

Der Einfluss von Kultur und Spiritualität auf die Gesundheit

CLAUDE-HÉLÈNE MAYER

Zusammenfassung

Dieser Artikel befasst sich mit ausgewählten Aspekten der Themenkomplexe Kultur, Spiritualität und Gesundheit. Ziel ist es, einen kleinen Einblick in einen komplexen und wachsenden Diskurs zu geben und der Frage nachzugehen, welchen Einfluss wohl bestimmte Aspekte von Kultur und Spiritualität auf die Gesundheit haben, wenn man sie unter Berücksichtigung salutogener Annahmen betrachtet. Nach einem abschließenden Fazit wird eine Reihe weiterführender Fragen zum Thema aufgeworfen.

Schlüsselwörter: Kultur, Konstruktivismus, Gesundheit, Salutogenese, Spiritualität, Verbundenheit

Einleitung

Blickt man zurück in die Geschichte der Menschheit, so zeigt sich, dass Kultur, Spiritualität und Gesundheit in einem Zusammenhang gesehen werden (Bou-Yhong Rhi, 2005). Im aktuellen Wissenschaftsdiskurs zeigt sich, dass der Zusammenhang dieser Themenfelder bisher wenig systematisch, aber mittlerweile interdisziplinär mit wachsendem Interesse erforscht wird (Klein, Berth & Balck, 2010).

Vielfältige Ansätze nähern sich dem Thema. Zwar existieren viele Artikel und Studien, die sich mit den Themen Kultur und Ge-

sundheit befassen, sie legen jedoch oftmals einen essentialistischen Kulturbegriff zu Grunde und verbleiben auf der Ebene, die Gesundheit(skonzepte) und ethnische bzw. rassische Zugehörigkeit beschreibt und interpretiert (z.B. Kirmayer, Simpson & Cargo, 2003). Weiterhin gibt es zahlreiche Studien, die sich mit Religion, Spiritualität und Gesundheit beschäftigen, dabei jedoch Religion und Spiritualität als Gesundheitsfaktoren im klinischen Gese-

undheitsfeld betrachten (z.B. Miller & Thoresen, 2003). Der vorliegende Artikel soll einen Beitrag dazu leisten, Kultur, Spiritualität und Gesundheit zu definieren und den Einfluss von Kultur und Spiritualität auf Gesundheit aufzuzeigen.

Kultur-Diskurse

Die Frage, was Kultur nun eigentlich sei, ist in der westlichen Wissenschaftsgeschichte disziplinenübergreifend vielfach diskutiert worden, bleibt jedoch bis heute nicht vollständig geklärt (Kreuter & McClure, 2004; Mayer, 2006). Nach herrschender Auffassung wird Kultur als ein allumfassendes System, das das Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln des Menschen prägt, bezeichnet. Dabei wird zwischen einem essentialistischen und konstruktivistischen Kulturbegriff unterschieden (Straub, 2007), wie im Folgenden erläutert wird.

Dem essentialistischen Kulturbegriff liegt ein primordiales Kulturverständnis zu Grunde, das Kultur als der Kommunikation vorgelagert betrachtet. In diesem Verständnis bestimmt die (z.B. nationale, soziale, ethnische) Herkunft die Kommunikation und der Fokus liegt auf der Erkenntnis von Unterschieden, die kulturkontrastiv beschrieben werden. Im Kontext dieses essentialistischen Kulturbegriffs ist es meist das Ziel, „andere“ Kulturen in ihrer Fremdheit zu verstehen und Irritationen im interkulturellen Kontakt zu vermeiden (z.B. Moosmüller, 2007; Straub, 2007). Bis heute gibt es zahlreiche Studien, die sich auf dieses Kulturverständnis berufen, das im Kern auf Johann Gottfried Herder (1994) zurückgeht und Kultur als ein geschlossenes, statisches, klares und in sich stimmiges System begreift. Dieses Kulturverständnis ist vor allem im kulturell-historischen Zusammenhang der Aufklärung zu sehen, in dem für Herder besonders kulturrelativistische Ansichten und eine kolonialkritische Haltung wichtig waren (Treichel & Mayer, 2011).

Der konstruktivistische Kulturbegriff hingegen ist orientiert an einem interaktionistischem Kulturverständnis. Hier steht die Annahme im Vordergrund, dass Kultur in der Kommunikation erzeugt wird und kulturelle Gemeinsamkeiten und Differenzen in der Kommunikation erschaffen werden (Mayer, 2011a). In diesem Verständnis geht es nicht um die Unterteilung von „wir“ und „die Anderen“, sondern darum, die Welt als komplexes Realitätskonstrukt zu verstehen, das aus unterschiedlichen, dynamischen Kulturen und kulturellen Netzen besteht, die sich immer wieder verändern und sich mehr oder weniger überschneiden bzw. miteinander im Kontakt sind (Mayer & Boness, 2004). Kultur ist somit als ein Konstrukt zu verstehen, das die Angehörigen einer Kultur in dem beeinflusst, was sie denken, wie sie denken und wie sie die Welt erleben und wahrnehmen. Kultur ist in diesem Sinn eine Möglichkeit, den eigenen Erfahrungen Sinn zu geben und das Erlernte an andere Individuen, Gruppen oder Generationen weiter zu vermitteln (Eckersley, 2007). Die Kultur wird somit zu einem Rahmengerber für die Konstruktion von Gesundheit und ist gleichzeitig Teil des Konstrukts Gesundheit. Von solch einem konstruktivistischen, dynamischen Kulturverständnis wird in diesem Artikel ausgegangen.

Spiritualität

Der Begriff der Spiritualität entstammt dem im 5. Jahrhundert auftretenden Diskurs des Neologismus, wurde im 20. Jahrhundert in der französischen Ordens-theologie aufgegriffen und trat im Deutschen erstmals in den 1940er Jahren auf (Balthasar, 1960). Seit den 1960er Jahren verbreitete sich der Begriff zunehmend, oftmals verstanden als eine „persönliche Bezugnahme auf „Gott“ oder „gottähnliches Transzendentes“ (Knoblauch, 2006:132). Dem englischen Begriff und Konzept „spirituality“ des 20. Jahrhunderts entnommen wird Spiritualität heute meist als eine sich auf innere Erfahrung berufende, vollmächtige und freigeistige Haltung gegenüber religiösen Fragen bezeichnet, die sich im Gegensatz zur

dogmatischen Religion traditioneller Christlichkeit sieht (Bochinger, 1994:286).¹

Der Umgang mit und der Ausdruck von Spiritualität sind durch die Kultur geprägt und beinhalten eine „entschiedene Orientierung an den subjektiven Erfahrungen, die als besonders und herausragend gedeutet werden“ und vor allem in der „alternativen Religiosität“ – das heißt in den nicht hegemonialen (östlichen, archaischen, okkulten, mystischen etc.) Traditionen der Religion – zu suchen sind (Knoblauch, 2005:123pp). Zudem verbinden sich in der Spiritualität die Distanz zur Dogmatik religiöser Großorganisationen und eine Tendenz zum Anti-Institutionalismus, welche die Autonomie des Individuums und den weltanschaulichen Individualismus betont. Nach Knoblauch (2005) schließt die Spiritualität eine starke Erfahrungsorientierung ein. Diese bietet die Möglichkeit, die funktionale Differenziertheit des weltlichen Daseins, also die analytisch-weltlich orientierte Sichtweise des Individuums, zu erweitern und die differenzierte Wahrnehmung von Wirklichkeitsausschnitten in einem ganzheitlichen Zusammenhang und im Kontext anderer Menschen zu deuten. Spiritualität wird für den Handelnden bisweilen sogar zu einem Alternativbegriff für die Religion (Knoblauch, 2005): Sie bekommt demnach eine große Bedeutung im Alltag vieler Menschen und ist somit eine Art Lebensphilosophie und wichtiger Bestandteil von Kultur. Spiritualität, wie sie oftmals verstanden wird, basiert jedoch auf individuellen Einstellungen und bezieht sich nicht unbedingt auf eine (soziale bzw. kulturelle) Gruppe und auf die Zugehörigkeit zu dieser. Gleichzeitig steht jedoch die Auffassung im Raum, dass Individualität und soziale Isolation, die in der westlichen Kultur stark ausgeprägt sind, nur überwunden werden können, wenn Spiritualität zu einem gemeinschaftlichen Erlebnis wird (Knoblauch, 2009). Wenn Spiritualität verstanden wird als ein tiefes intuitives, jedoch nicht immer bewusst ausgedrücktes Gefühl der Verbundenheit, als eine Erfahrung sowohl mit der Welt (Eckersley, 2007:54) als auch mit dem Transzendenten (Knoblauch, 2006:126), dann wird sie zu einer sozio-kulturell erlebten Dimension, die Gesundheit durch das Gefühl von Verbundenheit mit sich und anderen und Zugehörigkeit zum Ganzen fördern kann.

Spiritualität und ihre interdisziplinäre Erforschung sind zu wichtigen Themen geworden, die unter anderem auch in den Kultur- und Gesundheitswissenschaften auf wachsendes Forschungsinteresse stoßen (z.B. Jeserich, 2011). Besonders in der medizinischen, psychologischen und pflegewissenschaftlichen Fachliteratur zeigt sich seit den 1990er Jahren ein großer Anstieg von Publikationen, die sich auf (psychische) Gesundheit und Religion respektive Spiritualität beziehen (Klein, Berth & Balck, 2010:11). Im Folgenden sollen nun die Zusammenhänge von Kultur, Spiritualität und Gesundheit weiter betrachtet werden.

¹ Die Debatte um Abgrenzungen zwischen Spiritualität und Religion kann und soll an dieser Stelle nicht vertieft werden. Zur Vertiefung siehe Knoblauch (2006).

Gesundheit und Salutogenese

Die Gesundheit des Menschen ist durch viele unterschiedliche Quellen gespeist (Antonovsky, 1979). Sie zieht ihre Kraft aus sozialen, materiellen, kognitiven, emotionalen, kulturellen, persönlichen und spirituellen Ressourcen. Antonovsky (1979) benennt diese Ressourcen als generalisierte Widerstandsressourcen. Der Einfluss von Nahrungsmitteln, Bewegung und Schlaf, beispielsweise, bildet eine Basis für die körperliche, aber auch für die mentale und emotionale Gesundheit. Soziale Beziehungen, persönliche Anlagen, kulturelle Zugehörigkeiten und Prägungen sowie die spirituelle Verbindung zur Umwelt und ihre Wertigkeit beeinflussen die Gesundheit dynamisch auf unterschiedlichen Ebenen (Eckersley, 2007).

Was unter Gesundheit zu verstehen ist, ist bereits vielfach aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven erläutert und diskutiert worden (siehe z.B. Barth, Klein & Balck, 2010: 47ff). Dieser Diskurs soll hier nicht weiter geführt werden. Grundsätzlich wird in diesem Artikel von dem leitenden WHO-Gesundheitsbegriff ausgegangen, der Gesundheit als einen Zustand des „complete physical, mental and social well-being and not only the absence of disease and infirmity“ (WHO, 1948:2) definiert. Obwohl dieser Gesundheitsbegriff vielfach kritisiert wurde (siehe Singer & Brähler, 2007), dient er hier doch als Grundlage weiterer Ausführungen, da er körperliche, mentale und soziale Aspekte der Gesundheit und des Wohlergehens einschließt.

Als Aaron Antonovsky Ende der 1970er Jahre die Frage nach dem, was Menschen gesund erhält, stellte, schien das fast wie eine Revolution in den westlichen Medizinwissenschaften zu sein. Zumindest kündigte es ein Umdenken an, das sich bis heute erst langsam in die medizinische Praxis einzubringen vermag. Es war nicht nur eine medizinische, sondern vielmehr eine kulturelle Revolution, ging es doch zuvor im medizinischen Kontext eher um einen bio-medizinischen Ansatz mit einer Fokussierung auf das Somatische und das Pathologische als um das ganzheitliche Wohlergehen.

Die Salutogenese als „neues Modell“ der (medizinischen) Soziologie und später auch der positiven Gesundheitspsychologie basiert auf dem Konzept des Kohärenzgefühls, das als eine salutogene, kulturübergreifende und universelle Lebensorientierung verstanden wird (Antonovsky, 1979). Entsprechend geht Antonovsky davon aus, dass die Gesellschaft die Ausprägung des Kohärenzgefühls durch ihre Wertprioritäten – und somit durch wichtige Teilaspekte der Kultur – fördert bzw. hindert.

Das Kohärenzgefühl beeinflusst die (mentale) Gesundheit einer Person und hilft ihr, die Umwelt zu verstehen, sie zu handhaben und ihr einen Sinn zu verleihen. Zugleich beeinflusst eine verstehbare, handhabbare und sinnhafte Realität auch das Kohärenzgefühl. Insofern liegt der Salutogenese ein grundlegend konstruktivistischer Ansatz zu Grunde. Bisher ist jedoch nicht geklärt, ob das Kohärenzgefühl und seine drei Komponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) wirklich kulturübergreifend konstruiert werden und existent sind. Sollten diese Komponenten universell existieren, so stellt sich die Frage, welche Komponenten welchen Grad an Wichtigkeit erlangen und wenn ja, ob der jeweilige Einfluss kulturübergreifend ähnlich wichtig für die Gesundheit bzw. die Gesunderhaltung auf physischer, emotionaler, mentaler und spiritueller Ebene ist (Mayer, 2011).

Nicht nur hinsichtlich der Frage, ob die Salutogenese und das Konstrukt des Kohärenzgefühls dem Anspruch auf Universalität Stand hält und gerecht wird, sondern auch grundsätzlich ist das Konzept von Antonovsky nicht unumstritten (vgl. Schumacher & Brähler, 2002): Die Daten zur Gültigkeit von Antonovskys Annahmen weisen einige recht widersprüchliche Befunde auf, die es zu überprüfen bzw. zu klären gilt (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

In diesem Artikel sollen vor allem die Einflüsse von Kultur und Spiritualität auf die Gesundheit im Sinne des beschriebenen Verständnisses Beachtung finden. Im Folgenden werden Kultur und Spiritualität näher betrachtet und anschließend im Blick auf ihre Zusammenhänge mit Gesundheit reflektiert. Dies erscheint wichtig, da in den vergangenen Jahrzehnten vor allem soziale, weniger kulturelle und nur in geringerem Maße spirituelle Einflussfaktoren in Bezug auf die Gesundheit erörtert wurden (Eckersley, Dixon & Douglas, 2001). Jedoch kann festgestellt werden, dass das allgemeine und wissenschaftliche Interesse am Zusammenhang von Kultur und Gesundheit steigt (Eckersley, 2006).

Im Diskurs um Spiritualität und Gesundheit geht es einerseits um den Beitrag von Spiritualität zu einer globalen, inneren (individuellen) und äußeren (sozialen) (Friedens-)Kultur (Groff & Smoker, 1996) und somit im erweiterten Sinn um die Gesundheit. Andererseits geht es jedoch auch immer wieder um die Frage wie Spiritualität – als Teil der Kultur – mit der Gesundheit bzw. Gesundung in Verbindung steht (Johnston-Taylor, 2001). In diesem Artikel werden Kultur und Spiritualität im Zusammenhang mit Gesundheit im erweiterten Sinne betrachtet.

Kultur, Gesundheit und Salutogenese

Bisher existieren nur wenige Studien, die Kultur im konstruktivistischen Sinne auslegen und den Einfluss dieser auf die Gesundheit erforschen (Eckersley, Dixon & Douglas, 2001). Hinreichend gibt es jedoch Studien, die Kultur im essentialistischen Sinn definieren und entsprechend ethnische bzw. „rassische“ Klassifikationen als eine Dimension des sozio-ökonomischen Status und ihren Zusammenhang mit Gesundheit untersuchen (siehe z.B. Corin, 1994).

Gleichzeitig wird in dem aktuellen Diskurs um Kultur und Gesundheit immer wieder auf ausgewählte kulturelle Faktoren verwiesen, die auf die Gesundheit förderlich bzw. einschränkend wirken: Nach Eckersley (2007:55) beispielsweise, wirken in westlichen Gesellschaften besonders der Materialismus und der Individualismus der Spiritualität – und somit der Gesundheit – entgegen. Wenn individualistische Grundannahmen mit der Einstellung kombiniert werden, dass Individuen unabhängig von anderen Menschen sind, wird der Individualismus zu einer Bedrohung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen in einer Gesellschaft (Eckersley, 2005). Kulturgeprägte Veränderungen, wie die allgemeine Abwendung vom Christentum, das Aufleben von *New Age* Bewegungen mit individualistischen und übersteigertem Konsumverhalten sowie der Anstieg des religiösen Fundamentalismus, der besonders religiösen Autoritäten Macht zukommen lässt, wirken auf die Gesundheit und das Wohlbefinden (Eckersley, 2007:55). Sie gehen mit einer Verringerung der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung einher, die jedoch sehr wichtig für die Gesundheit sind. Im Sinne Erich Fromms (1976) sind Haben und Sein als Modi gegensätzlicher Lebenswelten definiert: Die Betonung sowohl des Konsums, als auch des Individualismus und der Befriedigung individueller Bedürfnisse in westlichen Gesellschaften stehen den menschlichen Bedürfnissen nach Sicherheit, Kompetenz und Selbstwert, Verbundenheit mit anderen, Autonomie und Authentizität entgegen und führen dazu, dass diese weitgehend unerfüllt bleiben. Konsumerismus und Materialismus sind weitgehend assoziiert mit Unzufriedenheit, Depression, Isolation, Angst, Wut und Entfremdung (Kasser, 2002) und wirken sich negativ auf Wohlbefinden und Gesundheit aus (Eckersley & Dean, 2002). Gleichzeitig zeigen Studien, dass Unterschiede im Einkommen eine Wirkung auf die Gesundheit haben: Je geringer das Einkommen, desto schlechter die Gesundheit (Lynch, Smith, Harper, Hillemeier, Ross, Kaplan & Wolfson, 2004). Dabei ist jedoch die Diskussion noch nicht abgeschlossen, ob es sich hierbei vorwiegend um (fehlende) materielle Ressourcen handelt, deren Abwesenheit die Gesundheit negativ beeinflussen oder ob es nicht auch psycho-soziale Faktoren sind, wie z.B. die Position in den sozialen Hierarchie oder die Wahrnehmung relativer sozialer und individueller Nachteile, die sich auf die Gesundheit auswirken (Lynch, Smith, Harper, Hillemeier, Ross, Kaplan & Wolfson, 2004). Geht man davon aus, dass psycho-soziale Faktoren wie Wahrnehmungen, Emotionen oder Erwartungen Einfluss auf die Gesundheit nehmen, so muss auch davon ausgegangen werden, dass kulturelle Faktoren gesundheitsbestimmend sind, da diese die psycho-sozialen Faktoren beeinflussen und prägen (Lazarus, 1991).

Kultur wird zu einem *Tool* des Ausdrucks neuer Annahmen, spiritueller Werte und der Umsetzung praktischer Handlungsoptionen, ganz im Sinne des oben beschriebenen konstruktivistischen Kulturbegriffs. Die Kultur kann somit dazu beitragen, Spiritualität im gesundheitsfördernden Sinne zu konstruieren, ihr Raum

zu geben und die kulturübergreifende Verbundenheit, jenseits von kulturellen oder religiösen Institutionen, zu stärken. Mit der Stärkung kulturübergreifender, netzwerkartiger Konstruktionen von Sinn und Gleichheit kann dann sozio-kulturellen Tendenzen wie Materialismus, Nationalismus und Territorialansprüchen entgegengewirkt werden. Eine aktuelle Studie (Mayer, 2011) zeigt beispielsweise, dass Manager unterschiedlicher kultureller Herkunft und Zugehörigkeit in internationalen Organisationen in Südafrika unterschiedliche kulturgeprägte Wertorientierungen vertreten, die im Zusammenhang mit Gesundheitskonzepten, Sinnhaftigkeit im Leben und Strategien der Lösung von Konflikten und Gesundheitsförderung bzw. Gesunderhaltung stehen. Gleichzeitig ist in zahlreichen Einzelfällen nachgewiesen, dass der kulturelle Umgang und die kulturelle Konstruktion von Sinnhaftigkeit und Spiritualität einen wichtigen Einfluss auf die subjektiv erlebte Gesundheit und das Wohlbefinden haben und diese komplexen Zusammenspiele zudem einen wichtigen Einfluss auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls nehmen (siehe Mayer, 2011). Andere Studien verweisen darauf, dass Kultur zur Definition des eigenen Gesundheitskonzeptes, des Wohlbefindens und der Gesundheitsstrategien beiträgt und im Kontext von Kultur und Spiritualität ein „gesunder“ Lebensstil angestrebt wird (Mayer & Boness, 2011): Kulturelle Werte sind als Wegbereiter zu verstehen für eine „gesunde“, das bedeutet eine ressourcenorientierte und ganzheitliche, Spiritualität. Werte, als Schlüsselkomponenten von Kultur, nehmen dabei eine besondere Rolle ein, da sie den sozio-kulturellen Rahmen dafür bieten, was in einer Kultur als richtig bzw. falsch, gut bzw. schlecht und angemessen bzw. unangemessen in Bezug auf die Gestaltung von Beziehungen, die Kreation von Sinnhaftigkeit und das Erleben von Gesundheit und Wohlbefinden gilt. Westliche Gesellschaften jedoch betonen gegenwärtig Werte, die einerseits den christlichen Werten wie z.B. Glaube, Hoffnung, Religion, Mitgefühl und Spiritualität entgegenstehen und andererseits zu einem Verfall „moralischer Klarheit“ (Eckersley, 2005:254) führen. Dieser Trend hat Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit, die Gesundheit und das Wohlbefinden. Studien zeigen, dass nicht nur, wie lange Zeit angenommen, das familiäre Umfeld einen besonders starken Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung hat, sondern vielmehr der „breite soziale Trend“ ausschlaggebend für die Ausprägung persönlicher Charakteristika ist (Twenge, 2000). Twenge, Zhang und Im (2004) zeigen auf, dass der Grad an Angst bei Kindern und der empfundene Kontrollverlust bei Studierenden in den USA in drei Jahrzehnten extrem angestiegen sind. Die Autoren führen dies auf den sozio-kulturellen Wertewandel mit steigendem Individualismus und größerer Freiheit, der sich verringernden sozialen Verbundenheit und einem Anstieg an umweltbezogener Bedrohungen zurück.

Deutlich wird der starke Einfluss von Kultur, kulturellen Faktoren und Werten sowie kulturgeprägten Gesellschaftstrends auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Es stellt sich nun die Frage,

wie Spiritualität als besonderer kultureller Faktor auf Gesundheit, Salutogenese und Wohlbefinden Einfluss nimmt und wirkt.

Spiritualität, Gesundheit und Salutogenese

Die Verknüpfung von Gesundheit/Salutogenese und Spiritualität/Religion hat im deutsch-sprachigen Raum bisher – vor allem im Vergleich zu den USA (Ellison & Levin, 1998) – wenig Beachtung gefunden (Jeserich, 2011).

Die in den letzten Jahren hervorgebrachten quantitativen Studien zum Zusammenhang von Religion und Gesundheit stellen fest, dass es einen möglichen Zusammenhang von Spiritualität/Religion und Kohärenzgefühl gibt. Auch die o.g. qualitativen Studien (Mayer, 2011, Mayer & Boness, 2011) verweisen auf enge Zusammenhänge von Spiritualität, Gesundheit und Kohärenzgefühl. Auch Antonovsky (1997:184) betont, dass Magie und Religion (parallel zur Philosophie und Kunst) zu den psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen zählen und einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit haben. Den Begriff der „Spiritualität“ soll er jedoch abgelehnt haben (Walach, 2009; in Jeserich, 2011:187). Dies kann im Bezug zur zeitlich-historischen Einbettung (2. Weltkrieg) und Antonovskys religiös-biographischem Bezug zum Judentum begründet sein (Kohls, 2010). Jeserich (2011–187–188) nimmt an, dass Antonovsky im Kontext von Salutogenese nicht von Spiritualität sprach, da er Spiritualität im Sinne der *New Age* Bewegung wohl als dysfunktional für den sozialen Zusammenhalt und somit als unzutraglich für die Salutogenese wahrnahm. Denn sowohl die holistische Gesundheitsbewegung als auch die *New Age* Bewegung der 1970er Jahre sind auf Ganzheitlichkeit sowie den Fokus auf das Innere und das Selbst ausgerichtet (Heelas, 1997), nicht jedoch auf die Gemeinschaft und ihre sozio-kulturellen Determinanten. Die individualisierte Spiritualität beinhaltet somit nicht unbedingt auch die „stresspuffernde Wirkung“ (Jeserich, 2011:188), die Antonovsky (1979) der Religion jedoch zuschrieb. Zudem lehnte Antonovsky die Fokussierung auf persönliche Charakteristika, auf das Innen und das Selbst, ab und betonte die soziokulturellen Determinanten auf der Makroebene, die er als wichtiger für die Gesundheit deklarierte (Jeserich, 2011:189). Denn ein stabiles kulturelles Umfeld, ein starker sozialer Zusammenhalt, kulturelle Stabilität und ein starker Familiensinn werden als extrem ausschlaggebend für die Ausbildung eines starken SOC betont (Antonovsky, 1987). Ein individueller, alleinig aus dem Individuum heraus ausgebildeter SOC ist für Antonovsky (1979) nicht möglich. Vielmehr schreibt er der Kultur einen starken Einfluss auf Personen und ihre Entwicklungsmöglichkeiten zu.

Interessant wird es jedoch, wenn man Spiritualität im Sinne von „Verbundenheit“ (Knoblauch, 2006), einer „broadest and deepest form of connectedness“ (Eckersley, 2007:54), versteht. Dabei geht es um die Verbundenheit mit der sozio-kulturellen Umwelt, der Natur, dem Kosmos oder einem transzendenten Wesen (Bucher, 2007).

In diesem Sinn kann Spiritualität als Verbundenheit zu einer kraftvollen Ressource werden, welche die persönlichen Umstände, die soziale Situation, die materielle Welt sowie die kulturellen Gegebenheiten transzendiert (Eckersley, 2007:54). Entsprechend würde sie zu einem sozio-kulturellen Träger von Gruppen- und Weltbildkohärenz und einer Ressource zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden werden.

Der Diskurs über die gesundheitsfördernde Wirkung von kulturellen Konzepten und Formen von Spiritualität ist jedoch nicht abgeschlossen (Klein, Berth & Balck, 2010). Allgemein akzeptiert scheint die Annahme zu sein, dass Spiritualität bzw. Religion Quellen der Sinnerfüllung sind, die zur Gesundheit beitragen können (Schnell, 2010). In einer Studie von Unterrainer, Ladenhauf, Wallner-Liebmann und Fink (2011) werden signifikante Korrelationen mittlerer Höhe des SOC und Maßen der Religiosität nachgewiesen und somit ein Zusammenhang von SOC und Religiosität empirisch belegt. Auch die Verarbeitung belastender Ereignisse kann durch spirituelles Erleben erleichtert werden (Mehner, 2006). In diesem Zusammenhang hat sich in der Palliativversorgung die spirituelle Begleitung (spiritual care) herausgebildet (Roser, 2009; Frick, 2010). Gleichzeitig werden die empirisch-wissenschaftlichen Beweise eines Zusammenhangs von Religion und Gesundheit als oberflächlich bewertet, da sie die Rolle von Kultur und Spiritualität und ihren Einfluss auf die Gesundheit lediglich streifen würden (Eckersley, 2007). Auch Tacey (2003) merkt an, dass säkularisierte Gesellschaften die Bedeutung von Spiritualität und ihre Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesundheit, ihr Transformationsvermögen als auch ihre unterstützende Funktion (noch) nicht erkannt hätten. Schließlich bleibt nur festzustellen, dass es stark von der kulturellen Zugehörigkeit, dem sozio-kulturellen Diskurs, der umgebenden Gesellschaft und ihrem Wertekonsens abzuhängen scheint (Huber, 2010), ob Menschen sich als religiös, spirituell, beides oder keines von beiden bezeichnen, und Spiritualität als einen möglichen Weg und einen Beitrag zu ihrer Gesunderhaltung bzw. -werdung sehen.

Fazit und Ausblick

Ziel dieses Artikels war es, Kultur, Spiritualität und Gesundheit unter der Berücksichtigung salutogener Annahmen zu definieren und ausgewählte Zusammenhänge darzustellen.

Es zeigt sich, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik und die Verbindung dieser drei komplexen Themengebiete viele Fragen offen lassen. Festzustellen ist lediglich, dass Kultur und Spiritualität einen Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls haben. Gleichzeitig werden diese Konzepte natürlich durch Kultur und kulturelle Einflüsse rekonstruiert und sind somit als kulturrelativistisch zu verstehen. Wie dieser Einfluss genau aussieht und wie die Konstrukte miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen ist bisher noch nicht eindeutig geklärt.

Eine Vielzahl von Fragen steht am Ende dieses kleinen Einblicks, wie z.B.:

- Welche Definitionen von Kultur und Spiritualität sind zuträglich für die Förderung von Gesundheit? Universell? Im westlichen Gesellschaftssetting?
- Wie lassen sich diese Definitionen und Konzepte im Alltag westlicher Gesellschaften rekonstruieren, um der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Individuen praktisch zuträglich zu sein?
- Welche empirisch-methodologischen Forschungen tragen zu einem erweiterten Verständnis des Zusammenspiels dieser drei Themengebiete bei? Welche Forschungsmethoden können gewählt werden, um neue Erkenntnisse zu generieren?
- Wie können unterschiedliche kulturelle Perspektiven – nicht nur westliche Forschungsansätze und -methoden – in die dargestellten Wissenschaftsdiskurse einbezogen werden? Welche nicht-westlichen Diskurse existieren überhaupt bereits?

Welche Kulturelemente sich langfristig und nachhaltig als gesundheitsfördernd für Individuen und kulturelle Bezugsgruppen herausstellen, dürfte vorläufig eine grundlegende offene Frage bleiben. ■

Claude-Hélène Mayer

Promotion (disc.pol.) in Ethnologie/Interkulturelle Didaktik an der Universität in Göttingen, PhD (Commerce) in Management, an der Rhodes University, South Africa, anschließend Post-doc Stelle (2007 und 2008). Seit 2009 Professorin für Interkulturelle Wirtschaftskommunikation an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg sowie Senior Research Associate an der Rhodes University, Grahamstown, Südafrika; Tätigkeiten als Systemische (Familien-) Therapeutin (SG); Systemaufstellerin; Mediatorin und Ausbilderin (BM); anerkannte Hypnosetherapeutin (TMI).

Arbeitsschwerpunkte:

Transkulturelles Konfliktmanagement und Mediation; Identität und Werte in Management und internationalen Organisationen; Gesundheit in transkulturellen Kontexten.

Veröffentlichungen:

Mayer, C.-H. (2006). Trainingshandbuch Interkulturelle Mediation und Konfliktlösung. Didaktische Materialien zum Kompetenzerwerb. Münster: Waxmann.

Mayer, C.-H. (2008). Trainingsfilm interkulturelle Mediation und Konfliktlösung. Didaktische Materialien zum Kompetenzerwerb. Münster: Waxmann.

Mayer, C.-H. (2011). The meaning of Sense of Coherence in Transcultural Management. Internationale Hochschulschriften Series. Münster: Waxmann.

Treichel, D. and Mayer, C.-H. (2011) (Eds.). Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenz. Münster: Waxmann.

Krause, C. & Mayer, C.-H. (2012 in press). Gesundheitsressourcen erkennen und fördern. Ein Trainingsprogramm für pädagogische Fach- und Führungskräfte. Göttingen: V&R.

Mayer, C.-H. & Boness, C. (2011). Managing transcultural conflicts in organisations. Training DVD and material. Münster: Waxmann.

Kontakt: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Wirtschaft, Berliner Tor 5, 20099 Hamburg; E-Mail: claudemayer@gmx.net



Literatur

- Antonovsky, A. 1979. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. 1987. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. 2001. Was erhält menschen gesund? Antonovskys modell der salutogenese – diskussionsstand und stellenwert. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6). Köln: Bundeszentral für gesundheitliche Aufklärung.
- Bucher, A.A. 2007. Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Balthasar, H.-U. von 1960. Spiritualität. In: Balthasar, H.-U., von (1960). Skizzen zur Theologie 1. Einsiedeln: 226–244.
- Barth, H., Klein, C. & Balck, F. 2010. Begriffsbestimmungen. Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Lebensqualität. In Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg). Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim: Juventa: 47–64.
- Bochinger, C. 1994. 'New Age' und moderne Religion. Gütersloh: Dr Kaiser/Gütersloher Verlagshaus.
- Bou-Yong Rhi M.D. 2005. Culture, spirituality, and mental health: the forgotten aspects of religion and health. Psychiatric clinics of North America, 24(3): 569–579.
- Corin E. 1994. The Social and Cultural Matrix of Health and Disease. In: Evans, Barer and Marmor (Eds.), Why are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations. New York: Aldine de Gruyter: 93–132.
- Eckersley, R.M. 2006. Is modern Western culture a health hazard? International Journal of Epidemiology, 35: 252–258.
- Eckersley, R.M. 2007. Culture, spirituality and health: looking at the big picture. Medical Journal of Australia, 186(10): 54–56.
- Eckersley, R.M. & Dear, K. 2002. Cultural correlates of youth suicide. Social Science & Medicine, 55:1891–1904.
- Eckersley, R.M., Dixon, J. & Douglas, B. 2001(eds). Culture, health and well-being. In Eckersley, R.M., Dixon, J. & Douglas, B. (eds). The social origins of health and well-being. Cambridge: Cambridge University Press: 51–70.
- Ellison, C.G. & Levin, J.S. 1998. The religion-health connection. Evidence, theory, and future directions. In: Health Education and Behaviour, 25: 700–720.
- Frick, E.S.J. 2010. Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung. In Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg). Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim: Juventa; 407–420.
- Fromm, E. 1976. To have or to be? New York: Harper & Row.
- Groff, L. & Smoker, P. 1996. Spirituality, religion, culture, and peace: exploring the foundations for inner-outer peace in the twenty-first century. The international

- journal of peace studies. http://www.gmu.edu/programs/icar/ijps/vol1_1/smo-ker.html
- Heelas, P. 1997. *The new age movement. The celebration of the self and the sacralization of modernity*. Malden: Blackwell.
- Herder, J.G. 1994/1774. Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit. In: Herder, J.G. 1994/1774. *Schriften zur Philosophie, Literatur, Kunst und Altertum 1774–1787*. Band 4. Frankfurt: Deutscher Klassiker Verlag.
- Huber, S. 2010. Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa:163–188.
- Jeserich, F. 2011. Antonovskys Religionsverständnis und dessen Verhältnis zu Konzepten von Spiritualität. Eine gesundheitswissenschaftliche und sozioethische Herausforderung. In: Hensen, P. & Kölzer, C. (Hrsg.). *Die gesunde Gesellschaft. Sozialökonomische Perspektiven und sozioethische Herausforderungen*. Wiesbaden: VS Verlag: 181–206.
- Johnston Taylor, E. 2001. Spirituality, culture, and cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 17(3): 197–205.
- Kasser, T. 2002. *The high price of materialism*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kirmayer L., Simpson, C. & Cargo, M. (2003). Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(1):15–23.
- Klein, C., Berth, H. & Balck, F. 2010. Zur Einführung. Die Relevanz von Religiosität und Spiritualität für die Gesundheitsforschung. In Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa: 11–24.
- Klein, C., Berth, H. & Balck, F. 2010(Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Knoblauch, H. 2005. "Einleitung: Soziologie der Spiritualität", in: *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 13: 123–131.
- Knoblauch, H. 2006. *Soziologie der Spiritualität*. *Zeitschrift für Religionswissenschaft*, 2: 123–133.
- Knoblauch, H. 2009. *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Kohls, N. 2010. Antonovskys Kohärenzgefühl – eine säkularisierte und psychologisierte Form von Spiritualität. In: Sigl, C. & Offenbächer, M. (Hrsg.). *Salutogenese. Gesundheit trotz chronischer Krankheit – Was tun, wenn man nichts mehr tun kann?* München: Pflaum: 51–76.
- Kreuter, M.W. & McClure, S.M. 2004. The role of culture in health communication. *Annual review of public health*, 25: 439–455.
- Lazarus, R.S. 1991. *Emotion und Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G.A. & Wolfson, M. 2004. Is income equality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*, 82(1): 5–99.
- Mayer, C.-H. 2006. *Trainingshandbuch Interkulturelle Mediation und Konfliktlösung*.
- Didaktische Materialien zum Kompetenzerwerb. Münster: Waxmann.
- Mayer, C.-H. 2011. *The meaning of Sense of Coherence in Transcultural Management*. Internationale Hochschulschriften Series. Münster: Waxmann.
- Mayer, C.-H. 2011a. „Culture is ...“ – das Alltagsverständnis von Kultur aus südafrikanischen Perspektiven. In: Treichel, D. & Mayer, C.-H. 2011 (Eds.). *Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen*. Waxmann Studium. Münster: Waxmann: 203–208.
- Mayer, C.-H. & Boness, C.M. 2004. *Interkulturelle Mediation und Konfliktbearbeitung. Bausteine deutsch-afrikanischer Wirklichkeiten*. Münster: Waxmann.
- Mayer, C.-H. & Boness, C. 2011. 'Concepts of health and well-being in managers: An organizational study', *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 6: 7143 - DOI: 10.3402/qhw.v6i4.7143, Available online (23.10.11) <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/7143/12895>
- Mehnert, A. 2006. Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen. Leitthema: Körper, Psyche, Spiritualität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* Volume 49, Number 8, 780–787,
- Miller, W.R & Thoresen, C.E. 2003. Spirituality, religion and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58(1):24–35.
- Moosmüller, A. 2007. *Interkulturelle Kommunikation aus ethnologischer Sicht*. In: Moosmüller, A. 2007. *Interkulturelle Kommunikation. Konturen einer wissenschaftlichen Disziplin*. Münster: Waxmann: 13–50.
- Roser, T. 2009. *Spiritual Care – neue Ansätze seelsorglichen Handelns. Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, 3: 81–90.
- Schnell, T. 2010. Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung. Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (2010)(Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Weinheim: Juventa: 259–272.
- Schumacher, J. & Brähler, E. 2002. Psychologische Aspekte akuter und chronischer Schmerzen. In E. Brähler & B. Strauß (Eds.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe:187–207.
- Singer, S. & Brähler, E. 2007. Die „Sense of Coherence Scale“. *Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Straub, J. 2007. *Kultur*. In: Straub, J. Weidemann, A. & Weidemann, D. (Hrsg.). *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart: J.B. Metzler:7–24.
- Tacey, D. 2003. *The spirituality revolution*. Sydney: Harper Collins.
- Treichel, D. & Mayer, C.-H. 2011. *Lehrbuch Kultur. Lehr- und Lernmaterialien zur Vermittlung kultureller Kompetenzen*. Münster: Waxmann.
- Twenge, J.M. 2000. The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79: 1007–21.
- Twenge, J.M., Zhang, L. & Im, C. 2000. It's beyond my control: a cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960–2002. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3):308–319.
- Unterrainer, H.F., Ladenhauf, K.H., Wallner-Liebmann, S.J. & Fink, A. 2011. Different types of religious/spiritual well-being in relation to personality and subjective well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21(2):115–126.
- Walach, H. 2009. *Persönliche Kommunikation mit Aaron Antonovsky*. 2. TASK-Tagung am 11.09.2009 in Israel.
- World Health Organization (WHO). 1948. *Constitution*. Geneva: World Health Organization.