

Psychische Gesundheit fördern – Ressourcen von Kirchengemeinden für Menschen mit depressiven Erkrankungen

Stefanie Koch, Beate Jakob, Birgit Weyel und Annette Haußmann

Ein Pilotprojekt im Evangelischen Kirchenbezirk Tübingen hat das Ziel, die Möglichkeiten von Kirchengemeinden in Bezug auf die Förderung von Gesundheit am Beispiel der Krankheit Depression ins Bewusstsein zu bringen und Anleitungen für die Praxis zu geben. Dieses Projekt wird durchgeführt in gemeinsamer Trägerschaft des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (Difäm) e.V. und des Lehrstuhls für Praktische Theologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen in Kooperation mit dem Bündnis gegen Depression Neckar-Alb e.V.

Das Projekt geht von zwei Voraussetzungen aus. Erstens wissen wir heute, dass Gesundheit und Krankheit komplexe und dynamische Prozesse sind: Niemand ist zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens entweder völlig gesund oder krank, sondern wir alle bewegen uns in einem Kontinuum zwischen den Polen »gesund« und »krank«. Wo wir uns zu einem bestimmten Zeitpunkt befinden, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Am Beispiel Depression: Für das Auftreten der Erkrankung und den Verlauf sind sowohl neurobiologische als auch psychosoziale Faktoren bestimmend. Dazu gehören die Veranlagung, die Lebensgeschichte, Wertvorstellungen und die soziale Situation (vgl. z. B. HELL 2010, S. 65–69). Dementsprechend gibt es eine Vielzahl wirksamer therapeutischer Ansätze, die sich ergänzen können bzw. sollen.

Die zweite Voraussetzung bezieht sich auf die Rolle von Gemeinden bzw. Kirchengemeinden in Bezug auf Gesundheit. Diese wird heute neu in den Blick genommen. Seit den 1960er-Jahren suchte die WHO (☞ Beate Jakob und Peter Bartmann: Gesundheit und Gesundheitsför-

derung) nach neuen Wegen und entwickelte das Modell der primären bzw. gemeindegtragenen Gesundheitsversorgung (Primary Health Care). Dieses Modell traut den Menschen in lokalen Gemeinden zu, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Gesundheit und zur Prävention von Krankheiten leisten zu können und setzt auf ihre aktive Partizipation: »Die Menschen haben das Recht und die Pflicht, einzeln und in der Gemeinschaft an der Planung und Verwirklichung ihrer Gesundheitsversorgung mitzuwirken« (WHO 1978, Alma-Ata-Deklaration, Abs. IV).

Wichtig bei diesem Ansatz ist die Zusammenarbeit des formalen Gesundheitssektors, z. B. der Krankenhäuser und der professionellen Gesundheitsdienste, mit den Gemeinden. In den Ländern des globalen Südens gibt es viele gute und wegweisende Erfahrungen mit dem Modell der gemeindegtragenen Gesundheitsarbeit, während dieser Ansatz in den Ländern des Nordens bisher noch zu wenig beachtet wurde.

Die WHO setzt sich heute wieder erneut dafür ein, Gemeinden aktiv in die Gesundheitsversorgung einzubinden. Und seit einigen Jahren wird den Möglichkeiten und Aufgaben kirchlicher Gemeinden in diesem Zusammenhang immer mehr Beachtung geschenkt. Die WHO verweist auf die große Bedeutung kirchlicher Strukturen für die Vermittlung von Informationen über gesundheitsrelevante Themen und Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Und es wird ausdrücklich anerkannt, dass kirchliche Gruppen und Gemeinden über spezifische gesundheitliche Ressourcen verfügen. Diese sind z. B. die soziale Unterstützung, Sinnstiftung sowie das Vermitteln von Hoffnung und Vertrauen (vgl. WHO 2008).

Im Projekt »Kirchengemeinde und Depression« werden die Ressourcen von Kirchengemeinden als sozialen Netzen und als Orten gelebter Spiritualität unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Dabei geht es keineswegs darum, etwaige professionelle Hilfe und eine medikamentöse Therapie bei Depressionen unnötig werden zu lassen, sondern die Möglichkeiten der Kirchengemeinde werden als Ergänzung dazu gesehen und in Kooperation mit säkularen und kirchlichen Gesundheitsdiensten geplant und durchgeführt.

Gesellschaftliche Faktoren als Mit-Ursache für Depressionen – Ansätze für Kirchengemeinden

In der Soziologie und Sozialpsychologie wird die Zunahme depressiver Erkrankungen im 21. Jahrhundert immer mehr zur Kenntnis genommen und in Zusammenhang gebracht mit gesellschaftlichen Faktoren, die Depressionen (mit) auslösen und ihren Verlauf beeinflussen können. Der Soziologe Alain Ehrenberg geht so weit zu sagen, dass »die Depression heute unsere Gesellschaft durchdringt« (EHRENBERG 2004, S. 258). Dieses Phänomen bringt er in Zusammenhang mit der verbreiteten gesellschaftlichen Erwartung an die Menschen, das Leben selbstbestimmt und unabhängig zu gestalten. Ein geglücktes und von Erfolg gezeichnetes Leben wird zum Projekt Einzelner und von Familien, und das Scheitern ist nicht vorgesehen. Werden hochgesteckte Ziele nicht erreicht und die Erwartungen an Beziehungen und an den beruflichen Erfolg enttäuscht, kann es zu psychischen Beeinträchtigungen und Depressionen kommen.

Die Beschleunigung aller Lebensvollzüge, der zunehmende Leistungsdruck am Arbeitsplatz, eine immer dichter werdende Arbeitstaktung und die Angst vor Arbeitslosigkeit sind weitere gesellschaftliche Faktoren, die Depressionen begünstigen. Vom Einzelnen wird ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilität gefordert. Die Kehrseite dieses »modernen« Lebens ist das Gefühl der Entwurzelung und Heimatlosigkeit. Verstärkt wird dies, wenn familiäre oder andere Bindungen nicht mehr tragen.

Viele Menschen, die unter einer Depression leiden, sehen sich in der Gesellschaft nicht verstanden und isoliert. Denn oft wird eine Depression nicht als Krankheit erkannt und den Betroffenen wird direkt oder indirekt suggeriert, es handle sich um eine Befindlichkeitsstörung, die schnell besser werde, wenn er oder sie sich nur anstrengen würde.

Alle hier aufgezeigten Faktoren bieten Ansatzpunkte für Kirchengemeinden, um Menschen zu stärken und zu ihrer psychischen Gesundheit beizutragen – als Gegengewicht gegen das Diktat des machbaren Glücks und Erfolgs in unserer Gesellschaft; als Ort, wo soziale Bezüge tragen können und wichtige Aufklärungsarbeit sowie eine Sensibilisierung für das Thema Depression möglich sind.

Spiritualität und Depression

Menschen, die an einer depressiven Erkrankung leiden, hören durch ihre Krankheit nicht auf, religiöse Subjekte zu sein, religiöse Bedürfnisse zu haben und weiter am gemeinsamen Leben der Kirchengemeinde teilnehmen zu wollen. Im Sinne einer Inklusion ist daher danach zu fragen, ob Kirchengemeinden die Krankheit im Blick haben und angemessen damit umgehen. Gerade für diesen Umgang mit Depressionen haben wir einzelne Beispiele aus den Gemeinden, die zeigen können, wie dies möglich ist und worauf zu achten ist.

Zunächst aber soll skizzenhaft der Forschungsstand zum Thema Spiritualität und Depression dargestellt werden. Auf der Basis von Meta-Analysen, die die Ergebnisse diverser Einzelstudien auswerten, vergleichen und zusammenfassen, lassen sich – wenn auch vorsichtig – einige »Hauptlinien der empirischen Befunde zum Verhältnis von Religiosität und Depression« (BRAAM 2011, S. 285) nachzeichnen.

Religiosität stellt als »besondere subjektive Form von Lebensbewältigung« (OSER, GMÜNDER 1992, S. 9) ganz grundsätzlich eine positive Ressource dar, um mit Krisen umzugehen. Nicht jede Form individueller Religiosität entfaltet allerdings positive Effekte. Im Rahmen der Coping-Forschung, die nach den Strategien fragt, mit denen Menschen einschneidende Lebensereignisse wie Krankheit, Verlust u. a. bewältigen, sind die Bedingungen herausgearbeitet worden, unter denen die Religion auch einen Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten kann (PARGAMENT 2002; DÖRR 2004). Charakteristisch für positives Bewältigungsverhalten ist die Wahrnehmung von Eigenverantwortlichkeit bei gleichzeitiger religiöser Überzeugung, dass Gott handelt. Menschen, die diesen Bewältigungsstil des kooperativen Handelns von Gott und Mensch anwandten, hatten in empirischen Studien eine höhere psychosoziale Kompetenz und neigten weniger zu Depressivität und Angst. Die Effektivität religiöser Bewältigungsarbeit zeigt sich allerdings erst dann, wenn das Individuum einem hohen Maß an Stress ausgesetzt ist.

Offensichtlich werden religiöse Konzepte immer dann wichtig, wenn Probleme bearbeitet werden müssen, die keine Lösungen im eigentlichen Sinne zulassen, und wenn das Individuum nicht auf Erfahrungen zurückgreifen kann, in denen es bereits Konzepte aufbauen konnte, die

sich hätten bewähren können. Die mangelnde persönliche Erfahrung kann freilich dadurch, dass religiöse Menschen auf Traditionen in Form religiöser Narrationen, biblischer Geschichten, Symbolbestände und anderes mehr zurückgreifen, ausgeglichen werden. Die Bewältigung des Außergewöhnlichen wird leichter, wenn das eigene Leiden auf dem Hintergrund der Erfahrungen anderer verstanden werden kann. Der Glaube dient als Stress-Moderator, der wesentlich dazu beitragen kann, eine schwierige Lebenssituation durchzustehen, und zwar gerade in der Fokussierung auf sein emotionales und kognitives religiöses Potenzial. Der Glaube entwickelt in Krisensituationen also auch positive Effekte, die sich unabhängig von den psychosozialen Aspekten, die die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft mit sich bringt, entfalten können.

Eine besondere Schwierigkeit ist jedoch, dass während depressiver Episoden besonders häufig negative Empfindungen wie Enttäuschung und Unzufriedenheit mit Gott oder das Gefühl, von Gott verstoßen zu sein, auftreten können. Die Krankheit begünstigt daher einen negativen Coping-Stil. Darin liegt eine Besonderheit dieser Erkrankung, die die Religion als Ressource zur Krankheitsbewältigung bedroht und gegenteilige Effekte bewirken kann.

Fokussiert man die Spiritualität besonders auf den Aspekt der persönlichen Gottesbeziehung, so stellen sich insbesondere folgende Fragen: Wie wird die Gottesbeziehung erlebt? Wird Gott als ein unterstützendes, freundliches Gegenüber erlebt? Vieles spricht dafür, dass gerade die emotional besetzten Gottesbilder von großer Bedeutung sind (BRAAM u. a. 2008, S. 232; MURKEN u. a. 2011). Negative Gottesbilder gehen dagegen mit einem erhöhten Grad depressiver Symptome einher. Wie der Zusammenhang zustande kommt, ist freilich nicht geklärt.

Im Hinblick auf die Depressionsthematik ist es daher sehr wichtig, dass Kirchengemeinden einen Ort der individuellen Sinnsuche und der religiösen Selbstklärung bieten. Können negative Erfahrungen wie die der Gottesferne und andere spirituelle Konflikte offen angesprochen werden? Ist die Kirchengemeinde offen für eine Pluralität von Erfahrungen und religiösen Deutungen, sodass es möglich ist, auch Ambivalenzen zu thematisieren? Besonders für die Arbeit am Gottesbild ist es wichtig, positive und negative Erfahrungen integrieren zu können.

Das Projekt »Kirchengemeinde und Depression«: empirische Befunde

In der ersten Phase des Projekts »Kirchengemeinde und Depression« wurde im Kirchenbezirk Tübingen eine grundlegende Erhebung durchgeführt. Diese bestand aus drei Teilen, die sich in ihrer Methodik wechselseitig ergänzten. Im ersten Teil wurde eine ausführliche Recherche auf den Internetseiten der Kirchengemeinden des Kirchenbezirks durchgeführt, um zu eruieren, welche Informationen auf denselben für eine an der Thematik interessierte Person zugänglich sind. Des Weiteren wurden sowohl online als auch über Anfragen bei verschiedenen kirchlichen und säkularen Einrichtungen die verfügbaren säkularen Gesundheitsdienste erfasst.

Die erste Erhebung zeigte folgendes Ergebnis: Im Kirchenbezirk Tübingen stehen verschiedene Gesundheitsdienste sowohl in kirchlichem als auch säkularem Kontext zur Verfügung. Es gibt mehrere Gemeinden, die beispielhaft die Thematik psychischer Erkrankungen integrieren und damit einen wichtigen Beitrag in Bezug auf kirchliche Gesundheitsdienste leisten. Das Gros der Gemeinden hat jedoch andere Themen im Fokus ihres Gemeindealltags, weshalb hier Aufklärungsarbeit nötig ist und Beratungsbedarf hinsichtlich der Bedeutsamkeit von Depressionen und psychischen Erkrankungen besteht.

Im zweiten Teil der Erhebung wurde eine Online-Umfrage unter den Pfarrerinnen und Pfarrern unternommen, die klären sollte, wie häufig sie Menschen mit depressiven Störungen begleiten, bei welchen Gelegenheiten sie mit ihnen in Kontakt kommen und wie gut sie sich auf die Seelsorge mit Depressiven vorbereitet fühlen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen ein bemerkenswertes Bild: Die Häufigkeit der Begleitung depressiv Erkrankter lässt sich für den Zeitraum von drei Monaten im Durchschnitt mit sieben Gesprächskontakten angeben. Die Anlässe des Kontakts sind dabei vielfältig. Die Mehrzahl der Gespräche findet in akuten Krisen statt, weil die Menschen hier konkret seelsorgerlichen Beistand wünschen. An zweiter Stelle stehen Gespräche anlässlich von Kasualien, aber auch Gespräche »zwischen Tür und Angel«, beispielsweise nach dem Gottesdienst oder auf der Straße. Zudem wurden der Geburtstagsbesuch bei Älteren sowie die Eigeninitiative von Betroffenen als Seelsorgeanlässe benannt.

Bezüglich der Vorbereitung auf den Umgang mit depressiv Kranken hat sich gezeigt, dass bei mehr als der Hälfte der Pfarrerinnen und Pfarrer eine deutliche Unsicherheit festzustellen ist, was dem Wunsch nach mehr Informationen und Fortbildungen entspricht, den 70 % der Befragten äußerten.

Der dritte Teil der Erhebung hatte zum Ziel, mittels qualitativer Leitfaden-Interviews aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven Wahrnehmungen, Deutungen und Strategien zum Umgang mit Depression in der Kirchengemeinde zu erheben und sie zueinander in Beziehung zu setzen. Aus diesen Interviews soll im Folgenden ein Gespräch mit einer Betroffenen ausführlicher vorgestellt werden.

»Ein Hinweis von oben« – Religion und Depression aus der Sicht einer Betroffenen

- **Beispiel** Frau B. (Mitte 50) hat eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich. Seit 1989 leidet sie an einer manisch-depressiven Psychose. 2003 hat sie ihre berufliche Tätigkeit als praktische Ärztin endgültig aufgegeben. Sie beschreibt ihre Krankheit eindrücklich: »(...) Wenn die Leere da ist, wenn gar nichts mehr ist, also auch keine negativen Gefühle, das ist ein ganz blödes Gefühl, da kommt auch überhaupt gar keine Motivation mehr zustande. Also, eigentlich ist alles, was ich mach', durch irgendwelche Gefühle motiviert und wenn da keine mehr sind, dann ist da auch nichts mehr da.« Frau B. hat zwei Suizidversuche unternommen und erzählt, dass in diesem Zusammenhang Gespräche geholfen haben: »Halt Gespräche und ja, viel Gespräche. (...) Und das ist halt ganz wichtig und das ist auch für die Betroffenen wichtig, dass sie da drüber reden.« Bereits mehrere Pfarrer hat sie als hilfreiche Gesprächspartner erlebt, als »erste Anlaufstelle«, zur Selbstklärung im Blick auf einen möglichen Therapeutenwechsel, aber auch als jemand, der die Familie während eines Klinikaufenthalts unterstützt. »Wenn jetzt da irgendwas ganz schlimm wär', und ich hätt' sonst keine Möglichkeit, könnt' ich bestimmt da hingehen. (...) Da würd' der sich Zeit nehmen.« Frau B. erzählt von einem besonderen Erlebnis, das sie als Gottese Erfahrung deutet: »Ich hab' zum Beispiel in der (Name)-Klinik '95 mal so'n Erlebnis gehabt, nachdem ich tagelang so total down war

und alles so leer und schlimm war, dann bin ich im Wald gelaufen und dann kam da so'n Sonnenstrahl und dann hatt' ich so'n das Gefühl, aha, das ist jetzt so (lächelt) ein Hinweis von oben und (...) So, war ganz kurz, aber das war ganz schön.«

Die individuelle religiöse Praxis wird durch die Erkrankung eingeschränkt: »(...) Es gab aber Phasen, wo ich so depressiv war, dass ich nicht mal mehr beten konnt', also, dass ich nicht mal mehr das Vaterunser hingekriegt hab', dass ich nach zwei Sätzen abgeschweift bin mit'm Grübeln und so.« Ihre Teilnahme am Gottesdienst scheitert häufig daran, dass sie bis mittags das Bett nicht verlassen kann: »Also, was ich leider jetzt zurzeit grad nicht gut kann, ist sonntags in die Kirche gehen, das schaff' ich einfach nicht. Dieses Aufstehen und da Hingehen. (...) Ich versuch' das dann und dann geh' ich wieder ins Bett. Das find ich sehr schade, weil das hat mir immer viel gebracht. (...) Und ich les' halt so Losungen da, vom Dietrich Bonhoeffer, (...) jeden Tag und versuch' das mit dem Vaterunser.«

Gemeinschaft erlebt Frau B. in Selbsthilfegruppen und Gesprächskreisen in und außerhalb der Gemeinde. Im Gemeindepfarrer hat sie einen Ansprechpartner, der nicht im therapeutisch-medizinischen Bereich situiert ist. Das erweist sich insbesondere dann als eine positive Option, wenn es darum geht, die Wahl des Therapeuten zu reflektieren. Es geht im Gespräch mit dem Pfarrer nicht primär darum, religiöse Themen zu bearbeiten. Im Vordergrund steht die Erfahrung, einen Gesprächspartner jenseits von Familie, Freunden und Ärzten zu haben, der sich Zeit nimmt, der zuhört. Diese Erfahrung prägt die seelsorgerliche Beziehung: »(...) Und ich hätt' sonst keine Möglichkeit, könnt' ich bestimmt da hingehen. (...) Da würd' der sich Zeit nehmen.« Die religiöse Praxis ist eingeschränkt auf individuelle Praxen. Die Teilnahme am öffentlichen religiösen Leben ist krankheitsbedingt nicht möglich. Der Tagesrhythmus steht dem entgegen. Die Konzentration auf den vorgeformten Text des Vaterunser ist ebenfalls irritiert. Konsequenz verfolgt Frau B. dagegen ihre private Bibellese- und Gebetspraxis.

Ihre Gottesbeziehung ist durch die Krankheit nicht belastet. Der Spaziergang durch den Wald in einer besonders schweren Phase, in der sie unerwartet ein Sonnenstrahl trifft, wird von ihr unspektakulär, aber eindrücklich erzählt. Dieser »Hinweis von oben« transzendiert nicht nur ihre momentane Situation, sondern lässt sich als positive spirituelle Erfahrung nach mehr als 16 Jahren noch abrufen. Das plötzliche

Aufreißen der Wolkendecke ist für sie ein Signal, dass sie es trotz ihres schweren Alltags mit der Erkrankung prinzipiell mit einem freundlichen Gott zu tun hat.

Bei aller Vorsicht kann man sagen, dass Frau B. positive Erfahrungen in der Kirchengemeinde gemacht hat. Frau B. als Betroffene findet im Gespräch mit den Seelsorgern einen dritten Raum, der sowohl das Familiensystem als auch die Beziehung zum Therapeuten ergänzt und alteriert. Damit wird in der sozialen Beziehung auch die religiöse Erfahrung eines Jenseits der Erkrankung erfahrbar. Darüber hinaus findet sie in verschiedenen Kontexten der Kirchengemeinde einen Ort, an dem sie von ihrer individuellen spirituellen Erfahrung erzählen kann. ✕

Die Umsetzung in den Kirchengemeinden

In der nächsten Projektphase sollen die Möglichkeiten von Kirchengemeinden hinsichtlich des Krankheitsbildes Depression aufgezeigt werden. Folgende Fragen werden hierfür im Fokus stehen: Wie können Kirchengemeinden psychische Erkrankungen in den Blick bekommen? Wie können sie in Bezug auf das Krankheitsbild Depression Verantwortung zeigen, um Betroffenen und Angehörigen Unterstützung zu bieten? Welche Potenziale enthält eine Gemeinde, um Depressionen als Handlungsfeld angemessen zu begegnen?

Kirchengemeinden sind in ihrer sozialen Funktion Halt gebende Gemeinschaft und stellen damit Bezugspunkte für psychisch Kranke dar. Als Orte der zwischenmenschlichen Anteilnahme geben sie die Möglichkeit zur Formulierung von Ambivalenzen wie Gottesferne oder Ohnmachtsgefühlen und zum Erleben tröstenden Zuspruchs. In ihrer religiösen Funktion können Gemeinden sowohl Orte der Gottesbeziehung und gelebten Spiritualität als auch Orte religiöser Sinnsuche sein. Gerade in Krankheitszeiten treten die existenziellen Fragen »Warum?« und »Wozu?« in den Vordergrund und verlangen in drängender Weise einen Gesprächspartner.

Haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter können hier in unterschiedlicher Weise als Multiplikatoren wirken: sowohl in der seelsorgerlichen Begleitung von Kranken und der Unterstützung von Angehörigen als auch in der Sensibilisierung für die Inanspruchnahme ärztlicher

Hilfe. Grundlegend hierfür ist die Möglichkeit zur niedrigschwelligen Thematisierung der Krankheit, die in Kirchengemeinden vorhanden ist. Um Pfarrerinnen und Pfarrer sowie ehrenamtliche Mitarbeiter auf diese Multiplikatorenfunktion aufmerksam zu machen, ist eine Aufklärung über die Symptome der Depression sowie die spezifischen Behandlungsinterventionen notwendig.

Für die Umsetzung sind daher verschiedene Elemente angedacht, die in zwei Kirchengemeinden des Kirchenbezirks Tübingen exemplarisch durchgeführt werden sollen. Dazu gehören ein thematischer Gottesdienst, eine Schulung für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Themen der Gesprächsführung, Informationsveranstaltungen für die gesamte Gemeinde, Angebote für spezifische Altersgruppen (z.B. Vorträge in Kleingruppen) oder auch ein Filmabend sowie die Thematisierung des Krankheitsbildes Depression in Bibelarbeiten. Die Veranstaltungen werden ausgewertet, ihre Effekte evaluiert und die Ergebnisse sollen so aufbereitet werden, dass auch andere Kirchengemeinden von diesen profitieren können.

Stefanie Koch, Jahrgang 1982, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Seelsorgelehre und Pastoraltheologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Beate Jakob, Jahrgang 1954, Dr. med., Grundsatzreferentin beim Deutschen Institut für Ärztliche Mission (Difäm) e. V., Tübingen.

Birgit Weyel, Jahrgang 1964, Prof. Dr., Lehrstuhl für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Seelsorgelehre und Pastoraltheologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Unter Mitarbeit von Annette Haußmann, Jahrgang 1983, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Praktische Theologie mit den Schwerpunkten Seelsorgelehre und Pastoraltheologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Literatur

- BRAAM, A. W. (2011): Religion und Depression. In: KLEIN, C.; BERTH, H.; BALCK, F. (Hg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim/München, 273–290.
- BRAAM, A. W. u. a. (2008): God image and mood in old age: Results from a community-bases pilot-study in the Netherlands. In: *Mental Health, Religion and Culture* 11, 221–237.
- DÖRR, A. (2004): Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events. In: ZWINGMANN, C.; MOOSBRUGGER, H. (Hg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster.
- EHRENBERG, A. (2004): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt.
- GREENWAY, A. P. u. a. (2003): Personality variables, self-esteem and depression and individuals' perception of God. In: *Mental Health, Religion and Culture* 6, 45–58.
- HELL, D. (2010): *Depression. Wissen, was stimmt*. 4. Auflage, Freiburg.
- MURKEN, S.; MÖSCHL, K.; MÜLLER, C.; APPEL, C. (2011): Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping. In: BÜSSING, A.; KOHLS, N. (Hg.): *Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. Berlin/Heidelberg, 75–91.
- OSER, P.; GMÜNDER, P. (1992): *Der Mensch – Stufen seiner religiösen Entwicklung. Ein strukturgenetischer Ansatz*. 3. Auflage, Gütersloh.
- PARGAMENT, K. I. (2002): The Bitter and the Sweet. An Evaluation of the Cost and Benefits of Religiousness. In: *Psychological Inquiry* 13, No. 3, 168–181.
- WHO (1978): *Declaration of Alma Ata (1978)*. Online verfügbar: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (23.04.2012).
- WHO (2008): *Building from Common Foundations. The World Health Organization and Faith Based Organizations in Primary Health Care*. Geneva.