn des Lebens, den Tod oder das Unbekannte eine Rolle? Derartige Fragen werden vor allem in der Tradition der sogenannten *Illness narrative*-Forschung behandelt, die etwa in den achtziger Jahren entstanden ist (vgl. dazu z. B. Hydén 1997; Murray 1997; Lillrank 2003; Williams 1984).

²Die ethischen Fragen im Zusammenhang mit diesem Thema dürften noch für zusätzliche Komplikationen sorgen. Auf diese Fragen möchte ich im Zusammenhang mit diesem Artikel nicht eingehen (vgl. aber Sloan 2006). Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Studien zum negativen Einfluss von Religion oder Spiritualität auf die körperliche Gesundheit, da es zu dieser möglichen Relation bisher noch viel zu wenig empirische Studien gibt.

In dieser Tradition beruft man sich auf die sogenannte narrative Wende in den Sozialwissenschaften und sieht in den Krankheitserzählungen den wichtigsten Zugang zur subjektiven Bedeutung von Krankheit, da in Erzählungen Krankheiten in einem biografischen und sozialen Kontext verortet werden. Medizinische Diagnosen, Behandlungen und Prognosen werden dabei zu persönlichen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit anderen Aspekten des persönlichen Lebens unter Rückgriff auf relevante Wissensformen und Orientierungshorizonte artikuliert und auch diskutiert werden. Wenn man daher die oben erwähnten Fragen im Zusammenhang mit der Innenperspektive eines chronisch kranken Menschen berücksichtigt wissen will und dabei nicht als Einzelfragen, als Variablen, untersuchen will, sondern als Orientierungs- und Erfahrungszusammenhang, dann bieten sich derartige Erzählungen als Datenquellen an.

Die Auswertung derartiger Erzählungen bewegt sich zwischen der Einzelfallanalyse, der prononcierten Darstellung der Individualität und Singularität der jeweiligen persönlichen Krankheitserfahrungen und der komparativen Analyse zur Konstruktion von Idealtypen, zur Formulierung von generalisierungsfähigen Aussagen (vgl. z. B. Kelle und Kluge 2010; Nohl 2013).

Für die Konstruktion von Idealtypen in diesem Forschungsbereich gibt es ein bekanntes Vorbild aus der Medizinsoziologie, nämlich die idealtypischen Unterscheidungen, die Arthur Frank aufgrund seiner Analyse von schriftlich fixierten Krankheitsgeschichten von Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten formulierte: *the restitution narrative*, *the chaos narrative* und *the quest narrative* (vgl. Frank 1995). Mit *restitution narrative* bezeichnet Frank Erzählungen, in denen die Wiederherstellung des Normalzustandes der Gesundheit das zentrale Thema bildet. Dabei wird in den Erzählungen der folgende Prozess artikuliert: Gestern war ich gesund, heute bin ich krank, aber morgen werde ich wieder gesund sein. Mit *chaos narrative* bezeichnet Frank sozusagen die Anti-Erzählung, die keinen Plot und keine Kohärenz aufweist. Hier überwältigen Krankheit, Schmerzen, Unerträgliches den potentiellen Erzähler. Die Chaos-Erzählung, so Frank (1995), hat ihren Ort eigentlich jenseits der Sprache. Als *quest narrative* bezeichnet Frank die Erzählungen, in denen

Krankheit und Leiden akzeptiert werden und die Erzähler artikulieren, dass die Krankheit ihnen Erfahrungen ermöglichte, die sie in ihrem Leben nicht missen wollen.

Aus einem religionswissenschaftlichen Forschungskontext heraus wurde zu diesem Themenfeld ebenfalls eine idealtypische Analyse vorgelegt. In dem Aufsatz *Religion and Healing: The Four Expectations*, der den Sammelband *Religion and Healing in America* abschließt, konstruiert Martin E. Marty (2005) vier Idealtypen, um die Erwartungen religiöser Amerikaner im Hinblick auf Heilung ins Bild zu bringen. Marty hat diese Idealtypen nicht im Anschluss an eine spezifische empirische Studie entwickelt, sondern sie verdanken sich, wie er schreibt, seinen Beobachtungen des religiösen Feldes in den letzten 40 Jahren (Marty 2005, S. 489). Die Typen, die Marty formuliert hat, sind die folgenden: 1.) „I am the Master of My Fate“: *Autogenesis* (ebd., S. 490); 2.) „I Am in Tune with the Infinite“: *Synergism* (ebd., S. 492); 3.) „God Experiences with Me“: *Empathy* (ebd., S. 495); 4.) „God Worked a Miracle in Me“: *Monergism* (ebd., S. 500). Mit dem ersten Typus beschreibt Marty den humanistisch-religiösen Typus, der sich vor allem um Selbstheilung bemüht, mit dem zweiten Typus denjenigen, der zur Heilung transzendente Kräfte beitragen lässt, der dritte Typus kennt einen göttlichen Akteur, der mit leidet und der vierte Typus sieht in einem göttlichen Akteur die Ursache dafür, dass man geheilt oder nicht geheilt wird.

Die Studie, die ich im Folgenden hier vorstellen möchte, kann ebenfalls der Tradition der *Illness narrative*-Forschung zugerechnet werden und beschäftigt sich auch mit den Relationen zwischen Krankheit, Heilung und Religion. Dabei stehen aber nicht wie bei Marty's Analyse die Erwartungen im Hinblick auf eine göttliche Heilung zentral, sondern die Vielfalt der Beziehungen zwischen Krankheitserfahrungen, Heilungserwartungen und religiösen Orientierungen im Kontext von Lebensgeschichten. Die spezifische Forschungsfrage lautete dabei: Wie gehen Menschen, die sich selbst weltanschaulich als zugehörig zu einer bestimmten religiösen Gruppierung verorten, mit mehr oder weniger chronischen Rückenschmerzen um?

6.3. Religion und Rückenschmerzen: Eine narrationspsychologische Analyse

Die Frage nach den Krankheitsgeschichten von religiösen Menschen mit mehr oder weniger chronische Rückenschmerzen wurde insofern noch weiter konkretisiert, als die Probanden unter den Angehörigen der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, unter Menschen, die sich der sogenannten New-Age-Bewegung verbunden fühlten und unter den Anthroposophen ausgewählt wurden. Diese vier Bewegungen wurden in den Blick genommen, weil in ihnen Heilungsvorstellungen einen zentralen Platz einnehmen, d.h. die Interpretation von und der Umgang mit Krankheit gehören zu den Basiselementen der jeweiligen Lehren und Rituale. So bezeichnet die Religionssoziologin Meredith McGuire (1993, S. 148) die Pfingstbewegung, die charismatische Bewegung und die New Age-Bewegung explizit als Heilungsbewegungen und in der Anthroposophie nehmen die Krankheitslehre und die entsprechenden Behandlungskonzepte ebenfalls einen prominenten Platz ein (vgl. z. B. Steiner 1997).

Die Konzentration auf Rückenschmerzen im Zusammenhang mit dieser Studie hatte die folgenden Gründe: In den westlichen Industriegesellschaften haben ungefähr 75 % der Bevölkerung bis zu ihrem mittleren Lebensalter unter chronischen Rückenschmerzen zu leiden (vgl. z. B. Rubin 2007, S. 353). Das Leiden hat keine etablierte Ätiologie – Differentialdiagnose wie auch effektive Behandlung stellen bisweilen ein enormes medizinisches Dilemma dar. Manche Patienten müssten aufgrund der Diagnose eigentlich unter heftigen Schmerzen leiden, haben aber kaum Beschwerden und fühlen sich wohl. Andere Patienten erbittern ihre Ärzte damit, dass sie einfach nicht gesund werden, obwohl alle medizinischen Indikatoren dafür sprechen. Wieder andere verlieren ihre Schmerzen plötzlich durch Hypnose oder durch eine Wallfahrt nach Lourdes. Und bei manchen sind Rückenschmerzen die einzigen oder auch ersten spürbaren Symptome einer lebensbedrohlichen Krankheit, einer Krebserkrankung, bei der aufgrund von fortgeschrittener Metastasenbildung dann auch keine Heilung mehr möglich ist (vgl. zu diesen medizinischen Pro-

blemen im Zusammenhang mit Rückenschmerzen z. B. Rauck 1998). Aufgrund dieser Ambiguität dieses Leidens in medizinischer Hinsicht scheint es sich bei Rückenschmerzen um eine Krankheit zu handeln, die oft die Interpretationsressourcen der Betroffenen herausfordert, die vielfache Deutungsleistungen erfordert, so dass das Leiden ins Alltagsleben integriert werden kann, biografisch „Sinn“ macht und dabei auch explizit auf Lebensthemen und Lebenspläne bezogen werden kann.

Die vorgelegte Studie habe ich zusammen mit den zwei Forschungsassistenten Hermen van Dorp und Petra Boer zwischen 1998 und 2002 in den Niederlanden durchgeführt.³ Die Auswahl unserer Interviewpartner war informell und unsystematisch: Wir kontaktierten Pfingstkirchen, charismatische Organisationen, anthroposophische Hausärzte und New Age-Läden und fanden auf diese Weise 20 Interviewpartner, die den folgenden Kriterien entsprachen: Sie hatten mindestens ein halbes Jahr lang Rückenschmerzen und fühlten sich seit mindestens einem Jahr mit einer der genannten Gruppierungen oder Bewegungen verbunden. Das Alter unserer überwiegend weiblichen Interviewpartner lag zwischen 28 und 65 Jahren, die meisten waren zwischen 40 und 50 Jahre alt. Unsere Interviewmethode orientierte sich an dem Konzept des narrativ-biografischen Interviews von Fritz Schütze (1983) und auch an den Empfehlungen von Gerhard Nijhof (2000) zur Durchführung sogenannter autobiografischer Interviews in der medizinsoziologischen Forschung. Die Dauer der Interviews lag zwischen eineinhalb und zwei Stunden. Die Auswertung der Interviews folgte den Vorschlägen zum thematischen Kodieren von Interviewtexten, wie sie z. B. von Gibbs (2007) ausgearbeitet wurden.

Bei der Analyse der Interviews interessierte zunächst generell, ob und auf welche Weise die Probanden ihr Leiden „medizinisch“ oder „religiös“ interpretierten und auch behandelten, d. h. ob und inwiefern sie Aspekte ihrer Krankheit in Übereinstimmung mit dem biomedizinischen Modell interpre-

³Auf die Ergebnisse dieser Studie wurde in verschiedenen Publikationen schon hingewiesen (vgl. z. B. Popp-Baier 2008). Dieser Artikel ist die erste ausführliche Publikation zu dieser Studie.

tierten und ob und inwiefern sie Aspekte ihrer Krankheit in Übereinstimmung mit der jeweiligen Krankheitslehre bzw. den Krankheitslehren ihrer religiösen Gruppierung interpretierten.

Dazu wurden die Interviewtranskripte zunächst mit einem Konzept aus der medizinischen Anthropologie kontrastiert, und zwar mit Arthur Kleinmans (1980) Erklärungsmodell (explanatory model/EM). Dieses Modell, das ursprünglich entwickelt wurde, um Probleme und Konflikte in der klinischen Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zu analysieren, wurde leicht verändert und dabei wurden die folgenden Dimensionen unterschieden:

- a) Diagnose als Erklärung von Schmerzsymptomen, der Zeit und Art ihres Auftretens
- b) Ursache/Ätiologie der Krankheit/des Krankheitsverlaufs
- c) Behandlung der Krankheit

Im Hinblick auf die Rückenschmerzen wurde dann untersucht, ob unsere Probanden bezüglich Diagnose, Ätiologie und Behandlung einen medizinischen oder religiösen Interpretationsrahmen wählten. Dabei zeigte sich dann, dass die möglichen Ursachen der Rückenschmerzen überwiegend im Zusammenhang mit der oder den Diagnosen artikuliert wurden, so dass nur noch die folgenden Dimensionen unterschieden wurden: a) Diagnose/Ätiologie und b) Therapie.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Interviewtranskripte im Hinblick auf narrativ-biografische Strukturen kodiert (vgl. dazu Gibbs 2007, S. 56 ff.). Dabei wurde versucht, Leit motive in den Lebenserzählungen zu identifizieren, die man auch als Lebensorientierungen oder Rahmenorientierungen begreifen kann, in deren Kontext der religiöse oder medizinische Umgang mit Krankheit biografisch Sinn macht.

Eine erste Analyse zeigte, dass unsere Interviewpartner ihre Krankengeschichten als Heilungsgeschichten in dem Sinne artikulierten, dass sie sich

selbst als „geheilt“ präsentierten („*Der Schmerz ist verschwunden. Und der letzte Rest, den man immer so hatte, der ist auch weg*“)⁴ oder „Heilung“ dezidiert verfolgten („*Ich bin also wieder einen Schritt weiter auf dem Weg zur totalen Heilung, hoffe ich*“). Die denkbare Alternative, dass jemand mit den Rückenschmerzen zu leben versuchte, wurde in diesen Interviews nicht artikuliert. Dabei präsentierten sich die Interviewpartner in ihren Erzählungen als kritische Adepten oder auch Konsumenten, die ihren Bedürfnissen und Wünschen gemäß sowohl aus dem religiösen wie auch aus dem medizinischen Angebot auswählten und dabei zum Teil auch kreative Neugestaltungen fabrizierten.⁵ Allgemein zeigte sich, dass im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie die medizinischen Möglichkeiten als Norm konstruiert wurden, die akzeptiert wurde oder von der begründet abgewichen wurde. So wurden den Erzählungen gemäß Rückenschmerzen medizinisch diagnostiziert und behandelt („*Es wurde medizinisch diagnostiziert. ... Eine Liegekur im Krankenhaus von drei Wochen*“), ergänzt durch eigene Diagnosen und Behandlungen („*Es kommt oft durch meine Ernährungsweise, dass ich Probleme mit meinem Rücken bekomme, wenn ich Erdnüsse esse oder zu viel Pommes. Und wenn ich Weisswein trinke. ... In meinem Körper entzündet sich dann was. Das hab ich selbst analysiert. ... Ich muss dann viel Wasser trinken ... und eben 2 Naproxen nehmen*“), aber ohne Rückgriff auf entsprechende religiöse Konzepte („*Auch wenn ich schon beinahe schief in der Kirche laufe, ich gehe nicht nach vorne*“⁶).

⁴Zur Darstellung der Ergebnisse der Studie werde ich in den folgenden Ausführungen aus den fünf Interviews zitieren, die unten auch als Beispiele für die konstruierten Idealtypen angeführt werden. Da die Interviews in niederländischer Sprache durchgeführt wurden, handelt es sich bei diesen Zitaten um meine Übersetzungen der Äußerungen der Interviewpartner. Bei der ursprünglichen Transkription der Interviews wurden neben der wörtlichen Wiedergabe dessen, was gesagt wurde, auch Intonation, Pausen und parasprachliche Äußerungen berücksichtigt. Beim Zitieren werden mit „---“ Pausen der Interviewpartner wiedergegeben, während „...“ bedeutet, dass beim Zitieren Äußerungen weggelassen wurden.

⁵Ein Vergleich der individuellen Krankheits- und Heilungskonzeptionen mit den „offiziellen“ Lehren der jeweiligen Gruppierungen wurde nicht vorgenommen und war im Zusammenhang mit der methodischen Ausrichtung des Projekts auch nicht möglich.

⁶Diese Aussprache kommt von einem Interviewpartner, der Mitglied einer Pfingstkirche ist und deutlich macht, dass er die Heilungsdienste in dieser Kirche nicht in Anspruch nimmt.

Daneben wurden aber auch religiöse Konzepte als bessere Alternativen zu unbefriedigenden medizinischen Diagnosen und Behandlungen in Anspruch genommen („Und ich ging ins Krankenhaus und sie schauten sich nur mein Knie an, obwohl ich sagte ‚Es kommt von meiner Hüfte‘. Nun, als ich das Korsett hatte, hatte ich auch keine Schmerzen mehr, aber das war eine Rosskur. Da hörte ich von dem Cranio-Sakraltherapeuten ... Nun gut, ich laufe nun seit Juni ohne Schmerzen. Ich laufe seitdem ohne Korsett. Sonst hätte ich ein ledernes Korsett tragen müssen mit Metall. Das hätte ich mein Leben lang tragen müssen“), sie wurden als Ergänzungen der medizinischen Behandlung gesehen („Ich hatte meine eigenes kleines Krankenhaus in der Universitätsklinik. Ich hatte alle meine anthroposophischen Dinge mitgenommen“) oder auch als grundsätzliche Alternativen, wenn medizinische Diagnosen und Behandlungen nicht in Anspruch genommen wurden („... dass ich diesbezüglich nie bei einem Doktor war. Ich habe kein medizinisches Dossier dazu ... der⁷ entdeckte dann, dass mein rechtes Bein kürzer war. Dass da ein Unterschied war ... Nun, da haben sie sich dann spezifisch darauf gerichtet. Dass da die Rückenbeschwerden herkommen. Da wurde dafür gebetet.“).

In einem weiteren Analyseschritt wurden nun zwei signifikante Interviews bzw. Heilungsgeschichten im Hinblick auf die vier erwähnten Kombinationen (nur medizinische Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie als bessere Alternativen zu erfolgter medizinischer Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie als Ergänzungen zur medizinischen Diagnose und Therapie, religiöse Diagnose und Therapie anstatt medizinischer Diagnose und Therapie) ausgewählt und fallvergleichend im Hinblick auf ein narratives Leitmotiv typisiert, das (nicht nur) die Artikulation von Krankheit und Heilung in diesen Geschichten prägt. Dabei wurden die folgenden fünf Idealtypen formuliert: Die instrumentelle Geschichte, die entwicklungsbezogene Geschichte, die balancierende Geschichte, die pragmatische Geschichte und die sozial-kommunikative Geschichte.

⁷ „Der“ bezieht sich auf ein Mitglied eines Heilungsteams. Die Erzählerin berichtet von einem Heilungsteam, zu dem sie während eines charismatischen Abendgottesdienstes wegen ihrer Rückenschmerzen „nach vorne“ ging.

I. Die instrumentelle Geschichte

Die instrumentelle Geschichte wird zweckorientiert erzählt. Die ErzählerInnen artikulieren bestimmte Zwecke, die im Leben (nicht) erreicht wurden oder noch angestrebt werden und beurteilen eigene Handlungen oder lebensgeschichtliche Ereignisse vor allem im Hinblick auf ihre Relevanz für diese Zwecke. In der instrumentellen Geschichte interpretieren die ErzählerInnen ihre Krankheit als ein Mittel zu einem Zweck, zu einer Verbesserung objektiver Bedingungen in ihrem Lebenslauf oder Aspekte ihres Lebenslaufs. Die religiöse Orientierung ermöglicht oder erleichtert zumindest ein derartiges biografisches Verständnis von Krankheit.

Ein signifikantes Beispiel ist die Erzählung des 46-jährigen Herrn Raki.⁸ Seine Lebensgeschichte will Herr Raki zu Beginn des Interviews „ganz kurz“ erzählen. Er ist in Indonesien geboren, hat da neun Jahre gelebt, dann ist die Familie 1962 in die Niederlande gekommen. Nach sechs Jahren Grundschule und einer technisch orientierten Hauptschulbildung⁹ geht er zum Militär. Dann beginnt er zu arbeiten, lernt seine Frau kennen, arbeitet weiter, heiratet, und bekommt Kinder. Nach dieser Kurzfassung seines bisherigen Lebens verliert Herr Raki eben den Faden, stellt rhetorisch die Frage, wie er zu einem Ende kommen solle, lacht und fährt schließlich fort: *„Habe schließlich gemerkt, dass ich weiter studieren will. Ich bin dann auf die weiterführende technisch orientierte Realschule gegangen. Das hat mein Arbeitgeber, das Verteidigungsministerium, bezahlt. Da habe ich eine Zeitlang in der Verwaltung gearbeitet. Und da dachte ich damals, das ist alles zu wenig und daher habe ich diese Schule besucht und damit verbunden eine Ausbildung zum Lehrer gemacht. Das habe ich in den Abendstunden gemacht. Jetzt habe ich mein Diplom und jetzt bin ich Lehrer auf einer Realschule, und, nun ja, gut, ich bin gesund und glücklich. Das ist dann in Kürze meine Lebensgeschichte, so ein bisschen.“*

⁸Die Namen der Interviewpartner wurden durch Pseudonyme ersetzt.

⁹Das niederländische Schulsystem unterscheidet sich vom deutschen Schulsystem und hat sich seit Herrn Rakis Schulzeit auch nochmals wesentlich verändert. Die Angaben zur Schulbildung in diesem und in den andern Interviews werden daher zur besseren Verständlichkeit in die entsprechenden Schultypen im deutschen Bildungssystem „übersetzt“.

Im weiteren Verlauf des Interviews erzählt Herr Raki, dass er in den Niederlanden über seine Eltern schon bald Kontakte zu Pfingstgemeinden hatte und zwischen 16 und 18 Jahren auch „bewusst den Herrn angenommen“ habe. In diesen Kreisen hat er dann auch seine Frau kennengelernt. Rückenschmerzen hatte er zum ersten Mal mit 20 Jahren. Er ging damals zum Arzt, der nichts Spezifisches finden konnte und der ihn mit Medikamenten und einer Woche Bettruhe behandelte. Diese Art von Rückenschmerzen kam in den nächsten Jahren häufig zurück und wurde immer mit Bettruhe und Medikamenten behandelt. Seiner Ansicht nach hatte er diese Rückenschmerzen der Überbelastung seines Rückens zu verdanken. Er arbeitete damals als Techniker beim Militär. Als er heiratete und einige Jahre danach mit dem Bau eines eigenen Hauses begann, wurden die Rückenschmerzen schlimmer und sein Arzt diagnostizierte eine Hernie. Er musste drei Wochen im Krankenhaus liegen und danach noch sechs Monate zu Hause bleiben. Aufgrund der vielen Ausfälle sollte er erst beim Militär entlassen werden, wurde aber schließlich in die Verwaltung zwangsversetzt, was mit einer Anstellung verbunden war, bei der er auch weniger verdiente. Er setzte allerdings durch, dass ihm in dieser Zeit eine Umschulung bezahlt wurde. Er besuchte sechs Jahre die Abendschule und ließ sich zum Lehrer für Elektrotechnik an technischen Mittelschulen ausbilden. Dieses Ausbildungsziel hat er auch erreicht und er arbeitet jetzt seit einigen Jahren zu seiner vollen Zufriedenheit als Lehrer und hat, so sagt er, damit die höchste Karrierestufe erreicht, die ihm möglich war. Rückenschmerzen hat er auch jetzt noch hin und wieder, aber er weiss, wann und warum sie auftreten, z.B. wenn er einmal zu viel Alkohol getrunken hat, dann kann er sie selbst mit einem Tag Bettruhe und Medikamenten kurieren. Die spezifischen Krankenheilungsdienste in der Pfingstkirche hat er nie in Anspruch genommen, er ist nie nach vorne gegangen, um für sich beten zu lassen, denn schließlich kamen ihm die Rückenschmerzen ja gelegen. Herr Raki vergleicht sich selbst mit den Israeliten, die aus Ägypten in das Gelobte Land ziehen mussten: *„So sehe ich mein Leben eigentlich auch ein bisschen. Man geht durch die Wüste. ... Wir gehen, wir gehen durch die Wüste. Es geschehen dann Dinge, die nicht schön sind, aber wenn man auf Gott vertraut, dann ist es der*

Herr, der einen leitet, dabei ist nicht alles schön, was man mitmacht, aber man weiss, dass Er immer anwesend ist.“ Diese Interpretationsfolie erlaubt Herrn Raki auch, seine Rückenschmerzen sinnvoll in einem biografischen Kontext zu verorten. Ohne den Ausfall durch die Rückenschmerzen, wäre er nicht versetzt worden und dann hätte er sich auch nicht umschulen lassen können. Und als er damals mit seiner Hernie sechs Monate zu Hause bleiben konnte, hat das auch gut gepasst, er war ja gerade mit dem Hausbau beschäftigt und den konnte er in den sechs Monaten gerade noch gut zu Ende bringen. Er sieht hier überall Gottes Wirken, das ihm in seinem Leben weiter hilft: *„Ich sehe das als einen Segen. Dass ich eben die Zeit bekam, um meinen Hausbau abzuschließen, während es mir andere Leute schwer machten. Eigentlich in die Wüste, sie wollen einen eigentlich weg haben. Aber dadurch, dass sie gegen einen arbeiten, wird es für einen zum Segen. ... Ich sehe die Hand Gottes darin, dass ich die Möglichkeit bekam, um weiter zu studieren. ... Gott benutzt Menschen, um einen zu leiten, man steht in der Wüste, wo es trocken ist, man kann nicht mehr, man wird ausgemustert. ... Ich habe das vor den Herrn gebracht und ihn gefragt, ob das zum Segen wird. Ich habe dann den Segen gesehen. Ich sehe darin Gottes Hand. Wirklich.“* Auf die spätere Frage des Interviewers, ob er die Rückenschmerzen schon mal als eine Strafe Gottes gesehen habe, antwortet Herr Raki resolut: *„Nein, niemals. Nicht als Strafe. Aber als Mittel. ... Durch die Beschwerden mit dem Rücken habe ich mein Diplom geschafft. ... Gott sorgt dafür, dass mir alles zum Segen wird. Ich sehe den Rücken nun als einen Segen an.“*

II. Die entwicklungsbezogene Geschichte

In der entwicklungsbezogenen Geschichte artikulieren die ErzählerInnen ihr Leben als eine Abfolge von Entwicklungen, vor allem von persönlichen und auch spirituellen Entwicklungen. Lebensgeschichtliche Ereignisse werden als Auslöser von Entwicklungen begriffen oder im Hinblick auf ihr Lernpotential beurteilt. In diesen Geschichten werden auch Krankheit und Leiden als ein Aspekt von oder auch als eine bestimmte Stufe im persönlichen Wachstum, in der persönlichen Entwicklung, in der persönlichen Lerngeschichte gesehen. Die religiöse Orientierung ermöglicht ein derartiges Verständnis von Krank-

heit und bietet die Ressourcen für die spezifisch inhaltliche Ausgestaltung der Entwicklungs- und Lernprozesse.

Ein Beispiel bietet die Erzählung der 50jährigen Frau Voskamp, die ebenfalls in Indonesien geboren wurde, aber schon in den Niederlanden aufwuchs. Frau Voskamp ist Lehrerin für Zeichnen und Handarbeit und fühlt sich seit ca. zehn Jahren der New Age-Bewegung verbunden. Zu Beginn des Interviews interpretiert Frau Voskamp die Erzählaufforderung des Interviewers ihre Lebensgeschichte zu erzählen und dabei auch auf ihre Rückenbeschwerden einzugehen, lachend folgendermaßen: *„Du willst also eigentlich mehr wissen als nur die letzte Heilung.“* Der Interviewer bestätigt, dass er neugierig auf ihre Lebensgeschichte sei, worauf Frau Voskamp antwortet: *„Die Entwicklungen. ... Das wird schon ein bisschen Zeit in Anspruch nehmen.“* Die größte Entwicklung hat in den letzten zehn Jahren stattgefunden, sagt Frau Voskamp. Sie ist nun 50 Jahre alt und findet das selbst eine ganz magische Zahl, weil in diesem Jahr viel passiert sei in ihrem Wachstum und auch in dem Wachstum ihrer Umgebung, das betreffe dann auch ihren Mann und ihre Kinder. Vor drei Jahren begann sie mit einer Ausbildung zur Zeichentherapeutin, in der sie sich auch viel mit sich selbst beschäftigen musste. Sie war erzogen worden, immer ihren Mund zu halten und bescheiden zu sein. Nun lernte sie, sich selbst zu behaupten. *„Und all die Jahre hatte ich auch Probleme mit meiner Hüfte, mit dem Rücken, mit allem. Man klagte nicht, man musste ja weitermachen.“* Vor einem Jahr fiel sie hin und sie spürte, wie etwas ihre Hüfte durchbohrte. Als sie wieder aufstand, hatte sie starke Rückenschmerzen und ihr Knie war steif. Im Krankenhaus probierte sie dem behandelnden Arzt deutlich zu machen, dass die Probleme von ihrer Hüfte kämen, aber er hörte ihr nicht zu, und schaute sich nur das Knie an. Schließlich bekam sie ein Gipskorsett verpasst, was sie eine Rosskur fand und wodurch sie sich vor allem auch im Beruf schwer beeinträchtigt fühlte. Sie machte dem Chirurgen im Krankenhaus deutlich, dass sie mit dieser Behandlung nicht weitermachen wollte. Stattdessen ging sie zu einem Cranio-Sakraltherapeuten und dessen Berührungen taten ihr gut. Er sprach mit ihr über ihre körperlichen Schmerzen und fragte sie auch danach, wie es ihr sonst so gehe, ob sie Stress zu Hause oder in ih-

rem Beruf habe etc. Nach vier Sitzungen waren ihre Schmerzen geheilt und sie hatte ein neues Korsett nicht mehr nötig. Frau Voskamp selbst ist davon überzeugt, dass jede körperliche Erkrankung eine geistige Ursache habe. *„Du kennst doch Louise Hay und da ist noch dieser Autor, auf dessen Namen ich jetzt nicht komme. Aber der schreibt über den Sinn des Krankseins und heile Dein Leben oder so ähnlich. Der sagt jedenfalls, dass Beschwerden über den Geist in den Körper kommen. Wenn Du Dich nicht wohl fühlst in Deiner Haut, dann manifestiert sich das irgendwo anders. So wie der Ausdruck: Da kommt mir die Galle hoch. ... Und Krebs. Unzufriedenheit, die wuchert.“* Die Chakrenlehre, die sie inzwischen auch kennengelernt hat, ist damit im Einklang. Frau Voskamp erzählt noch viel von ihren zeichentherapeutischen Aktivitäten, ihren Kursen, die sie in diesem Bereich auch gibt. Sie erzählt, dass sie das erste Mal mit New Age in Berührung kam als sie eine Gebärmutteroperation hatte. Damals hatte sie gerade ein Abendstudium an der Kunstakademie beendet, die Kinder waren ja alle schon auf der Schule und dann hat sie die Stelle als Aushilfslehrerin für Zeichnen an der Schule bekommen, an der sie nun seit zehn Jahren arbeitet. Nachdem sie da eineinhalb Jahre gearbeitet hatte, sollte sie eine feste Anstellung bekommen und dann bekam sie Probleme mit ihrer Gebärmutter. Die musste sie operieren lassen, sie war fast ein Jahr zu Hause, bekam aber trotzdem ihre feste Anstellung. In der Zeit hörte sie mal was von einem Kursus zum Mandala-Zeichnen und dafür hat sie sich dann einfach mal eingeschrieben. Da hörte sie dann auch von dieser Ausbildung zur Zeichentherapeutin und die hat sie dann später auch gemacht. *„Es war eine Erleichterung. Einfach mal an sich selbst zu arbeiten. Das erste Jahr war schrecklich, weil es war als ob ich egozentrisch würde. Für die anderen. Einfach weil ich nicht mehr Ja und Amen sagen wollte. Nicht mehr jedem zu Diensten stehen wollte.“* Gegen Ende des Interviews fragt der Interviewer Frau Voskamp, welche Bedeutung ihre Hüft- und Rückenbeschwerden nun für sie im Rückblick haben. Frau Voskamp antwortet: *„Ich denke, ein geistiges zur Ruhe kommen, sich selbst behaupten, und dass es doch so etwas wie eine universelle Energie gibt, die darauf einwirkt, oder mit der man zusammenarbeitet, so dass eine Ganzheit von einem selbst zustande kommt. ... Ich musste eben stillstehen. Ich ging zu schnell.“* Es bedeutet auch so

etwas, wie bei Dir selbst bleiben, so fügt Frau Voskamp noch hinzu. *„Ich kann sowieso nicht schneller laufen. Ich kann nicht besser laufen. Oder ich muss meine Pfote¹⁰ steif halten und mich selbst behaupten. Dadurch kann ich mein Knie nicht beugen. Das gilt auch für den Rücken. Vor wem muss ich denn eine Beugung machen. Weißt Du. Auch wenn Dir schwindlig wird, dann musst Du das auf so etwas beziehen. Einen Schritt zurück nehmen. Wieder auf Dich selbst zugehen.“* Sie habe im Laufe des letzten Jahres jedenfalls gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und ihnen entsprechend zu handeln. In diesem Lernprozess sieht sie vor allem die Bedeutung ihrer Rückenschmerzen.

III. Die balancierende Geschichte

Im dritten Typus gehört Krankheit zu den wichtigsten Themen, bei denen die ErzählerInnen versuchen, zwei Weltanschauungen auszubalancieren oder in gewisser Weise mit einander zu kombinieren: eine religiöse bzw. spirituelle Weltsicht und eine säkulare Weltsicht. Alltägliches Erleben und Handeln werden im Kontext dieser beiden Weltsichten (nicht immer konfliktfrei) verortet und interpretiert.

Ein Beispiel ist die Erzählung der 43-jährigen Frau Mercken. Auf die Bitte des Interviewers, ihre Lebensgeschichte zu erzählen, fragt Frau Mercken zunächst zurück, ob sie ihre Geschichte von ihrer Geburt bis heute erzählen solle. Der Interviewer gibt an, dass dies eine Möglichkeit sei und Frau Mercken erzählt ihre Lebensgeschichte chronologisch, wobei sie vor allem auch ausführlich auf die Geschichte ihres Rückenleidens und seiner Heilung eingeht. Sie erzählt, dass sie in Brasilien geboren wurde, dass sie da die ersten sieben Jahre ihres Lebens verbracht habe und dass sie dort auch eine anthroposophische Schule besucht habe. Dann kam sie in die Niederlande und hat da eine nicht-anthroposophische Schule besucht. Nach der Schule hat sie Jura studiert und während ihrer Studienzeit erkrankte sie an Pfeifferschem Drüsenfieber. *„Und diese Pfeiffersche Krankheit hat viel durcheinander gebracht.“* Sie hat länger für ihr Studium gebraucht, die Krankheit selbst hat schon beinahe elf Monate

¹⁰Frau Voskamp verwendet hier die niederländische Redensart „je poot stijf houden“, die man im Deutschen wohl am besten mit „sich auf die Hinterfüße stellen“ wiedergeben könnte, wörtlich übersetzt aber „seine Pfote steif halten“ bedeutet.

gedauert. Nachdem sie den ersten Teil ihres Studiums abgeschlossen hatte, hat sie ein anthroposophisches Schulungsjahr in England verbracht, beim Zentrum für *Social Development*. Danach schloss sie ihr Jura-Studium in den Niederlanden ab. *„Aber die Pfeiffersche Krankheit hat doch eine ziemlich subtile Beschädigung des Lebens zur Folge gehabt. Und das Jahr in England war im Nachhinein betrachtet doch wohl eine Art Raubbau, wenn man in dem Tempo in relativ jungen Jahren eingeführt wird, dann kann das die Gesundheit angreifen.“* Das Gefühl hatte sie dann und sie war unglaublich müde, hatte wenig Energie und zudem noch Schlafprobleme. Sie wurde dann von einem Internisten einer anthroposophischen Klinik behandelt, der sie auch an diesen Ort brachte, erst für sechs Wochen und dann war sie da schließlich drei Monate, in denen sie bei einer Familie wohnte. In der Zeit wurde mit anthroposophischen und medizinischen Mitteln versucht für ihre Probleme eine Lösung zu finden. Sie hat dann ihr Studium beendet und danach ein Jahr in einer norddeutschen Großstadt bei einem Rechtsanwalt gearbeitet. Aber das war doch nicht so das Richtige. Sie wurde schwanger und kam zurück in die Niederlande, um bei einer Bank zu arbeiten. Als ihre Tochter geboren war, zog sie wieder in die norddeutsche Großstadt zum Vater ihrer Tochter, aber das funktionierte nicht und so kam sie nach einem Jahr wieder zurück in die Niederlande und wohnte mit ihrer Tochter in einer niederländischen Kleinstadt. Dort hat sie beim Hochheben eines Stalls für Meerschweinchen ihren Rücken beschädigt. Da sieht sie das Startzeichen für die weiteren Beschwerden. Das war 1989, als ihre Tochter fünf Jahre alt war. Dann begann sie wieder zu arbeiten, bei einer anthroposophischen Bank und da haben sich die Rückenbeschwerden schnell verschlimmert. *„Wenn ich mich frage, warum, ich hatte dort großen Stress. Es musste sehr viel sehr schnell getan werden. Ich vergleiche es selbst ein bisschen mit jemandem, der untrainiert bei einem Marathonlauf startet.“* Nach einem Jahr mit vielen Beschwerden, äußert der Hausarzt einen Verdacht auf eine Hernie, deren Diagnose dann aber noch einige Schwierigkeiten bereitet. Daraufhin unterzieht sich Frau Mercken einer Liegekur von fünf Wochen in einer anthroposophischen Klinik. Damals hat sie das erste Mal entdeckt, dass sie auf normale Schmerzmittel kaum reagierte. Es blieb nur die anthro-

pososophische Alternative einer Injektion mit Schlangengift. Nach dieser Kur wurde sie bei der Bank entlassen. Mit ihrem Rücken ging es nicht wirklich gut. Sie unterzog sich gegen den ausdrücklichen Rat ihres antroposophischen Hausarztes einer manuellen Therapie, betrieb Mensendieck'sche Gymnastik und bekam Injektionen mit Schlangengift. Mit dieser Kombination schien es zu gehen. Sie war arbeitslos und begann eine neue Ausbildung. Als sie dann gerade mit ihren Abschlussprüfungen beschäftigt war, starb ihr Vater. In der Zeit bekam sie dann wieder einen Anfall von Rückenschmerzen, wobei dann einige Wochen später, nach vielen Schmerzen und einer ineffektiven Liegekur zu Hause, wieder eine Hernie diagnostiziert wurde, die sie dann in der Universitätsklinik operieren ließ. Danach kam noch die Reha und sie hat insgesamt noch etwas mehr als ein Jahr gebraucht, bis sie sich wieder erholt hatte. Berufsmäßig hat sie sich danach wieder neu orientiert und fand eine Stelle beim Sozialen Dienst einer Gemeinde. Da ist sie für die Schuldnerberatung zuständig, diese Arbeit liegt ihr sehr und diese Stelle hat sie noch stets. *„Damals waren sieben Jahre vorbei. Vom ersten bis zum letzten Moment war ich sieben Jahre damit beschäftigt. Zweimal. ... Zwischen '90 und '97 kann man den Bogen spannen, und das hatte dann eine Anstellung mit Arbeit zur Folge, bei der ich denke: Da passt alles zusammen. ... Ich merke, dass es mühelos geht. ... Ich liebe das Unterhandeln.“* Unterhandelt hat sie auch im Hinblick auf die Behandlung ihrer Rückenschmerzen, bestätigt sie lachend dem Interviewer. So hat sie in der Universitätsklinik zum Beispiel durchgesetzt, dass sie nach der Operation ihre antroposophischen Medikamente und ihre Injektionen bekommen konnte. *„Im Nachhinein war es unglaublich, wie ich da gelegen habe. Es war mein eigenes kleines Krankenhaus in der Universitätsklinik. Ich hatte alle meine anthroposophischen Dinge mitgenommen. ... Ich denke, dass die Universitätsklinik technisch unglaublich weit ist. Ich bin sehr froh, dass ich da den besten Monteur in der Garage gehabt habe, weil so eine Operation ist nicht einfach. Aber von Heilung, vom Aufbauen von Lebenskräften verstehen sie nichts.“* Später artikuliert Frau Mercken noch allgemein im Hinblick auf ihr Leben: *„Offensichtlich komme ich in einer Umgebung, bei der ich es nicht erwarte, besser zurecht, als in einer Umgebung, die zu mir passt im Hinblick auf Hintergrund, Ausbildung. ... Das ist ei-*

ne Gesetzmäßigkeit in meiner Biografie. ... Ich denke, daraus kann man schließen, dass mein anthroposophisches Rüstzeug, so weit es überhaupt von mir ist, besser in einer nicht-anthroposophischen Umgebung zu seinem Recht kommt.“ Das galt für Schulen, Universitäten, ihre Arbeitsplätze und eben auch für die Behandlung ihrer Rückenschmerzen. Später resümiert Frau Mercken noch einmal, dass sie bei vielen Dingen „*an zwei Welten teilhat*“. Ungefähr zwei Wochen vor dem Interview wurde eine Gehaltsforderung von ihr nicht gleich akzeptiert, worauf sie zwei Wochen lang Grippe hatte. „*Da merke ich die Beziehung zwischen dem, was mir geschieht und meiner Gesundheit, wenn schwerwiegende Enttäuschungen stattfinden, will ich danach offensichtlich krank werden.*“ Zum Abschluss des Interviews fragt der Interviewer noch, inwiefern sie ihr eigenes Leben an der Anthroposophie orientiere. Dabei erwähnt Frau Mercken als erstes, dass sie ihrer Tochter den Besuch einer anthroposophischen Schule ermöglichte, auch wenn sie inzwischen viel Kritik an dieser Schule habe. Sie haben noch immer einen anthroposophischen Hausarzt und kaufen die meisten Lebensmittel im Bioladen. Sie tragen vor allem Kleidung aus natürlichen Materialien. Anthroposophie, so sagt Frau Mercken, durchziehe ihr Leben, aber sie verspüre keinen Drang, andere Menschen zu missionieren. Rückenschmerzen hat sie keine mehr. Ihr Rücken ist manchmal noch empfindlich, wenn sie unter Spannung steht, aber dann können schon bestimmte Übungen für Abhilfe sorgen. Eigentlich müsste sie ständig bestimmte Übungen durchführen, aber das findet sie Unsinn, denn so bliebe man sein Leben lang Patient.

IV. Die pragmatische Geschichte

In der pragmatischen Geschichte wird das Leben als eine Folge von Aktivitäten und Ereignissen erzählt, wobei es Erfreuliches und weniger Erfreuliches zu berichten gibt. Wenn Probleme auftreten, sucht man nach der besten Lösung für das entsprechende Problem und im Falle von Krankheiten, versucht man alles, um diese so effizient wie möglich zu kurieren. Religiöse oder spirituelle Heilungsangebote gehören zu den einsetzbaren Mitteln beim Bestreiten von Krankheiten.

Als die 49-jährige Frau Notten von der Interviewerin gebeten wird, ihre

Lebensgeschichte zu erzählen, alles was für sie wichtig gewesen sei, fragt Frau Notten zunächst zurück: „Wichtig für mich oder für meinen Rücken?“ Die Interviewerin bittet um beides und Frau Notten beginnt mit ihrer Geburt in einer niederländischen Kleinstadt, ihrem Umzug im Alter von zwei Jahren in eine andere Stadt, ihrer Geschwisterkonstellation, dem Beruf ihres Vaters, den Schulen, die sie besucht hat, den Realschulabschluss, den sie als einziges Mädchen aus ihrer Klasse machte und der zu der Zeit an dem Ort, an dem sie lebte, für ein Mädchen noch etwas Besonderes war. Danach begann sie an einer Bank zu arbeiten, nach zweieinhalb Jahren hatte sie davon genug und wechselte zu einer Firma für Blumenzwiebeln. Dort lernte sie ihren Mann kennen. Diese Firma verließ sie auch wieder nach einem Jahr, weil es ihr da nicht so gefiel, dann arbeitete sie in einer Druckerei, die mit einem zentralen Maklerbüro verbunden war. Dort gefiel es ihr, aber sie wurde dann schwanger und hörte sechs Wochen vor der Geburt auf zu arbeiten. Danach wollte sie dann für ihr Kind sorgen, eine Tochter, die inzwischen 24 Jahre alt ist. Sie hat dann noch einen Sohn bekommen und später noch eine Tochter. Ihr Mann hatte damals eine Firma für Blumenzwiebel zusammen mit seinem Vater und seinem Bruder. Da konnte sie dann auch wieder mit helfen. Der Vater verließ die Firma und später haben die Brüder die Firma auch noch geteilt, der Bruder machte den Export und ihr Mann nur noch den Anbau von Blumenzwiebeln. Frau Notten erzählt noch von ihren Kindern, denen es gut geht, und davon, dass ihr Mann seine Firma letztendlich schließen musste, weil sie sich nicht mehr rendierte. Sie will sich noch weiterbilden und absolviert jetzt einen Kurs Computer und Niederländisch, der sie sehr beschäftigt. „Das war in Kürze meine Lebensgeschichte und was den Rücken betrifft, willst Du mir dazu Fragen stellen oder soll ich dazu schon was erzählen?“ Die Interviewerin bittet Frau Notten darum, etwas zu erzählen und Frau Notten berichtet, dass sie vor ungefähr sieben Jahren einen heftigen Hexenschuss bekam, aber dass sie in den Jahren davor auch regelmäßig Probleme mit ihrem Rücken hatte, zum Beispiel, wenn sie sich bückte oder am Staubsaugen war. Sie bekam Muskelkrämpfe, so dass sie sich nicht mehr bewegen konnte. Sie ging damals erst zum Hausarzt, der konnte nichts finden, dann zu einem Nervenarzt, der

meinte, dass Rückenschmerzen meist von selbst wieder weggehen. Aber einhalb Jahre später hatte sie immer noch solche Probleme mit ihrem Rücken und daher ging sie zu einem Spezialisten vom Sportmedizinischen Zentrum in einer niederländischen Kleinstadt und der hat sie dann weiterverwiesen an eine Spezialistin für manuelle Therapie. Die manuelle Therapeutin konnte die Folgen derartiger Muskelkrämpfe beseitigen, aber nicht die Ursache und so kamen die Anfälle immer wieder zurück. Erst nach zwei Jahren, dann nach einem Jahr und schließlich wurden die Abstände immer kürzer. Im letzten Jahr hatte sie dreimal solche Anfälle und das letzte Mal war es so schlimm, dass sie Valium gegen die Schmerzen bekam. *„Ja und damals war ich dann auch echt so drauf, dass ich dachte, ich werde genau so lange zu allen möglichen Ärzten und Therapeuten gehen, bis ich diese Schmerzen vollständig los bin.“* Dann hat ihr jemand dazu geraten, eine Praxis für holistische Therapie aufzusuchen. Dort beziehen sie dann den ganzen Körper mit ein und suchen die Ursache mehr in der spirituellen Sphäre, weil der Geist auch viel Einfluss haben kann, vor allem bei Rückenbeschwerden. Die Frau in dieser Praxis hat u. a. die NEI-Therapie angewandt, das ist ein Muskeltest, bei dem man Fragen an das Unbewusste stellt. Die Nackenschmerzen einer ihrer Schwägerinnen wurden so erfolgreich behandelt, sie erfuhr dabei, dass die Ursachen ihrer Schmerzen aus einem früheren Leben kamen. Bei ihr selbst hat sie diese Therapie auch verwendet und dabei Ereignisse aus einem früheren Leben und aus ihrer Kindheit zur Sprache gebracht, die Blockaden in ihren Chakren verursacht haben. *„Das klingt alles sehr seltsam, aber sie hat meine Rückenschmerzen auch nicht wirklich beseitigen können, aber ich habe durch sie sehr wohl verstanden, dass die Rückenschmerzen vielleicht was mit meiner Einstellung, mit meiner Lebensweise zu tun haben, dass ich Einfluss auf meinen empfindlichen Rücken habe. Ich mache mir noch viel zu viel Stress mit viel zu viel Dingen und ich müsste etwas mehr Abstand nehmen, ich sei zu offen. Meine Aura sei viel zu groß, sagte sie.“* Es geht dabei nicht darum, jemandem die Schuld an den eigenen Schmerzen zu geben, sondern darum, die eigene Haltung zu verändern, dass man nicht mehr so verletzlich ist, so etwas wirkt sich dann auch auf den Magen aus und mit dem hat sie auch immer Probleme gehabt. Über die Technik der Visua-

lisierung hat sie gelernt, ihr drittes Chakra zu beeinflussen, so dass sie nicht mehr so empfindlich ist für Einflüsse von außen. Sie würde nun nicht sagen, dass das die einzig wahre Therapie sei, aber ihre Rückenschmerzen sind weniger geworden. Sie hat anstrengende Jahre hinter sich, die Brüder haben die Firma ja deshalb geteilt, weil sie sich ständig nur stritten und sie stand da immer als dritte Person dazwischen. Dann hat sich schließlich die Firma ihres Mannes nicht mehr rentiert, sie mussten sie schließen, das hat auch viel Stress verursacht und daher ist es überhaupt nicht verwunderlich, dass sich das alles auf den Magen und den Rücken schlägt, es wirkt dann eben auf die Schwachstellen ein. Und durch diese Therapeutin hat sie schließlich ein bisschen begriffen, wie das alles zusammenwirkt und dadurch kann sie die Spannungen auch etwas abbauen. Die Behandlung bei der Therapeutin hat sie dann mit einer Meditation abgeschlossen. Danach hatte sie dann doch wieder eine Art Anfall und dieses Mal ist sie dann zu einer Chiropraktikerin gegangen. Die geht wieder ganz anders mit derartigen Rückenbeschwerden um. Sie drückt auf die Stellen im Rücken, wo sich die Muskeln verkrampft haben und dann knackt es und das ist dann ein Zeichen, dass es wieder gut ist. Was dabei genau knackt, weiss sie nicht, aber der Schmerz geht auf diese Weise weg. Die Chiropraktikerin sagt, dass dadurch die Durchblutung verbessert werde und die Abfallstoffe aus dem Muskel verschwinden. Sie war da nun viermal und ihr Rücken ist immer noch empfindlich, aber wenn sie die Übungen macht, die ihr die Chiropraktikerin aufgetragen hat, fühlt sie beinahe nichts mehr. *„Ich bin also wieder einen Schritt weiter auf dem Weg zur totalen Heilung, hoffe ich.“* Im Gespräch mit der Chiropraktikerin kam Frau Notten auch dahinter, dass ihre Rückenschmerzen eigentlich im letzten Monat ihrer ersten Schwangerschaft begonnen haben. Ihre Chiropraktikerin meinte auch, dass sich vor allem während der ersten Schwangerschaft die Knochen verändern und dass vermutlich dadurch die Rückenbeschwerden entstanden sind. Als die Interviewerin fragt, welche Erklärung oder welche Therapie für ihre Rückenschmerzen sie bisher am besten fand, zögert Frau Notten mit der Antwort. Augenblicklich findet sie die Chiropraktikerin am besten, aber sie hat die Rückenschmerzen noch nicht ganz beseitigen können. *„Ich bin etwas*

vorsichtig in meiner Aussage, um nun zu sagen, das ist es ganz und gar. Ich fühle, dass es wirkt, dass es besser ist, aber ich bin die Rückenschmerzen noch nicht vollständig los.“ Zum Abschluss des Interviews fragt die Interviewerin Frau Notten noch nach ihrer Lebensanschauung oder ihrem Glauben. Frau Notten erzählt, dass sie römisch-katholisch erzogen sei, dass sie das später aber nicht mehr so ansprach. Sie geht eigentlich nur noch zu Weihnachten in die Kirche. Dem Katholischen steht sie aber noch mit einigem Wohlwollen gegenüber, es hat schon was, findet sie, aber man müsste das alles ansprechender gestalten. Mit New Age fühlt sie sich durch das Meditieren verbunden und durch das, was sie bei der ganzheitlichen Therapeutin gemacht hat, aber danach hatte sie kaum mehr Interesse für das Visualisieren. Ein Buch über Chakren hat sie gekauft, aber noch nicht ausprobiert, letztlich fehlt ihr die Zeit für diese Sachen. Aber von den Chakren ist sie schon überzeugt. Sie glaubt auch noch an Gott, aber nicht mehr so, wie sie das in der Kirche gelernt hat. Durch viel Meditieren bekommt man mehr Einsicht darin, dass man Teil eines Ganzen ist und dass es doch eine höhere Macht geben muss, die das alles regelt. *„Meditieren und Chakra-Lesen und was man früher in der Kirche tat, da ist man auch viel mit sich selbst beschäftigt, ohne dass man dabei egozentrisch oder narzisstisch wird. Es bereichert einen, wenn man leben kann, was man beim Meditieren lernt, das nützt einem und dadurch auch der Umgebung, so muss man das eigentlich sehen, denke ich.“*

V. Die sozial-kommunikative Geschichte

In der sozial-kommunikativen Geschichte stehen die Beziehungen zu anderen an zentraler Stelle. Im Hinblick auf die Krankheitserfahrungen (aber nicht nur im Hinblick auf diese) liegt der Fokus dieser Geschichte auf den sozialen Kontakten und den Erfahrungen von Gemeinschaft in der entsprechenden religiösen Gruppierung, in deren Kontext auch Diagnose und Therapie stattfinden.

„Rückenbeschwerden? Ich muss dazu aber sagen, dass ich diesbezüglich nie bei einem Doktor war. Ich habe kein medizinisches Dossier dazu.“ So beginnt die 46-jährige Frau van der Sluis ihre Geschichte. Dann erzählt sie, dass ihre Rückenschmerzen 1979 begannen, damals hatte sie einen fürchterlichen Hexen-

schuss an ihrem Arbeitsplatz. Sie ging sofort nach Hause und kam nur auf Händen und Füßen aus ihrem Auto. Ein paar Tage lag sie damit im Bett. Die Muskeln verkrampfen bei so einem Anfall und drücken dann auf die Nerven. Das strahlt dann in die Beine aus. Sie konnte kaum laufen, erzählt sie. Wenn sie saß und dann wieder aufstehen wollte, war das eine Katastrophe. Dieser Anfall trat später noch verschiedene Male auf, einmal auch in Österreich beim Wintersport. Im August letzten Jahres ging sie dann wieder einmal zum sommerlichen Treffen der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft der Niederlande. Am Wochenende vorher saß sie bei jemandem zu Hause auf einem niedrigen Sofa und kam da beinahe nicht mehr hoch. Am Sonntag kam sie dann beinahe nicht aus dem Bett, aber am Mittwoch wollte sie doch zu dem Treffen gehen. Sie hat das schließlich auch gemacht, mit viel Schmerzmittel. Am Samstagabend ist bei so einem Treffen dann auch immer ein Gottesdienst mit Handauflegen. Da gibt es dann immer auch Teams, die vorbeten und zu denen man nach vorne kommen kann. Die gehören zur Arbeitsgemeinschaft körperliche Heilung. Sie beschäftigen sich dann sehr intensiv mit einer Person. *„Jemand, der in dieser Arbeitsgemeinschaft war, hatte mich am Nachmittag laufen sehen und meinte, das geht auch nicht gut. Und er sagte auch: ‚Komm doch heute abend nach vorne zu unserem Team.‘“* Sie hat dann ihren Mut zusammengenommen und ist nach vorne, allerdings nicht ohne Scheu, weil da auch Menschen nach vorne kommen, die sehr ernsthaft krank sind. *„Und da ist dann etwas sehr Merkwürdiges geschehen.“* Erst wurde sie gefragt, worin ihre Beschwerden bestehen, und dann kontrollierte ein Mitglied dieses Teams, ob ihre zwei Beine auch gleich lang seien. Da hatte sie noch nie darauf geachtet. Er stellte dann fest, dass ihr rechtes Bein kürzer war und darauf hat sich dann das Team gerichtet. Die Rückenschmerzen sollten daher rühren. Dafür wurde dann gebetet, ungefähr 20 Minuten. Danach hatte sie immer noch Schmerzen. *„Dann sagte der, lauf mal ein Stückchen. Und das fühlte sich sehr seltsam an, das Laufen.“* Sie saß dann noch mit ein paar Leuten zusammen, hat sich unterhalten und was getrunken. Als sie ins Bett ging, hatte sie immer noch Schmerzen. Aber in der Nacht wurde sie wach und sie fühlte, wie in ihrem Rücken alles Mögliche geschah. Sie spürte, wie sich Muskeln zu-

sammenzogen. So etwas hatte sie noch nie gespürt. Das dauerte ein bisschen, dann schlief sie wieder ein. Am nächsten Morgen hatte sie wieder Probleme mit ihrem Rücken. Mittags fuhr sie nach Hause, noch mit Schmerzmitteln, aber am Abend war sie sehr aktiv und sie konnte sich stets besser bewegen. Der Schmerz verschwand. In den folgenden Tagen merkte sie dann, dass sie viel kräftiger laufen konnte. Inzwischen trägt sie auch wieder Absätze, früher konnte sie nur mit Schuhen ohne Absätze laufen. Frau van der Sluis erzählt dann noch viel von der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft und ihren Treffen, zu denen sie seit etwa zwei Jahren geht. Was sie bei dieser Gruppierung vor allem anzieht, ist, dass man als Mensch, so wie man ist, akzeptiert wird. Sie arbeitet selbst in einer großen Firma und da muss man hundertprozentig funktionieren, sonst muss man gehen. *„Es ist ein bisschen schwierig, zu erklären, woraus nun so ein Treffen besteht. Zum einen gibt es da sehr schöne Dinge: Abendmahl feiern, Verbundenheit, zusammen teilen, Gemeinschaft und so. Und dann gibt es da auch noch die Geselligkeit, ein Gläschen Wein am offenen Kamin, Plaudern bis tief in die Nacht.“* Sie ist selbst in der Reformierten Kirche groß geworden, aber ihre Familie hatte keinen Kontakt mehr mit dieser Kirche und als ihre Mutter 1993 starb, wollte sie gerne einen Pfarrer beim Begräbnis haben. Über den Bestattungsunternehmer hat sie damals die Nummer eines pensionierten Pfarrers bekommen und der war der Vorsitzende von der Charismatischen Arbeitsgemeinschaft. Durch ihn hat sie wieder Kontakt mit der Kirche bekommen und er hatte ihr auch die Treffen der Arbeitsgemeinschaft empfohlen, zu denen sie dann auch hin ist. *„Durch alles was ich in den letzten Jahren auch persönlich mitgemacht habe, beschäftige ich mich viel bewusster mit dem Glauben. Und auch das Teilen --- nicht zu Hause glauben, sondern in der Gemeinschaft. --- Ich fühle mich einfach gut dabei.“* Nach der Kirche gibt der Pfarrer jedem die Hand und wenn er jemanden gut kennt, umarmt er den auch. Und dann trinkt man zusammen Kaffee. Es ist die Wärme und das sich umeinander kümmern, das sie vor allem anzieht, das Freud und Leid miteinander teilen. Jeder ist willkommen in ihrer Kirche, jeder wird so akzeptiert, wie er ist. Das hat ihr auch viel Selbstvertrauen gegeben und so kann sie an ihrem Arbeitsplatz auch was für andere Menschen tun, weil sie sich selbst

in ihrer Haut wohlfühlt. Sie wuchs selbst als Einzelkind auf, war immer sehr scheu, wurde von anderen Kindern gemobbt und wurde nirgends akzeptiert. Sie hatte lange Haare, hatte schöne Kleider, konnte Klavier spielen, konnte gut lernen, sie war das ideale Opfer. *„Das sind so Dinge, die bleiben einem für den Rest des Lebens, dass man dazugehören will.“* Und das hat sie jetzt erfahren dürfen, dass sie dazugehört. Ihr neues Selbstvertrauen hat auch mit dem Sterben ihrer Mutter vor fünf Jahren zu tun. Wenn man am Sterbebett seiner Mutter gestanden hat, dann hat man vor niemandem mehr Angst, sagt Frau van der Sluis. Wenn man so etwas mitmacht, dann weiss man, dass es noch viele andere Dinge im Leben gibt. Frau van der Sluis erzählt noch viel aus ihrem Leben, von einem Autounglück vor mehr als 20 Jahren, dass sie vor ca. 15 Jahren auch einmal an einer Depression gelitten habe, von ihrer Mutter, die ihre Freudin war, von ihrer Beziehung zu ihrem Vater, davon, dass sie nicht verheiratet sei und keine Kinder habe und dass ihr das eigentlich zu schaffen mache und auch von ihren vielen Erfahrungen in den charismatischen Kreisen. Am Ende des Gesprächs betont Frau van der Sluis, dass sie froh sei, dass sie zu dem Interview Ja gesagt habe. *„So wie ich zu allem Ja gesagt habe, was in den letzten fünf Jahren auf mich zukam. Alles mit beiden Händen ... das hat mir gut getan. Jemand hat einmal zu mir gesagt: ‚Das strahlst Du auch aus.‘ Und das ist auch so“.*

6.4. Résumé und Ausblick

Das Thema „Religion und Gesundheit“ gehört inzwischen zu den zentralen Forschungsthemen in der Religionspsychologie. Während allerdings die einen die Erfolge dieses Forschungsprogramms feiern und meinen, dass inzwischen Religion als eine signifikante Einflussgröße auf körperliche (und psychische) Gesundheit nachgewiesen wurde (vgl. z. B. Hood, Hill und Spilka 2009), weisen die anderen vor allem auf die methodischen Mängel der entsprechenden Studien hin und sprechen von einer „unheiligen“ Allianz zwischen Religion und Medizin (vgl. z. B. Sloan 2006). In dieser Kontroverse um „Effekte“ sind beide Seiten wenig an Studien zu subjektiven und individuellen Orientierungs-

Handlungs- und Deutungsmustern im Hinblick auf Krankheitserfahrungen und religiöse Orientierungen interessiert. In diesem Aufsatz wurde eine derartige Studie vorgestellt, die sich in der Tradition der *Illness narrative*-Forschung verortet. Die Forschungsfrage lautete: Wie gehen Menschen, die sich selbst weltanschaulich als zugehörig zu einer bestimmten religiösen Gruppierung verorten, mit chronischen Rückenschmerzen um? Dazu wurden 20 narrativ-biografische Interviews mit Probanden geführt, die sich der Pfingstbewegung, der charismatischen Bewegung, der New Age-Bewegung oder mit der Anthroposophie verbunden fühlten. Bei der narrationspsychologischen Analyse dieser Lebensgeschichten bestand ein zentraler Auswertungsschritt in der Konstruktion von idealtypischen Geschichten im Hinblick auf ein narratives Leitmotiv in diesen Erzählungen, das auch die Artikulation der entsprechenden Krankheitserfahrungen prägte. Dabei konnten die folgenden fünf idealtypischen Geschichten formuliert werden: die instrumentelle Geschichte, die entwicklungsbezogene Geschichte, die balancierende Geschichte, die pragmatische Geschichte und die sozial-kommunikative Geschichte. Die Auswertung der Interviews ergab keine Hinweise auf eine mögliche Korrelation zwischen diesen idealtypischen Geschichten und bestimmten religiösen Gruppierungen. Aufgrund der Art und der Größe der Stichprobe wurden keinerlei weitere Quantifizierungen im Zusammenhang mit der Datenauswertung vorgenommen. Von einer theoretischen Sättigung kann aufgrund der Auswahl der Interviews und auch aufgrund der Anzahl der Interviews nicht gesprochen werden. Allerdings haben sich die in dieser Studie formulierten Idealtypen inzwischen in vielen Seminararbeiten, in denen auch der Zusammenhang zwischen weiteren religiösen Orientierungen und anderen Krankheitserfahrungen untersucht wurde, heuristisch bewährt. Studien, die eher somatische Aspekte und Prozesse im Zusammenhang mit Religion analysieren wollen, hat diese explorative Studie ebenfalls etwas zu bieten. Sie kann Fragen anregen zum biografischen Kontext von Verkörperlichung von Religion und zu den entsprechenden Geschichten, die mit derartigen Prozessen verwoben sind.

Literatur

- Chida, Yoichi, Andrew Steptoe und Lynda H. Powell (2009), „Religiosity/Spirituality and Mortality“. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 78, S. 81–90. DOI: [10.1159/000190791](https://doi.org/10.1159/000190791) (zit. S. 162, 166).
- Frank, Arthur W. (1995), *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press (zit. S. 170).
- Galen, Luke W. und Jim Kloet (2011), „Personality and Social Integration Factors Distinguishing Nonreligious from Religious Groups: The Importance of Controlling for Attendance and Demographics“. In: *Archive for the Psychology of Religion* 33.2, S. 205–228. DOI: [10.1163/157361211X570047](https://doi.org/10.1163/157361211X570047) (zit. S. 164).
- Gerhardt, Uta (1990), „Qualitative Research on Chronic Illness: The Issue and the Story“. In: *Social Science & Medicine* 30.11, S. 1149–1159. DOI: [10.1016/0277-9536\(90\)90255-Q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90255-Q) (zit. S. 169).
- Gibbs, Graham R. (2007), *Analyzing Qualitative Data*. The Sage Qualitative Research Kit 6. Los Angeles [et al.]: Sage (zit. S. 173, 174).
- Hill, Peter C. und Kenneth I. Pargament (2003), „Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research“. In: *American Psychologist* 58.1, S. 64–74 (zit. S. 167, 168).
- Hood, Ralph W., Peter C. Hill und Bernard Spilka (2009), *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. 4. Aufl. New York: Guilford Press (zit. S. 162, 163, 168, 192).
- Hydén, Lars-Christer (1997), „Illness and Narrative“. In: *Sociology of Health and Illness* 19.1, S. 48–69. DOI: [10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x) (zit. S. 169).
- Kahn, Harold A. u. a. (1984), „Association Between Reported Diet and All-cause Mortality: Twenty-one-year Follow Up On 27,530 Adult Seventh-day Adventists“. In: *American Journal of Epidemiology* 119.5, S. 775–787 (zit. S. 163).

- Kelle, Udo und Susann Kluge (2010), *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2. Aufl. Qualitative Sozialforschung 15. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (zit. S. 170).
- Klein, Constantin, Hendrik Berth und Friedrich Balck, Hrsg. (2011), *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim [et al.]: Juventa (zit. S. 162).
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press (zit. S. 174).
- Koenig, Harold G., Michael McCullough und David B. Larson, Hrsg. (2001), *Handbook of Religion and Health*. Oxford [et al.]: Oxford University Press (zit. S. 162).
- Lillrank, Annika (2003), „Back Pain and the Resolution of Diagnostic Uncertainty in Illness Narratives“. In: *Social Science & Medicine* 57.6, S. 1045–1054. DOI: [10.1016/S0277-9536\(02\)00479-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00479-3) (zit. S. 169).
- Marty, Martin E. (2005), „Religion and Healing: The Four Expectations“. In: *Religion and Healing in America*. Hrsg. von Linda L. Barnes und Susan Starr Sered. Oxford: Oxford University Press, S. 487–504 (zit. S. 171).
- McGuire, Meredith B. (1993), „Health and Spirituality as Contemporary Concerns“. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 527, S. 144–154. JSTOR: [1048682](https://www.jstor.org/stable/1048682) (zit. S. 172).
- Mehnert, Anja und Anja Höcker (2011), „Religion und körperliche Gesundheit: Empirische Befunde und Erklärungsansätze“. In: *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa, S. 247–257 (zit. S. 163, 168).
- Murray, Michael (1997), „A Narrative Approach to Health Psychology: Background and Potential“. In: *Journal of Health Psychology* 2.1, S. 9–20. DOI: [10.1177/135910539700200102](https://doi.org/10.1177/135910539700200102) (zit. S. 169).
- Nijhof, Gerhard (2000), *Levensverhalen: Over de methode van autobiografisch onderzoek in de sociologie*. Amsterdam: Boom (zit. S. 173).
- Nohl, Arnd-Michael (2013), *Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich: Neue Wege der dokumentarischen Methode*. Wiesbaden: Springer VS (zit. S. 170).

- Oman, Doug und Carl E. Thoresen (2005), „Do Religion and Spirituality Influence Health?“ In: *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Hrsg. von Raymond F. Paloutzian und Crystal L. Park. New York: Guilford Press, S. 435–459 (zit. S. 162).
- Pargament, Kenneth I. (2002), „Is Religion Nothing But ... ? Explaining Religion Versus Explaining Religion Away“. In: *Psychological Inquiry* 13.3, S. 239–244. JSTOR: [1449341](#) (zit. S. 166).
- Popp-Baier, Ursula (2008), „What Matters in Life: Religion As a Source for Constructing Personal Narratives“. In: *Longing in a Culture of Cynicism*. Hrsg. von Stephan van Erp und Lea Verstricht. Wien [et al.]: Lit, S. 109–123 (zit. S. 173).
- Powell, Lynda H., Leila Shahabi und Carl E. Thoresen (2003), „Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health“. In: *American Psychologist* 58.1, S. 36–52. DOI: [10.1037/0003-066X.58.1.36](#) (zit. S. 165).
- Rauck, Richard L. (1998), „Chronic Low Back Pain“. In: *Management of Acute and Chronic Pain*. Hrsg. von Narinder Rawal. London: BMJ Books (zit. S. 173).
- Rubin, Devon I. (2007), „Epidemiology and Risk Factors for Spine Pain“. In: *Neurologic Clinics* 25.2, S. 353–371. DOI: [10.1016/j.ncl.2007.01.004](#) (zit. S. 172).
- Schütze, Fritz (1983), „Biographieforschung und narratives Interview“. In: *Neue Praxis* 13.3, S. 283–293. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-53147> (zit. S. 173).
- Sloan, Richard P. (2006), *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York: St. Martin's Press (zit. S. 163–166, 169, 192).
- Sloan, Richard P. und Emilia Bagiella (2002), „Claims About Religious Involvement and Health Outcomes“. In: *Annals of Behavioral Medicine* 24.1, S. 14–21. DOI: [10.1207/S15324796ABM2401_03](#) (zit. S. 162).
- Sørensen, Torgeir u. a. (2011), „The Relationship Between Religious Attendance and Blood Pressure: The HUNT Study Norway“. In: *International Journal of Psychiatry in Medicine* 42.1, S. 13–28. DOI: [10.2190/PM.42.1.b](#) (zit. S. 162).

- Steiner, Rudolf (1997), *Über Gesundheit und Krankheit: Grundlagen einer geisteswissenschaftlichen Sinneslehre*. 4. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag (zit. S. 172).
- Williams, Gareth (1984), „The Genesis of Chronic Illness: Narrative Reconstruction“. In: *Sociology of Health & Illness* 6.2, S. 175–200. DOI: [10.1111/1467-9566.ep10778250](https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10778250) (zit. S. 169).
- Zittlau, Jörg (2012), *Langweiler leben länger: Über die wahren Ursachen eines langen Lebens*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (zit. S. 165).