

SIMONE EHM / MICHAEL UTSCH (HG.)

Kann Glauben gesund machen?

Spiritualität in der modernen Medizin



Evangelische Zentralstelle
für Weltanschauungsfragen

ZUR EINFÜHRUNG	3
Michael Utsch / Simone Ehm	
Glaube und Gesundheit	
Historische Zusammenhänge und aktuelle Befunde	5
Harald Walach	
Spiritualität als Ressource	
Chancen und Probleme eines neuen Forschungsfeldes	17
Arndt Büssing / Thomas Ostermann / Peter F. Matthiessen	
Spiritualität und Krankheitsumgang	
Befragungsergebnisse zu Patientenbedürfnissen	41
Linus S. Geisler	
Die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en als Ort für die heilende Dimension des Glaubens	53
Erhard Weiher	
Wie Seelsorge – und andere Professionen – spirituelle Ressourcen erschließen können	63
Monika Renz	
Spiritualität und die Frage nach dem, was heilt Erfahrungen und Visionen	72
ZU DEN AUTOREN	84

Zur Einführung

„Kann Glauben gesund machen?“ Diese Frage stand im Mittelpunkt einer Fachtagung der Evangelischen Akademie zu Berlin und der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen, die im September 2004 in der Diakonischen Akademie in Pankow stattfand. Dabei ging es nicht um den Glauben an die Selbstheilungskräfte des Organismus, auch nicht um den Glauben an die Wirkung bestimmter Therapieformen oder Medikamente, sondern um den Glauben an eine spirituelle Dimension des Heilungs- und Gesundungsprozesses: Spirituelle Haltungen, Übungen und Rituale zeigen – wie in vielen Studien erwiesen – eine positive Auswirkung auf unsere Gesundheit und unser Gesundwerden. Umso verwunderlicher, dass diese Dimension in unserem von der Wissenschaft geprägten Verständnis von Gesundheit und Krankheit bisher weitgehend übersehen wurde.

Wer sich mit dem Thema Spiritualität in der Medizin näher beschäftigt, stößt meist sehr schnell auf das Problem, dass es eine ganze Reihe von zum Teil sehr unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Spiritualität gibt. Verwechslungen mit der Parapsychologie, veränderten Bewusstseinszuständen oder dem Spiritismus kommen häufig vor. Weniger bekannt ist, dass bis ins Spätmittelalter mit Spiritualität die Verkündigung, Verbreitung und Vertiefung des christlichen Glaubens gemeint war. Heute verbindet wohl die Mehrzahl der Bevölkerung damit esoterische Inhalte. Deshalb sind Begriffsbestimmungen, wie sie im Beitrag von Harald Walach vorgenommen werden, unverzichtbar.

Ein näherer Blick auf wissenschaftliche Studien zeigt, dass bestimmte Glaubenshaltungen den Heilungsprozess günstig beeinflussen. Es liegen mittlerweile empirische Befunde dazu vor, welche Art von Spiritualität und Religiosität sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass angstmachende Gottesbilder oder fundamentalistisch eingestellte und strukturierte religiöse Gemeinschaften durchaus krankmachende Folgen haben können.

In diesem EZW-Text steht jedoch das Gesundheits- und Heilungspotential des Glaubens im Mittelpunkt. Zunächst verdeutlichen *Michael Utsch* und *Simone Ehm*, die diese Tagung als Veranstalter organisiert haben, historische Verbindungen zwischen Glaube und Medizin. Sie verweisen auf die Tatsache, dass die „religiöse“ Medizin der Schulmedizin vorangegangen ist, und gehen auf neue Studien ein, die deutlich für die Heilkraft des Glaubens sprechen, was am Beispiel einer verbreiteten religiösen Handlung – des Gebets – aufgezeigt wird.

Harald Walach referiert nach einigen wissenschaftstheoretischen Überlegungen weitere Studienergebnisse, die besonders den Stellenwert der Meditation als Komplementärmedizin stützen. Darüber hinaus wird eine interessante neue Studie vorgestellt, die belegt, dass der persönlichen spirituellen Praxis ein hoher Schutzfaktor im präventivmedizinischen Sinne zukommt.

Arndt Büssing und Kollegen haben sich in einer jüngst durchgeführten Untersuchung mit den religiösen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten befasst, die an Krebs und Multipler Sklerose erkrankt waren. Durch Fragebögen, die Religiosität und Spiritualität getrennt erfassten, konnten interessante Einzelbefunde erhoben werden, die im Text diskutiert werden.

Der Medizinethiker *Linus Geisler* untersucht in seinem Beitrag den Stellenwert von Glaubenshaltungen in der Arzt-Patient-Beziehung. Er plädiert für die standardisierte Erhebung einer „spirituellen Anamnese“, um die spirituellen Ressourcen eines Patienten vor Augen zu haben.

Der Krankenhausseelsorger *Erhard Weier* beschreibt Seelsorge als Begleitung und Beziehung, die ihrem Wesen nach die Tür zur Spiritualität öffne. Allerdings erfordere die spirituelle Unterstützung die Fähigkeit, an der Symbolsprache des Patienten anzuknüpfen. Ebenso sei Feingefühl nötig, angemessene Rituale zu (er-)finden und einzusetzen.

Monika Renz schließlich arbeitet die Grenzerfahrung einer lebensbedrohlichen Erkrankung als Chance heraus, wesentlich zu werden und zu sich selbst zu kommen. Dabei sei eine spirituelle Erfahrung – entgegen mancher neomodischer Beschreibung – weit mehr als nur Bewusstseinsweiterung. Im letzten könne der Mensch sich nicht selber heilen, sondern nur offen werden für eine gnadenhafte Berührung durch Gott.

Michael Utsch, im Mai 2005

Glaube und Gesundheit

Historische Zusammenhänge und aktuelle Befunde

Das Verhältnis von Leib- und Seelsorge in historischer Perspektive

Glaube und Heilung, Spiritualität und Medizin waren bis ins 17. Jahrhundert eng miteinander verknüpft. Im Altertum waren die Heiler Angehörige der Priesterklasse, und auch im Mittelalter wurde der Arztberuf von der Geistlichkeit ausgeübt. Mönche gründeten die ersten Hospitäler und versorgten die Kranken ihrer Umgebung. Religiöse Übungen und Rituale wie Opfer und Anbetung wurden gezielt zu physischen und psychischen Heilzwecken eingesetzt. Religiöse Heilweisen sind die Vorläufer der heutigen Medizin und Psychotherapie.

Erst mit der Aufklärung und dem Aufkommen der modernen Naturwissenschaften begann in unserer abendländischen Tradition eine allmähliche Trennung zwischen Glaube und Heilung. Seit Descartes hat sich in der Medizin die Auffassung durchgesetzt, als verlässlich gelte nur das, was durch das Auswerten empirischer Daten und mittels rationaler wissenschaftlicher Methoden erkennbar ist. Religiöse und spirituelle Erfahrungen ließen sich experimentell nur schwer nachweisen. Schließlich setzten sich in der abendländischen Tradition im Laufe der Zeit die Vertreter eines wissenschaftlichen Weltbildes durch. Diagnostische und therapeutische Konzepte wurden auf der Basis naturwissenschaftlicher Methodik entwickelt. Das Zusammenspiel naturwissenschaftlicher Methoden und Prinzipien und eine Vielzahl technischer Errungenschaften verhalf der Medizin zu so ungeahnten Erfolgen, dass ihr nach und nach der Alleinanspruch auf den Bereich der Heilung übertragen wurde.

In vielen anderen Kulturen sind Medizin und Spiritualität weiterhin eng miteinander verknüpft. Die Naturreligionen legen bis heute Zeugnis von dem Zusammenhang zwischen dem persönlichen Wohlbefinden und der Verehrung einer höheren Macht ab. In Anknüpfung an dieses Verständnis ist etwa im Schamanismus bei einer körperlichen Heilung das Seelenheil eingeschlossen.

In unserem Kulturkreis wurde das naturwissenschaftlich dominierte Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den letzten Jahrzehnten zunehmend erweitert: Vor allem psychische und soziale Faktoren wurden in die Vorstellung von Heilung und Gesundheit integriert. Doch obwohl der naturwissenschaftlich geprägte Gesundheits- und Krankheitsbegriff einem so deutlichen Wandel unterlag, blieb die spirituelle Dimension von Heilung und Gesundheit außen vor. Um es zugespißt auszudrücken:

Lange Zeit wurde es hingenommen, dass die Seelsorge primär als Vermittlerin von christlichen Tugenden wie Trost, Geduld, Vertrauen, Hoffnung oder Demut diene, ohne ihre kurativen Aspekte im Gesamtprozess des Heilungsgeschehens zu bedenken und bewusst einzubringen.

Interessanterweise wurde diese Entwicklung in Deutschland von den beiden großen Kirchen ebenso wie von einem Großteil der öffentlichen Bereiche weitgehend akzeptiert. Eine Verknüpfung und konstruktive Zusammenarbeit von Spiritualität und Medizin wurde der Komplementär- und Alternativmedizin überlassen und tritt hier nicht selten in dubioser Erscheinung zutage.

Bei der Beschäftigung mit alternativen Heilverfahren – seriösen wie zweifelhaften – springt schnell ins Auge, dass diese auf bestimmten Weltanschauungen gründen. So basiert zum Beispiel die Akupunktur auf der ganzheitlichen Herangehensweise der traditionellen chinesischen Medizin. Das Krankheits- und Gesundheitsverständnis der anthroposophischen Medizin ist ohne die geisteswissenschaftliche Anthroposophie als Erkenntnismethode der Natur und des Menschen kaum nachzuvollziehen. Dass auch unserer modernen Medizin eine bestimmte Weltanschauung zugrunde liegt, die das Selbstverständnis der Behandelnden und ihre Wahrnehmung des gesunden und kranken Menschen bestimmen, fällt vielen von uns auf den ersten Blick nicht mehr auf. Das naturwissenschaftlich-technisch geprägte Weltbild der Schulmedizin stößt zwar seit ihren Anfängen im letzten Jahrhundert auf Kritik, ist uns aber dennoch auf eine beruhigende Weise vertraut.

Erst in den letzten Jahren zeigen sich in der Medizin, Psychologie und auch der Theologie verstärkt Bemühungen, Spiritualität und Religiosität wieder stärker in den Gesamtheilungsprozess zu integrieren.¹ Die großen Kirchen werden mit dem Zusammenhang von Glaube und Heilung heute von verschiedenen Seiten konfrontiert. Ja, das therapeutische Potenzial etwa der christlichen Gemeinschaft oder des Fürbittgebets werden manchmal regelrecht eingefordert. Pfingstkirchen, vor allem in Afrika, Lateinamerika und Asien, locken mit ihren Heilungsveranstaltungen eine große Zahl von Menschen an. Das enorme Wachstum christlicher Gemeinden in China hat offensichtlich wesentlich damit zu tun, dass sich diese Gemeinschaften intensiv dem Thema „Glaube und Heilung“ widmen.

¹ M. Utsch: Religiöse Fragen in der Psychotherapie. Psychologische Zugänge zu Religiosität und Spiritualität, Stuttgart 2005; W. Gollwitzer-Voll: „...macht Kranke gesund!“ Heilen als Aufgabe der Kirche, München 2004.

Kann Glauben gesund machen? Empirische Befunde

Neuere amerikanische Studien weisen darauf hin, dass sich bestimmte Glaubenshaltungen heilsam sowohl auf körperliche Krankheiten, psychische Störungen als auch seelische Erkrankungen auswirken.

Somatische Erkrankungen:

Über 1200 amerikanische Studien belegen, dass zwischen körperlicher Gesundheit und einem persönlichen Glauben ein positiver statistischer Zusammenhang besteht, den man kausal interpretieren kann.² Das heißt: wer glaubt, ist gesünder, verfügt über mehr Bewältigungsstrategien und genießt eine höhere Lebenszufriedenheit und sogar eine höhere Lebenserwartung.

Psychische Störungen:

2616 Zwillinge wurden zum Ausmaß ihrer Religiosität und zu psychischen Störungen befragt.³ Es wurden sieben Dimensionen der Religiosität identifiziert (generelle und soziale Religiosität, Vatergott, Richter Gott, Vergebung, Dankbarkeit, Versöhnungsbereitschaft). Dabei zeigte sich, dass bestimmte religiöse Faktoren wie generelle Religiosität und Vergebung mit einem geringeren Risiko für Angst- und Panikstörungen verbunden waren. Andere religiöse Faktoren wie soziale Religiosität und Dankbarkeit ergaben ein geringeres Risiko für Suchterkrankungen.

Psychische Erkrankungen:

In einer Meta-Analyse von 147 Studien mit insgesamt knapp 100.000 Personen zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Depressivität zeigte sich, dass stärker ausgeprägte Religiosität mit weniger depressiven Symptomen einhergeht.⁴ Dieser Befund trat unabhängig von Alter, Geschlecht oder ethnischer Gruppe der untersuchten Personen ein. Am stärksten erwies sich der Religiositäts-Depressions-Zusammenhang bei Personen, die sich in akuten Stress-Situationen befanden.

Die zum Teil höchst erstaunlichen Befunde stellen den kausalen Determinismus eines streng naturwissenschaftlichen Weltbildes radikal in Frage. Ob und wie allerdings die Auswirkungen religiöser Rituale überhaupt genau zu erfassen und messbar sind, ist nach wie vor umstritten. Gerade in der sozialwissenschaftlichen Erforschung religiöser Phänomene ist eine genaue Klärung der Hypothesen, methodischen Rahmenbedingungen sowie der Dateninterpretation nötig. Sonst kann ein Forscher Gefahr laufen, unbewusst die eigenen Glaubensüberzeugungen bewahrheiten zu

² H. Koenig, M. McCullough, D. Larson: Handbook of Religion and Health, New York 2001.

³ K.S. Kendler et al.: Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders, *American Journal of Psychiatry* 160 (2003), No.3, 496-503.

⁴ T.B. Smith; M.E. McCullough, J. Poll: Religiousness und Depression, *Psychological Bulletin* 129 (2003), No.4, 614-636.

wollen – etwa Glauben als eine Illusion zu entlarven oder einen psychologischen „Gottesbeweis“ zu liefern.

Religiös bedingte Heilungen interessieren zunehmend die Medizin. Seit einigen Jahren beschäftigen sich besonders amerikanische Gesundheitsforscher intensiver mit den gesundheitsförderlichen Aspekten traditioneller Religiosität. An über 70 der 126 medizinischen Fakultäten in den USA gehören deshalb Vorlesungen und Seminare über Religion, Glaube und Gesundheit zum Pflichtprogramm. Nachdem in den 1990er Jahren das Konzept „Spiritualität“ als Gesundheitsfaktor vermehrt medizinisches Interesse auf sich zog, wird heute mittlerweile (wieder) nach den religiösen Wurzeln des Heilens gefragt.⁵ Neuere Forschungsarbeiten weisen eindeutig auf die Heileffekte von Gebeten und anderen religiösen Ritualen hin, auch wenn deren Wirkprinzip (noch) nicht erklärt werden kann. Kürzlich ist das Themenheft „Spirituality, Health, and Religion“ einer angesehenen medizinischen Fachzeitschrift erschienen, in dem renommierte Fachleute den aktuellen Forschungsstand etwa zur religiösen Krankheitsbewältigung bei Aids und Krebserkrankungen und den Einfluss der Religiosität auf ein zufriedenes Altwerden und die Sterblichkeit referieren.⁶ Heilsame Wirkungen der Religiosität und Spiritualität werden von Religionspsychologen heute besonders in der sozialen Unterstützung der Glaubensgemeinschaft, einem spezifischen religiösen Bewältigungsverhalten sowie den Auswirkungen des Verzeihens und des Gebets vermutet.⁷

Umfragen zufolge glauben etwa zwei Drittel der amerikanischen Hausärzte an die Heilkraft des Glaubens.⁸ Immer mehr Ärzte schließen deshalb in ihre Anamnese die religiöse Biographie und die aktuellen Glaubensüberzeugungen ihrer Patienten mit ein.⁹ Das Bedürfnis von Patienten, mit den behandelnden Ärzten auch über religiöse und spirituelle Fragen zu sprechen, scheint Umfragen zufolge groß zu sein.¹⁰ Im amerikanischen Bundesstaat Ohio wurden 921 Patienten in Wartezimmern zu ihren

⁵ D. Hall, H. Koenig, K. Meador: Conceptualizing religion: how language shapes and constrains knowledge in the study of religion and health. *Perspectives in Biology and Medicine* 47 (2004), No.3, 386-401.

⁶ *Southern Medical Journal* Vol. 97, Nr. 12 (2004), „Themenheft Spirituality, Health, and Religion“.

⁷ N. Krause: Religion, Aging, and Health: Exploring New Frontiers in Medical Care, *Southern Medical Journal* 97 (2004), No.12, 1215-1222.

⁸ M.H. Monroe, D. Bunyue, et al.: Primary Care Physician Preferences Regarding Spiritual Behavior in Medical Practice, *Archives of Internal Medicine* 163 (2003), 2751-2756.

⁹ H.G. Koenig: Taking a Spiritual History, *Journal of the American Medical Association* 291 (2004), No.23, 2881; W. Larimore, M. Parker, M. Crowther: Should Clinicians Incorporate Positive Spirituality into their Practices? What does the Evidence Say?, *Annals of Behavior Medicine* 24 (2002), No.1, 69-73; A.B. Astrow, D.P. Sulmasy: Spirituality and the Patient-Physician Relationship, *Journal of the American Medical Association* 291 (2004), No.23, 2884.

¹⁰ P.A. Clark, M. Drain, M. Malone: Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs, *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29 (2003), No.12, 659-670; M.R. Ellis, J.D. Campbell: Pa-

Wünschen und Erwartungen befragt, ob und wann der Arzt religiös-spirituelle Themen ansprechen sollte.¹¹ Bei lebensbedrohlicher Krankheit (77 Prozent), ernsthaften gesundheitlichen Störungen (74 Prozent) und dem Verlust eines Angehörigen (70 Prozent) waren klare diesbezügliche Erwartungen vorhanden. Die Patienten glaubten, dass die Information über die Glaubenshaltung des Patienten dem Arzt helfen könne, realistischer Hoffnung zu vermitteln (67 Prozent) und sogar die medizinische Behandlung entsprechend zu ändern (62 Prozent). Die Bereitschaft der Patienten, solche Themen von sich aus anzusprechen, hängt allerdings von der Sensibilität, dem Respekt und der Haltung des Arztes zu Religion und Spiritualität ab.¹²

Religiöse „Medizin“: Fürbittgebete und Fernheilung im Vergleich

Nun sind Fragen der Werthaltungen und Glaubensüberzeugungen in hohem Maße kulturabhängig. Die amerikanische Religionskultur ist mit dem „alten Europa“ nicht vergleichbar. Deshalb verbietet es sich, die beeindruckenden Forschungsergebnisse amerikanischer Religionspsychologie unhinterfragt auf Deutschland zu übertragen. Beispielsweise ist bei den Deutschen das Beten nicht sonderlich beliebt. So beten – laut der 13. Shell Jugendstudie aus dem Jahr 2000 – nur 8 Prozent der männlichen jugendlichen Gottesdienstbesucher auch persönlich. Nach einer neuen, repräsentativen Ennid-Befragung glauben bundesweit knapp zwei Drittel aller Deutschen an Gott. Allerdings halten davon nur 59 Prozent eine Kontaktaufnahme mit Gott für möglich. Das heimliche Verlangen danach ist dennoch groß. Wie das Institut für Demoskopie Allensbach im Jahr 2002 ermittelte, haben 66 Prozent der West- und 57 Prozent der Ostdeutschen manchmal das Bedürfnis nach Augenblicken der Ruhe, des Gebets, der inneren Einkehr oder etwas Ähnlichem. Hingegen erlebt das Gebet in den USA seit einigen Jahre einen beachtlichen Bedeutungszuwachs: Drei Viertel der erwachsenen Amerikaner beten mindestens einmal die Woche, mehr als die Hälfte sogar täglich. Jeder zweite der 34- bis 49-jährigen US-Bürger hat zum täglichen Gebet zurückgefunden, und 95 Prozent glauben, dass Gebete beantwortet werden.¹³

tients' Views about Discussing Spiritual Issues with Primary Care Physicians, *Southern Medical Journal*, 97 (2004), No.12, 1158-1164.

¹¹ G. McCord, V. Gilchrist, et al.: Discussing Spirituality with Patients: A Rational and Ethical Approach, *Annals of Family Medicine* 2 (2004), No.4, 356-361.

¹² H.G. Koenig: Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, *Southern Medical Journal* 97 (2004), No.12, 1194-1200.

¹³ G. Gallup, D. Lindsay: Surveying the Religious Landscapes. Harrisburg 1999.

Im Folgenden werden Befunde über die Wirkungen des Gebets – der wohl populärsten religiösen Handlung – dargestellt. Der wissenschaftliche Streit um die Effektivität des Betens ist voll entbrannt. Seit einigen Jahren wird die sogenannte Fernheilung – unabhängig vom weltanschaulichen Standpunkt – intensiv erforscht. Zwischen 2002 und 2004 wurde eine europaweite Studie durchgeführt, bei der 400 Geistheiler sechs Monate 400 Patienten „fernbehandelten“. Der Heiler hatte keinen Kontakt zum Patienten, sondern erfuhr lediglich dessen Vornamen und erhielt eine Photographie des Betroffenen. Als Patienten wurden zu der Studie Personen zugelassen, die entweder am chronischen Müdigkeitssyndrom oder einer vielfachen Chemie-Unverträglichkeit litten. Der Grund für die Wahl dieser eher exotischen Störungen lag nach Angaben der Forscher darin, dass viele Heiler behaupten, dabei gute Erfolge zu haben. Das strenge Forschungsdesign teilte die Patienten vier Gruppen zu, um den häufig zur Erklärung herangezogenen Placebo-Effekt kontrollieren zu können: Entweder sie bekommen Fernheilung oder nicht, entweder wissen sie darüber Bescheid oder nicht. Die Seriosität der Studie ist an der Finanzierung ablesbar: der Projektleiter Harald Walach und Kollegen haben dafür 300.000 Euro aus einem europäischen Forschungsfond einwerben können.¹⁴ Zwar sind die Ergebnisse der Studie noch nicht publiziert, aber Herr Walach berichtete in einem persönlichen Gespräch von signifikanten Unterschiedswerten.

In einer anderen, bereits abgeschlossenen Studie untersuchte eine kalifornische Psychiaterin 37 Männer und drei Frauen mit AIDS.¹⁵ Für die Hälfte von ihnen beteten 20 Freiwillige in den USA und Kanada zehn Wochen lang jeweils eine Stunde täglich. Den Gesundbetern gab man wie in anderen Studien ein Foto sowie den Vornamen des/der Erkrankten, um eine bessere „geistige Verbindung“ herstellen zu können. Anders als bei der klassischen Studie von Byrd, in der die Wirksamkeit christlicher Fürbitte bei Herzinfarktpatienten belegt werden konnte,¹⁶ war Targ an den Effekten nicht nur christlicher, sondern allgemeiner spiritueller Interventionen interessiert. Deshalb gehörten die Fernbeter acht verschiedenen religiösen oder spirituellen Gruppen an – vom Christentum über Judentum und Buddhismus bis hin zum Schamanismus. Nach einem Rotationssystem wurde jeder Patient in jeder Woche von einem anderen Fernbeter spirituell „behandelt“. Die Ergebnisse: In der Zahl der Helferzellen, die als

¹⁴ H. Walach, H. Bösch, E. Haraldsson, et al.: Efficacy of Distant Healing – a Proposal for a Four-Armed Randomized Study (EUHEALS), *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 9 (2002), 168-176.

¹⁵ F. Sicher, E. Targ, et al.: A randomized double-blind study for the effect of distant healing in a population with advanced AIDS, *Western Journal of Medicine* 169 (1998), No.6, 356-363.

¹⁶ R.B. Byrd: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population, *Southern Medical Journal* 81 (1988), 826-829.

Gradmesser für die Stärke des Immunsystems gelten, gab es keine Unterschiede. Allerdings litt die Behandlungsgruppe (für die gebetet wurde), weniger häufig an neuen Sekundärinfektionen, ging seltener zum Arzt, lag weniger oft im Krankenhaus und war insgesamt optimistischer eingestellt, obwohl weder Ärzte noch Patienten wussten, wer zur Behandlungs- und wer zur Kontrollgruppe gehörte.

Dabei steht der christliche Glaube im Horizont der Weltanschauungen nicht schlecht da. Hier ist auf eine Pilotstudie der renommierten Duke-Universität zu verweisen, die bei 150 Patienten mit instabilen Koronar-Symptomen vier unterschiedliche geistige Verfahren anwandten.¹⁷ Neben einer Entspannungsmethode, einer Imagination und Handauflegen war die durch christliche Fürbitte „behandelte“ Gruppe diejenige mit den wenigsten Komplikationen.

Inzwischen liegen zwei Meta-Analysen vor, die alle durchgeführten Studien gesichtet und zusammengefasst haben. In einer wurden aus 100 Studien 23 methodisch hochwertige Untersuchungen ausgewählt. Diese wurden den Kategorien Gebet, therapeutisches Handauflegen und andere Formen der Fernheilung zugeordnet. Weil bei 57 Prozent aller Untersuchungen eine heilende Wirkung festgestellt werden konnte, empfiehlt diese Arbeit der Schulmedizin weitere Forschungen.¹⁸

Eine weitere, kürzlich publizierte Übersichtsstudie wählte systematisch alle publizierten Untersuchungen der Jahre zwischen 1956 und 2001 aus, die den strengen wissenschaftlichen Kriterien entsprechen.¹⁹ Die Forscher fanden 45 klinische und 45 Laborstudien, die zum Thema Fernheilung (hauptsächlich Fürbittgebet oder Geistheilung) und therapeutisches Handauflegen (hauptsächlich Reiki oder Therapeutic Touch) durchgeführt worden waren. Von den klinischen Studien wiesen 70 Prozent positive Effekte vor, bei den Laborstudien waren es 62 Prozent. Negative Effekte fanden sich bei 9 Prozent der klinischen und 33 Prozent der Laborstudien. Trotz der erstaunlich hohen Wirksamkeitsnachweise machen die Forscher präzise auf Mängel im Studienaufbau und auf statistische Fehler aufmerksam, um bei künftigen Forschungen noch genauere Ergebnisse erzielen zu können. Jedenfalls liefert die streng empirische Forschung eindeutig Indizien dafür, dass Fürbittgebet und Geistheilung „überzufällig“ – genauer zwischen 57 und 70 Prozent – wirken, also in jedem Fall mehr als die zufälligen 50 Prozent.

¹⁷ M.W. Krucoff, S.W. Crater, C.L. Green, et al.: Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes, *American Heart Journal* 142 (2001), No.5, 760-767.

¹⁸ J.A. Astin, E. Harkness, E. Ernst: The efficacy of „distant healing“: a systematic review of randomized trials, *Annals of Internal Medicine* 132 (2000), 903-910.

¹⁹ C.C. Crawford, A.G. Sparber, W.B. Jonas: A Systematic Review of the Quality of Research on Hands-On and Dinstance Healing, *Alternative Therapies* 9 (2003), No.3, 96-104.

Welche Heilwirkungen zeigen Glaubensüberzeugungen?

Regelmäßiges Beten, so belegen also empirische Studien ziemlich eindeutig, geht mit einem besseren körperlichen und seelischen Gesundheitszustand einher.²⁰ Ganz in diesem Trend hat das populäre Fachblatt „Psychologie Heute“ ihre März-Ausgabe dem Thema „Glaube und Gesundheit“ gewidmet. Herausgeber Heiko Ernst bestätigte in seinem Editorial das wissenschaftliche Interesse an der Erforschung spiritueller Heilkräfte. Gleichzeitig gab er aber auch die Bedenken der EZW weiter, die „vor einer pauschalen Be- oder Verurteilung einschlägiger Forschung warnt“.²¹ Machen Glaubenshandlungen wie das Gebet automatisch gesund und glücklich, wirken dabei nur Placebo-Kräfte und positives Wunschenken, oder kommen gar magisch-okkulte Kräfte ins Spiel?

- Nein, nicht jeder Glaube wirkt positiv und gesundheitsförderlich, es gibt auch schädliche und sogar krankmachende Gottesbilder. Die Tönung und Qualität der Gottesbeziehung entscheidet über die entwicklungsförderlichen oder hinderlichen Folgen.
- Neuere, methodisch streng vorgehende Untersuchungen haben den Placebo-Effekt isoliert und weisen darauf hin, dass der Glaube Heilkräfte freisetzen kann, die eindeutig über die Placebo-Wirkung hinausgehen.
- Welche Kräfte oder Energien man für diese unerklärlichen Wirkungen verantwortlich macht, ist eine Frage der persönlichen Weltanschauung. Aus christlicher Sicht ist festzuhalten, dass sich der Bereich der Schöpfung weit über das naturwissenschaftlich Messbare hinaus erstreckt. Nicht jedes außergewöhnliche Geschehen ist gleich auf übersinnliche Kräfte oder okkulte Mächte zurückzuführen! Deshalb kann christlicher Glaube mit einem konkreten Eingreifen Gottes in die menschliche Wirklichkeit rechnen, das nicht an Naturgesetze gebunden ist.

Immer wieder werden neue Erklärungsmodelle vorgestellt, die in der Heilkraft des Gebets natürliche Mechanismen am Werk sehen.²² Demgegenüber bezweifelt der Physiker Martin Lambeck, dass ein Mensch „allein durch Denken (mental) Wirkungen

²⁰ M.E. McCullough, D.B. Larson: Prayer, in: R. Miller (Ed.), *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy. Theory and Technique*, New Jersey 1999, 85-110; L.K. George, C.G. Ellison, D.B. Larson: Explaining the Relationships Between Religious Involvement and Health, *Psychological Inquiry* 13 (2002), No.3, 190-200.

²¹ H. Ernst: Credo consolans: Ich glaube, ich werde gesund, *Psychologie Heute* 32 (2005), Nr.3, 3.

²² W. v. Loucadou: The Model of Pragmatic Information (MPI), *European Journal of Parapsychology* 11 (1995), 58-75; J.S. Levin: How prayer heals: a theoretical model, *Alternative Therapies and Health Medicine* (1996), No. 2, 66-73; D. Aldridge: Prayer and spiritual healing in medical settings. *The International Journal of Healing and Caring* 1 (2001), No.1; H. Atmanspacher, H.

außerhalb des eigenen Körpers hervorbringen oder Informationen aus der Umwelt aufnehmen“ kann.²³ Beide Standpunkte hinterfragt der christliche Glaube: Gott als der Schöpfer allen Lebens besitzt nämlich aus biblisch-theologischer Perspektive selbstverständlich „übernatürliche“ Fähigkeiten, weil er nicht der natürlichen Schöpfungsordnung und den Naturgesetzen unterliegt.

Theologische Kritik an der „Glaubensmedizin“

Helfen solche statistisch harten Fakten, wie sie oben dargestellt wurden, wirklich weiter? Der Baseler Arzt Jakob Bösch, der bei manchen Krankenbehandlungen selber eine Geistheilerin mit einbezieht und in einer mit staatlichen Mitteln geförderten Untersuchung die Heileffekte der Geistheilung bei unfruchtbaren Frauen untersucht, könnte sich über solche Zahlen eigentlich freuen, unterstützen sie doch seine Intention einer Erweiterung des rein schulmedizinischen Denkens. Allerdings hat er gegenüber einem derartigen Forschungsvorgehen schwerwiegende Einwände geltend gemacht. Denn er bezweifelt, dass die herkömmlichen Forschungsmethoden weiterführende Erkenntnisse liefern: „Als Folge der mechanistischen Wirksamkeitsvorstellungen können gerade wesentliche Wirkungen verpasst oder verschleiert werden... In doppelblinden, kontrollierten Studien wird Gott – so scheint es – zum Helfer des vordergründigen Körper-Reparaturbetriebs gemacht.“²⁴ Mit demselben Argument kritisieren auch andere Evaluationsforscher die Zahlengläubigkeit der empirischen Forschung.

Wäre es nicht an der Zeit, so fragt Harald Walach, den „subtilen Materialismus, dem viele Komplementärmediziner verhaftet sind, mit selbstkritischen Augen zu betrachten? Wäre es nicht nötig, ein Gegengewicht zu setzen zum überwältigenden materialistischen Weltbild, das die moderne Medizin implizit vermittelt?“²⁵ Andere Kritiker weisen mit Recht darauf hin, dass gerade im hochreligiösen Amerika bei der jeweiligen Kontrollgruppe nicht ausgeschlossen werden kann, dass nicht doch ein Freundeskreis, ein entferntes Familienmitglied oder die Kirchengemeinde für die Genesung bete – und damit das Ergebnis verfälsche.

Römer, H. Walach: *Weak Quantum Theory: Complementarity and Entanglement in Physics and Beyond*, *Foundations of Physics* 32 (2002), No.3, 379 – 407; L. Dossey: *How Healing Happens: Exploring the Nonlogical Gap*, *Alternative Therapies in Health and Medicine* 8 (2002), No.2, 103-110.

²³ M. Lambeck: *Irrt die Physik? Über Alternativmedizin und Esoterik*, Freiburg 2003, 31.

²⁴ J. Bösch: *Spirituelles Heilen und Schulmedizin. Eine Wissenschaft am Neuanfang*, Bern 2002, 137.

²⁵ H. Walach: *Komplementärmedizin – subtiler Materialismus? Oder: die Frage nach dem Bewusstsein*, *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 9 (2002), 267.

Zugegeben: Die empirischen Befunde der Glaubensmedizin wirken verführerisch, weil sie eine funktionale Vereinnahmung und instrumentale Nutzung des Gebets suggerieren. Deshalb müssen die Zusammenhänge und Argumentationen genau angeschaut werden. Denn in einigen neureligiösen Gruppen wie bei Christian Science, dem Universellen Leben oder dem Bruno-Gröning-Freundeskreis, aber auch in christlich-charismatischen Randgruppen wird einer naiven Heilungsmagie gehuldigt. Diese können zwar kurzfristige Effekte vorweisen, eine nachhaltige und bleibende Veränderung jedoch nicht dokumentieren. Während aus biblisch-theologischer Sicht das glaubensvolle Vertrauen auf die voraussetzungslose Güte Gottes setzt, will magisches Denken eigenmächtig Kontrolle ausüben.

Kann das Gebet als ein hochpotentes Medikament ohne Nebenwirkungen angesehen werden? Angesichts der zahlreichen statistischen Indizien für die heilsamen Funktionen des Glaubens wurde in einer medizinischen Fachzeitschrift ernsthaft darüber diskutiert, ob Ärzte religiöse Tätigkeiten verordnen sollen. Schlussendlich überwog jedoch die Skepsis. Der wichtigste Einwand war der Hinweis auf eine drohende Trivialisierung der Religion. Religion dürfe nicht instrumentalisiert und getestet oder „verordnet“ werden wie ein Antibiotikum.

Aus theologischer Sicht wird entschieden protestiert, wenn eine funktionale Vereinnahmung des christlichen Glaubens droht. Die auf den ersten Blick paradox anmutende Zielperspektive evangelischer Spiritualität überschreibt Hans-Martin Barth mit dem Motto „Gott Gott sein lassen“ und fährt fort: „Durch Frömmigkeit kann nach evangelischer Auffassung nichts ‚erreicht‘ werden.“²⁶ Evangelische Spiritualität hat nach den Überlegungen dieses Systematischen Theologen keinen „Zweck“, sondern sei ihrerseits ein Geschenk und in erster Linie ein Resultat göttlichen Handelns.

Der Bonner Theologe Michael Meyer-Blanck hat die aus theologischer Sicht fragwürdige Verknüpfung zwischen Glaube und Gesundheit analysiert und in vier Thesen „Ansätze für eine therapeutische Liturgietheologie“ entworfen. Demnach wirken liturgische Elemente, spirituelle und rituelle Handlungen dann therapeutisch, wenn sie nicht therapeutisch funktionalisiert werden. Glaube darf nach seinem Verständnis nicht als Therapeutikum missverstanden und „als spezifische Form von Psychopharmakon verstanden und damit trotz bester Absichten depotenziert werden. Es geht in der Religion um einen Wirklichkeitsbereich menschlichen Erfahrens und Lebens, der nicht medizinisch ersetzt werden kann und der auch nicht der psychologischen Machbarkeit unterliegen soll. Liturgisches Handeln wirkt gerade dadurch, dass es nicht wirken soll, vergleichbar vielleicht der Liebe, die nur dann Berge versetzt, wenn sie nicht intentional eingesetzt wird. Wenn ich sage: Ich will Dich lieben, weil Du es

²⁶ H.-M. Barth: Spiritualität, Göttingen 1993, 51.

brauchst und dann innerlich wachsen kannst, dann habe ich die Liebe zerstört. Wenn ich sage: Ich will Dir vom Glauben erzählen, weil Dich das beruhigt und eine heilende Wirkung ausübt, dann wird der Glaube zur Lüge.“²⁷

Die Form des Gebetsstils offenbart etwas von der grundsätzlichen Glaubenshaltung eines Menschen. In der Religionssoziologie hat sich schon lange die Unterscheidung zwischen einem substantiellen und einem funktionalen Religionsverständnis bewährt. Substantielle Definitionen der Religion suchen die Eigenheit des Religiösen selbst zu bestimmen, etwa durch Deutungen von „Gott“, „übernatürlichen Wesen“, „jenseitigen Welten“ oder „überempirischen Mächten“. Funktionale Definitionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Religion an bestimmten Wirkungen, etwa der Angstbewältigung oder der Beantwortung existentieller Lebensfragen wie der menschlichen Endlichkeit festmachen.

Auch das Gebet kann man funktional oder substantiell auffassen. In seinem umfassenden Überblick über die empirische Gebetsforschung betont Hauenstein, dass die objektive Wirkung eines Gebets von der subjektiven (Be-) Deutung nicht zu trennen sei, weshalb beide Perspektiven untersucht werden sollten.²⁸ Als „Glaubensmedizin“ oder Garant für Wohlbefinden und Gesundheit steht die funktionale Wirkung des Gebets – wie oben dargestellt – zwar im Zentrum des sozialwissenschaftlichen Interesses, gleichzeitig aber auch unter vehementer theologischer Kritik.

Welche Bedeutung fällt der merkwürdigen Tätigkeit des Betens zu, und welche Folgen sind zu erwarten? In substantiell-inhaltlicher Hinsicht hat die amerikanische Soziologin Margret Poloma in vielen Studien eine allgemein akzeptierte Gebets-Typologie entwickelt, indem sie die klassische Zweiteilung des Gebets von Friedrich Heiler übernahm und weiter entwickelte.²⁹ Sie unterscheidet danach vier Gebetsstile: Das Gebet als

<i>Bitte:</i>	Was kann Gott mir geben?
<i>Ritual:</i>	Formalisierte Gebete
<i>Meditation:</i>	Betrachtung, Vertiefung, Stille
<i>Gespräch:</i>	Gefühl zwangloser Intimität

²⁷ M. Meyer-Blanck: Liturgie und Therapie. Praktisch-theologische Impulse für eine neue Annäherung, *Praktische Theologie* 36 (2001), 269-278, 271.

²⁸ H.U. Hauenstein: Auf den Spuren des Gebets. Methoden und Ergebnisse der empirischen Gebetsforschung, Heidelberg 2002, 201 ff.

²⁹ M. Poloma, B.F. Pedelton: The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being, *Journal of Psychology and Theology* 19 (1991), 71-83.

Ein wesentliches Ergebnis der umfangreichen Untersuchungen von Margret Poloma besagt, dass sich im persönlichen Gebetsstil die individuelle Gottesbeziehung ausdrückt. Generell fand sie: Je persönlicher sich die Beziehung gestaltete, desto mehr Wohlbefinden stellte sich bei den Untersuchungspersonen ein. Nicht die Häufigkeit des Gebets scheint den Betenden selbst am Wichtigsten zu sein, sondern dessen Inbrunst. Innerer Frieden, Nähe zu Gott und das Gefühl, von diesem geführt zu werden, sind nach Poloma Kriterien, die ein „wohltuendes“ Gebet ausmachen. Wenn man sich Gott nur als eine kosmische Appellationsinstanz vorstellt, von der man auf seine Bitten positive oder abschlägige Bescheide erhält, oder wenn man das Gefühl hat, man könne mit Gott nur über Gebetsformeln in Verbindung treten, die von anderen verfasst worden sind, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass man aus seinem Glauben tiefe Glücksgefühle bezieht. Wenn man hingegen in Gott einen Freund sieht, mit dem man jederzeit über alles reden kann, oder wenn man über eine Eigenart Gottes und seine Güte meditiert, findet man durch das Gebet eher zu einem tiefen Gefühl der Zufriedenheit und Freude.

Spiritualität als Ressource

Chancen und Probleme eines neuen Forschungsfeldes

Unsere moderne Wissenschaft ist ein komplexes soziales Gebilde, das die eigentliche Erbin der Aufklärung ist. Wie jede soziale Struktur hat auch unsere Wissenschaft ungeschriebene Gesetze des Verhaltens, schwer durchschaubare Regeln von Grenzen und Tabus, deren Übertretung einen ihrer Vertreter die Aufstiegschancen, im schlimmsten Fall sogar die Reputation kosten kann. Wie alle Erben hat auch die Wissenschaft eine Geschichte, die sie zu verwalten hat. Wir tun gut daran, diese beiden Bereiche kurz zu umreißen, damit wir Verständnis für die zentrale Frage gewinnen können, die in dieser Arbeit Thema ist: Kann sich, soll sich, darf sich die empirische Wissenschaft des Themas Spiritualität annehmen? Wenn ja, wie? Mit welcher Methodik? Mit welcher Begründung? Wir werden diese Fragen in diesem Aufsatz positiv beantworten. Eine solche Antwort wird aber nur dann vernünftig erscheinen und Nachhall finden, wenn sie historisch, sachlich und sozial entsprechend eingebunden ist. Daher ein paar historisch-einleitende Worte zum Verständnis vorneweg.

Wissenschaft als soziales Gebilde

Moderne Analysen des Wissenschaftsprozesses kommen zu folgendem Ergebnis: Wissenschaft ist ein sozialer Prozess, bei dem einzelne Wissenschaftler in Kommunikation mit ihren Kollegen, im Austausch mit der belebten und unbelebten Natur, im Ringen um Ressourcen für Forschung und um Raum für Publikation Tatsachen gestalten, neue Ordnungssysteme vorschlagen, neue Begriffssysteme erfinden (1 – *die Ziffern verweisen im Folgenden jeweils auf die entsprechende Publikation in der Literaturliste; Anm. d. Red.*). Das „Entdecken“ einer „Tatsache“, das man naiver Weise gerne als Wissenschaft versteht, ist um vieles komplizierter (2). Es hängt u.a. auch davon ab, ob ein Forschungsansatz ein Thema aufgreift, das sozial und politisch aktuell ist, ob er oder sie dies mit einer Methode tut, die von anderen Kollegen gebilligt wird, ob sie im Ordnen dessen, was sie findet, eine überzeugende Struktur verwendet, die ausreichend durch soziale Interaktionen mit anderen abgesichert und konsensfähig ist (3). Es wird schließlich auch davon bestimmt, ob die Befunde anderen gegenüber so kommuniziert werden, dass diese sie verstehen, akzeptieren und sie in den Gesamtkontext dessen eingeordnet werden können, was als gesichertes Wissen

gilt. Dazu ist es nicht nur notwendig, dass die Befunde sachlich stichhaltig sind und methodische Kritik oder Störfeuer von schlecht informierten oder unwilligen Gutachtern überstehen. Dazu gehört es auch, dass sie gut kommuniziert werden und ihre Protagonisten in soziale Netzwerke eingebunden sind.

Vor allem dann, wenn neue Befunde oder Forschungsthemen herrschenden Meinungen widersprechen, akzeptierte Standards an Methoden oder Grundannahmen implizit in Frage stellen, oder – noch schlimmer – nicht reflektierten Grundüberzeugungen einer Mehrheit von Meinungsführern in der Wissenschaft entgegenstehen, ist meistens mit einem mehr oder weniger heftigen Kampf zwischen solchen neuen Weisen der Problembewältigung und alten, akzeptierten Theorien zu rechnen (3). Thomas Kuhn hat hierfür den Begriff der wissenschaftlichen Revolution geprägt (4, 5). Das Entscheidende dabei war die historisch belegbare Erkenntnis, dass die Argumentationen in solchen Situationen alles andere als rational sind. Vielmehr nehmen die Debatten häufig die Form von Glaubenskämpfen an, solange, bis die Vertreter einer alten Denkweise in die Minderheit geraten und eine neue Sichtweise um sich greift.

Meine Vermutung ist, dass es mit dem hier angekündigten Thema eine ähnliche Bewandnis hat: Spiritualität ist ein Bereich, der tiefsitzende Überzeugungen dessen, was Wissenschaft ist und tun soll, in Frage stellt. Diese sind historisch ererbt und stellen die Hintergrundmusik dessen dar, was wissenschaftliches Selbstverständnis von heute ausmacht: Wissenschaft als Erbin der Aufklärung (6).

Wissenschaft als Erbin der Aufklärung

Die Wissenschaft hat, ob im christlichen Westen oder im islamischen Osten, nach dem Zerfall der antiken Gelehrsamkeit zunächst eine enge Symbiose mit der Religion gelebt. Die Religion gab den Rahmen, die Grenzen und auch das Ziel des Forschens vor. Allmählich verselbständigte sich wissenschaftliches Denken und Forschen und ließ sich immer weniger Scheuklappen anlegen und tolerierte Themenverbote und Eingriffe immer weniger. Auch wenn wissenschaftliches Arbeiten im Mittelalter zunächst im Schoß und im Schutz der Religion geboren wurde, so emanzipierte sich Wissenschaft allmählich von der Bevormundung durch die Religion. Die Wege dorthin sind steinig gewesen und von vielen Kämpfen gesäumt. Viele Protagonisten mussten aus verschiedenen Gründen mit der kirchlichen Obrigkeit streiten und nicht wenige unterlagen – Roger Bacon und William Ockham im 13. und 14. Jahrhundert, Giordano Bruno und Galileo Galilei im 16. Jahrhundert, um nur einige bekanntere zu nennen. Langfristig jedoch ließ sich der Prozess der Säkularisation nicht aufhalten. Wissenschaft ging ihrer Wege, ungehindert und ohne sich um kirchliche Dogmen und Verbote zu scheren. Noch im 20. Jahrhundert landeten wissenschaftliche Bücher,

auch solche kirchlicher Denker wie Teilhard de Chardins, auf dem Index der verbotenen und dem Dogma widersprechender Lehren.

Auf ihrem Weg der Emanzipation von kirchlichen Lehren verbündete sich die Wissenschaft mit verschiedenen politischen Bewegungen, die eine Befreiung des mündigen Bürgers von Willkürherrschaft durch politische Macht forderten. Dass in diesem Prozess auch die sozialen Veränderungen eine wichtige Rolle spielten, die durch technische Anwendungen wissenschaftlicher Entdeckungen zustande kamen, versteht sich von selbst. Auch hier war die Wissenschaft indirekter Motor der Veränderungsprozesse. Seit Kant ist wissenschaftliches Denken und Aufklärung auf Gedeih und Verderb miteinander verbunden (7). Aufklärung bedeutete in Kants Diktion der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit und der Mut und die Entschlossenheit, sich zur Lösung seiner Lebensprobleme seines Verstandes zu bedienen, dessen methodisch-kollektive Seite eben die Wissenschaft darstellt. Diese Entwicklung spielte sich ab, indem von der Religion vorgegebene Glaubensinhalte, Lehrformeln und Tatsachenbehauptungen zunächst bezweifelt, schließlich attackiert und endlich ignoriert wurden. Denker wie Feuerbach, Nietzsche und Marx ermöglichten die Emanzipation des Geistes von doktrinären Bindungen, indem sie die Grundfesten religiös-kirchlicher Machtausübung erschütterten. Der Gottesbegriff wurde von diesen und anderen Philosophen demontiert und als menschliche Projektion, Angst des Menschen vor seiner eigenen Kraft oder als Herrschaftsinstrument entlarvt. Als schließlich noch Freud und ihm folgend die Psychoanalyse zeigen konnte, wie stark menschliche Begriffsbildung von der zwischenmenschlichen Erfahrung abhängt, von Projektionen innerer Vorgänge nach außen, da schien eigentlich der von Nietzsche proklamierte Tod Gottes in einem Begräbnis dritter Klasse sein trauriges Ende gefunden zu haben. Als dann noch die Barbarei der beiden Weltkriege das Grab Gottes verwüstete, indem es die Rationalität seiner Totengräber mitsamt ihrer Arbeit vernichtete (8), da blieb dem postmodernen Menschen offenbar nur noch seine fragile Rationalität, die im komplexen politisch-sozialen Prozess des Wissenschaftsmarktes je neu zu verhandeln ist.

Für Sentimentalitäten und rückwärtsgewandtes Religionsgefasel scheint hier kein Platz zu sein, außer in fundamentalistischen Enklaven. Inwiefern kann dann überhaupt noch von Spiritualität im wissenschaftlichen Kontext vernünftig, informiert und aufgeklärt die Rede sein? Hierzu müssen wir eine Unterscheidung einführen zwischen Spiritualität und Religion.

Spiritualität und Religion – einige Begriffsbestimmungen

Die Emanzipation der Wissenschaft von religiös-doktrinärer Bevormundung galt vor allem der Religion als gesellschaftlich-machtpolitischer Institution. Jede Religion nimmt ihren Ausgang, historisch gesehen, in der spirituellen Erfahrung einer oder mehrerer Gründergestalten (9). Mit *spiritueller Erfahrung* meine ich hier eine *erfahrungsmäßige Erkenntnis einer transzendenten, das individuelle Ich übersteigenden Wirklichkeit*. Mit *Erfahrung* meine ich eine *ganzheitliche Form des Erkennens*, die Rationalität, Emotionalität und Motivation bzw. Handlungssteuerung umfasst. *Spirituelle Erfahrung* also ist in der hier vertretenen Konzeption *Ausgangspunkt von Religion*. Sie ist zu verstehen als eine nach innen gerichtete Erfahrung, in der sich die Wirklichkeit in einer tiefen Schau, oder in einem intuitiven Wissen zu erkennen gibt. Diese Erfahrung ist mehr als nur rationale Einsicht. Sie ist auch mehr als nur emotionsgeladenes Erlebnis. Sie ist auch mehr als nur impulserzeugende Begeisterung. Sie umfasst all diese Bereiche und stellt Wissen, Erkenntnis, emotional-existentielle Sicherheit und Impuls zum verändernden Handeln gleichermaßen bereit. Ich gehe davon aus, dass tiefe philosophische oder wissenschaftliche Einsicht, so wie Platon sie in seinem berühmten sechsten Brief beschreibt, Parmenides in seinem Lehrgedicht, oder Plotin sie in seinen tiefen Versenkungszuständen erreicht hat, die uns sein Biograph Porphyrius berichtet, womöglich eben solche spirituelle Erfahrungen in der hier vorgeschlagenen Terminologie waren oder jedenfalls sehr viel Ähnlichkeit damit haben. Insofern gibt es hier einen Berührungspunkt zwischen Philosophie und Spiritualität bzw. Religion (10). Spirituelle Erfahrung im eigentlichen Sinne des Wortes mündet dann in der Regel entweder in die Gründung einer neuen Religion oder in die Belebung einer vorhandenen.

Es ist nützlich, wenn wir allseits bekannte Geschichten und Bilder als solche Erfahrungen verstehen (11): die Begegnung Mose mit dem brennenden Dornbusch, seine Gottesbegegnung auf dem Sinai, die initialen Erfahrungen der verschiedenen alttestamentlichen Propheten, die Taufe Jesu im Jordan, seine Versuchung in der Wüste, die Verklärung auf dem Berg Tabor, die Bekehrung des Paulus. Für den historischen Shakyamuni Buddha ist die Bedeutung seiner tiefen Erfahrung gut belegt, und schätzungsweise könnte man das auch für den Propheten Mohammed tun. Aus diesen Erfahrungen und ihrer Interpretation erwächst dann die Chiffre, die entsprechenden Texte seien „Wort Gottes“. Nichts ist fataler als das fundamentalistische Missverständnis, das diesen Begriff zwar wörtlich, aber nicht ernst nimmt und damit den Sachgehalt selbst und dessen Anspruch zerstört. Diese Dialektik zwischen „Ernst-“ und „Wörtlichnehmen“ wäre eigentlich eine eigene Untersuchung wert: Ernstnehmen lassen sich all diese Texte nämlich nur, wenn man sie nicht einfach naiverweise wörtlich nimmt. Denn wenn man sie unbesehen wörtlich nimmt, nimmt man ihnen die Sprengkraft.

Solche Erfahrungen werden allerdings nicht im kultur- und sprachfreien Raum gemacht (12). Ich will hier nicht die Diskussion darüber aufrollen, ob es überhaupt sprach- und kategoriefreie Erfahrung geben kann. Mir scheint, die Phänomenologie spiritueller Erfahrung spricht dafür (9). Aber selbst wenn es sie gibt, was ich vermute, dann muss die Erfahrung irgendwann transportiert, vermittelt und verkündet werden. Dazu bedient sie sich eines sprachlichen Systems, das aufgrund seiner Bildhaftigkeit noch vieles der ursprünglichen Mehrwertigkeit und Umfassendheit der spirituellen Erfahrung auffangen kann (13). Spätestens dann aber, wenn der Versprachlichungsprozess weitergeht, wenn Lehrsätze, ethische Grundsätze, dogmatische Aussagen daraus werden, muss sich die Erfahrung in die präpositionale Struktur der menschlichen Sprache fügen, und in einem komplexen Prozess der Versprachlichung von Erfahrung, neuer Erfahrung in diesem so geprägten Raum, und Veränderung des religiösen Sprachraums durch andere Erfahrung, entsteht, wächst und verändert sich Religion (14, 15).

Spiritualität und Religion verhalten sich also, etwas vereinfachend und abstrahierend gesprochen, wie Inhalt und Form eines Textes. Reitet man nur auf der korrekten Fassung eines Gedichtes herum und gibt den Inhalt preis, dann endet man in hohler Phrasendrescherei. Betont man nur den Inhalt und vernachlässigt die Form, so verflüchtigt sich der Inhalt, erhält keinerlei Fassung und verliert seine Sprengkraft. Insofern gehören beide, Inhalt und Form, innig zusammen. Die Aufklärungsbewegung nun, so meine Vermutung, richtete sich vor allem gegen die Religion als verselbständigte Form, als inhaltsleere Hülse. Damit schüttete sie freilich das Kind mit dem Bade aus und ließ vermuten, es gäbe gar kein Kind, keinen Inhalt jenseits der hohlen Form, den ernst zu nehmen es wert wäre (7) und stellt uns vor das Bild eines einigermaßen intelligenten, selbstorganisierenden, nach Naturgesetz und einer Reihe von Zufällen operierenden Kosmos, der aber gleichwohl kalt und nicht unbedingt sinnstiftend ist (16). Entsprechend äußern sich Wissenschaftler selbst mehrheitlich skeptisch gegenüber der Existenz einer transzendenten Wirklichkeit: 93 Prozent aller befragten Wissenschaftler der National Academy of Science glauben nicht an einen Gott oder an die Unsterblichkeit der Seele (17). Die Aufklärung hat also mindestens im Bereich der Wissenschaft selbst reinen Tisch gemacht und mit dem alten Glauben gründlich aufgeräumt. Wissenschaft und Religion verträgt sich anscheinend schlecht.

Dies jedenfalls implizierte Francis Galton in seiner Untersuchung über die Wirksamkeit des Gebets (18). Dort zitierte er eine Statistik aus dem Journal der Statistical Society, die die Lebensdauer von Personen, für die traditionsgemäß viel gebetet wird – Mitglieder von Herrscherhäusern und kirchliche Würdenträger – mit denen anderer Berufsgruppen vergleicht und keinen Unterschied findet. Er stellt fest, dass bereits viele Elemente der Religion als Aberglaube entlarvt worden sind, nunmehr auch der Glaube in die Wirksamkeit des Gebets und dass die Beweislast nun auf Seiten der Re-

ligion liegen würde. Wir wollen im Folgenden in diesem Sinne einige empirische Befunde zusammentragen, die zeigen können, dass und inwiefern Spiritualität eine Ressource sein kann.

Spiritualität als Ressource – wissenschaftliche Befunde Spiritualität und Religiosität und Gesundheit

Die aufklärerische Tradition der Wissenschaft und eine relativ starke Verquickung der Psychologie mit einer positivistischen Wissenschaftstheorie mitsamt dem dazugehörenden Metaphysikverbot haben lange Zeit dazu geführt, dass sich Psychologen praktisch kaum um religiöse und spirituelle Fragestellungen gekümmert haben und dass diese Thematik erst langsam und zögerlich aufgegriffen wurde (19, 20). In den USA haben Religionspsychologen – oftmals vom Hauptstrom der psychologischen Forschung ignoriert – schon seit mehr als 20 Jahren die Frage verfolgt, inwiefern Religion, Religiosität oder Spiritualität hilfreich für die Bewältigung des Lebens, für die körperliche oder geistige Gesundheit sind, oder auch nicht (21). Dabei wurde zunächst wenig zwischen Religion und Spiritualität differenziert. Am ehesten wurde noch Allports Unterscheidung in extrinsische und intrinsische Religion übernommen. Mit „extrinsischer Religion“ meinte er die Haltung, die Religion als von außen auferlegtes Verhaltensmuster ansprach. Man hatte sich in einer von der Religion vorgegebenen Weise zu verhalten – tugendhaft leben, in die Kirche gehen, etc. –, um anschließend eine bestimmte Belohnung zu erhalten. Unter „intrinsischer Religion“ verstand er hingegen das Ausüben von Religion aus eigenem Antrieb, aus eigener Entscheidung und weil es einem persönlich wichtig ist.

Als Levin 1986 und 1987 einen ersten Überblick über wissenschaftliche Studien zum Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit gab, war er wohl selber überrascht, dass es damals schon über 250 Originalarbeiten zu diesem Thema gab (22, 23). Die Befunde waren, kurz gesagt, überwiegend positiv: Religion und Religionsausübung hatten einen moderat positiven Effekt auf verschiedene Maße objektiver und subjektiver Gesundheit. Allerdings entdeckte Levin auch, dass starke begriffliche Unterschiede zwischen einzelnen Studien vorlagen, dass die psychologische Erfassung manchmal rein oberflächlich, über die Teilnahme an Gottesdiensten oder selbstberichtete Konfession, vorgenommen wurden, dass selten Religiosität komplex, etwa im Sinne der Allportschen Unterscheidung gemessen worden war. Er sah auch, dass die positiven Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheit oftmals weniger mit der Religion als solcher als mit dadurch verbundenen Verhaltensweisen zu tun haben (24, 25): Manche Religionsgemeinschaften geben etwa eine bestimmte Diät oder Verhaltensweisen vor, die vorteilhaft für die Gesundheit sind. Die Chance, dass

sich religiös aktive Menschen bei gesundheitsschädigendem Verhalten mäßigen, sind größer als bei nicht religiösen, weil diese Mäßigung eben zum religiösen Ethos dazugehört. Manche Religionsgemeinschaften bieten sogar selber Gesundheitsprogramme an, Beratungen oder Hilfe in schwierigen Lebenssituationen, was selbstverständlich zum Wohlbefinden beiträgt. Sie ermutigen direkt oder indirekt zu gesundheitsförderndem Verhalten. Offenbar hat auch das Gefühl der spirituell-existentiellen Geborgenheit, das eine Religiosität vermutlich vermittelt, einen zwar kleinen, aber unabhängigen Effekt (26-28).

McCullough und Kollegen hatten in einer Meta-Analyse 42 Effektgrößen von 29 unabhängigen Untersuchungen zusammengefasst zu der Frage, ob Teilnahme an religiösen Aktivitäten mit verringerter Sterblichkeit einhergeht (29). In diesen epidemiologischen Untersuchungen waren 126.000 Personen repräsentiert. Religiöses Engagement war deutlich mit einer längeren Lebensdauer verbunden. Eine Person, die sich also in irgend einer Religionsgemeinschaft engagiert, hat eine etwa um ein Viertel geringere Wahrscheinlichkeit frühzeitig zu sterben, als eine Person, die das nicht tut. Allerdings ist der Effekt geringer bei Männern. Dies und verschiedene weitere Analysen lassen vermuten, dass der Effekt zu einem großen Teil sozial vermittelt ist: das bedeutet, dass durch die sozialen Gegebenheiten, wie etwa Unterstützung durch andere, soziale Kontrolle, sozial modifiziertes Gesundheitsverhalten Verhalten so beeinflusst wird, dass das Mortalitätsrisiko reduziert wird.

Religiosität und religiöse Teilnahme verbessert auch die Fähigkeit von akut und chronisch Kranken, mit ihrer Krankheit fertig zu werden (30). Religion stellt damit eine Ressource des Bewältigungsverhaltens bereit, die als „religiöses Coping“ (31-33) bezeichnet wird. Dort, wo Menschen an die Grenzen ihrer normalen Bewältigungsstrategien stoßen, mobilisieren sie ihre religiösen Überzeugungen und Erfahrungen, aus denen sie Möglichkeiten der Bewältigung schöpfen. Vor allem Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen – einer Untersuchung zufolge sind es 80 Prozent (34) –, aber auch Krebspatienten, setzen religiöses Coping ein. Mittlerweile hat sich gezeigt, dass sich dieses religiöse Coping vor allem über eine Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen vermittelt auswirkt und nur einen relativ kleinen Eigenanteil zusätzlich zu den durch Selbstwirksamkeit eröffneten Möglichkeiten beisteuert (35).

Dies lässt sich etwa so verstehen: Wer sich eingebunden glaubt in einen größeren Sinnzusammenhang, wie dies ja Inhalt der meisten religiösen Traditionen, zumal christlichen ist, der hat tendenziell ein stärkeres Selbstgefühl und den Eindruck, eine bestimmte Belastungssituation – etwa eine Krankheit oder ein Schicksalsschlag – ist im Gesamtkontext des Lebens sinnvoll und deshalb auch von ihm oder ihr besser zu bewältigen. Dadurch wird es eher gelingen, die entsprechenden persönlichen Ressourcen zu mobilisieren, anstatt in eine depressiv-fatalistische Stimmung abzu-

gleiten. Auch wenn Selbstwirksamkeit als psychologisches Konstrukt, das den Effekt von Religiosität beim Meistern schwieriger Lebenssituationen vermittelt, eine wichtige Vermittlerrolle spielt, so bleibt immer noch ein unaufgeklärter Rest, den Religiosität offenbar unabhängig von anderen Konstrukten im Gefüge der inneren Ressourcen beiträgt (35). Eine durchaus kritische Zusammenschau der Literatur zum Thema „Religion und Gesundheit“ kommt zu einer ähnlichen Einschätzung (36). Im Gegensatz zu anderen Übersichten legte diese Studie methodische Gütekriterien beim Einschluss von Studien an und nahm nur solche auf, die Religion differenziert erfasst hatten – also nicht einfach die Frage stellte „Gehen Sie zu Gottesdiensten?“, sondern ein vielschichtiges Messinstrument oder mehrere Fragen vorgelegt hatte – und auch ausreichend soziale Einflussfaktoren in der Studie mit berücksichtigt hatten. Auch hier zeigte sich ein von anderen sozialen Faktoren unabhängiger Zusammenhang zwischen der religiösen Praxis und der Sterblichkeit. In anderen Bereichen jedoch gab es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Religion und Gesundheitsindikatoren: Religion schützt demnach nicht vor Behinderung, frühzeitigem Tod oder vor dem Fortschreiten von Krebs. Gerade hier sind manche Erkenntnisse sogar negativ. Dies könnte aber auf einen paradoxen Effekt zurückzuführen sein: gerade in sehr schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Krankheiten wie Krebs in einem späten Stadium werden möglicherweise religiöse Themen wieder neu aktuell, so dass sich eine starke positive Korrelation von Religiosität und Schwere der Krankheit ergibt und überdies auch eine negative Korrelation von Religiosität und Überlebenszeit. Es hat sich in einigen Studien gezeigt, dass Menschen mit religiöser Anbindung weniger gefährdet sind, an Depression zu erkranken oder Selbstmord zu begehen (30, 37-39). Allerdings treten bei manchen religiösen Bindungen auch höhere Depressionsraten auf: Angehörige des jüdischen Glaubens oder fundamentalistischer und freikirchlicher Sekten neigen genauso zu erhöhter Depression wie Nichtgläubige. Vor allem wenn Menschen aufgrund schwieriger Lebensumstände oder persönlicher Schwierigkeiten an die Grenzen ihrer Fähigkeit kommen, mit dem Leben fertig zu werden, neigen sie naturgemäß stärker zum Abgleiten in vordergründig haltgebende, fundamentalistische Glaubenshaltungen und zu Bindung an entsprechende Gruppierungen, was diesen negativen Zusammenhang mindestens für die Angehörigen freikirchlicher und fundamentalistischer Gruppen leicht erklärbar macht (33). Da Nichtgläubige definitionsgemäß an den Sinnstrukturen und den damit verbundenen Ressourcen nicht teilhaben können, die Mitgliedern von Religionsgemeinschaften zur Verfügung stehen, ist der negative Zusammenhang auch für diese Teilgruppe gut nachvollziehbar. Hinter dem negativen Zusammenhang von jüdischer Glaubenszugehörigkeit und Depression vermuten die Autoren die kulturell bedingte größere Offenheit in dieser Religionsgemeinschaft, mit Gefühlen auch negativer Art umzugehen. Damit stoßen wir gleichzeitig an die Grenzen dieser bisherigen Forschungsan-

sätze, die ja vor allem Korrelationsstudien – meistens im Querschnitt, seltener im Längsschnitt – darstellen und daher meistens auf Maße des Selbstberichtes sowohl psychischer Belastung als auch der Religiosität angewiesen sind.

Extrinsisch orientierte Religiöse im Sinne Allports erkranken etwas häufiger als der Durchschnitt an Depressionen (40). Auch das ist leicht verständlich: wer sich in religiösen Dingen von außen steuern lässt, dürfte dies auch in anderen Bereichen eher tun und öffnet sich damit der Fremdbestimmung und der potentiellen Entfremdung eigener Bedürfnisse und Lebenspläne, was schon immer ein Rezept für Scheitern und Depression war. Dies wird auch nahe gelegt von einer Studie, die einen negativen Zusammenhang von unsicherem Bindungsstil und Religiosität belegt (41).

Diese unterschiedlichen Effekte von intrinsischer und extrinsischer Religiosität zeigen sich in vielen Studien. So wirken sich vor allem intrinsische Religiosität und spirituelle Erfahrungen positiv auf das gesundheitliche Wohlbefinden aus (42-44). Auch in einer der wenigen Studien, in denen 142 Patienten mit Bypass-Operation zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht wurden, zeigte sich ein zwar schwacher, aber konsistenter Zusammenhang zwischen Maßen der extrinsischen und intrinsischen Religiosität, der gegenläufig war: während intrinsische Religiosität mit verkürztem Krankenhausaufenthalt und geringeren Komplikationsraten verbunden war, war dies bei der extrinsischen Orientierung genau andersherum (45). Damit bestätigte sich ein der Sache nach ähnlicher Befund aus einer früheren Studie (46).

Spiritualität und Krebs

Spiritualität wurde innerhalb der Wissenschaft zunächst vor allem im Rahmen der Krebsforschung und der Lebensqualitätsforschung thematisiert, wenn auch hier eher zögerlich. Es wurde als „spirituelles Wohlbefinden“ bezeichnet (47). Krebspatienten entdecken naturgemäß Spiritualität als Hilfe zur Bewältigung ihrer Krankheit und als wichtige Copingstrategie (48). Während das Aufgreifen dieses Themas in Deutschland noch sehr zögerlich verläuft, wird es in den Vereinigten Staaten schon seit längerer Zeit in *Mainstream*-Zeitschriften verhandelt. Aktive Copingstrategien sind bei Krebs nur bedingt hilfreich, weswegen die stärker auf Besinnlichkeit, Sinnstiftung und Umorientierung ausgerichteten spirituellen Praktiken hier möglicherweise von besonderer Bedeutung sind (49). Jedenfalls hat sich gezeigt, dass spirituelles Wohlbefinden der wichtigste Faktor für die Lebensqualität von Patienten mit Krebs im Endstadium war (50, 51). Bedeutsam ist vor allem die Skala „*Meaning/Peace*“, die eine individuelle Sinnstiftung durch Spiritualität erfasst und in hohem Maß mit Lebenszufriedenheit einhergeht, wohingegen „*Faith*“, also eine stärker institutionalisierte Form des Glaubens, weniger bedeutend zu sein scheint. Spirituelles Wohlbefinden

hat als einzelner Faktor eine durchaus bedeutende Funktion. Patienten mit höherem spirituellen Wohlbefinden gaben zu 48 Prozent an, ihr Leben trotz Schmerzen zu genießen, wohingegen dies nur 9 Prozent mit niedrigen Werten taten (51). Allerdings sollen diese Befunde allenfalls die potenzielle Bedeutung markieren, die Spiritualität in diesem Feld haben könnte. Die Tatsache, dass ein relativ angesehenes Publikationsorgan eine Studie zu Religion, hier verstanden als „Beziehung zu Gott“, und Lebensqualität bei 33 Prostatakrebspatienten publiziert (54), zeigt vor allem eines: das Thema wird allmählich wichtig (21, 55, 56), gleichzeitig gibt es noch zu wenig gesicherte Befunde, so dass selbst extrem wacklige Befunde, mit entsprechendem Enthusiasmus vorgetragen, einen Markt finden.

Die Schattenseite

Dieser Befund mag die Imagination der Herausgeber vor allem deswegen beschäftigt haben, weil sich ein an sich wohl bekannter negativer Zusammenhang bestätigt: vor allem ein negatives Gottesbild oder eine durch Angst geprägte Religiosität – operationalisiert durch „Gottes Zorn“ – ist von großer negativer Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, eine Standardskala vieler Lebensqualitätsmaße (54). Viele Studien zeigen diesen negativen Zusammenhang, über die bereits erwähnte negative Beziehung von extrinsischer Religion und Maßen der Gesundheit hinaus (30). Dort wo sich Religion vor allem negativ äußert – als Angst vor einem strafenden Gott, als Behinderung von Lebensentwürfen, als sozialer Druck – dort hat sie vor allem negative Auswirkungen (32). Gerade im Zuge der psychoanalytischen Religionskritik ist vor allem diese warnende Stimme laut geworden. Dies hatte in Mitteleuropa vielleicht stärkere Auswirkungen als im religiös weniger verunsicherten Amerika. Die Tatsache, dass es solche negativen Auswirkungen von Religion und Religiosität auf jeden Fall gibt, sollte allerdings nicht generalisiert werden dahingehend, dass das Verhältnis zwischen Religion und Gesundheit oder Wohlbefinden unbedingt negativ sein muss. Vielmehr scheint es eben sehr stark mit der individuellen Verarbeitung und inneren Konzeptualisierung des religiösen Bereichs zusammenzuhängen, ob ein positiver oder negativer Zusammenhang zu erwarten ist und ob Religiosität eine Ressource oder eine Bedrohung der psychischen Gesundheit darstellt (31), wie dies vereinzelt immer wieder berichtet wurde: Antonovsky und Kollegen (57) etwa fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Religion und Gesundheit, den sie in ihrer relativ großen und sorgfältigen Studie mit zwei Messzeitpunkten auch als kausalen Effekt isolieren konnten. An dieser Stelle legt sich nahe, auf eine modifizierende Rahmenbedingung dieses ganzen Forschungsfeldes hinzuweisen: Antonovsky war erklärmaßen areligiös. Er wehrte sich dagegen, das von ihm eingeführte Konzept „Kohä-

renzgefühl“ – eine lebensbejahende Haltung einzunehmen und seine Umwelt aktiv zu gestalten – als säkulare Form eines religiösen Glaubens zu interpretieren (58). Entsprechend scheint er mit Stichproben gearbeitet zu haben, die seiner Hintergrund-erfahrung entsprachen, oder umgekehrt: seine informelle Erfahrung informierte seine wissenschaftliche Meinung und seine systematische Forschung gleichermaßen. Insofern wird man erwarten dürfen, dass der gläubige amerikanische Forscher, der im mittleren Westen der USA operiert und dort auch seine Stichproben gewinnt, andere Ergebnisse ermittelt als in diesem Falle der areligiöse Antonovsky, der bei Gruppen säkularer Juden in neuen israelischen Siedlungsgebieten der Negev-Wüste aktiv wurde (57).

Private Formen der Religion – zuhause fromme Bücher lesen, entsprechende Radio- und Fernsehsendungen verfolgen, aber weniger an sozialen Aktivitäten teilhaben – scheint zumindest manchmal ebenfalls mit einem negativen Gesundheitszustand einherzugehen (36).

Beispiel Achtsamkeit

Ein gutes Beispiel für die zunehmende Bedeutung von Spiritualität bzw. spirituell fundierten Therapiemethoden ist die Achtsamkeitsmeditation, die in einem speziellen verhaltensmedizinischen Programm als „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR) an die Bedürfnisse und Verhältnisse moderner Behandlungen angepasst wurde (59, 60). Der Begriff Achtsamkeit stammt ursprünglich aus der Theravada-Tradition des Buddhismus (61, 62), also aus der ältesten, die heute vor allem noch in Sri Lanka, Burma und in Südostasien beheimatet ist. Er kommt bereits in den ältesten Sutren vor und meint das aufmerksame, wache, akzeptierende und nicht-urteilende Wahrnehmen aller Regungen und Empfindungen von Moment zu Moment (63). Formal wird Achtsamkeit praktiziert und geübt in einer einfachen Form der Meditation, bei der das Kommen und Gehen des Atems und aller Inhalte des Geistes beobachtet wird. Dies geschieht beim MBSR-Training in formellen Sitzmeditationsübungen, aber auch als Einüben der Haltung der Achtsamkeit in alltäglichen Verrichtungen, in Körperübungen, die aus dem Yoga und von Entspannungstechniken entlehnt sind. Mit dem MBSR hat Kabat-Zinn eine einfache, konfessionsübergreifende und weitgehend ideologiefreie Übungsmethode entwickelt, die Menschen aller Religionszugehörigkeit bzw. auch solche, die sich nicht als spirituell oder religiös bezeichnen, mit Erfolg praktizieren können. Neben den vielen Praxisbeispielen und Studien, die es aus den USA zu dieser Behandlungsmethode gibt, hat sie sich nun auch im deutschen Sprachraum verbreitet und ist auch hier klinisch mit Erfolg einsetzbar (64-66). Wir konnten zudem in einer Meta-Analyse zeigen, dass MBSR beim derzeitigen Stand des

Wissens eindeutige Effekte zeigt gegenüber Kontrollen unterschiedlicher Art und damit klinisch von erheblichem Nutzen ist, bedenkt man, dass MBSR in diesen Studien größtenteils bei chronisch Kranken und Personen angewandt wurde, die vom konventionellen medizinischen System nicht mehr angemessen versorgt werden konnten (67, 68). Die vorliegenden Wirksamkeitsstudien decken ein breites Spektrum chronischer Krankheiten ab und belegen Wirksamkeit von MBSR vor allem bei chronischen Schmerzsyndromen, bei atopischer Dermatitis, bei Angst und Panikstörungen, bei Begleitsymptomen von Krebs, bei Stress und Bluthochdruck. Eine aus der Achtsamkeit abgeleitete Depressionstherapie hat sich ebenfalls als wirksam gezeigt (69-71). Die mittlerweile verbreitete Dialektische Verhaltenstherapie für Borderlinepatienten von Linehan hat viele Elemente aus der Achtsamkeitstradition des Zen übernommen und kann ebenfalls als empirisch gesichert angesehen werden (72-74). Wir konnten in unserer Überprüfungsstudie zu dem von uns entwickelten Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA) zeigen, dass Personen, deren Achtsamkeitswerte höher sind, auch weniger psychische Belastungssymptome aufweisen (75).

Eine interessante Studie kann etwas Licht auf mögliche Mechanismen für die Vermittlung dieser Effekte werfen (76). In dieser Studie erhielten 25 Personen aus einer Firma das MBSR-Training und 16 Personen dienten als Wartekontrolle. Gleichzeitig erhielten alle eine Impfung. Bei den Teilnehmern des Trainings veränderte sich der EEG-Lateralitätsindex. Dies ist ein von Davidson eingeführtes Maß, das die unterschiedliche Basisaktivierung des Gehirns widerspiegelt und möglicherweise ein Korrelat fester Persönlichkeitsmerkmale darstellt (77). Dieser Lateralitätsindex spiegelt auch die emotionale Grundbefindlichkeit wider und die Tendenz, bei Belastung mit negativen Emotionen wie Panik, Angst oder Depression zu reagieren (78-80). In der erwähnten Studie erhöhte sich die frontale Linksasymmetrie, was sich als Zeichen für gesteigerte Plastizität im Umgang mit Stress und als gesteigerte positive Grundbefindlichkeit deuten lässt. Dieser Befund wird von unabhängigen Daten gestützt (81). Zugleich war bei den Teilnehmern des Übungsprogramms die Anzahl der Antikörper höher als bei den Kontrollpersonen, was auf eine verstärkte Immunantwort schließen lässt. Interessanterweise war die Differenz in der Asymmetrie, also eine mutmaßliche Kennzahl für den Übungseffekt, hochsignifikant mit dem Anstieg der Antikörper korreliert. Damit haben wir einen weiteren Anhaltspunkt für die mögliche Vermittlung solcher Effekte. Die Achtsamkeitsmeditation scheint vor allem die kognitive Fähigkeit, mit Belastungen konstruktiv umzugehen, positiv zu beeinflussen. Dies könnte durch das Einüben von innerem Abstandnehmen, durch das rechtzeitige Bemerkens von Panikreaktionen und deren Steuerung, oder durch die allgemeine Senkung der Bereitschaft, auf Belastungsreize mit negativen Emotionen zu reagieren, geschehen. Dadurch könnte sich insgesamt die Fähigkeit des Organismus erhöhen, in belastenden, schmerzhaften oder bedrohlichen Situationen konstruktive Auswege zu finden.

Durch die mittlerweile gut belegten Verbindungen zwischen zentralnervösem Geschehen und immunologischen und endokrinen Vorgängen (82) ist es durchaus plausibel, dass damit auch chronische Erkrankungen durch eine Veränderung der internen Regulationsvorgänge positiv beeinflusst werden.

Dass sich während und durch die Meditation veränderte Gehirnaktivitäten ergeben, ist schon seit geraumer Zeit bekannt (76, 83-87). Eine neue Studie mit optimierter Methodik und unter Zuziehung von wirklich in Meditation erfahrenen Personen hat diese älteren Daten teilweise eindrucksvoll bestätigt, teilweise korrigiert (88). Sie zeigte vor allem, dass sich während einer bestimmten Meditationsmethode, der Metta-Meditation, hochfrequente Gamma-Aktivität im Gehirn ausbreitet, die normalerweise mit höchster geistiger Aktivität assoziiert ist, dass das Verhältnis dieser Aktivität zu langsamen Wellen bereits im Ruhe-EEG anders ist bei Meditierenden im Vergleich zu Kontrollen, und dass eine weiträumige Synchronisierung des EEGs nur bei den Meditationserfahrenen auftritt. Damit wäre vielleicht ein neurophysiologisches Substrat von Achtsamkeit zumindest hypothetisch angedeutet: die Kohärenz des EEGs. Während unser Gehirn normalerweise sehr modular arbeitet, d.h. viele Prozesse gleichzeitig und parallel ablaufen, scheint es, zumindest phänomenologisch, Merkmal der Achtsamkeit zu sein, dass sich alle Aufmerksamkeit auf eine Sache richtet und diese das Feld unserer Aufmerksamkeit voll und ganz beherrscht. Möglicherweise ist die weitreichende EEG-Kohärenz, die Davidson (88) und früher auch andere Forscher (84, 85, 87) gefunden haben, eine neurobiologische Signatur der Achtsamkeit im tiefsten Wortsinn dergestalt, dass sich das Gehirn in vielen Bereichen und in unterschiedlichen Verarbeitungs- und Analyseeinheiten kohärent verhält.

Dies ist ein vertiefter Aspekt dessen, wie sich unsere Physiologie durch Meditation verändert. Bislang ist vor allem der hypometabolische Zustand charakterisiert worden (83), also ein Zustand sehr tiefer Entspannung, der im EEG durch die Zunahme langsamer Alpha- und Theta-Wellen charakterisiert ist, durch eine Reduktion der Atmung und der kardiovaskulären Aktivität und damit auch durch eine Stoffwechselreduktion, sowie eine Abnahme der sympathischen und eine Zunahme der parasympathischen Aktivierung. Diese Grundentspannung ist sicherlich ein Basiseffekt, den Meditation und verschiedene andere Techniken gemeinsam haben (89, 90) und der zu einem grundlegenden protektiven Effekt führt. Es ist durchaus denkbar, dass verschiedene Meditationstechniken oder dieselbe Technik in einem späteren, reiferen und vertieften Stadium ausgeübt, noch weitergehende Effekte wie die eben beschriebenen der starken Gamma-Aktivität im EEG oder der Kohärenzeffekte haben, die aber für das basale Wirkprinzip, auf dem wohl die Effekte von MBSR im Anfangsstadium anzusiedeln sind, wenig Bedeutung haben (91).

Es ist anzunehmen, dass die beobachteten neurophysiologischen Veränderungen auch in anderen Bereichen der Physiologie ihren Niederschlag finden. Eine unmittel-

bar einleuchtende und auch empirisch gut belegte Wirkung ist die der Regulierung der Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPNA). Belastung wirkt ja vor allem auf zwei Wegen: Eine akute Aktivierung, die vor allem auf aktuelle Bedrohung oder Anforderung reagiert wirkt über eine direkte Innervierung des Nebennierenmarks und führt zu einer Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin. Sekundär wird dann über den Thalamus und die Hypophyse und das von ihr ausgeschüttete Hormon Adenocorticotropes Hormon (ACTH) die Nebennierenrinde aktiviert und es kommt zu einer Ausschüttung von Cortisol und anderen Hormonen. Dadurch wird unser allgemeines Aktivierungsniveau gesteigert. Das, was der Volksmund „Stress“ nennt, also eine dauerhafte Übererregung des HPNA-Systems, führt zu einer Erschöpfung des Regelkreises, bei dem Cortisol durch entsprechende Rezeptoren die Freisetzung von ACTH blockiert und dadurch die Erregung reduzieren soll. „Stress“ führt also in einer intermediären Belastungsform, bei dem die regelmäßigen und physiologisch notwendigen Erholungspausen entfallen, verkürzt oder ineffizient werden, zu einer übermäßigen Aktivierung, gekennzeichnet durch zu starke Ausschüttung von Cortisol und in einer Dauerform zu einer Erschöpfung der HPNA. Dadurch wird chronisch zuwenig Cortisol bereitgestellt, was zu einer Anfälligkeit für Schmerzsyndrome, zum Gefühl der Erschöpfung und Energielosigkeit mit den entsprechenden emotionalen Begleitsymptomen führt (92). Es gibt gute Hinweise darauf, dass eine Reihe chronischer Schmerzsyndrome mit einer solchen Erschöpfung der HPNA einhergehen (93, 94).

Einige Daten weisen nun darauf hin, dass Meditation in diese Prozesse regulierend eingreift, teilweise, indem die Regulationsfähigkeit der HPNA wieder hergestellt wird, teilweise, indem erhöhte Erregung und damit erhöhte Cortisol-Niveaus reduziert werden, bzw. die Bereitschaft, mit Übererregung auf Belastung zu reagieren verringert wird (95-98). Dies ist ja auch zu erwarten: Meditation, egal welcher Art, hat durch die beobachtende, teilweise auch aktiv modulierende Weise, mit dem Atem umzugehen, eine direkte Einflussmöglichkeit auf die autonome Erregung. Dadurch tendiert sie gleichsam nebenbei im Anfangsstadium stärker zu einer parasympathischen Regulationsweise bzw. geht mit sympathischer Erregung gezielter und sparsamer um. Von daher sind solche Effekte durchaus zu erwarten und wären eine weitere Art und Weise, wie man sich die Wirkweise von spirituellen Praktiken konkret vorstellen kann.

Eine andere vielversprechende, aber noch wenig ausgelotete hormonelle Verbindung ist die über das Melatonin (99-101). Melatonin ist ein Hormon, das vor allem von der Zirbeldrüse produziert wird. Es regelt unsere grundlegenden biologischen Rhythmen und wird deshalb zyklisch ausgeschieden. Die Produktion ist lichtabhängig, wird von Licht blockiert, bei Dunkelheit gesteigert und führt in den Abendstunden zu einer Reduktion unserer Aktivität, zu Müdigkeit und Schlaf. Darüber hinaus ist Melatonin eine der potentesten antioxidativen Substanzen, die der Organismus selber herstellt und

Vorläuferhormon für verschiedene andere wichtige Hormone, wie etwa die endogenen Opiate. Gerade die Radikalfängereigenschaften von Melatonin werden in letzter Zeit beleuchtet. Jede Stoffwechselaktivität des Organismus setzt sog. Sauerstoff-Radikale frei. Dies sind meist OH-Gruppen oder komplexere Substanzen mit freien OH-Bindungsstellen. Diese sind sehr bindungsfreudig und führen im Zellstoffwechsel zu Schäden, dem sog. oxidativen Stress. Sie werden für Alterungsprozesse, vorzeitigen Zelltod und Abweichungen im normalen Zellstoffwechsel verantwortlich gemacht, wenn sie im Übermaß entstehen. Vor allem chronische Entzündungsprozesse, wie etwa bei der Alzheimer Demenz, aber vermutlich auch andere chronische Erkrankungen gehen mit einer Erhöhung der Radikalbildung einher. Daher sind Radikalfänger, also Substanzen, die diese Radikale aufgrund ihrer eigenen Eigenschaften binden, bevor sie Schaden anrichten können, so wichtig. Natürliche Radikalfänger wie Vitamine spielen dabei eine wesentliche Rolle, aber auch die körpereigenen wie eben Melatonin, das zu den potentesten Radikalfängern gehört, die der Körper selber produziert. Deswegen werden dem Melatonin neuerdings auch antikanzeröse, also krebshemmende Eigenschaften nachgesagt. Aber selbst wenn sich diese nicht bewahrheiten sollten, so wären die Vorteile aufgrund der immunmodulierenden, regulierenden und radikalbindenden Eigenschaften des Hormons allein schon physiologisch von großer Bedeutung. Auf diesem Hintergrund ist es interessant, dass zwei Untersuchungen bei Meditierenden höhere Melatoninspiegel gefunden haben (102, 103) bzw. einen Anstieg des Melatonins bei Meditierenden unmittelbar nach der Meditation (104). Allerdings ist dieser Forschungsstand nicht eindeutig (95), weswegen diese Hypothese noch verstärkt untersucht werden muss.

Außergewöhnliche Erfahrung und Gesundheit – ein Forschungsbeispiel

Wir wollen zum Abschluss an einem Forschungsbeispiel die potenzielle Bedeutung skizzieren, die spirituelle Erfahrung für Gesundheit haben kann. Es ist Teil einer komplexen Dissertation, die unter meiner Betreuung entstanden ist (20). Niko Kohls und ich haben über eine Reihe von Untersuchungen hinweg ein Fragebogeninstrument konstruiert, mit dem wir außergewöhnliche Erfahrungen zu erfassen versuchen (105, 106). Die Besonderheit dieses Instrumentes gegenüber den meisten existierenden, auch in der angelsächsischen Literatur (107), ist es, dass es nicht Glaubenssätze, Meinungen, Einstellungen oder Verhaltenskorrelate erfasst, sondern dass es explizit erfahrungsbezogen vorgeht und möglichst nahe an der phänomenalen Erfahrung zu bleiben versucht, soweit dies in sprachlicher Form eben überhaupt möglich ist. Dass dabei „immer schon“ ein Element der Interpretation und der semantischen Überformung vorhanden ist, versteht sich von selbst und ist nicht zu verhindern. Dennoch

versucht das „Außergewöhnliche Erfahrungsinventar“ (AEI) so nahe wie möglich bei der Beschreibung dieser Erfahrungen zu bleiben und erfasst zusätzlich hierzu noch ein Bewertungselement, also eine Skala, auf der die Antwortenden angeben können, wie sie die Erfahrung bewerten. Damit haben wir versucht, die meistens implizit gemachte Verquickung von Erfahrungsinhalt und -bewertung voneinander zu trennen – ein wichtiger Schritt, wie sich im Nachhinein herausgestellt hat. Wir haben in der Hauptuntersuchung insgesamt 711 Personen befragt, von denen 459 nach 6 Monaten nochmals geantwortet haben. Als Indikator von psychischer Gesundheit haben wir den Brief Symptom Index (BSI) der sog. SCL90, einer Standardcheckliste psychiatrisch relevanter Beschwerden (108), verwendet. Die Hauptbefunde, kurz zusammengefasst, sind folgende:

Außergewöhnliche Erfahrungen lassen sich in vier relativ unabhängige Bereiche gliedern, die nicht ineinander überführbar sind:

- Ein Bereich wird von den spirituellen Erfahrungen im eigentlichen Sinne des Wortes abgedeckt. Darunter verstehen wir solche der Verbundenheit, der Einheit mit anderen Menschen oder mit dem Göttlichen, Erfahrungen der inneren Führung und der sinnvollen Strukturierung von Begebenheiten.
- Davon abge sondert ist ein Bereich, der mit „Dekonstruktion und Ichauflösung“ überschrieben werden kann. Dieser enthält Erfahrungen der Auflösung bekannter Strukturen – „mein Weltbild zerbröckelt“ – oder Wahrnehmungsformen, wie sie für manche spirituellen Erfahrungen typisch sind, aber auch im psychiatrischen Formenkreis vorkommen können.
- Wiederum davon unterscheidbar sind Erfahrungen, die psychopathologischer Natur sind und schließlich solche, die dem visionären und Traumbereich zuzuordnen sind.

Damit sehen wir also schon in der Struktur, wie auf einer beschreibenden Ebene die einzelnen Erfahrungen sich von selber so anordnen, dass sich spirituelle positive Erfahrungen von solchen, die eher dekonstruierend sind, trennen lassen und diese wiederum von psychopathologisch-psychiatrischen Erfahrungen verschieden sind.

2. Personen aus einem spirituell-religiösen Kontext – Mitglieder von Meditationsgruppen, Orden oder religiösen Gemeinschaften – machen naturgemäß mehr spirituelle und auch mehr dekonstruierende Erfahrungen; nicht notwendigerweise mehr psychopathologische. Sie bewerten alle Erfahrungen aber auch positiver. Es scheint so zu sein, als würde diesen Menschen ihre spirituell-religiöse Orientierung einen Interpretationsrahmen bereitstellen, in dem diese Erfahrungen weniger bedrohlich, weniger ängstigend und damit auch weniger störend erscheinen. Vielmehr können solche Er-

fahrungen in einem solchen Rahmen anscheinend leichter positiv uminterpretiert werden.

3. Setzt man nun die Indikatoren für unterschiedliche Erfahrungsbereiche mit dem Maß für psychische Belastung über die beiden Messzeitpunkte hinweg in einem statistischen Modell in Beziehung, so zeigt sich, dass spirituelle Erfahrungen einen protektiven Einfluss ausüben, während Erfahrungen der Dekonstruktion und psychopathologische Erfahrungen im engeren Sinne die psychische Belastung vergrößern. Damit haben außergewöhnliche Erfahrungen, so wie wir sie operationalisiert haben, eine größere Bedeutung für psychische Belastung als soziale Unterstützung, die wir ebenfalls erfasst haben und deren Erklärungspotenzial geringer ist. Pointiert zusammengefasst ist die Schlussfolgerung dieser Untersuchung: *Das spirituelle Nichtpraktizieren ist ein bislang unterschätzter Risikofaktor für psychische Belastungssymptome.*

Es scheint uns angemessen, diese Perspektive in Zukunft genauer zu untersuchen. Man hat spirituelles Üben, etwa in der Meditation, bislang ausschließlich unter therapeutischen Gesichtspunkten untersucht. Nur wenige Untersuchungen aus dem arbeitspsychologischen Bereich haben bislang das präventive Potenzial von spiritueller Praxis untersucht (89,109-111). Das alarmierende Ergebnis unserer Untersuchung stellt eigentlich unser herkömmliches Verständnis auf den Kopf. Regelmäßiges spirituelles Üben sollte eigentlich genauso in das Arsenal gesundheitsbewusster Zeitgenossen gehören wie regelmäßige körperliche Aktivität. Jedenfalls scheint der protektive Effekt erstaunlich und sollte genauer untersucht werden.

Fassen wir zusammen:

Spiritualität scheint in jüngerer Zeit verstärkt an die Stelle traditioneller Religiosität zu treten, wobei dies nicht wertend gemeint ist, sondern vor allem eine soziologische Beschreibung darstellt (112). Ob dies wünschenswert ist oder nicht, richtig oder falsch, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Offenbar zeigen breite Kreise verstärktes Interesse an Spiritualität. Mittlerweile findet dieses Interesse auch in Wissenschaftskreisen Anklang, wenn auch nur langsam. Dies hat mit der komplexen Geschichte der Wissenschaft als Kind der Aufklärung und damit in partieller Opposition zur verfassten Religion zu tun. Die zumindest begriffliche Trennung zwischen Spiritualität und Religion kann bei einem erweiterten Verständnis behilflich sein. Während Spiritualität vor allem den Erfahrungsgehalt meint, bezieht sich Religion auf die jeweilige historisch, politisch und geschichtlich gegebene Form. Religion und Spiritualität sind dabei dialektisch aufeinander bezogen in dem Sinne, dass das eine

ohne das andere nicht oder nur schwer sein kann und dass beide Elemente sich gegenseitig bedingen und benötigen. Spiritualität als Erfahrungselement kann hierbei ohne weiteres Gegenstand der Wissenschaft werden und sollte dies auch.

Der Forschungsüberblick hat gezeigt, dass Spiritualität als Ressource betrachtet werden kann, die starke präventive Bedeutung hat. Spirituell begründete Interventionsformen, etwa das auf Achtsamkeit zurückgehende Mindfulness Based Stress Reduction Programm, haben sich als wirksam erwiesen und tragen damit dazu bei, die Bedeutung spiritueller Praxis weiteren Kreisen über die unmittelbar wohltuenden therapeutischen Effekte zu erschließen. Darüber hinaus haben unsere eigenen Untersuchungen ergeben, dass spirituelle Erfahrungen einen protektiven Einfluss auf psychische Belastung ausüben. Spirituelles Praktizieren fängt dabei vor allem destabilisierende Effekte auf. Deshalb sind wir der Meinung, dass spirituelles Nichtpraktizieren möglicherweise einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellt. Auf jeden Fall sollten diese Zusammenhänge genauer aufgeklärt werden. Erste interessante Befunde liegen auf vielen Ebenen vor. Es wird Zeit, dass sich vor allem hierzulande die Forschung und die Forschungsförderung dieser Themen annimmt.

Danksagung: Meine Arbeit wird vom Samuelli-Institute, Newport Beach, CA, unterstützt.

Literatur

- 1 Latour, B.: Die Hoffnung der Pandora: Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaften, Frankfurt a.M. 2000
- 2 Fleck, L.: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Mit einer Einleitung hg. v. L. Schäfer und T. Schnelle, Frankfurt a.M. 1980 (Original erschienen 1935)
- 3 Martin, B.: Strategies for dissenting scientists. *Journal of Scientific Exploration* 12 (1998), 605-616
- 4 Kuhn, T.S.: Die Entstehung des Neuen – Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt a.M. 1977
- 5 Kuhn, T.S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt a.M. 1967
- 6 Walach, H.; Reich, K.H.: Science and spirituality: Towards understanding and overcoming a taboo, *Zygon* 2005 (in print)
- 7 Bukow, W.-D.: Magie und fremdes Denken. Bemerkungen zum Stand der neueren Magieforschung seit Evans-Pritchard, in: H.-G. Heimbrock, H. Streib (Hg.), Magie. Katastrophenreligion und Kritik des Glaubens. Eine theologische und religionstheoretische Kontroverse um die Kraft des Wortes, Kampen 1994, 61-103.
- 8 Horkheimer, M., Adorno, T.W.: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente, Frankfurt a.M. 1969
- 9 James, W.: Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur, Freiburg, Olten 1979
- 10 Albert, K.: Die ontologische Erfahrung, Ratingen/Kastellaun 1974
- 11 Hinze, O.M.: Tantra Vidya. Wissenschaft des Tantra, Freiburg 1983

- 12 Katz, S.T. (Ed.): *Mysticism and Religious Traditions*, Oxford 1983
- 13 Douglas-Klotz, N.: Missing stories: psychosis, spirituality and the development of Western religious hermeneutics, in: I. Clarke (Ed.), *Psychosis and Spirituality: Exploring the New Frontier*, London 2001, 53-72
- 14 Reich, K.H.: The relation between science and theology: The case for complementarity revisited, *Zygon* 25 (1990), 369-390
- 15 Reich, K.H.: The Chalcedonian definition, and example of the difficulties and the usefulness of thinking in terms of complementarity? *Journal of Psychology and Theology* 18 (1990), 148-157
- 16 Kanitschneider, B.: *Von der mechanistischen Welt zum kreativen Universum. Zu einem neuen philosophischen Verständnis der Natur*, Darmstadt 1993
- 17 Larson, E.J.; Witham, L.: Leading scientists still reject god, *Nature* 394 (1998), 313
- 18 Galton, F.: Statistical inquiries into the efficacy of prayer, *Fortnightly Review* 68 (1872) *New Series*, 125-135
- 19 Miller, W.R.; Thoresen, C.E.: Spirituality, religion, and health: An emerging field, *American Psychologist* 58 (2003), 24-35
- 20 Kohls, N.B.: Außergewöhnliche Erfahrungen – Blinder Fleck der Psychologie? Eine Auseinandersetzung mit außergewöhnlichen Erfahrungen und ihrem Zusammenhang mit geistiger Gesundheit, Münster 2004
- 21 Emmons, R.A.; Paloutzian, R.F.: The psychology of religion, *Annual Review of Psychology* 54 (2003), 377-402
- 22 Levin, J.S.; Schiller, P.L.: Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health* 26 (1987), 9-36
- 23 Levin, J.S.; Markides, K.S.: Religious attendance and subjective health, *Journal of the Scientific Study of Religion* 25 (1986), 31-40
- 24 Levin, J.S.: Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science and Medicine* 38 (1994), 1475-1482
- 25 Levin, J.S.; Vanderpool, H.Y.: Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion, *Social Science and Medicine* 24 (1987), 589-600
- 26 Paloutzian, R.F.; Ellison, C.W.: Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life, in: L.A. Peplau, D. Perlman (Eds.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*, New York 1982, 224-237
- 27 Levin, J.S.; Chatters, L.M.: Religion, health, and psychological well-being in older adults, *Journal of Aging and Health* 10 (1998), 504-531
- 28 Levin, J.S.; Chatters, L.M.; Ellison, C.G.; Taylor, R.J.: Religious involvement, health outcomes, and public health practice, *Current Issues in Public Health* 2 (1996), 220-225
- 29 McCullough, M.E.; Hoyt, W.T.; Larson, D.B.; Koenig, H.G.; Thoresen, C.: Religious involvement and mortality: A meta-analytic review, *Health Psychology* 19 (2000), 211-222
- 30 Larson, D.B.; Larson, S.S.: Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research, *Journal of Psychology and Theology* 31 (2003), 37-51
- 31 Carone, D.A.J.; Barone, D.F.: A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy, *Clinical Psychology Review* 21 (2001), 989-1003
- 32 Pargament, K.I.; Brant, C.R.: Religion and coping, in: H.G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health*, San Diego 1998, 111-128

- 33 Zwingmann, C.; Murken, S.: Coping with an uncertain future: religiosity and milleniarism, *Archiv für Religionspsychologie* 23 (2000), 11-28
- 34 Tepper, L.; Rogers, S.A.; Coleman, E.M.; Malony, H.N.: The prevalence of religious coping among persons with persitent mental illness, *Psychiatric Services* 52 (2001), 660-665
- 35 Nairn, R.C.; Merluzzi, T.V.: The role of religious coping in adjustment to cancer, *Psycho-oncology* 12 (2003), 428-441
- 36 Powell, L.H.; Shahabi, L.; Thoresen, C.E.: Religion and spirituality: Linkages to physical health, *American Psychologist* 58 (2003), 36-52
- 37 Kendler, K.S.; Liu, X.-Q.; Gardner, C.O.; McCullough; M.E.; Larson, D.; Prescott, C.A.: Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use diorders, *American Journal of Psychiatry* 160 (2003), 496-503
- 38 Kendler, K.S.; Gardner, C.O.; Prescott, C.A.: Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A mutlimeasure, genetic-epidemiologic study, *American Journal of Psychiatry* 154 (1997), 322-329
- 39 Nisbet, P.A.; Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.: The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older, *Journal of Nervous and Mental Disease* 188 (2000), 543-546
- 40 McCullough, M.E.; Larson, D.B.: Religion and depression: a review of the literature, *Twin Research* 2 (1999) 126-136
- 41 Granqvist, P.; Hagekull, B.: Religiousness and perceived childhood attachment: Profiling socialized correspondence and emotional compensation, *Journal for the Scientific Study of Religion* 38 (1999), 254-273
- 42 Kass, J.D.; Friedman, R.; Leserman, J.; Zuttermeister, P.C.; Benson, H.: Health outcomes and a new index of spiritual experience, *Journal for the Scientific Study of Religion* 30 (1991), 203-211
- 43 Kass, J.D.; Friedman, R.; Leserman, J.; Caudill, M.; Zuttermeister, P.C.; Benson, H.: An inventory of positive psychological attitudes with potential relevance to health outcomes: validation and preliminary testing, *Behavioral Medicine* 17 (1991) 121-129
- 44 McBride, J.L.; Arthur, G.; Brooks, R.; Pilkington, L.: The relationship between a patient's spirituality and health experiences, *Family Medicine* 30 (1998), 122-126
- 45 Contrada, R.J.; Goyal, T.M.; Krause, T.J.; Cather, C.; Rafalson, L.; Idler, E.L.: Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms, *Health Psychology* 23 (2004), 227-238
- 46 Oxman, T.E.; Freeman, D.H.; Manheimer, E.D.: Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly, *Psychosomatic Medicine* 57 (1995), 5-15
- 47 Moberg, D.O.; Brusek, P.M.: Spiritual well-being: a neglected subject in quality of life research, *Social Indicators Research* 5 (1978), 303-323
- 48 Yeginer, A.: Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung, in: W. Belschner, P. Gottwald (Hg.), *Gesundheit und Spiritualität*, Oldenburg 2000, 119-148
- 49 Gibson, C.A.; Pessin, H.; McLain, C.; Shah, A.D.; Breitbart, W.: The unmet need: Addressing spirituality and meaning through culturally sensitive communication and intervention, in: R.J. Moore, D. Spiegel (Eds.), *Cancer, Culture, and Communication*, New York, Boston, Dordrecht 2004
- 50 McClain, C.; Rosenfeld, B.; Breitbart, W.: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients, *Lancet* 361 (2003), 1603-1607
- 51 Brady, M.; Peterman, A.; Fitchett, G.; Mo, M.; Cella, D.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology, *Psycho-oncology* 8 (1999), 417-428

- 52 Lipsey, M.W.; Wilson, D.B.: The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment, *American Psychologist* 48 (1993), 1181-1209
- 53 Walach, H.; Bösch, H.; Lewith, G.T.; Utts, J.: Letter to the editor: Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial, *Pain* 96 (2002), 403-405
- 54 Gall, T.L.: Relationship with god and the quality of life of prostate cancer survivors, *Quality of Life Research* 13 (2004), 1357-1368
- 55 Weaver, A.J.; Flanely, K.J.; Oppenheimer, J.E.: Religion, spirituality, and chaplains in the biomedical literature 1965-2000, *International Journal of Psychiatry in Medicine* 33 (2003), 155-161
- 56 Reich, K.H.: Spiritualität, Religiosität und Gesundheit, *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 10 (2003), 269-275
- 57 Anson, O.; Antonovsky, A.; Sagy, S.: Religiosity and well-being among retirees: A question of causality, *Behavior, Health, and Aging* 1 (1990), 85-97
- 58 Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco 1987
- 59 Kabat-Zinn, J.: Im Alltag Ruhe finden: Das umfassende praktische Meditationsprogramm für alle Lebenslagen, Freiburg 1998
- 60 Kabat-Zinn, J.: Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung, München 1996
- 61 Thich Nhat Hanh: Mit dem Herzen verstehen, Berlin 1999
- 62 Thich Nhat Hanh: Going Home: Jesus and Buddha as Brothers, New York 1999
- 63 Buchheld, N.; Walach, H.: Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation – Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik, in: T. Heidenreich, J. Michalak (Hg.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch, Tübingen 2004, 25-46
- 64 Majumdar, M.; Grossman, P.; Dietz-Waschkowski, B.; Kersig, S.; Walach, H.: Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample, *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8 (2002), 719-730
- 65 Majumdar, M.; Walach, H.: Achtsamkeitsmeditation und Gesundheit. Eine Outcome-Evaluation, in: W. Belschner, J. Galuska, H. Walach, E. Zundel (Hg.), Perspektiven Transpersonaler Forschung. Jahresband 1 des DKTP, Oldenburg 2001, 87-88
- 66 Kabat-Zinn, J.: Commentary on Majumdar et al.: Mindfulness meditation for health, *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8 (2002), 731-735
- 67 Grossman, P.; Schmidt, S.; Niemann, L.; Walach, H.: Mindfulness based stress reduction and health: A meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004), 35-43
- 68 Grossman, P.; Niemann, L.; Schmidt, S.; Walach, H.: Ergebnisse einer Metaanalyse zur Achtsamkeit als klinischer Intervention, in: T. Heidenreich, J. Michalak (Hg.), Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch, Tübingen 2004, 701-725
- 69 Segal, Z.V.; Williams, J.M.G.; Teasdale, J.D.: Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventive relapse, New York 2002
- 70 Teasdale, J.D.; Segal, Z.V.; Williams, J.M.G.; Ridgeway, V.A.; Soulsby, J.M.; Lau, M.A.: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000), 615-623
- 71 Teasdale, J.D.; Segal, Z.; Williams, M.G.: How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy* 33 (1995), 25-39
- 72 Bohus, M.; Haaf, B.; Simms, T. et al.: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial, *Behaviour Research and Therapy* 42 (2004), 487-499

- 73 Bohus, M.; Haaf, B.; Stiglmayr, C.; Pohl, U.; Böhme, R.; Linehan, M.M.: Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study, *Behaviour Research and Therapy* 38 (2000), 875-887
- 74 Linehan, M.M.: Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, in: M. Zielke, J. Sturm (Hg.), *Handbuch stationärer Verhaltenstherapie*, Weinheim 1994, 796-804
- 75 Walach, H.; Buchheld, N.; Buttenmüller, V.; Kleinknecht, N.; Grossman, P.; Schmidt, S.: Empirische Erfassung der Achtsamkeit – Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien, in: T. Heidenreich, J. Michalak (Hg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*, Tübingen 2004, 727-770
- 76 Davidson, R.J.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, J. et al.: Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Psychosomatic Medicine* 65 (2003), 564-570
- 77 Davidson, R.J.; Wheeler, R.E.; Kinney, L.: Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency, *Psychophysiology* 29 (1992), 567-592
- 78 Davidson, R.J.; Putnam, K.M.; Larson, C.L.: Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – A possible prelude to violence, *Science* 289 (2000), 591-594
- 79 Davidson, R.J.; Jackson, D.C.; Kalin, N.H.: Emotion, plasticity, context and regulation: perspectives from affective neuroscience, *Psychological Bulletin* 126 (2000), 890-909
- 80 Davidson, R.J.: Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity, *American Psychologist* 55 (2000), 1196-1214
- 81 Lou, H.C.; Kjaer, T.W.; Friberg, L.; Wildschiodtz, G.; Holm, S.; Nowak, M.: A ¹⁵O-H₂O PET study of meditation and the resting state of normal consciousness, *Human Brain Mapping* 7 (1999), 98-105
- 82 Ader, R.; Felten, D.L.; Cohen, N. (Eds.): *Psychoneuroimmunology*, (3rd Edition) San Diego 2000
- 83 Jevnig, R.; Wallace, R.K.; Beidebach, M.: The physiology of meditation: A review. A wakeful hypometabolic integrated response, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 16 (1992), 415-424
- 84 Orme-Johnson, D.W.; Dillbeck, M.C.; Wallace, R.K.; Landrith, G.S.: Intersubject EEG coherence: Is consciousness a field, *International Journal of Neuroscience* 16 (1982), 203-209
- 85 Orme-Johnson, D.W.: EEG coherence during transcendental consciousness, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 4 (1977), 581-582
- 86 Travis, F.; Wallace, R.K.: Autonomic and EEG patterns during eyes-closed rest and Transcendental Meditation (TM) practice: The basis for a neural model of TM practice, *Consciousness & Cognition: An International Journal* 8 (1999)
- 87 Travis, F.T.; Orme-Johnson, D.W.: Field model of consciousness: EEG, coherence changes as indicators of field effects, *International Journal of Neuroscience* 49 (1989), 203-211
- 88 Lutz, A.; Greischar, L.L.; Rawling, N.B.; Ricard, M.; Davidson, R.J.: Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice, *Proceedings of the National Academy of Science of the USA* 101 (2004), 16369-16373
- 89 Carrington, P.; Collings, G.H.; Benson, H. et al.: The use of meditation-relaxation techniques for the management of stress in a working population, *Journal of Occupational Medicine* 22 (1980), 221-231
- 90 Stefano, G.B.; Fricchione, G.L.; Slingsby, B.T.; Benson, H.: The placebo effect and re-

- laxation response: neural processes and their coupling to constitutive nitric oxide, *Brain Research Reviews* 35 (2001), 1-19
- 91 Newberg, A.; D'Aquili, E.G.: The neuropsychology of spiritual experience, in: H.G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health*, San Diego 1998, 75-94
- 92 Cacioppo, J.T.: Social neuroscience: autonomic, neuroendocrine, and immune responses to stress, *Psychophysiology* 31 (1994), 113-128
- 93 Dessen, P.H.; Shipton, E.A.; Stanwix, A.E.; Joffe, B.L.: Neuroendocrine deficiency-mediated development and persistence of pain in fibromyalgia: a promising paradigm? *Pain* 86 (2000), 213-215
- 94 Heim, C.; Ehlert, U.; Hellhammer, D.H.: The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders, *Psychoneuroendocrinology* 25 (2000), 1-35
- 95 Carlson, L.E.; Speca, M.; Patel, K.D.; Goodey, E.: Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients, *Psychoneuroendocrinology* 29 (2004), 448-474
- 96 MacLean, C.R.K.; Walton, K.G.; Wenneberg, S.R. et al.: Altered responses of cortisol, GH, TSH and testosterone to acute stress after four months' practice of transcendental meditation (TM), *Annals of the New York Academy of Science* 746 (1994), 381
- 97 Seeman, T.E.; Dubin, L.F.; Seeman, M.: Religiosity/Spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways, *American Psychologist* 58 (2003), 53-63
- 98 Sudsuang, R.; Chentanez, V.; Veluvan, K.: Effect of Buddhist meditation on serum cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung volume and reaction time, *Physiological Behaviour* 50 (1991), 543-548
- 99 Maestroni, G.J.M.; Conti, A.: Role of the pineal neurohormone melatonin in the psycho-neuroendocrine-immune network, in: R. Ader, D.L. Felten, N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology*, 2nd Edition ed. San Diego, CA 1991, 495-513
- 100 Reiter, R.J.: Melatonin: The chemical expression of darkness, *Molecular Cell Biology* 79 (1991), c153-c159
- 101 Vijayalaxmi, Thomas C.R.; Reiter, R.J.; Herman, T.S.: Melatonin: From basic research to cancer treatment clinics, *Journal of Clinical Oncology* 20 (2002), 2575-2601
- 102 Massion, A.O.; Teas, J.; Herbert, J.R.; Wertheimer, M.D.; Kabat-Zinn, J.: Meditation, melatonin and breast/prostate cancer: Hypothesis and preliminary data, *Medical Hypotheses* 44 (1995), 39-46
- 103 Solberg, E.E.; Holen, A.; Ekeberg, O.; Osterud, B.; Halvorsen, R.; Sandvik L.: The effects of long meditation on plasma melatonin and blood serotonin, *Medical Science Monitor* 10 (2004), CR96-101
- 104 Tooley, G.A.; Armstrong, S.M.; Norman, T.R.; Sali, A.: Acute increases in night-time plasma melatonin levels following a period of meditation, *Biological Psychology* 53 (2000) 69-78
- 105 Kohls, N.; Kress, G.; Walach, H.: Das Transpersonale Erfahrungen Inventar – Revision, psychometrische Eigenschaften, in: W. Belschner, H. Walach, L. Hofmann (Hg.), *Transpersonale Forschung. Jahresband 3 des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie*, Oldenburg 2003
- 106 Kohls, N.; Friedl, C.; Walach H.: Häufigkeit und subjektive Bewertung von außergewöhnlichen menschlichen Erfahrungen. Explorative Ergebnisse einer Fragebogenstudie zu differentialdiagnostischen Zwecken, in: W. Belschner, J. Galuska, H. Walach, E. Zundel (Hg.), *Perspektiven Transpersonaler Forschung. Jahresband 1 des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie*, Oldenburg 2001, 89-116

- 107 Hill, P.C.; Hood, R.W. (Eds.): Measures of Religiosity, Birmingham, AL 1999
- 108 Franke, G.: Die Symptom-Checklist von Derogatis (SCL-90-R), Weinheim 1995
- 109 Delmonte, M.M.: Meditation practice as related to occupational stress, health and productivity, *Perceptual and Motor Skills* 59 (1984), 581-582
- 110 Peters, R.K.; Benson, H.; Peters, J.M.: Daily relaxation response breaks in a working population. II. Effects on blood pressure, *American Journal of Public Health* 67 (1977), 954-959
- 111 Peters, R.K.; Benson, H.; Porter, D.: Daily relaxation response breaks in a working population. I. Effects on self-reported measures of health, performance and well-being, *American Journal of Public Health* 67 (1977), 946-953
- 112 Oerter, R.: Was ist Religiosität, und warum entwickelt sie sich?, in: F. K. Oser, K.H. Reich (Hg.), Eingebettet ins Menschsein: Beispiel Religion – aktuelle psychologische Studien zur Entwicklung von Religiosität, Lengerich 1996, 23-40

Spiritualität und Krankheitsumgang

Befragungsergebnisse zu Patientenbedürfnissen

Wenn die Frage nach der Bedeutung und dem Stellenwert von Spiritualität bzw. Religiosität in der heutigen Medizin gestellt wird, ist es zunächst sinnvoll, die bisherige Literatur in diese Richtung zu durchforsten. Eine Recherche über die Anzahl von Publikationen in der Datenbank MEDLINE von 1960 bis 2003, die entweder einen Bezug ausschließlich zur Religion (Suchbegriff „religio* NOT spiritual*“), ausschließlich zur Spiritualität (Suchbegriff „spiritual* NOT religio*“) oder zu beiden Begriffen (Suchbegriff „spiritual* AND religio*“) aufweisen, zeigte einen Trend, der in Abbildung 1 dargestellt ist. Hier wird die Entkoppelung von Publikationen mit religiösem Bezug zu denen, die eine spirituelle Thematik verfolgen, ab Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts in ihrer Quantität besonders deutlich.

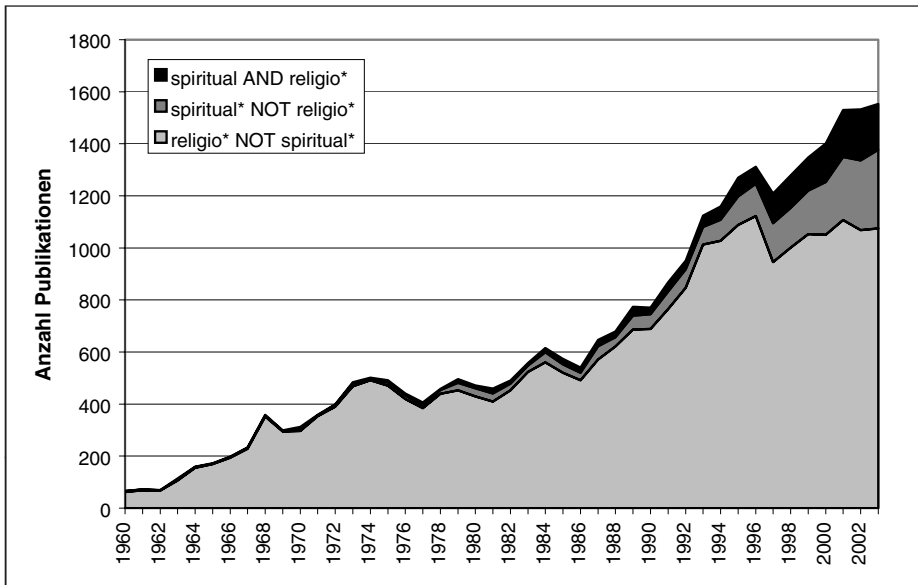


Abb. 1: Anzahl der Publikationen in MEDLINE zu den Kategorien Religion (Suchbegriff „religio* NOT spiritual*“), Spiritualität (Suchbegriff „spiritual* NOT religio*“) oder zu beiden Begriffen (Suchbegriff „spiritual* AND religio*“)

Eine erste inhaltliche Analyse macht aber neben diesem quantitativen Unterschied auch einen Unterschied in der inhaltlichen Ausrichtung der Publikationen deutlich: Während die Publikationen mit ausschließlicher Bezug zur Religion durchgängig auf die Bereiche der Medizin fokussieren, die eng mit grundsätzlichen Fragen der Theologie zu Ethik und Moral wie Abtreibung, Verhütung, Sterbehilfe, AIDS und aktuell dem Klonen assoziiert sind, fächert sich das Spektrum der Publikationen zur Spiritualität in andere Richtungen auf. Hier können drei große Unterkategorien identifiziert werden:

➤ ***Spiritual Care***

Dieser Begriff taucht nach unseren Rechercheergebnissen erstmals 1963 in einer holländischen Publikation von W. van Otterlo zum Thema „Spiritual care of patients and personnel in the hospital“ in MEDLINE auf. Er wird häufig synonym mit dem Begriff der „Pastoral Care“ benutzt (Smith, 1982) und als Übersetzung für den deutschen Begriff der (Krankenhaus)-Seelsorge benutzt (Schwarz 1977). Die erste in MEDLINE gelistete deutsche Publikation von Bucher (1967) zu „Seelsorge an geistig Kranken“ trägt dementsprechend den englischen Titel „Spiritual care of mental patients“. Diese noch stark an die Religion gebundene Bedeutung, die sich beispielsweise auch in Publikationen zu unterschiedlichen Religionssystemen manifestiert (Gervais 1973; Neki 1975; Shimano and Douglas 1975; Bayrakdar 1985), verliert sich in den 80er Jahre und geht über in eine ergebnisorientierte, religionsneutralere Bedeutung des „Spiritual Well-Being“.

➤ ***Spiritual Well-Being***

Eine der ersten Publikationen, die den Begriff des „Spiritual Well-Being“ aufgreift, wurde 1979 von Yahn publiziert. Dort wurden auch die Querverbindungen zu Begriffen wie „holistic medicine“, „mind-body-spirit“ und „wellness“ gezogen, die heute noch mit dem Begriff des spiritual well-being assoziiert werden. In diesem Bereich tauchen auch erste Publikationen auf, die Spiritualität als messbares Konstrukt in Wirksamkeitsstudien berücksichtigen (Spencer *et al.* 1980; Finkler 1981; Reed 1987). In der Folgezeit wird dementsprechend auch ein Schwerpunkt auf die konzeptionelle und methodische Vorgehensweise bei der Messung von Spiritualität gelegt (Paloutzian and Ellison 1982; Burkhardt 1989; Hay 1989). Eine Übersicht entsprechender Instrumente zur Messung von Spiritualität ist in Ostermann *et al.* (2004) zusammengestellt.

➤ *Spiritual Healing*

War der Begriff „Spiritual Well-Being“ ein eher theoretisches Konstrukt, so ist der Begriff des „Spiritual Healing“ in den wenigen Publikationen von 1960 bis 1990 pragmatisch entweder an die Beschreibung von „Geistheilern“ in traditionellen Medizinsystemen geknüpft (Castigliano 1976; Coulehan 1980) oder speziell mit Biografien von Personen verbunden, die als Heiler bekannt waren (Cunningham 1970). Aktuelle Studien zu „Spiritual Healing“, die vor allem seit den 1990er Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt publiziert wurden, werden in dem Beitrag von Utsch und Ehm in diesem Heft vorgestellt.

Übergreifend für alle drei Kategorien findet sich immer wieder die Frage nach den „spiritual needs“, also den spirituellen Bedürfnissen von Patienten, und wie diesen begegnet werden kann (Sjostedt 1970; Lindhoj 1982; Peterson 1985). Da sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und das Gesundheitswesen in den letzten 40 Jahren drastisch geändert haben, wird diese Frage auch in den aktuellen Diskussionen bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, dem sog. „shared-decision makings“, zwischen Arzt und Patient immer wieder neu gestellt.

Im Zuge der fortschreitenden Individualisierung und Säkularisierung wird es zudem immer undurchsichtiger, ob überhaupt und wenn ja, welche Patienten einen Zugang zur Spiritualität/Religiosität (im Folgenden SpR) suchen, wie sie vor diesem Hintergrund mit schweren Krankheiten umgehen und wer insbesondere Unterstützung braucht.

In diesem Beitrag wird die Frage der spirituellen Bedürfnisse und Ressourcen von Patienten, die an Krebs bzw. Multipler Sklerose (MS) erkrankt sind, anhand einer Befragung mit dem von unserer Arbeitsgruppe entwickelten SpREUK-Fragebogen (Ostermann *et al.* 2004; Büssing *et al.* 2004, 2005) thematisiert.

Patientenbedürfnisse

Für die vorliegende Untersuchung wurden 126 Patienten mit Krebs bzw. 60 mit MS berücksichtigt. Das mittlere Alter der Krebspatienten betrug 58 ± 10 Jahre und das der MS-Patienten 40 ± 8 Jahre. Wie in Tabelle 1 dargestellt, war der Anteil der konfessionslosen (und damit ebenfalls der R-S-) Patienten in der MS-Gruppe deutlich höher als in der Krebs-Gruppe, die wiederum einen etwas höheren Schulbildungs-Level hatte.

%	Krebs (n=129)	MS (n=60)
<i>Geschlecht</i>		
weiblich	73	67
männlich	27	33
<i>Altersgruppe</i>		
< 30	0	8
30-49 Jahre	23	80
50-69 Jahre	64	12
> 70 Jahre	14	0
<i>Familienstand</i>		
Verheiratet	72	64
Mit Partner lebend	7	16
Geschieden	8	9
Alleinstehend	7	12
Verwitwet	6	0
<i>Schulbildung</i>		
Hauptschule	27	31
Realschule	27	43
Gymnasium	36	17
andere	10	9
<i>Wohnumfeld</i>		
Städtisch	64	77
Ländlich	36	23
<i>Konfession</i>		
Christlich	84	71
Andere	4	0
Keine	12	23
<i>Krankheitsdauer</i>		
< 6 Monate	17	16
6-12 Monate	20	2
1-3 Jahre	34	11
3-5 Jahre	9	21
> 5 Jahre	21	50
<i>SpR Haltung</i>		
R+S+	35	15
R+S-	37	42
R-S+	13	3
R-S-	15	40

Tabelle 1: Demographische Daten der Patienten

Individuelle Aussagen

➤ Krebspatienten

Die meisten Krebspatienten (86%) suchen nach Sinn und Halt in ihrem Leben. 52% beschäftigen sich infolge ihrer Erkrankung auch wieder mit SpR-Fragen.

52% sind der Überzeugung, dass ein Zugang zu einer SpR-Quelle ihre Krankheit günstig beeinflussen kann. Aber nur 43% suchen einen Zugang zu SpR. Vielmehr sind 42% der Meinung, dass sie keine SpR-Anleitung bräuchten, da sie selber wüssten, „wo es lang geht“.

47% sind der Meinung, dass sie keinen Einfluss auf ihr Leben hätten, da es vorherbestimmt sei. 38% nehmen ihre Krankheit hin und „tragen sie mit Fassung“. Zur Abwendung ihrer Krankheit wenden sich 45% an ihren Arzt oder Therapeuten. 71% sind der Meinung, sie könnten den Verlauf ihrer Krankheit selbst beeinflussen. So vertrauen auch 69% – egal was auch passiert – auf ihre innere Stärke, während 78% (auch) auf eine höhere Macht vertrauen.

Fast alle Krebspatienten (95%) kommen durch ihre Krankheit dazu, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem Leben wichtig ist. Für 76% ist Krankheit ein Hinweis, etwas in ihrem Leben zu ändern; 77% kommen durch die Krankheit wieder dazu, sich mit sich selbst zu beschäftigen; 63% sehen Krankheit sogar als Chance für ihre persönliche Entwicklung an. 62% sind sogar überzeugt, dass Krankheit einen Sinn hat. 63% sind davon überzeugt, dass ihr „wirkliches Sein“ durch die Krankheit nicht zu beeinträchtigen ist.

Nur wenige Krebspatienten (30%) erfahren und vertiefen ihre SpR durch die gemeinsame Praxis mit anderen, jedoch durch die Praxis alleine und in Stille (72%). Hierzu suchen sie besondere Orte auf, an denen sie „auftanken“ und Kraft schöpfen können (72%).

➤ MS-Patienten

Im Gegensatz zu den Krebspatienten sind es nur etwas mehr als die Hälfte der MS-Patienten (58%), die nach Sinn und Halt in ihrem Leben suchen, und nur 30% beschäftigen sich infolge ihrer Erkrankung auch wieder mit SpR-Fragen.

Nur 27% sind der Überzeugung, dass ein Zugang zu einer SpR-Quelle ihre Krankheit günstig beeinflussen kann. Und sogar nur 17% suchen einen Zugang zu SpR. Ähnlich wie bei den Krebspatienten sind 33% der Meinung, dass sie keine SpR-Anleitung bräuchten, da sie selber wüssten, „wo es lang geht“.

Auch hier sind es die Hälfte (50%), die der Meinung sind, dass sie keinen Einfluss auf ihr Leben hätten, da es vorherbestimmt sei. Aber nur 28% nehmen ihre Krank-

heit hin und „tragen sie mit Fassung“. Zur Abwendung ihrer Krankheit wenden sich 55% an ihren Arzt oder Therapeuten. Bedingt durch die Unvorhersehbarkeit ihres Krankheitsverlaufes sind es auch 54% der MS-Patienten, die meinen, sie könnten den Verlauf ihrer Krankheit selbst beeinflussen. Vielmehr vertrauen 68% – egal was auch passiert – auf ihre innere Stärke, aber – deutlich anders als bei den Krebspatienten – sind es nur 40%, die auf eine höhere Macht vertrauen.

Die meisten MS-Patienten (84%) kommen durch ihre Krankheit dazu, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem Leben wichtig ist. Auch hier kommen 73% durch die Krankheit wieder dazu, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Aber nur für 54% ist Krankheit ein Hinweis, etwas in ihrem Leben zu ändern, und nur 33% sehen Krankheit sogar als Chance für ihre persönliche Entwicklung an. Ganz anders als die Krebspatienten sind es nur 14% der MS-Patienten, die der Aussage zustimmen, dass Krankheit einen Sinn hat. 49% sind davon aber überzeugt, dass ihr „wirkliches Sein“ durch die Krankheit nicht zu beeinträchtigen ist.

Ähnlich wie bei den Krebspatienten erfahren und vertiefen nur wenige MS-Patienten (22%) ihre SpR durch die gemeinsame Praxis mit anderen, jedoch auch nicht durch eine Praxis alleine und in Stille (32%) – aber viele suchen ebenfalls besondere Orte auf (60%), was auf ein SpR-„Defizit-Gefühl“ hinweisen könnte.

Ergebnisse mit dem SpREUK-Fragebogen

Damit die vielfältigen Variablen des umfangreichen Fragenpools, der dem SpREUK-Fragebogen zugrunde liegt (Ostermann *et al.* 2004; Büssing *et al.* 2004, 2005), auf eine kleinere Zahl unabhängiger Einflussgrößen zurückgeführt werden können, wurden mit Hilfe der Faktorenanalyse diejenigen Variablen zu einem Faktor zusammengefasst, die sich in weiten Teilen überschneiden. Der SpREUK-Fragebogen (Version 1.1) zur Erfassung der SpR-Einstellung von Patienten und ihrem Krankheitsumgang bildet folgende Dimensionen ab (Ostermann *et al.* 2004; Büssing *et al.* 2004, 2005):

1. Suche nach Sinn-gebender Rückbindung
2. Positive der Internalität durch SpR
3. Vertrauen und Führung („höhere Macht“)
4. Support der äußeren Lebensbezüge durch SpR
5. Support der Internatonalität durch SpR

➤ Geschlechts-abhängige Unterschiede

Abbildung 2A zeigt, dass die Ergebnisse der Subskalen 1-5 der weiblichen Krebspatienten höher ausfallen als die der männlichen Patienten. Bei den MS-Patienten lassen sich diese geschlechtsbedingten Unterschiede zwar auch finden, jedoch ist der Unterschied nur für die Subskala 5 bedeutsam. Auffällig war hier, dass die SpREUK-Ergebnisse der MS-Patienten generell niedriger sind.

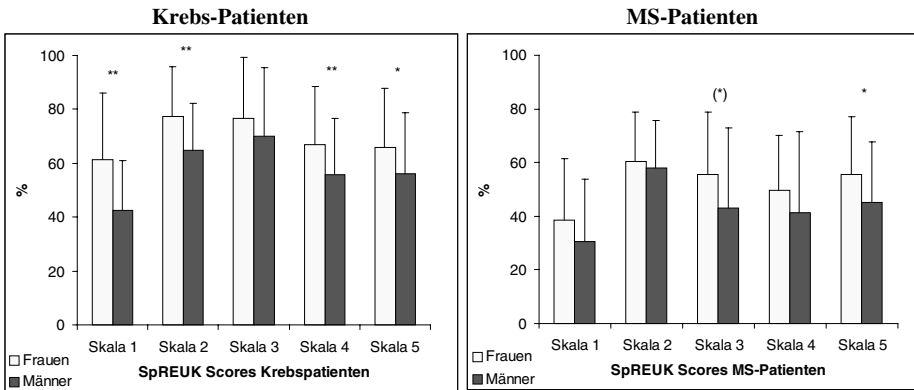


Abb. 2 A: Vergleich der SpREUK Scores von Krebs- und MS-Patienten hinsichtlich Geschlecht

➤ Schulbildungs-abhängige Unterschiede

Eine geringere Schulbildung (Abbildung 2B) geht bei den Krebspatienten mit einem geringeren Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung (Skala 1) und geringer ausgeprägter positiver Krankheitsdeutung (Skala 2) einher. Ähnliche Tendenzen kann man bei den MS-Patienten auch beobachten. Bei den deutlich geringeren Werten fielen diese Unterschiede jedoch nicht so ins Gewicht. Die Schulbildung hat jedoch keinen Einfluss auf das Vertrauen in bzw. Führung durch eine höhere Präsenz (Skala 3).

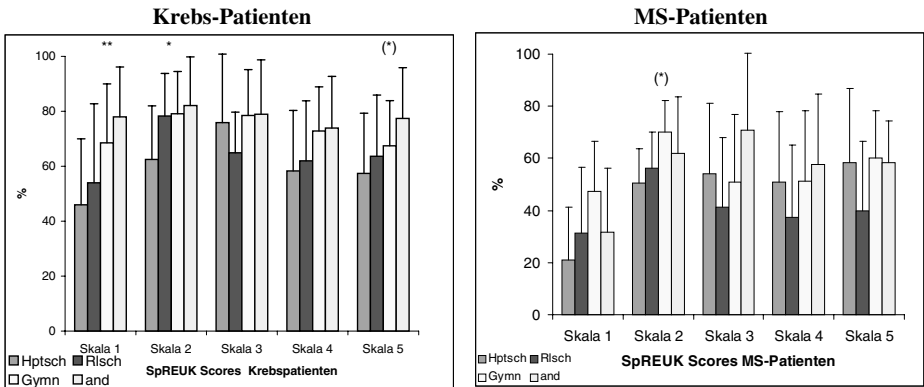


Abb. 2 B: Vergleich der SpREUK Scores von Krebs- und MS-Patienten hinsichtlich Schulbildung

➤ SpR-Einstellung-abhängige Unterschiede

Patienten ohne konfessionelle Bindungen haben deutlich niedrigere Ergebnisse in den Fragebereichen 3 bis 5 (Büssing *et al.* 2004, 2005). Dementsprechend haben Patienten, die sich als weder religiös noch spirituell einschätzen (R-S-) auch signifikant niedrigere Werte bei den Skalen 1, 3, 4 und 5 (Abbildung 2C) als Patienten mit einer religiösen, aber nicht spirituellen Einstellung (R+S-), oder Patienten mit einer spirituellen, aber nicht religiösen Selbsteinschätzung (R-S+) oder als Patienten, die sich als sowohl religiös als auch spirituell bezeichnen (R+S+). Während sich für die Krebspatienten einzig in der Skala, die eine positive Krankheitsdeutung thematisiert, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der 4 Gruppen der SpR-Haltung fanden, hatten bei den MS-Patienten auch hier die R-S-Patienten deutlich niedrigere Werte als die S+ oder R+ Patienten.

Auffällig ist, dass die „Suche nach sinngebender Rückbindung“ (Skala 1) mit einer S+ Haltung verbunden ist (R+S+ und R-S+), während „Vertrauen und Führung“ (Skala 3) insbesondere für R+ Patienten (R+S+ und R+S-) von Bedeutung zu sein scheint.

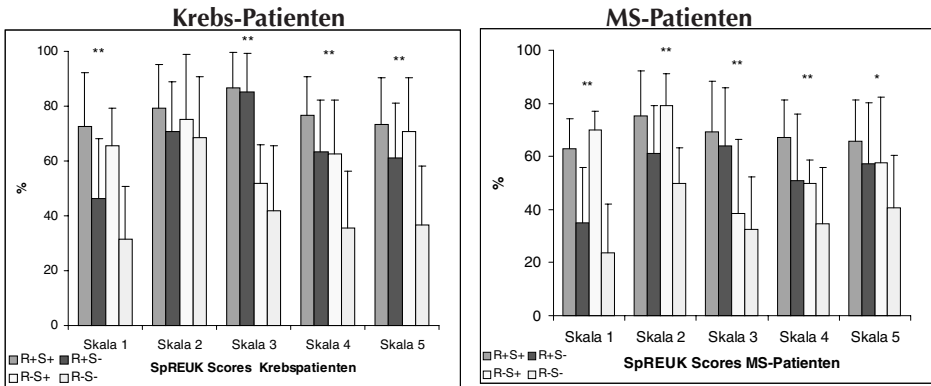


Abb. 2 C: Vergleich der SpREUK Scores von Krebs- und MS-Patienten hinsichtlich SpR Haltung. Unterschiede sind statistisch signifikant: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; (*) $0,05 < p < 0,10$ (Kruskal-Wallis-Test)

➤ Krankheits-abhängige Unterschiede

Die SpREUK-Werte fallen bei den MS-Patienten deutlich niedriger aus als die bei den Krebspatienten. Da die MS-Patienten in der Regel deutlich jünger als die Krebspatienten sind, sich aber für Krebspatienten (und auch die MS-Patienten) keine altersabhängigen Unterschiede zeigten (Büssing *et al.* 2005), wurden die SpREUK-Werte der Patienten mit derselben Altersgruppe untersucht: Die Werte der Skalen 1, 2 und 5 waren in der Krebs-Gruppe nun sogar noch etwas höher, und der Unterschied war für alle 5 Skalen deutlich unterscheidbar zu den Ergebnissen der MS-Patienten. Eine weitere Einengung auf die gleiche Altersgruppe und das gleiche Geschlecht bestätigte, dass die Krankheit für diese Unterschiede ursächlich ist (nicht dargestellt). Die Krankheitsdauer jedoch hatte keinen Einfluss auf die Ausprägung anderer Fragenbereiche (Büssing *et al.* 2005)

Obschon Beeinträchtigungen der Persönlichkeit, Emotionalität und des Intellekt im Verlauf der MS typischerweise auftreten können, sind die ausgeprägten SpR-Unterschiede zwischen den MS- und Krebspatienten sicherlich auch auf den Umstand zurückzuführen, dass Krebspatienten einen Krankheitsverlauf haben, dessen Therapiemöglichkeiten grundsätzlich bekannt sind und die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie für sie eine hoffnungsvolle Perspektive darstellt, während die MS-Schübe unvorhersehbar auftreten und eine eigentliche Heilung nicht besteht. Hier sind weitergehende Untersuchungen geplant.

Diskussion

Lebensbedrohende bzw. -verändernde Krankheiten sind klassische Situationen, die die Grundfesten der menschlichen Existenz erschüttern. Viele Menschen suchen in einer solchen Situation wieder die Rückbindung an einen helfenden Gott und an eine sie unterstützende Glaubensgemeinschaft. Andere stellen ihre Glaubensüberzeugung angesichts einer im Zuge der Erkrankung erlebten Finalität und Hoffnungslosigkeit resigniert und enttäuscht in Frage (Weber und Frick 2002). Von Seiten der Leitungserbringer im Gesundheitswesen wird zwar (u.a. in entsprechenden Leitbildprozessen) dargestellt, dass die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der Patienten angesprochen werden und sie eine adäquate Unterstützung erfahren (Patzek 2004). Dies ist aber oftmals mit der Praxisrealität der Krankenversorgung kaum zu vereinbaren. Hier besteht die Gefahr, dass Patienten in alternativen „Sinnsystemen“ nach Bedeutung und Halt suchen (Klein 2000) und damit einem Abdriften in eine „transzendente Obdachlosigkeit“ (Horx und Wenzel 2004) Tür und Tor geöffnet wird.

Die vorliegenden Ergebnisse können allerdings dazu beitragen, zum einen die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten mit schweren Erkrankungen aufzuzeigen und Defizite in der Patientenversorgung bzw. -begleitung zu erkennen; zum anderen können sie dazu benutzt werden, entsprechende begleitende Therapieangebote (besser) zu planen. So sollten die dargestellten Unterschiede in den grundlegenden Einstellungen der R+S-, R+S+, R-S+ und R-S- Probanden in der Begleitung von Patienten mit lebensverändernden Erkrankungen Berücksichtigung finden. Es ist jedoch unklar, wie (1) die vorhandenen Ressourcen im Krankenhausalltag angesprochen werden sollten, und

(2) wie sie insbesondere bei den Patienten geweckt werden können, die sich von der institutionalisierten Religiosität abgewendet haben.

In der Regel wird die Zuständigkeit für die spirituelle Seite der Patienten an den Pfarrer oder den Psycho(onko)logen delegiert und damit völlig aus der Arzt-Patienten-Begegnung herausgelöst. Es mag durchaus zutreffen, dass das medizinische Personal keine Zeit, Courage oder sogar Interesse hat, diese Seite des Patienten anzusprechen (Peach 2003, Post und Puchalski 2000). Oder es sieht sich mit einem eingeschränkten Interesse der Patienten konfrontiert, über derart persönliche Dinge überhaupt zu sprechen (Ehman *et al.* 1999) – obwohl es sich viele durchaus zu wünschen scheinen (King und Bushwick 1994). Murray und Mitarbeiter (2004) wiesen ausdrücklich darauf hin, dass es den von ihnen untersuchten Krebspatienten in weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadien in der Regel sehr schwer gefallen ist, überhaupt über das beinahe schon tabuisierte Thema wie Glaubensüberzeugungen und Hoffnungen zu sprechen. Wenn aber das Vertrauen einmal aufgebaut war, so zeigte sich, dass solche Gespräche eine befreiende Qualität hatten. Auswertungen zu der tatsächlichen

SpR-Praxis von Patienten sind dementsprechend eher selten anzutreffen. Die von uns durchgeführten Untersuchungen zu dieser Thematik werden derzeit ausgewertet und in Folgepublikationen ausführlich dargestellt.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Spiritualität in ihrer besonderen Bedeutung für die Krankheitsbewältigung und die Sinnfindung in der modernen Medizin (wieder) Raum finden muss. Das bedeutet eine besondere Herausforderung für die den Patienten Begleitenden, ihn mit all seinen Bedürfnissen und Ängsten ernst zu nehmen und auch selber übergreifende Kompetenzen zu entwickeln.

Literatur

- Bayrakdar, M.: The spiritual medicine of early Muslims, *Islam Q* 29 (1985), No.1, 1-28
- Bucher, E.: Seelsorge an geistig Kranken, *Schwestern Revue* 5 (1967), No.2, 10-11
- Burkhardt, M.A.: Spirituality: an analysis of the concept, *Holistic Nursing Practice* 3 (1989), No.3, 69-77
- Büssing, A.; Ostermann, T.: Caritas und ihre neuen Dimensionen – Spiritualität und Krankheit, in: M. Patzek (Hg.), *Caritas plus. Qualität hat einen Namen*, Kevelaer 2004, 110-133
- Büssing, A.; Ostermann, T.; Matthiessen, P.F.: Role of Religion and Spirituality in Medical patients in Germany, *Journal of Religion and Health* 44 (2005) (im Druck)
- Büssing, A.; Ostermann, T.; Matthiessen, P.F.: Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients, *Anticancer Research* 2005 (im Druck)
- Büssing, A.; Ostermann, T.; Matthiessen, P.F.: „Spiritual Care“ – Worthülse oder echtes Patientenbedürfnis?, in: V. Fintelmann (Hg.), *Onkologie auf anthroposophischer Grundlage*, Stuttgart (im Druck)
- Castigliano, S.A.: Spiritual healing phenomena: implications for pastoral care and counseling, *Bulletin of the American Protestant Hospital Association* 40 (1976), No.2, 39-44
- Coulehan, J.L.: Navajo Indian medicine: implications for healing, *Journal of Family Practice* 10 (1980), No.1, 55-61
- Cunningham, R.J.: James Moore Hickson and spiritual healing in the American Episcopal church, *Hist Mag Protestant Episcopal Church* 39 (1970), No.1, 2-16
- Ehman, J.W.; Ott, B.B.; Short, T.H. et al.: Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine* 159 (1999), 1803-1806
- Finkler, K.: Non-medical treatments and their outcomes. Part two: Focus on adherents of spiritualism, *Cult Med Psychiatry* 5 (1981), No.1, 65-103
- Gervais, P.: Christ, the patient and we: interpersonal relations: spiritual approach, chaplain and human person, *Buletin Infirm Cathol Can.* 40 (1973), No.3, 113-121
- Hay, M.W.: Principles in building spiritual assessment tools, *American Journal of Hospital Care* 6 (1989), No.5, 25-31
- Horx, M.; Wenzel, E.: Tante-Emma-Esoterik, *Skeptiker Magazin* 2004, Nr.2, 63-66
- King, D.E.; Bushwick, B.: Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer, *Journal of Family Practice* 39 (1994), 349-352
- Klein, M.: Der Esoterik-Boom. Sie wollen sich selbst erlösen, *Idea-Spektrum* 35 (2000), 16-17

- Lindhoj, A.: Spiritual care. 2. What are the spiritual needs? *Sygeplejersken* 49 (1982), 20-24
- Murray, S.A.; Kendall, M.; Boyd, K.; Worth, A.; Benton, T.F.: Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers, *Palliative Medicine* 18 (2004), 39-45
- Neki, J.S.: Sahaja: an Indian ideal of mental health, *Psychiatry* 38 (1975), 1-10
- Ostermann, T.; Büssing, A.; Matthiessen, P.F.: Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK), *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11 (2004), 346-353
- Otterlo, W. van : Spiritual care of patients and personnel in the hospital, *Ziekenhuiswezen* 36 (1963), 34-36
- Paloutzian, R.F.; Ellison, C.W.: Loneliness, spiritual well-being and the quality of life, in: L.A. Peplau, D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York 1982, 224-237
- Patzek, M.: Caritas und ihre Qualität – Leitbilder in Verbänden, Diensten und Einrichtungen der Caritas, in M. Patzek (Hg.), *Caritas plus. Qualität hat einen Namen*, Kevelaer 2004, 18-40
- Peach, H.G.: Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *Medical Journal of Australia* 178 (2003), 86-88
- Peterson, E.A.: The physical, the spiritual: can you meet all of your patient's needs? *Journal of Gerontological Nursing* 11 (1985), No.10, 23-27
- Post, S.G.; Puchalski, C.M.; Larson, D.B.: Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics, *Annals of Internal Medicine* 132 (2000), 578-583
- Reed, P.G.: Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults, *Research on Nursing and Health* 10 (1987), 335-344
- Schwarz, J.: Seelsorge und Medizin, *Rehabilitation* 30 (1977), Nr.1-4, 27
- Shimano, E.T.; Douglas, D.B.: On research in Zen, *American Journal of Psychiatry* 132 (1975), 1300-1302
- Sjostedt, U.: The hospital's opportunities to fulfill the patient's spiritual needs, *Tidskr Sver Sjukskot* 37 (1970), 1170-1180
- Smith, W.J.: Pastoral care considers patients' psychological, spiritual values, *Hospital Progress* 63 (1982), 50-51
- Spencer, C.P.; Heggenhougen, H.K.; Navaratnam, V.: Traditional therapies and the treatment of drug dependence in Southeast Asia, *American Journal of Chinese Medicine* 8 (1980), 230-238
- Weber, S.; Frick, E.: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. *Manual Psychoonkologie*, München 2002, 106-109
- Yahn, G.: The impact of holistic medicine, medical groups, and health concepts, *Journal of the American Medical Association* 242 (1979), 2202-2205

Die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en als Ort für die heilende Dimension des Glaubens

Wer heute mit Google im Internet unter dem Stichwort „Spiritualität“ sucht, stößt auf über 750.000 Fundstellen. Im Grimmschen Wörterbuch ist Spiritualität als Stichwort hingegen nicht zu finden¹, und der Große Brockhaus vor rund einhundert Jahren (1906) gibt nur eine sehr allgemeine Definition: „das geistige Wesen, innere Leben...“.

Ist Spiritualität nur eine der „neuen“ Denkweisen, welche sich vor allem auf mystische Traditionen und auf „östliche“ Spiritualität bezieht, ein quasi Überschwappen diffuser spiritueller Inhalte aus fernöstlichen Kulturen in die westliche Welt? Oder ist Spiritualität eine – zeitlose – wesentliche Dimension unseres Menschseins, die über das eigene Ich hinausgehende Fragen nach einer transzendentalen Ebene und dem eigentlich Sinn des Daseins stellt?²

Während beispielsweise die tibetisch-buddhistische Medizin ohne eine umfassende Spiritualität undenkbar ist (die auf Medizin-Thangkas dargestellten Anweisungen vermitteln einen intensiven Eindruck dieser Spiritualität)³, stellt sich die Frage, ob Spiritualität in der modernen, naturwissenschaftlich geprägten Medizin, angesichts von ökonomischen Zwängen, knappen Zeitbudgets und hastigen Arzt-Patient-Begegnungen überhaupt denkbar ist.

Die Lebensphase, in der auch Hightech-Medizin schließlich an ihre Grenzen stößt, ist aber gerade jene Situation, in der Fragen nach Sinn und Ziel des Daseins, nach dem „Danach“, jene „letzten Fragen“ also, besonders intensiv in Emotionalität und Bewusstsein Raum greifen. Wenn „Hightech“ zurückweichen muss, um „Highcare“ im Sinne zuwendungsintensiver Fürsorge den Vorrang zu geben, öffnet sich der Weg in eine über das unmittelbare Ich hinausreichende Wirklichkeit und es entsteht der Wunsch dabei nicht unbegleitet, zumindest nicht unverstanden zu bleiben.

¹ Grimm, J., Grimm, W.: Deutsches Wörterbuch, Leipzig 1854. Im Grimmschen Wörterbuch heißt es: „...wir nennen die zustände eines öden predigtwesens metaphysischer Gedanken geistlich, spirituell...“

² Walach, H.: Spiritualität als Ressource, in diesem Heft, 17 ff.

³ Eine hervorragende Website, die auch von der UNESCO ausgewählt wurde, hat Holm Triesch ins Netz gestellt: <http://www.thangka.de>.

Spirituelle Begleitung zählt zu den vordringlichen Bedürfnissen todkranker Menschen auf dem Weg zu einem „guten Tod“⁴. Für Palliativmedizin und Hospizarbeit gilt Spiritualität als tragende Säule. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) räumt in der Palliativmedizin der Berücksichtigung spiritueller Probleme höchste Priorität ein.

Aber auch in scheinbar ausweglosen Krankheitssituationen, bei chronischem Kranksein, bei Depressionen und anderen seelischen Erkrankungen besitzt Spiritualität ein besonderes Gewicht⁵.

In der angelsächsischen Literatur findet sich eine Vielzahl von Belegen⁶ für die positive Bedeutung von Spiritualität und Religiosität für Krankheitsbewältigung, den Verlauf körperlicher und seelischer Krankheiten und die Lebensqualität von Kranken. Auch wenn nicht alle Studien wissenschaftlichen Kriterien standhalten⁷, kann es als gesichert gelten, dass spirituelle Erfahrungen starke protektive Effekte gegenüber psychischen Belastungen haben⁸.

US-amerikanische Verhältnisse können, was Religiosität und Spiritualität angeht, freilich nicht unkritisch auf europäische Gesellschaften übertragen werden. US-Amerikaner imponieren häufig als ein besonders religiöses Volk. Je nach Untersuchung glauben bis zu 95 Prozent an Gott. Der überwiegende Teil gibt an, täglich bis wöchentlich zu beten. An die siebzig universitäre Einrichtungen, die sich mit Fragen der Spiritualität beschäftigen, existieren in den Vereinigten Staaten. Dementsprechend ist die Medizin trotz der Hochtechnisierung wesentlich stärker spirituell geprägt als bei uns. Dass Ärzte ihren Patienten anbieten, *mit* ihnen gemeinsam zu beten, ist in den USA keine Seltenheit. Immerhin beten, so eine deutsche Studie, 20 Prozent der befragten deutschen Psychoanalytiker *für* ihre Patienten⁹.

⁴ Smith, R.: A good death, *British Medical Journal* 320 (2000), 129-130. URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7228/129>.

⁵ Smith, T.B.; McCullough, M.E.; Poll, J.: Religiousness and Depression, *Psychological Bulletin* 129 (2003), 614-636.

⁶ Literaturübersicht in Koenig, H.G.: Spirituality in Patient Care. Why, How, When and What, Philadelphia & London 2002.

⁷ Rötzer, F.: Die Macht des Gebets, *TELEPOLIS*, 10.10.2004. URL: <http://www.heise.de/bin/tp/issue/r4/dl-artikel2.cgi?artikelnr=18529&mode=print>.

⁸ Walach, H.: a.a.O. (Anm.2).

⁹ Demling, J.H.; Wörthmüller, M.; O'Connolly, T. A.: Psychotherapie und Religion, *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51 (2001), 76-82.

Rückkehr der Religionen?

Folgt man den Forschungsergebnissen von NRM (New Religious Movement), so hat die Zahl der Religionen und der Gläubigen im 20. Jahrhundert erheblich zugenommen (2. Auflage der World Christian Encyclopedia der amerikanischen Theologen David Barrett, George Kurian und Todd Johnson)¹⁰. Nicht nur das Erstarken des Islam in seiner fundamentalistischen Ausprägung, sondern auch das Gefühl einer unversellen terroristischen Bedrohung nach dem 11. September 2001, Naturkatastrophen unvorhergesehenen Ausmaßes, das immer neue Auftauchen bisher unbekannter ethischer Problemstellungen (Embryonenforschung, Klonen, genetische Manipulation) mögen weitere Triebfedern einer religiösen Neubesinnung in der westlichen Welt bilden.

Religionen werden zum Fluchtpunkt, in dem sich Fragen an das Selbstverständnis des Menschen und an die Spielregeln des Zusammenlebens im 21. Jahrhundert bündeln¹¹. Der Mensch sei „unheilbar religiös“ hat der russische Religionsphilosoph Nikolai A. Berdjajew konstatiert, ein „Befund“, der sich nur zeitweise verdecken lässt, um dann, je nach den soziokulturellen Szenarien, immer wieder hervorzu brechen.

Sogar die Molekularbiologie versucht sich mit dem Phänomen der Spiritualität auseinander zu setzen. So kommt der Verhaltensgenetiker Dean Hamer in seinem umstrittenen Buch „Das Gottes-Gen“ aufgrund so genannter „Spiritualitätstests“ zu dem Ergebnis, das spirituelle Menschen auffallend oft eine gemeinsame „Spiritualitätsvariante“ des VMAT2-Gens besitzen und folgert, diese Variante müsse auch im Erbgut von Buddha, Jesus und Mohammed vorhanden gewesen sein.¹²

Dies alles könnte dafür sprechen, dass die Zeit reifer geworden ist, um spirituelle und religiöse Bedürfnisse auch in der Medizin deutlicher zu artikulieren und ihre Wahrnehmung und Durchsetzung stärker einzufordern. Spirituelle Sehnsucht gehört zur *Conditio humana*. Das Bedürfnis des Menschen, sich in einem größeren Sinn ganzen zu verstehen, erfährt vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass auch eine hochtechnisierte Medizin seine Sterblichkeit nicht überwinden kann, neuen Auftrieb und könnte eine spirituelle Neubelebung der Medizin einleiten.

Nicht wenige Patienten erwarten von ihren Ärzten und Pflegenden spirituellen Bei stand und beklagen, dass ihre spirituellen Bedürfnisse nicht genügend wahrgenom-

¹⁰ Kreye, A.: Im Namen Gottes, *Süddeutsche Zeitung*, 4.4.2002 (Feuilleton).

¹¹ Nolte, P.: Die Rückkehr der Religion. Ursachen, Chancen Probleme, *UNIVERSITAS* 59 (2004), Nr. 702, 1232.

¹² Gelinsky, K.: Gottesgenetiker, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 288, 9.12.2004, 46.

men werden. Nicht wenige Ärzte sind wiederum überzeugt, dass spirituelle Betreuung für ihre Patienten hilfreich sein könnte, gestehen aber auch ein, dass sie zu wenig Erfahrung besitzen¹³. Was also vordringlich erscheint, ist die Frage nach der *pragmatischen Umsetzung* dieser Bedürfnisse und Erkenntnisse.

Arzt – Patient – Spiritualität

Patienten artikulieren ihre spirituellen Bedürfnisse, Erwartungen oder Erfahrungen selten spontan und so gut wie gar nicht im Beisein anderer¹⁴. Die Wahrnehmung von Spiritualität setzt von Seiten des Arztes bzw. des Therapeuten ein spezifisches Einfühlungsvermögen voraus. Dieses Einfühlungsvermögen bildet quasi das Nadelöhr für den Zugang zur spirituellen Welt des Patienten. Eine Möglichkeit, die Sensibilität für spirituelle Fragen zu wecken, könnte zum Beispiel in der Ausbildung zur Palliativmedizin verankert werden.

Das Ernstnehmen spiritueller Nöte setzt eine Beziehung zwischen Arzt und Patient voraus, die mehr ist, als das so genannte „technische oder Konsumentenmodell“, wonach Ärzte als technische Experten fungieren, die ihren Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage bieten, mehr aber auch nicht.

Das Psychotherapeutehepaar Linda und Ezekiel Emanuel hat vier prototypische Modelle einer Arzt-Patient-Beziehung beschrieben (s. Tabelle 1), welche das Spektrum vom klassischen paternalistischen Modell bis zu jener Form der Arzt-Patient-Beziehung darstellt, in der Arzt und Patient in den Rollen von Lehrer und Freund einander begegnen¹⁵.

¹³ Larimore, W.L.; Parker, M.; Crowther, M.: Should Clinicians incorporate Positive Spirituality into their Practices? What Does the Evidence Say? *Annals of Behavioral Medicine* 24 (2002), 69-73.

¹⁴ Geisler, L.S.: Gott im ärztlichen Gespräch. Dialog der Gottlosen?, *Medizinische Klinik* 90 (1995), 256-258.

¹⁵ Emanuel, E.J.; Emanuel, L.L.: Four Models of the Physician-Patient Relationship, *Journal of the American Medical Association* 267 (1992), 2221-2216. Übersicht z.B. unter URL: <http://www.msu.edu/course/hm/546/ft1-4.htm>.

Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung
(nach Ezekiel J. Emanuel / Linda L. Emanuel)

- „*paternalistisches Modell*“, auch Eltern- oder Priestermodell: der Arzt weiß, was das Beste für den Patienten ist
- „*informatives Modell*“, auch technisches oder Konsumentenmodell: Ärzte als technische Experten, die dem Patienten fachliche Informationen als Entscheidungsgrundlage bieten
- „*interpretatives Modell*“: der Arzt als Berater und Begleiter des Patienten, der Informationen liefert, bei der Klärung von Wertvorstellungen hilft und Maßnahmen vorschlägt (der Arzt sucht das Gespräch über die Werthaltungen des Patienten)
- „*deliberatives Modell*“: der Arzt als Lehrer und Freund, der sich mit dem Patienten über die besten Handlungsmöglichkeiten unterhält (der Arzt sucht das Gespräch über mögliche Inhalte von Werthaltungen)

Tabelle 1

Erst Arzt-Patient-Beziehungen, die dem interpretativen, besser noch deliberativen Modell zuzurechnen sind, können jenes psychologische und zwischenmenschliche Klima zur Entfaltung bringen, in dem Spiritualität zur Entfaltung kommen kann. Insofern spielt neben der eigenen spirituellen Ausrichtung des Arztes seine ärztliche Grundhaltung eine wesentliche Rolle. Ein differenzierter Entwurf dieser Grundhaltung findet sich in dem Werk von Klaus Dörner „Der gute Arzt“¹⁶. Auch ich habe versucht, der Gestalt des „guten Arztes“ Kontur zu geben¹⁷.

Die spirituelle Anamnese

Die Erfassung der Spiritualität eines Patienten ist sicher zum guten Teil ein intuitiver Vorgang, der sich aber durch gesprächstechnische Fähigkeiten präzisieren und strukturieren lässt. Diese Fähigkeiten zählen zu den „erlernbaren“ Seiten ärztlicher Qua-

¹⁶ Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart, New York 2001.

¹⁷ Geisler, L.S.: Suche nach einem verlorenen Ideal, *Ärzte Zeitung*, 22.12.2004, 23. Jg., Nr. 234, 14-16. URL: http://www.linus-geisler.de/art2004/200412aez-verlorenes_ideal.html.

lifikation. Weber und Frick haben einen mnemotechnisch gestützten Fragenentwurf („SPIR“) zur Erfassung spiritueller Bedürfnisse entwickelt, der auch versucht, die Rolle des Arztes zu verdeutlichen (Tabelle 2)¹⁸:

„SPIR“
Vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen: <ul style="list-style-type: none">• Spirituelle und Glaubens-Überzeugungen des Patienten• Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen• Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft/Gruppe?• Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

Tabelle 2

Am Anfang des Bemühens, die spirituellen Erwartungen und Ressourcen des Patienten zu erfassen, steht demnach die *spirituelle Anamnese*. Sie sollte sich den bekannten Anamneseschritten regelmäßig anfügen.

Das ACP (A consensus panel of the American College of Physicians and American Society of Internal Medicine) schlägt vor, ernsthaft erkrankten Patienten vier einfache Fragen zur Erfassung spiritueller Bedürfnisse zu stellen¹⁹:

- Ist Glaube (Religion, Spiritualität) für Sie in dieser Krankheit wichtig?
- Hat Glaube zu anderen Zeiten in Ihrem Leben eine wichtige Rolle gespielt?
- Haben Sie jemanden, mit dem Sie über religiöse Belange sprechen können?
- Möchten Sie religiöse Anliegen mit jemandem besprechen?

¹⁸ Weber, S.; Frick, E.: Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie. Manual Psychoonkologie, München 2002, 106-109.

¹⁹ Lo, B.; Quill, T.; Tulsky, J.: Discussing palliative Care with patients, *Annals of Internal Medicine* 130 (1999), 744-749.

Christina Puchalski²⁰ hat ein differenzierteres, gut strukturiertes Fragenkonzept zur Erhebung einer spirituellen Anamnese vorgelegt, das in den folgenden Tabellen wiedergegeben ist.

Folgende Fragen sind geeignet die spirituellen Ressourcen des Patienten zu erfassen (Tabelle 3):

<i>SPIRITUALITÄT</i>
<ul style="list-style-type: none">• In wen oder in was setzen Sie Ihre <i>Hoffnung</i>? Woraus schöpfen Sie <i>Kraft</i>?• Gibt es etwas, das Ihrem <i>Leben einen Sinn</i> verleiht?• Welche <i>Glaubensüberzeugungen</i> sind für Sie wichtig?• Betrachten Sie sich als <i>spirituellen oder religiösen Menschen</i>?

Tabelle 3

Die nächsten Fragen zielen auf mögliche Einflüsse der spirituellen und religiösen Überzeugungen des Patienten auf seine Gesundheit und seine aktuelle Erkrankung (Tabelle 4):

<i>EINFLÜSSE</i>
<ul style="list-style-type: none">• Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, <i>wichtig für Ihr Leben</i>?• Welchen Einfluss haben sie darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre <i>Gesundheit</i> achten?• Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser <i>Erkrankung</i> bestimmt?• Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder <i>gesund werden</i>?

Tabelle 4

²⁰ Puchalski, C.; Romer, A.L.: Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully, *Journal of Palliative Medicine* 3 (2000), 129–137.

Wichtig ist schließlich die Frage nach der Rolle des Arztes (Therapeuten, Pflegeperson) im Umgang mit der Spiritualität des Patienten (Tabelle 5):

<i>ROLLE DES ARZTES</i>
<ul style="list-style-type: none">• Wie soll ich als <i>Ihr Arzt/ Ärztin/ Krankenschwester/ Therapeut</i> mit diesen Fragen umgehen?• Wer ist Ihr <i>wichtigster Gesprächspartner</i> in Bezug auf spirituelle Fragen und Glaubens-Überzeugungen?• Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der <i>ärztlichen Behandlung</i> spielen?• Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie <i>Sie es sich wünschen</i>?• Möchten Sie etwas <i>hinzufügen</i>?

Tabelle 5

Die aufgeführten Fragen stecken lediglich den Rahmen für das spirituelle Gespräch ab und sollen nicht als „Fragenkorsett“ gehandhabt werden. Sinn und Wirkung können Sie nur entfalten, wenn es der Therapeut als entscheidendes komplementäres Verhalten versteht, *aktiv zuzuhören*. Mit dem „dritten Ohr“ zu hören, bedeutet mehr als nur zu hören *was* der Patient sagt, nämlich auch seine Gefühle, Motive und Einstellungen, die hinter seiner Aussage stehen, mitzuerfassen und sie dem Patienten wertschätzend und selektiv mitzuteilen. Dies setzt auch die Fähigkeit des „Spiegeln“ (Paraphrasieren, Verbalisieren) im Gespräch voraus, die allerdings unter geschulter Supervision erworben werden sollte²¹.

Ort der heilenden Dimension

Wenn die Beziehung zwischen Patienten und Ärzten ein Ort der heilenden Dimension des Glaubens sein kann, bedarf dieser Ort als „therapeutischer“ Raum einer näheren Betrachtung. In ihm begegnen sich der kranke Mensch mit seinen spirituel-

²¹ Geisler, L.S.: *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*, 4. erw. Aufl., Frankfurt a.M. 2002.

len Bedürfnissen, Erfahrungen und Ressourcen und sein Therapeut. Er ist vielleicht als vorwiegend naturwissenschaftlich geschulter Arzt in seiner therapeutischen Haltung „lösungsorientiert“ ausgerichtet, aber doch zu einer Haltung fähig, die zum Wesen des „guten Arztes“ zählt, nämlich zur Offenheit, die stets gemeinsame Zielsetzungen und Wege von Patient und Arzt gelten lässt²². Es ist ein erweitertes Prinzip der so genannten „partizipativen Entscheidungsfindung“, das auch für transzendente Seinserfahrungen geöffnet ist. Damit wird ein Zugang zur Weltsicht des Patienten ermöglicht, auch wenn diese dem Arzt ungewöhnlich erscheinen oder von seiner Wirklichkeit völlig differieren mag.

Ärzten mit geringer oder fehlender spiritueller Ausrichtung kann dieses Neuland Angst machen. Aber zunächst genügt es schon, sich mit der Frage auseinander zu setzen, ob es nicht zur ärztlichen Grundhaltung gehört, spirituelle Nöte von Patienten genau so ernst zu nehmen wie körperliche, seelische oder soziale Nöte. Die Wahrnehmung spiritueller Nöte ist im Konzept einer umfassenden Betrachtungsweise des kranken Menschen unverzichtbar.

Manchmal ist diese Aufgabenstellung weniger komplex als befürchtet. Es zeigt sich immer wieder, dass es schon genügen kann, die spirituelle Anamnese aufzunehmen. Das Reden über eine spirituelle Krise ist vielleicht bereits der erste Schritt zur Krisenbewältigung. Der Prozess, der dann in Gang kommt, bezieht beide, Patient und Arzt, ein. Harold Koenig, einer der besten Kenner der Beziehungen von Spiritualität und Medizin, beschreibt dieses Phänomen folgendermaßen:

„Ärzte, die beginnen, sich den spirituellen Aspekten in der Krankheit ihrer Patienten zuzuwenden, erleben manchmal das Auftauchen jenes verschütteten Gefühls von Idealismus, das sie seinerzeit an erster Stelle dazu bewogen hat, Ärzte zu werden. Sie sind nicht mehr länger Techniker, die einen physischen Körper behandeln wie ein gebrochenes Rad. Sie werden zu Arzt-Priestern im wahren Sinne des Wortes. So wie Ärzte beginnen, ihre Patienten als ganze Person zu behandeln, so finden sie sich schließlich selbst als ganze Ärzte wieder.“²³

Wahrscheinlich ist es nicht einmal erforderlich, dass spirituelle Begriffe oder der Name „Gott“ auftauchen. So heißt es schon in der Bhagavadgita: „Gleich, mit welchem Namen du mich rufen magst, immer bin ich es, der antworten wird.“²⁴ So gesehen kann Spiritualität in der Beziehung zwischen Patient und Arzt sogar wirken, ohne dass beide davon wissen.

²² Utsch, M.: Psychotherapie und Spiritualität, EZW-Text 166, Berlin 2002.

²³ Koenig, H.G.: a.a.O. (Anm.6), 54.

²⁴ Bhagavadgita-Aschtavakragita: Indiens heilige Gesänge, übers. von L. v. Schroeder, München 1990.

Jede Heilung, auch wenn wir glauben, sie in einem linearen Ursache-Wirkung-Zusammenhang zu verstehen, bleibt bei genauer Betrachtung immer etwas Unbegreifliches²⁵. Welcher Anteil daran im Einzelfall spirituellen Phänomenen zuzurechnen ist, wird sich kaum bestimmen lassen. Spirituelle Erfahrungen sind nicht zu erzwingen. Sie ereignen sich oder auch nicht. Sie sind letztlich ein Geschenk.²⁶ Am Anfang steht nicht mehr als die Offenheit des Begleiters für ihre möglichen Wirkungen.

²⁵ Kerényi, K.: Der göttliche Arzt, Darmstadt 1956.

²⁶ Renz, M.: Grenzerfahrung Gott. Spirituelle Erfahrungen in Leid und Krankheit, Freiburg 2003.

Wie Seelsorge – und andere Professionen – spirituelle Ressourcen erschließen können

Klinikseelsorge ist, wie der Name sagt, Seelsorge im Klinikkontext. Dieser Kontext schafft ganz spezifische Situationen: Während wir noch in den 1970er und 80er Jahren von „Begleitung“ durch Lebens- und Krankheitskrisen gesprochen haben, vor allem von Sterbebegleitung, arbeiten wir heute eher in *Querschnittsbegegnungen*. Wegen der kurzen Liegezeiten – zur Zeit im Schnitt 9,7 Tage – kommt es immer weniger zu Begleitungen im Längsschnitt einer Krankheit oder des Sterbens. Das teilen wir von der Seelsorge aber gerade mit anderen Berufen: Wir begegnen heute dem Patienten – und heute will diese Begegnung genutzt werden für den seelsorgerlichen Kontrakt. Und noch etwas teilen wir mit den anderen therapeutischen Professionen: Diese Einmal- und Kurzzeit (oder Zweimal-)Begegnung hat oft einen unklaren Kontrakt bezüglich Religion, Glaube, Spiritualität. Wir begegnen einem Querschnitt der Bevölkerung, Menschen aller möglichen weltanschaulichen und religiösen Schattierungen. Wie kommt da *Spiritualität ins Spiel*? Ich möchte im Folgenden zeigen, dass auch und gerade diese Querschnittssituationen ihre Chance für einen spirituellen Kontrakt haben.

1. Spiritualität im Klinikalltag?

„Kann Glaube gesund machen?“ heißt der Obertitel dieser Tagung. Nun ist Klinikseelsorge „Seelsorge in der Querschnittsbegegnung“. Allein schon von daher kann sie *nicht* das Ziel verfolgen, den Glauben *direkt* für eine körperliche und seelische Heilung zu instrumentalisieren. Das *darf* sie auch nicht als Mechanismus versprechen. Glaube hängt ja wesentlich von der Disposition des Patienten ab. Ein Heilsversprechen der Seelsorge aber würde den Patienten unter Druck setzen, so stark zu glauben, dass er den Erfolg selbst herbeiführen kann. Bei einem Misserfolg würde das auf den Patienten selbst zurückfallen, dass er wohl nicht genügend geglaubt hat. Sehr wohl aber ist Ziel der Seelsorge, zur *Stärkung der Ressourcen* beizutragen, mit denen Patienten ihr Leben *in* der Krankheit und *mit* der Krankheit bestehen. Es ist kein Sich-Drücken vor dem Heilungsanspruch der Spiritualität, wenn unter „Gesundheit“ nicht das Freisein von Krankheit verstanden wird, sondern die Fähigkeit, aus einem

gesunden inneren Geist heraus Krankheit und auch Sterben zu bestehen. So möchte ich in einer ersten Näherung „Spiritualität“ definieren als „den inneren Geist, aus dem heraus ein Mensch sein Leben sieht, versteht und bewältigt“. Wie gesagt, das ist eine erste Näherung – und das zeigt auch die Richtung meiner Argumentation an: Ich möchte hier nicht von theologischen Definitionen ausgehen, sondern pastoral-pädagogisch argumentieren. – Von was für einem Verständnis geht das Zeitgespräch bei dem Begriff „Spiritualität“ aus? Könnte ein Patient sagen: „Ja – in diesem Verständnis finde ich mich wieder“?

Ich habe aus Veröffentlichungen ein paar Definitionen von „Spiritualität“ herausgefiltert. Das Verständnis reicht von dem einen Pol „wenn ich ganz zu mir komme, tief bei mir selbst bin“ bis zu dem anderen Pol „ergriffen werden vom Heiligen und bei heiligen Mächten aufgehoben sein“.

Man kann dieses heutige Verständnis von Spiritualität als höchst unspezifisch bewerten, alles und jedes meinend – aber es hat den Vorteil, dass der Inhalt im Gegensatz zu dem sehr spezifischen Verständnis der Christentumsgeschichte und der Theologie auch außerhalb dieses Rahmens kommunizierbar ist. Gerade weil dieser Begriff sehr unspezifisch und vieles meinend gebraucht wird, fühlen sich auch Menschen verstanden, die sich nicht einem festen Glaubens- oder Symbolsystem anschließen wollen.

Wenn sich Seelsorge zunächst einmal diese offene Definition zu eigen macht, dann hat sie auch einen offenen Zugang zum Patienten. Sie ist dann nämlich offen für das Gesamtleben und für Selbstdeutungen des Patienten und klebt nicht an einem bestimmten und oft dem Patienten fremden Deutesystem. Menschen kommen ins Krankenhaus ja zunächst wegen der Medizin und nicht wegen der Seelsorge. Daher hat Seelsorge nicht das Recht, eine religiös-glaubensbezogene Diagnose zu stellen und den Patienten einer religiösen Behandlung zuzuführen.

Natürlich wissen Patienten, die sich auf ein Gespräch mit der Seelsorge einlassen, dass sie es hier mit der Kirche und mit der Religion zu tun kriegen. Das ist einfach das Feld, auf dem der Kontakt stattfindet. Der Hintergrund. Ob der allerdings in den Vordergrund kommt – und vor allem wie – das ist eine zweite Frage. Zugleich sind unsere Gesprächspartner nämlich Zeitgenossen – die sich aufgrund ihrer Zeitgenossenschaft ein Bild von der Welt machen – ausdrücklich oder unausdrücklich.

Wenn jemand zur Kirche gehört und eine bestimmte Religion, einen bestimmten Glauben hat, dann ist das heutzutage nur ein Sektor, auf dem ich Menschen antreffe. Früher waren Religion und Zeitgenossenschaft deckungsgleich. Heute wird unter „Spiritualität“ oft das verstanden, was *nicht* mit Religion gleichzusetzen ist. Heute ist nicht mehr *ein* Buch, *eine* Religion, eine Bibel zuständig für die Spiritualität. Im Grund hat jeder Mensch *seine eigene spirituelle Gestalt*. Auch katholische oder evangelische Patienten wollen oft eher spirituell berührt werden als in festen Chiffren und

Praktiken: „Wissen Sie“, höre ich Menschen oft sagen, „ich bin kein Kirchgänger, aber ...“ Also auch Kirchenmitglieder erreichen wir oft nicht oder nur scheinbar über den Sektor kirchlicher Symbole, sondern über ihre Spiritualität.

2. Wie äußert sich Spiritualität?

Jetzt ist natürlich die spannende Frage: Ist *Spiritualität* dann *überhaupt noch kommunizierbar* – erst recht bei Menschen in Krisensituationen? Wie kommt die spirituelle Dimension in den Vordergrund – wie kommt sie zur Sprache – wie in die Beziehung? Und: können das auch die Nicht-Seelsorge-Beauftragten?

2.1 Seelsorge als Begleitung und Beziehung

Das erste Medium für die Seelsorge (Seelsorge im engeren Sinn wie im weiteren Sinn!) ist die *Beziehung*. Die Beziehungsgestaltung mit den Menschen, denen wir begegnen. Diesen Punkt kann ich kurz machen, denn dafür gibt es seit vielen Jahren eine gut entfaltete Theorie und Methodik, also die Fähigkeit zur Empathie und die Gesprächsführung und eine gewisse Selbsterfahrung der Helfer, damit sie wirklich auf die Not der Betroffenen hören und nicht eigene unbewusste Impulse auf die Patienten übertragen. Dafür braucht es ein Berufsleben – langes Lernen – und dafür gibt es gute Ausbildungsprogramme.

Das ist die Basisqualifikation, auch für die spirituelle Unterstützung. Ohne die geht fast gar nichts – ohne die gibt es keine wirkungsvolle Therapeut-Patienten-Beziehung – aber auch keine spirituelle Kommunikation: da lässt mich der Patient nicht an seine Seele heran, also auch nicht an seine Spiritualität.

Eines sei an dieser Stelle aber noch hervorgehoben: Auch in der Gestaltung der mitmenschlichen Begegnung kann eine spirituelle Unterschwingung zu spüren sein. Aus welcher spirituellen Einstellung heraus ein Arzt oder eine Pflegekraft z.B. auch zum Sterbenden geht und sich auch dem Unansehnlichen und Nichtmachbaren zuwendet und damit auch dieser Seite des Lebens Wert und Würde zuspricht – oder diese Seite für unnötig und nicht lohnend erklärt, das hat auch eine spirituelle Wirkung auf den Krankheits- oder Sterbeprozess des Patienten und auf die begleitenden Angehörigen. Also auch die Gestaltung der psychosozialen Betreuung ist nicht einfach neutral, sondern auch von Spiritualität oder Nichtspiritualität bestimmt. Verschiedene Spiritualitäten, also innere geistig-geistliche Haltungen, führen zu verschiedenen geistigen Räumen, in denen Krankheit und Krisen gelebt werden oder unerschlossen bleiben.

2.2 Glaube und Hoffnung ins Spiel bringen

Also Begleitung und Beziehung (und die darin enthaltene Einstellung) sind ein unverzichtbarer *Schlüssel zur Innenwelt*, zur Schatztruhe des Patienten.

Was ist aber in der Schatztruhe, was ist der Schatz? Also wie kommt Spiritualität zur Sprache? Also nach außen, so dass der Helfer dazu in Resonanz gehen kann?

Ich nehme ein Modellbeispiel, das für unzählig viele Alltagsbeispiele am Krankenbett stehen soll. – Da sagt eine Frau von vielleicht 70 Jahren: „Stellen Sie sich vor – vor zwei Wochen habe ich noch in meinem Garten gearbeitet.“

Warum sagt das ein Patient beim Helfer? Warum gerade das – das ist doch eine Nebensächlichkeit gegenüber der Schwere ihrer Krankheit. – „Frau Sowieso, jetzt machen Sie sich mal keine Gedanken über Ihren Garten oder den Hund oder die Enkel oder den Urlaub oder das Nachthemd oder oder ... – jetzt geht es erstmal darum, dass Sie gesund werden“, möchte der Helfer antworten. In der Tat: gibt es nichts Wichtigeres als die Kartoffeln oder die Weihnachtsgans oder das Brötchen?

Aber genau über solche äußerlichen Dinge legen Patienten (und überhaupt Menschen) *Spuren zu ihrem Inneren*. Hinter dem Brötchen oder dem Garten oder den Söhnen tut sich ein ganz großes Tor auf zur geistigen Welt dieses Menschen.

Was hat das mit Spiritualität zu tun? Ich möchte das am Beispiel vom Garten deutlich machen. Jede Aussage, mit der Menschen etwas über sich, aus ihrem Leben erzählen, hat zunächst eine *Sachebene* – aber sie hat auch eine *Gefühlsebene*, wie wir in der Kommunikationstheorie gelernt haben. Aber solche Aussagen haben noch mehr Ebenen – da sagt ein Mensch auch etwas über sich selbst, *etwas von seiner Identität*: „So jemand bin ich.“ – Aber darin kommt *auch etwas von der Spiritualität* dieses Patienten zur Sprache.

Was ich nur skizziert habe, das sind *mögliche* Inhalte der Aussagen von Patienten. Was von diesen Möglichkeiten wirklich zutrifft, das kann ich nur im engen Kontakt zum Feedback des Patienten herausfinden. Das darf ich nicht hineindeuten. Aber auch nicht einfach ans Licht zerren. – In jeder Kommunikation geschieht es, dass Menschen etwas von dem öffnen, *was ihrem Leben Bedeutung gibt, ja, was ihnen heilig ist*. Sie sagen damit indirekt etwas von ihrer Spiritualität.

Und sie nutzen dafür das Wetter draußen, das Buch auf dem Nachttisch, das Bild an der Wand, die Fotos von Enkeln, den Sport, die OP-Wunde, die Kastanie, die der Enkel mitgebracht hat – das alles *kann zum Symbol für den Reichtum der Seele* werden. Darin ist ein spirituelles Potential enthalten. Das trägt der Patient in sich. Das ist keine Spiritualität, die ich von außen an ihn herantragen oder ihm einflößen muss. Das spirituelle Material, mit dem die Seelsorge arbeitet, ist bereits im Patienten, im Menschen.

Aber: dieses Material zu erschließen, ist eine Kunst, die geschult werden muss. Schließlich liefert uns Helfern der Patient etwas von seinem Intimsten, von seinem Schatz aus.

Zunächst einige Unterscheidungen.

- Symbole enthalten als erstes die Eigendeutung des Patienten: „So sehe ich mich.“ Der Patient deutet sich über den reinen Sach- und Gefühlsgehalt hinaus. Das ist die „*kleine Transzendenz*“. Sie sagt: „So habe ich Bedeutung.“
- Es gibt aber auch eine „*mittlere Transzendenz*“: Symbole (Enkel, Wandern, Garten...) sind aufgeladen mit Bedeutungen aus dem Schatz der Menschheit. Sie haben ihre Kraft nicht allein aus der privaten Biographie, aus dem selbst Erlebten, sondern auch aus dem Lebenssinn vieler Menschen. Darin ist eine größere Weisheit deponiert. Das ist die mittlere Transzendenz. Diese Transzendenz bedienen die Helfer, indem sie den Symbolgehalt *würdigen*, ihn aufmerksam und wertschätzend berühren (nicht analysieren usw.). Damit bekommen die Patienten Bedeutung im Großen und Ganzen der Welt – durch den Helfer. *Helfer* sind ja selbst *nicht Privatpersonen* (als solche würden sie sich z.B. dafür interessieren, wie Frau M. eine bestimmte Tomatensorte züchtet). Nein, sie sind Menschen, denen die Gesellschaft eine *menschheitlich bedeutungsvolle Rolle* anvertraut hat. Als solche würdigen sie nicht nur den Garten, sondern den Träger dieses Symbols, den Patienten.
- Es gibt auch noch die „*große Transzendenz*“: das Symbol des Patienten kann Kontakt bekommen mit dem heiligen Horizont. So habe ich z.B. gegen Ende der Erzählung die Patientin mit dem Garten gefragt: „Ist das Ihr kleines Paradies?“ Da hat sie mit Tränen in den Augen genickt.

Das kleine, *persönliche Symbol* des Patienten *steht dann im großen Horizont jenseits der privaten Welt* – z.B. im Horizont einer großen Religion oder einer durchstrukturierten Spiritualität.

Die Ressource Spiritualität ist also im Patienten. In seinen symbolisierenden Aussagen kommen Ressourcen zum Vor-Schein, die in ihm deponiert sind. Im Gespräch mit dem Patienten, in der Art der Wahrnehmung können die „wacher“ gemacht werden, so dass sie ihm nach der Begegnung mit dem Helfer besser und gefüllter zur Verfügung stehen als vorher. Sie werden sozusagen zum Depotmedikament, zur Quelle, die durch die Begegnung mit dem Helfer aktiviert, zur Leitung, die freigeschaltet wird, zum Brunnen, der besser sprudelt und beim Patienten bleibt, auch wenn der Helfer wieder weggeht. – Das gilt auch und gerade für die Kurzzeit- und die Querschnittsbegegnung, die bei den Funktionshandlungen der medizinischen und pflegerischen Berufe ja die normale Begegnungsform ist.

Im Feld der seelsorgerlichen Begegnung kommt natürlich – direkt oder indirekt – die große Transzendenz in Resonanz. Da steht im Hinter- oder im Vordergrund der Horizont des Heiligen, des Ewigen, Gott, eine höhere Wirklichkeit oder Macht.

Übrigens, *auch nicht-religiöse Menschen* haben es verdient, in diesem Sinn spirituell begleitet zu werden. Da ist der hier aufgezeigte Weg die Methode der Wahl für eine spirituelle Diakonie, die der Unterstützung bei der Sinnfindung und Deutung des Lebens verpflichtet ist.

2.3 Spirituelle Unterstützung durch Rituale

Es gibt noch *einen dritten Weg* der spirituellen Unterstützung – das ist das Begehen, das rituelle Begehen. Es gibt Lebenswirklichkeiten, deren Bedeutung kann man nicht durch Begriffe, Erklärungen, Analysen packen – wie z.B. Geburt, Erwachsenwerden, Examenmachen –, aber auch Kranksein, Sterben und Tod. Die haben alle außer ihrer Funktion *auch ihr Geheimnis*. Dieses Geheimnis kann man nur darstellen, nur inszenieren. Dieses Begehen geschieht durch Rituale, Liturgien und rituelle Handlungen. – Rituale wecken etwas vom religiösen Lebenswissen und von der Menschheitserfahrung. Auch bei komatösen, auch bei bewusstseinsgestörten oder bei psychiatrischen Patienten. Hier wird die Ordnung des Lebens begangen. – Das gilt übrigens auch für alle Helfer, nicht nur für die Pfarrer: auch Ärzte und Pflegende haben Rituale und rituelle Begehungen oder Umgehungen und Vermeidungen. Ich habe das oben am Beispiel von der Visite auch im Zimmer des Sterbenden angedeutet.

Alle drei seelsorgerlichen Funktionen kann man in die drei Flügel einer Art „Schiffschraube“ schreiben: das mitmenschliche Begleiten, das Bedeutung erschließende und das rituelle Begleiten gehen in Resonanz zur Spiritualität des Patienten und ernähren, vertiefen, erweitern sie.

2.4 Die Mitte der Glaubensspiritualität

Dieses Modell hat noch eine Leerstelle – die Mitte dieser „Schraube“. Die Achse steht für das Unverfügbare – für das Geheimnis des Lebens. Dieses Geheimnis ist nicht leer, – im Sinne von „da weiß man nichts drüber“ –, sondern es ist durchaus gefüllt und tragekräftig oder erschreckend. Aber es ist nicht verfügbar, nicht machbar. Es enthält Sinn, es ist voll von Sinn – der ist resonanzfähig, aber nicht machbar. Er ist wie der leere Raum eines Hauses gerade das, was dieses Haus bewohnbar und begehbar macht. – Das „Geheimnis“ ist einmal *das Selbst, das Geheimnis der Person, der Person des Patienten* – und *das Geheimnis ist der Sinn, das Heilige*, der höchste Sinn – das Unbedingte.

Meine Erfahrung in der Seelsorge ist: selten reden Menschen direkt über diese Mitte, selten fragt ein Patient: „Was ist der Sinn des Lebens?“ Sehr wohl aber reden Men-

schen über die *Elemente ihrer Identität* – also über ihren kranken Leib; über ihre sozialen Beziehungen; über Haus und Wohnung und Heimat; über Fähigkeiten, Beruf und Hobby und über ihre Werte und Ideen. Über diese Identitätsmomente entwerfen Menschen ihren Sinn – im Vordergrund. Hier ist für mich der Ort, „Spiritualität“ in einer besseren Näherung zu definieren: Es gibt eine Alltagsspiritualität und eine Glaubensspiritualität.

Die *Alltagsspiritualität* – das ist die Art, wie Menschen Beziehung zu den Dingen und zur Welt aufnehmen – insofern sie für sie etwas vom Heiligen darstellen. Wie sie den Dingen und Ereignissen der Welt eine kleine Transzendenz zusprechen.

Die *Glaubensspiritualität* – das ist die Beziehungsgeschichte mit dem Heiligen selbst, mit Gott – mit dem Höchsten oder Tiefsten, dem heiligen Hintergrund, der „großen Transzendenz“.

Spiritualität ist also nichts Abstraktes, sondern sie steckt in der Lebensgestaltung dieses Menschen drin. Es ist die Essenz in Alltagsform.

Die *Nichtseelsorger* haben in der Regel *mit der Alltagsspiritualität* zu tun: mit den Identitätsmomenten der Patienten, in denen diese ihre Spiritualität aufscheinen lassen. Sie würdigen also den Garten, die Enkel usw., auf die der Patient stolz oder um die er bekümmert ist. Dort geht es um die Sinnausrichtung des Patienten, also um die Sinnfrage konkret, und nicht in abstrakten Höhen.

Wenn der Nicht-Seelsorgebeauftragte das dem Patienten Heilige würdigt, dann bietet er seine Arzt- und Pflegerolle menschheitlich an, als einer, in dessen Rolle menschheitliche Werte aufgehoben sind, eine menschheitliche Weisheit mitgetragen wird. Das ist die mittlere Transzendenz, die der Helfer anbietet: er hält also die „Schale“ menschheitlicher Weisheit darunter – ganz implizit durch seine Rolle – und explizit, indem er auf den Patienten Resonanz gibt, weil er selbst etwas von Enkeln und Lebenserfüllung, von Gärten und der Last des Lebens versteht.

3. Heilende Spiritualität

Wie trägt das zum Gesundwerden bei? Das ist ja die große Frage dieser Tagung. – Wenn *Heilung* heißt: *Mit der Sinnausrichtung des Daseins in Einklang kommen* und sein Leben von daher verstehen und bewohnen lernen – also auch Krankheit und Sterben bewohnen lernen –, dann setzt Alltagsseelsorge am Sinnentwurf des Patienten an. Wie er seine Sinnausrichtung und die Richtung seiner Identität symbolisiert.

Aber: Der Sinnentwurf des Menschen trifft ja auch die Sinnantwort, die das Dasein, das Schicksal usw. gibt. Nicht alle Sinnentwürfe gehen in Erfüllung – das ist ja besonders das Thema der Klinikseelsorge. – Hier vertieft sich noch einmal die Umschreibung von Spiritualität: Sie ist nicht einfach spirituelle Anmutung, spirituelles Ergreifen-

sein wie bei einem Konzert oder einem Waldspaziergang. Spiritualität in einem anspruchsvollen Sinn kreierte und verdichtet sich beim Zusammentreffen von eigenem, individuellem Sinnentwurf mit dem Sinnentwurf, der mir vom ganz Anderen, vom Geheimnis, vom Heiligen entgegenkommt.

Der Mensch hat von der Natur her, von der Schöpfung her die Fähigkeit, Leiden zu ertragen, Krisen durchzustehen, zu sterben und zu trauern. Ein Beitrag zur Heilung ist es daher nicht allein, Leiden und Sterben wegzuthrapieren. Der Beitrag der Seelsorge ist es, Ressourcen zu erschließen, die Krankheit und Sterben tragbar machen und ihnen – im Sinngefüge des Patienten – eine Bedeutung zu geben, so dass der Patient daraus *sein Leben gestalten* und möglicherweise *sein Sinngefüge verändern* und im Idealfall *neu entwerfen* kann. Dazu gibt es zwei Zugänge (zu diesen Ressourcen): Der erste Weg, der Normalweg ist der über die spirituelle Symbolisierung. Dort schwingt dann auch der Glaube und die Religion mit. Der zweite Weg – der spezifischere, aber auch bei nicht vielen Menschen gangbare – ist der über die unter Glaubenden geltenden Symbolsysteme und Überzeugungen. Die Übereinstimmung im Glaubenssystem – zwischen Arzt und Patient – ist sicher heilungsfördernd. Aber der Weg über die Achtung vor dem Geheimnis des Patienten und die Erschließung seiner Symbole ist es ebenso.

4. Spiritualität – ein menschliches Phänomen

Es steht noch ein wichtiges Thema aus, das im Titel angekündigt ist: *Wie die Nicht-seelsorger spirituelle Unterstützung geben können.*

Beten Sie – lesen Sie aus der Heiligen Schrift vor – beantworten Sie Fragen nach dem Leben nach dem Tod? Was geht in Ihrer Berufsrolle? In einem säkularen Krankenhaus zum Beispiel?

Folgenden Vergleich möchte ich verwenden: Sagen wir: die Fachmethode des Mediziners ist eine Art Fremdsprache. Medizin ist wie z.B. Französisch sprechen. Pflege wie: Englisch sprechen, Sozialarbeit wie Italienisch und so weiter. Seelsorge ist wie Spanisch (früher kam es uns ja auch „spanisch“ vor, was die Kirche gemacht hat – oder lateinisch).

Wenn aber der Patient (oder seine Angehörigen) sich in der zunächst seltsamen Sprache der Religion, der Spiritualität ausdrückt – dann spricht er nicht die Mondsprache oder die von Belutschistan, sondern er spricht *menschlich-anthropologisch*. – Genauso wie die Sprache der Gefühle anthropologisch ist, eine Elementar- keine Fremdsprache. – Jede Disziplin spricht ihre Fachsprache fließend. Aber der Patient muss das Gefühl haben: die verstehen auch meine anthropologische Sprache, verstehen, nicht fließend sprechen. Wenn ein Patient verwirrt ist, müssen die Therapieren-

den ja auch auf die Sprache des Landes „Verwirrt“ einzugehen versuchen – und können nicht bei ihrer beruflichen Muttersprache bleiben. – Jeder Beruf muss also auch ein bisschen die berufliche Fremdsprache „Anthropologisch-spirituell“ lernen. So dass eine Verständigung möglich ist; man muss nicht selber alle Religionen der Welt kennen.

Das heißt konkret, dass der Helfer einschätzen kann, was der Patient braucht: ob er in einer spirituellen Krise ist, ob ich da mit meinen Sprachkenntnissen helfen kann, oder ob es genügt, dass der Patient sich in meinen Verständigungsbemühungen wiedererkennt – oder ob ich als Helfer verweisen und den konsiliarischen Dienst Seelsorge einschalten muss, der dann auch Vertreter anderer Spiritualitäten oder Religionen vermitteln kann.

Die in Sachen Spiritualität Nichtfachleute müssen nicht auf die Fragen des Patienten antworten und seine Ebene voll bedienen können. – Sie können aber auf der anthropologischen Ebene seine Einsamkeit aufheben, indem sie ihre Fremdsprachenkenntnisse einsetzen – bis vielleicht ein Spezialist in dieser Sprache kommt. Dann ist das spirituelle Problem des Patienten noch nicht gelöst, aber es hat einen Halt gefunden, ein Containing.

Eine Fassung geben für Spiritualität, das können im Prinzip alle Helfer – weil hier nicht nur ein Fachmann, sondern ein Mensch einem Menschen begegnet. Das ist allemal heilsam beim Leben und beim Sterben.

Spiritualität und die Frage nach dem, was heilt

Erfahrungen und Visionen

Zum Thema „Kann Glaube gesund machen?“ sprechen zu dürfen, erfüllt mich mit Freude. Mit einer gewissen Scheu auch, denn alles Reden über Heilwerden und Heil führt an Grenzen, wo das Schweigen beginnt. Den Mut, ja die Legitimation, etwas zu diesem Thema auszusagen, geben mir am ehesten die vielen Patienten, mit denen ich Tag um Tag um letzte Antworten ringe. Um Antworten inmitten von Schmerz und Verzweiflung, von Angst vor dem Sterben sowie der Angst, als ein von der Krankheit Gezeichneter ins Leben zurückkehren zu müssen. Viele Patienten, Lebende wie Verstorbene, sind mir heute innerlich gegenwärtig, ihnen danke ich für das Zeugnis ihrer „Heils“-Erfahrungen inmitten größter Not.

Ich werde mein Thema in folgenden drei Schritten angehen:

1. Was macht Menschen heil? Woran sind Menschen krank?
2. Die Suche nach dem, was heilt, weist über uns hinaus.
3. Wirkungen und Inhalte spiritueller Erfahrungen – eine Übersicht.

Meine Überlegungen stützen sich auf *Erfahrungen*, die ich im Rahmen zweier Forschungsprojekte am Kantonsspital St. Gallen sammeln durfte. Ersteres zum Thema „Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung“, und letzteres zum delikaten Themenbereich der ‚Spirituellen Erfahrung in Leid und Krankheit‘, veröffentlicht 2003 unter dem Titel „Grenzerfahrung Gott“. Grenzerfahrungen, Erfahrungen also, die über uns Menschen hinausweisen, sind Nährboden für Visionen. So auch bei mir: aus der Fülle eindrucklicher Erfahrungen sind *Visionen* gewachsen, Visionen von heilerem Menschsein und Visionen, wie dem Spirituellen in der Suche nach Heilung der ihm gebührende Raum zukommen kann. Auch davon wird heute die Rede sein.

1. Was macht Menschen heil? Woran sind Menschen krank?

Hat Spiritualität mit Heil-Werden zu tun? Schon ein erster Blick auf den boomenden Markt moderner Heilsangebote und spiritueller Praktiken zeigt, in welcher bunten Palette und auf welcher unterschiedlichen Ebenen das, was Menschen ‚spirituell‘ nen-

nen, angesiedelt wird. Irregeworden an der westlichen Zivilisation, suchen viele ihr Heil in fernöstlicher, sufistischer oder schamanistischer Spiritualität. Ein prickelndes Selbsterfahrungs-Wochenende wird oft bereits als spirituelles Angebot angepriesen. Macht all das Menschen heil? Wo ohne Scheu von Spiritualität gesprochen wird, bin ich vorerst skeptisch. Denn nicht selten verbirgt sich hinter der Zuwendung zu einer spirituellen Strömung eine Fluchttendenz. Flucht etwa vor dem harten Alltag oder der Verbindlichkeit von Beziehungen. Flucht vor Herausforderungen des persönlichen oder kollektiven Werdeprozesses – und in all dem Flucht vor etwas, was mit einer inneren Wahrheit zu tun hat.

In ihrer *Tiefendimension* ist Spiritualität aber selbst Wahrheit, ist sie Antwort auf letzte Fragen, ist sie das Gnadengeschehen in der Suche nach dem, was heilt. Auf dieser *existentiellen Ebene* will ich mein Thema im Folgenden angehen und stelle deshalb der Frage „Was macht Menschen heil?“ eine andere Frage voran: „Woran sind Menschen krank?“ Und so nicht nur gestellt mit Blick auf die sichtbaren und spürbaren Symptome, sondern als Frage nach den *Hintergründen* ihrer Leiden, nach den *Wurzeln* ihrer Süchte, ihrer Ängste, ihres Getriebenseins. *Heil-Sein ist mehr als Gesund-Sein* und auch etwas anderes als einfach Glücklich-Sein.

Mit der Suche nach dem was heilt ist es oftmals wie mit jener Geschichte, in der ein Mann unter dem Licht einer Straßenlampe nach einer verlorenen Münze suchte. Ein Zweiter wurde auf ihn aufmerksam und fragte, wo er denn die Münze verloren habe. „Dort drüben, wo es dunkel ist“, antwortete der erste. „Ich suche aber hier, weil es hier hell ist.“ – Mit den Orten, wo wir unser Heil suchen, ist es bisweilen ähnlich: Man sucht in den Trends, im Scheinwerferlicht moderner Angebote. „Fündig“ jedoch würden wir dort, wo uns etwas abhanden kam – wie im Dunkel verloren oder vergraben. Der schwierige Weg in Richtung Ganzwerdung beginnt darum mit der Bereitschaft, uns im Kern unserer Dunkelheit antreffen zu lassen.

Zum Ort ihres Dunkels muss ich auch *Patienten* begleiten, im Dunkel mit ihnen ausharren, statt sie vorschnell mit irgendwelchen Heilsantworten abspesen. Dabei meinerseits auch unterscheiden zwischen Zielen letzter Sehnsüchte, die fern und im Dunkel liegen, und dem Vorläufigen, den Bedürfnissen nach Innehalten und nach Wegzehrung für den Tag, dem Manna in der Wüste. Patienten brauchen auch mein Verständnis, dass sie im Moment vielleicht nicht anders können als zurückschrecken und verdrängen.

Dass Menschen solange wie nur möglich davonrennen vor ihren tiefsten Fragen und Leiden, ist für mich aus der Sicht einer Angstdynamik verständlich: Sich selbst – auch in der eigenen Hinfälligkeit, Kreatürlichkeit und Abgründigkeit – zu begegnen, erzeugt Angst und erfordert eine Stärke, die sich oft erst dort konstellierte, wo kein Ausweichen mehr möglich ist. Darum *wird Grenzerfahrung zur Chance, wesentlich und man selbst zu werden*. Wo ernsthafte Krankheiten auftauchen, wo Angehörige

sterben, wo Menschen krisengeschüttelt an Abgründen von Verzweiflung und Sinnleere stehen, wo sie in sich selbst oder einer unfassbaren Tragik so gefangen sind, dass sie weder wirklich leben noch sterben können, da erhält der Ruf nach dem, was heilt, eine neue Dringlichkeit, eine *existentielle* Dimension. Die leise Stimme der Sehnsucht wird zum Schrei aus den Abgründen menschlichen Leidens. Für mich war die Sehnsucht nach dem Wesentlichen vor Jahren einer der Beweggründe, eine Stelle am psychoonkologischen Dienst eines großen Spitals anzutreten. Hier fand und finde ich Menschen, die erlaubterweise und gezwungenermaßen nur noch sie selbst sind. Menschen, die angesichts ihrer Notlage zwar oft verdrängen und verdrängen müssen, aber dazwischen plötzlich existentielle Fragen stellen und bereit sind, sich auf tiefgreifende Prozesse einzulassen. Hier erlebe ich täglich, dass Menschen genau *in* der Not offen werden für echte Reifungsschritte und Spiritualität.

Dabei beobachte ich, dass die menschliche Suche eigentlich auf ein Letzt-Heilendes zielt, ein Erlösendes, Rettendes, Befreiendes, Barmherziges, auf Wahrheit schlechthin. Und es geht dabei auch um letzte, endgültige Wahrheiten der Patienten, ihrer Biographie, ihrer Identität: Wer bin ich, wenn ich nackt vor mir selbst und meinem Schöpfer oder aber vor dem Nichts stehe? Was von dem, was bis anhin umschiff wurde, will noch in mein Leben integriert werden? Hier geht es auch um EntScheidung: Bleibe ich bei einer Verhärtung, einem Trotz, einer Haltung narzisstischer Abkapselung oder wage ich Öffnung, Versöhnung, Bejahung der Krankheit bis hin zu einem alles umfassenden Ja? In dieser Art von Arbeit lernte ich eine „*Spiritualität der Not*“ kennen und frage aus dieser Perspektive:

Ist es Illusion oder Vision, in der modernen Medizin auf eine Reifung des Menschen in Richtung Ganzwerdung und im letzten auf das Geheimnis eines zutiefst Heilenden zu setzen?

Ist es Illusion oder Vision, Spiritualität als wesentliche Dimension gelingender *Psychotherapie* zu sehen und in der Behandlung tiefgreifender seelischer Nöte und Ängste auf ein Drittes, (wenn's sein darf!) gnadenhaft Einbrechendes zu setzen, auf die heilsame Wirkung spiritueller Erfahrung? *Unabdingbar* scheint mir diese Dimension dort zu sein, wo Menschen geprägt sind von tiefgreifendem Mangel – Stichworte: Gier, Sucht, Eifersucht – oder von Gewalt und Ohnmacht?

Wenn dem Spirituellen ein solches Gewicht zufällt, so scheint es vorerst wichtig, dass *Psychotherapie als Ort* erfahren wird, *der dem Existentiellen Raum gibt*. Sie ist Weg, auf dem Patient und Therapeut sich in einer letzten Wahrheits- oder Sinnsuche verbünden, als Raum, in dem tiefste Sehnsüchte und Leiden am Unfassbaren, scheinbar Hoffnungslosen wahr sein dürfen und gemeinsam ein Stück weit auszuhalten versucht werden.

Ich setze damit auch auf eine *Medizin*, die in ihren Spitälern einer psychotherapeutischen und spirituellen Begleitung Türen öffnet. Und darauf dass – wie Prof. Linus

Geisler ausführen wird – die „Beziehung zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en als Ort für die heilende Dimension des Glaubens“ erfahrbar wird.

Soweit die Visionen. Wie steht es nun mit der *Erfahrung*? Was haben mich meine Praxis- und Spital-Erfahrung gelehrt?

Zuerst, dass es wesentlich ist, mich *selbst* in größtmöglicher Authentizität dieser Suche im Dunkel zu stellen: den existentiellen Nöten hinter allem Vordergründigen, dem verzweifelten Ringen um letzte Wahrheiten, der Verlorenheit dunkler Nächte und der Wut gegen einen Gott, der nurmehr als fern oder grausam erlebt wird. Natürlich gibt es auch im Umgang mit uns selbst die erlaubten Inseln der Verdrängung, doch grundsätzlich bin ich als Therapeutin der Suche nach Wahrheit verpflichtet. Meine Praxis- und Spitalerfahrung lehrte mich ferner, mich *zurückzunehmen*: längst nicht immer gelingt das Erwünschte, ich komme an Grenzen, kenne die Stunden eigener Hoffnungslosigkeit, muss Barrieren von Patienten respektieren. Und doch bin ich schon mitten drin in der Suche nach dem was heilt, wenn ich mir in all dem meine Menschlichkeit erlaube und im Moment vielleicht gar nicht mehr tue als einfach Gegenwart zu leben, das Gebot des Augenblickes zu erspüren. Manchmal gelingt Therapie, manchmal nicht, und oftmals geschieht Wesentliches in den Patienten am Rande oder außerhalb der Therapie.

Im *Umfeld der Patienten* muss ich mich immer wieder dafür einsetzen, dass diese existentielle Qualität von Begegnung und Betroffenheit überhaupt gewagt wird, von Psychotherapeuten und Seelsorgern, von Ärzten, Pflegenden und von Angehörigen. Wie oft weicht man aus auf Banalitäten, mit Sterbenden oder Komatösen wird gar nicht mehr gesprochen. In der Diskussion um Lebensqualität in der Betreuung Schwerkranker wird sehr wohl nachgedacht über Schmerzlinderung, Alltagsbewältigung oder Heimeinrichtung. Auf seelische Bedürfnissen eines Schwerkranken einzugehen, auf so etwas wie ein letztes Drängen nach echter Begegnung oder auf seine quälenden Fragen: „Wo ist Gott im Leiden?“, „Was hat ein solches Leben noch für einen Sinn?“ – das hingegen scheint schwierig zu sein. Fachleute argumentieren dann, die Patienten nicht manipulieren zu wollen und nehmen dabei lieber in Kauf, wesentliche Fragen zu umgehen.

Demgegenüber sind die *Patienten selbst* meist zutiefst dankbar, wenn ihre wortlose Not, ihr Ringen mit sich und mit Gott angesprochen wird und damit wahr sein darf. Erst wo ihre derzeitige Wahrnehmung und Perspektive – an allem Rationalisieren oder Standardisieren vorbei – wahr sein darf, fühlen sie sich verstanden und ernst genommen. Die einzig adäquate, würdige Art, diese Menschen zu erreichen, liegt in der radikal gewagten Begegnung, der ich mich aussetze und aus der ich u.U. selbst als eine andere hervorgehe. Dasselbe gilt für die Angehörigen, die in solcher Atmosphäre plötzlich erleben, dass ein Sterbender Laute der Erlösung von sich gibt, lächelt, nickt oder tief atmet. Und bei Patienten, bei denen es noch nicht ums Sterben geht, er-

fahren wir hilflosen Helfer bisweilen, dass ein Geheimnis von Wahrheit auf unfassbare Weise plötzlich zu greifen beginnt und dass Kräfte in Richtung von Genesung und neu geschenktem Leben aus ihnen hervorbrechen. Ein Beispiel:

Ich werde zu einer gut 50-jährigen alleinstehenden Frau gerufen, die, unabhängig von ihrem Krebs, eine immer schlimmer werdende Darmentzündung hat. Zermüht von ihren Schmerzen, wirft sie gleich zu Beginn unseres Gesprächs die Frage auf, ob sie wohl irgend etwas nicht verdauen könne. Sie habe eine Beziehung zu einem verheirateten Mann. Ob ich das nicht in Ordnung finde? „Das kann es nicht sein, das tun ja alle!“ fährt sie gleich fort, ohne eine Antwort von mir abzuwarten. Ich lasse mich auf diese Frage (auf die Ebene der Moral) gar nicht ein, sondern schlage ihr vor, die Augen zu schließen und all das ihrem Bauch zu erzählen. Jetzt schmerze der Bauch noch mehr, meint sie nach einer Weile. Nach einer Entspannungsübung verabschieden wir uns ohne weitere erklärende Sätze. Beim nächsten Besuch erwartet sie mich sehnelichst und sagt: „Ich muss die Beziehung auflösen. Das geht so nicht. Auch wenn alle andere es tun, es geht trotzdem nicht.“ Ich halte meine Freude zurück und lade sie nur ein: „Schließen sie die Augen und erzählen sie das ihrem Bauch.“ „Es wird ruhiger“, sagt sie nach einer Weile. „Ich sehe Wasser vor mir. Das Wasser tut unendlich gut.“ – Lange bleibt sie still. Das Wassermotiv nehme ich auf in der Entspannung: Wasser wärmt oder kühlt, Wasser löscht Brände... Nach der Entspannung murmelt sie andächtig zu sich selbst: „Wasser, einfach wohltuend frisches, kühles Wasser.“ Und etwas später, zu mir gewendet: „Mein Körper fühlt sich anders an. Ich bin wie anders in meinem Körper drin. Ich empfinde eine große Weite (mit den Händen sanft auf dem Bauch tippend).“ – In den folgenden Tagen vertieft sich dieses neue Körpergefühl. Die Darmentzündung geht zurück. Eine tiefe Betroffenheit über diese Erfahrung bleibt.

War das – ohne dass ein frommes Wort zwischen uns fiel – eine spirituelle Erfahrung? Und mit Blick auf unsern Punkt 2) – was ist eine „spirituelle Erfahrung“ über das hinaus, was ich vorhin vom Raum für das existentielle Geschehen und vom Ankommen bei der eigenen innern Wahrheit ausgesagt habe? Spiritualität hat mit Beziehung, mit dem Bezogensein auf etwas Größeres zu tun.

2. Die Suche nach dem, was heilt, weist über uns hinaus

Die tiefsten Sehnsüchte und Prägungen eines Menschen, seine Süchte, seine Verletzungen, seine Urangst vor dem Unfassbaren, vor dem traumatischen Zuviel wie dem aushungernden Zuwenig führen zu den Anfängen menschlichen Werdens respektive hinter das funktionstüchtige Ich zurück (Renz 1996). Das heißt: *Die Suche nach dem, was in der Tiefe heilt, muss mindestens so tief greifen wie die einstige krankmachende Not*. Dies war eine wesentliche Erkenntnis meiner ersten Publikation „Zwischen Urangst und Urvertrauen“ (1996). Ebenso die Erfahrung, dass Urvertrauen älter ist als Urangst. Auch wenn Urvertrauen bisweilen bis fast zur Unauffindbarkeit verschüttet

wurde, so ist dieses doch – als spiritueller Nährboden – in keinem Menschen einfach inexistent.

Und im Blick nach vorn formuliert: Das, was unsere äußerste Verzweiflung und Kontingenztangst nochmals umfängt – das, woran unsere Schuld- oder Opferbiographie zum Frieden findet – das was uns auferstehen lässt aus Leid und uns berechtigt zur Hoffnung wider alle Hoffnung – das, was uns wie von einem Ziel her anzieht und unserem Streben Richtung gibt, muss außerhalb des Ichs angesiedelt sein. Es ist größer, zeitlos, anders als das Ich und dem Menschen doch auch zutiefst innewohnend. *Jede spirituelle Erfahrung ist eine ureigene, in der Tiefe der Seele geborene und zugleich wie von außerhalb seiner selbst dem Menschen zukommend.* Viele solcher Erfahrungen sind gerade insofern Heils-Erfahrungen, als hier ein Absolutes, ein Gegenüber im weitesten Sinne verstanden – mitwirkt, und vom Ich als etwas Tragendes, Letztgültiges, alle Verlorenheit wie nochmals Umfangendes erfahren wird. *Spirituelle Erfahrung ist mehr als Bewusstseinsweiterung*, mehr als Ego-Trip. Im Gegenteil! In der echten spirituellen Erfahrung wird das Ich in seinem Herrschaftsanspruch relativiert. So erhalten spirituelle Erfahrungen beim genauen Hinschauen den *Charakter eines Beziehungsgeschehens*: dies selbst dort, wo primär „Einheit und All-Einssein“ erfahren werden. Was ich gemäß meiner Kategorisierung (Renz 2003) Einheitserfahrung nenne, ist zugleich Teilsein des Ganzen. In dieser Rückbindung des Ichs an das Ganze ist unausgesprochen bereits eine personale Komponente enthalten.

Im Falle der eben erwähnten Frau kam Heilung aus tiefem Unbewussten, in der Sprache des Körpers und der Energie eines Symbols an sie herangetragen. Und doch hatte sich nicht der Körper selbst geheilt, sondern er wurde – bildlich gesprochen – heil über ein umfassenderes heilendes Element oder Lebensprinzip: ‚Wasser, das unendlich gut tut‘. Worauf ich hinaus will: *Im Letzten kann der Mensch sich nicht selbst heilen, er kann nur offen werden auf das unsagbar Heilende hin* und hier, an einer äußersten Grenze in solch letzter Offenheit ausharren: hoffend vielleicht, aber nicht in jener Erwartungshaltung, die Gesund- und Glücklichein als Menschenrecht proklamiert. Was ihn hier berührt, ist Geschenk, bleibt Gnade, Erfahrung mit einem ewig Andern, man mag es Gott nennen oder nicht. Wir Therapeuten sind keine Heiler, sondern Begleiter und Mitkämpfer.

Das *Zusammenfinden von menschlichem Offenwerden und gnadenhafter Berührung*, welches die spirituelle Erfahrung kennzeichnet, kann – als *Vision* formuliert – beinhalten: Dass *Psychotherapie* und *Seelsorge* offen seien auf ein letztes Geheimnis hin. Auch dass in Grenzbereichen therapeutischen Handelns die vielleicht wortlos atmosphärische Gegenwart eines Heiligen wahr sein darf, dass Therapeuten Worte, Riten oder Gebete finden, um das Geheimnis zu umkreisen. Auch *Ärzte, Pflegende* und *Angehörige* tragen dazu bei. Wichtiger als die ‚Übereinstimmung im Weltbild zwischen Behandelnden und Patienten‘ ist nach meinen Erfahrungen eine *Atmo-*

sphäre der Ehrfurcht, der Respekt gegenüber dem, was dem Andern heilig ist, und die Freiheit, die jedem genau seinen (spirituellen) Weg erlaubt.

Und welches waren die *Erfahrungen*, die ich bei einem solchen Verständnis von Spiritualität in der therapeutischen Begleitung machte? Um es gleich vorwegzunehmen: Wege könne sehr beschwerlich sein. Sie führen oft nochmals durch Eckdaten der eigenen Biographie, selten des kollektiven Erbes hindurch, sind Prozesse von Reifung und Nachreifung. Immer mehr und immer tiefer muss losgelassen werden, um innerlich offen zu werden auf das Unfassbare hin. Im einen Wort „Ja“, bei Sterbenden in einem letzten, alles umfassenden „Ja“, ist wie der ganze Weg zusammengefasst. Spirituelle Erfahrung – bei Sterbenden im Sinn einer eigentlichen ‚spirituellen Öffnung‘ (2000) – ereignet sich häufig an diesem entscheidenden Punkt: Was ‚ich‘ dachte, wo ‚ich‘ auf Rechte, Verdienste pochte, überhaupt immer mehr von diesem Ich wurde losgelassen. Einengende dogmatische Fixierungen und starre Gottesbilder sind einer schlichten Offenheit auf alles Künftige gewichen. Gott ist nicht mehr so oder anders, Gott IST.

Ein zweites: Spirituelle Erfahrungen können nicht geplant oder gemacht werden. Plötzlich – zugleich heiß ersehnt und doch unerwartet – sind sie da – und auch wieder weg. Bisweilen vergleichbar einem Wackelkontakt. Vom Inhalt her oft völlig anders, als man sich je hätte denken können, bisweilen vertraut vom Hörensagen und doch erstmals körpernah erfahren. So fanden z.B. traumatisch verängstigte Menschen zu einem zärtlichen, mütterlich-väterlichen Gott. Von Leistungsdenken geprägte Manager tauchten ein in ein Sein jenseits von Raum und Zeit. Biographien mit Höchstleistungen im stillen Aushalten fanden zu einer endzeitlichen Würdigung.

Wie sich zurecht finden inmitten solcher Unberechenbarkeit therapeutisch-spirituelle Wege? Gibt es *Leit-Fragen* in der Suche nach dem, was heilt? *Grundnöte*, in denen Heilung bei uns allen ansteht? Die Theologen Lothar Lies und Silvia Hell (1992) sprechen in ihrer soteriologischen Betrachtungsweise des Wunderwirkens Jesu von vier Grundnöten resp. Grundfragen des Menschen: Wer bin ich? Wer liebt mich? Wer macht mich frei? Wer macht mich heilig? Entlang dieser vier Grundfragen habe ich selbst begriffen, warum Menschen letztlich nur am Gegenüber ‚Gott‘ zu ihrem Heil finden.

Wer bin ich? Stimmt es, dass wir erst von Gott her wirklich wissen, wer wir sind? Mehr noch, dass tiefe Identitätserfahrung zugleich Gotteserfahrung ist? Ein Beispiel:

Herr Utzinger, ein Mitteleiniger, wird durch seine Krankheit jäh aus einer erfolgreichen Karriere gerissen. Er sei konfessionslos, enttäuscht von Gott, eigentlich Atheist. Meine Musik empfinde er als spirituell. Sie gehe gleichsam durch ihn hindurch, das tue gut. Im übrigen argumentiert er kurz und bündig, um gleich zum nächsten Thema überzugehen: Er schwitze mindestens ein Bett pro Tag durch, sei derart unruhig. Ob das

normal sei, will er wissen. „Andere Patienten schwitzen, wenn sie Angst haben. Ich denke aber, Angst ist nicht Ihr Problem?“ „Nein“, sagt er barsch. Ich wittere ein Machtproblem, ein dauerndes Abwürgen von Themen und Gefühlen und frage behutsam: „Sind Sie konsterniert, weil jäh aus Ihrem Leben herausgerissen? Ich wäre das in Ihrer Situation.“ Er nickt unwirsch. „Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie mit dem Schicksal noch zuwenig abgerechnet haben?“ – „Ja, das könnte sein.“ Gespannte Atmosphäre. Er schwitzt. Mit viel Mut frage ich nochmals: „Empfinden Sie nicht bisweilen einen Zorn gegen Gott?“ „Doch, natürlich.“ „Können Sie diesen herauslassen?“ „Ich sage jeweils: Gott, jetzt reicht's! Aber dann geschieht eh' nichts.“ Erneut fasse ich Mut: „Könnten Sie sich vorstellen, dass ich ein freies Gebet formuliere und Ihre ‚Rechnung‘, ihre offenen Fragen, Ihren Zorn, Ihre Not vor Gott hinlege?“ – „Nein.“ Eine Weile reden wir über dies und das. Plötzlich ‚befiehlt‘ er: „Beteten Sie!“ Hinter so viel Barschheit kommt mir Not mit seinen Gefühlen entgegen. Ich beginne: „Gott, wer oder was immer Du bist, hier liegt Herr Utzinger und leidet sehr...“ „Sagen Sie nicht ‚Herr Utzinger‘, wenn Sie beteten, das klingt zu arrogant, ich bin ja ohnehin nur ein Wurm“, fällt er mir ins Wort und weint jetzt lang und erschütternd. Mir fehlen vorerst Worte. Dann: „Für mich sind Sie nicht einfach ein Wurm im Gegenüber Gottes. Darf ich beten: Hier liegt Hans-Rudolf?“ – „Ja, versuchen Sie's.“ Während des Gebetes wird er andächtig. Kommentar: „Ja, Hans-Rudolf, so stimmt es. Da ist weder Wurm noch Arroganz“... und weint noch immer.

Im Zwischen von Boss-Identität und Wurmgefühl hat Herr Utzinger zu seiner wahren Identität im Gegenüber Gottes gefunden. Er wurde zu einem total anderen Menschen, liebenswürdig, ausstrahlend, kein Schwitzen, keine Unruhe mehr. Viel schneller als erwartet ging es dem Tod entgegen. Noch in den letzten Atemzügen sagte er mir stammelnd, die ‚Erfahrung‘ sei es gewesen...

Wer liebt mich? Stimmt es, dass es so etwas wie eine Liebeserfahrung mit Gott gibt und dies letzt-rettend sein kann? Ist nachvollziehbar, dass in jeder radikalen Liebe zwischen Menschen ein Größeres wirkmächtig ist, dass etwa die Kraft zum Durchstehen einer Krise oder die Herzensweite für echte Versöhnung ihrerseits ‚geschenkt‘ sind und also nicht dem Besitz des Ichs entstammen?

Ich möchte dies an den dunklen Nächten unserer Patienten erläutern. Wie viele menschliche Liebeszeichen werden doch an Schwerkranke und Sterbende herangebracht! Sie sind wichtig. Und doch gibt es Nöte und Nächte, in denen kein menschliches Wort mehr erreicht, kein Trost mehr das Dunkel einer Verzweiflung erleuchtet. Was rettet hier? Als Umstehende müssen wir vorerst kapitulieren, uns unsere Ohnmacht eingestehen. Und doch durfte ich im Rahmen meines letzten Forschungsprojektes eine eigenartige Erfahrung machen, die mit einer letzten Liebe, einem letzten Nahe-Sein-im-Ausweglosen zu tun hat. Immer wieder ereignete sich, dass Patienten, hinter Apparaturen und Verbänden oder im Dunkel einer endlosen Nacht verzweifelt ausharrten und mit ihnen jemand, der seinerseits aushielt in größter Treue und Zuwendung. Manchmal war und bin ich es, die solche Stunden der Ohnmacht im Sinne eines existentiellen Mit-Seins (Benedetti 1992) mit Patienten teilt, oft waren es ein Ehepartner, eine Tochter oder ein Sohn, die einfach da waren ohne mehr zu wis-

sen, woher sie die Energie für alles hatten. Dann – irgendwann – geschah das Sonderbare: Plötzlich änderte sich das innere Erleben der Patienten: die liebe Stimme der Partnerin wurde zum Summen der barmherzigen Mutter-Erde, die gespenstige Einsamkeit auf der Intensivstation wich einem Zusammenschwingen, einem Getragen-sein. Das für mich eindrücklichste Beispiel war die Wirkung eines Cellospiels von einem hilflosen Ehemann. Täglich spielte er seiner Frau auf seinem Instrument, nicht etwa weil er besonders begabt gewesen wäre, sondern weil er in seiner Verzweiflung seine schwerkranke Frau dennoch erreichen wollte. Vor einem schwierigen Eingriff, als sie real alleine war, gottverlassen und in großer Angst, hörte sie innerlich diese Melodie, dann aber plötzlich so, als wäre es Jesus selbst, der an ihrem Bett stünde und sie trösten würde. Radikale Menschenliebe, die nicht aufgibt, sondern sich selbst hergibt, wird – so meine immer neue Erfahrung – irgendwann zur Erfahrung eines *grundsätzlichen Geliebtseins* und damit zur Gotteserfahrung. Für Patienten, die solches erfahren, ist es dann, als sei Gott / Christus selbst inmitten ihrer Not gegenwärtig, ein „Gott Inmitten“: „Er war da“ – „Christus war da“, sagen sie etwa. „Es war Jesu Hand, die ich hier beruhigend am Hals spürte“, formulierte eine alte Frau mitten in ihrer Atemnot. Nach dieser wunderbaren Erfahrung war die Angst weg, und sie starb wenige Tage später in großem Frieden den Erstickungstod.

Wer macht mich frei? Wer auf einer Palliativstation, einer Leukämie- und Onkologiestation, ja einer Intensivstation arbeitet, geht kaum davon aus, hier freien Menschen zu begegnen. Er findet Verzweifelte, in Apparaturen gefesselte, bisweilen teils gelähmte und zu den einfachsten Handlungen nicht mehr fähige oder schlicht zu müde Patienten vor. Und doch habe ich nirgends soviel an echter Freiheit erlebt wie genau hier. Menschen, die jenseits einer Schmerz- und Angstgrenze sind und eingewilligt haben in Leben und Sterben, in das, was jetzt ist, und gerade so *mehr sind als nur Schmerz, mehr als nur Angst, nur Körper und Krankheit*. Genau jetzt sind sie gleichsam frei von sich selbst, ihrem Ego und Überich.

Herr Madlener, ein junger Leukämiepatient durfte solches im Anschluss an eine Klangreise erleben und umschrieb: „Ich bin todkrank und hundemüde und doch lebendiger denn je, als würde mein ganzer Leib pulsieren. Mein Herz ist identisch mit dem Herzen der Erde, alles ist wie eins. Meine müden Arme und Beine dürfen einfach sein. All die vielen Zwänge im Alltag, dass ich fit sein müsse, gut aussehen müsse, sind relativ geworden. Selbst mein Bedürfnis, Vater zu sein für meinen kleinen Sohn, ja meine Sorge um ihn ist nicht mehr erdrückend. – Natürlich wäre ich gerne Vater“, sagt er weinend. Und fährt erneut gelassen fort: „Aber vielleicht wird mir ja mein Sohn (gerade so) geschenkt. Oder die Energie, meine Vätertätigkeit wieder wahrzunehmen, wird mir geschenkt. Es ist seltsam: ich bin absolut frei. Frei über die Krankheit hinaus. Frei von Pflicht und Prestige, frei nur noch ich zu sein.“ – Trotz Trauer hielt dieser Zustand über Tage an.

Ähnlich formulieren Menschen, die aus einem Koma erwachen. Sie erleben nicht selten gleichzeitig die Trauer, wieder leben zu müssen als auch die Freiheit, ganz sie selbst zu sein und nochmals von vorne zu beginnen. Es gibt ein Freisein, das etwas anderes meint als die Freiheit zur Selbstbestimmung und freien Meinungsäußerung.

Wer macht mich heilig? Heil-Sein, Heilig-Sein sind bestenfalls Grenzzustände am Rande menschlichen Daseins, geschenkte Gnadenmomente. Doch bei Sterbenden werden solche Zustände nicht selten Realität. Ein wunderbares Strahlen überkommt sie und weicht der Angst oder dem Kampf, ein unbeschreibbarer Friede geht von ihnen aus und ergreift selbst die Umstehenden.

Selbst ein Schwerbrecher, aus der Strafanstalt ins Spital verlegt, schien an der Ahnung eines letzten Verzeihens zur Ruhe zu finden. „Mord“, flüsterte man mir zu, bevor man mich ins Zimmer dieses wie in einem Dauerschreck fixierten Mannes führte. Schweißgebadet und verstört vor Angst liegt er da, es ist, als könne er so einfach nicht sterben. Meinen Blick erträgt er nicht, er starrt in den Fernseher, der gar nicht läuft... „Auch für Sie, Herr Ungerer, gibt es einen Weg zu sterben“, sage ich nach einer Weile. Erschreckt schaut er mich erstmals an, dann gleich wieder weg. Auf Musik reagiert er gut. Das nächste Mal gehe ich zusammen mit seiner Schwester zum nunmehr verwirrten Patienten. „Herr Ungerer, ich bin Frau Renz, die Musiktherapeutin, und Ihre Schwester Marianne ist auch da.“ Keine Reaktion. Die Schwester ist enttäuscht. Nochmals versuche ich's: „Herr Ungerer, irgendwann und irgendwie ist auch für Sie Frieden möglich.“ „Mhhh“ höre ich, dann folgt ein langes tiefes Ausatmen. Die Schwester begreift den Gnadencharakter der Stunde, weint, ergreift die Hand ihres Bruders und sagt: „Du bist immer noch unser Peter, geh heim.“ Wenige Stunden danach stirbt er still.

3. Wirkungen und Inhalte spiritueller Erfahrungen – eine Übersicht

Zum Schluss möchte ich einige im Rahmen meines Projektes gesammelte *Erfahrungen* zusammenfassen.

Spiritualität ist ein energetisches Geschehen, spirituelle Erfahrung wirkt und bewirkt. Von 251 von mir betreuten Patienten hatten 135 eine oder mehrere spirituelle Erfahrungen. Und – was mich zugleich total überraschte und doch nicht – bei sämtlichen 135 Patienten haben diese Erfahrungen Veränderungen bewirkt: körperlicher, seelischer oder geistiger Art! Bei rund der Hälfte der Patienten wurde über kürzer oder länger eine deutliche Schmerzlinderung vermerkt. Oder weniger körperliches Unwohlsein, weniger Atemprobleme, was immer auch hieß: weniger Angst. Die Hälfte der Patienten fanden zu einer versöhnteren oder situationsgemäßerer Beziehung zur Krankheit oder zu einer veränderten Beziehung zu Leben und Sterben.

Ebenfalls rund die Hälfte der erfassten Patienten bekundeten eine veränderte Beziehung zu Gott. In eindrucklicher Zahl waren darunter auch sog. Ungläubige und erklärte Atheisten. Ob Menschen spirituelle Erfahrungen machten oder nicht, schien weniger von einer bestimmten Glaubenszugehörigkeit, Kirchennähe oder Meditationspraxis abzuhängen als vielmehr von einer letzten Offenheit – und vielleicht auch von einem Faktor ‚unbekannt‘, den ich hier als Gnade begreife.

Von großer Bedeutung für meine Studie waren auch der Einblick in die Inhalte spiritueller Erfahrungen. Was genau ist den Patienten in diesen begnadeten Stunden widerfahren? Was spürten, fühlten, hörten, sahen, ahnten sie innerlich? Wie umschrieben sie selbst das Namenlose? Ich wurde dabei selbst zu Einsichten geführt, die ich im voraus nie erwartet hätte. Bei rund 100 Patienten kamen sie und ich gemeinsam zur Einsicht, dass das, was sie erlebt hatten, eigentliche Gotteserfahrung war. Höchst unterschiedliche, persönliche und intime Erfahrungen! Und doch hörte ich immer deutlicher auch Gemeinsamkeiten heraus. Im Versuch einer Kategorisierung spreche ich in meiner Projektauswertung schlussendlich von *fünf Erfahrungsweisen des Einen, Heiligen, Ganzen*:

Einheitserfahrung (41 Patienten) bestanden z.B. in einem neuartigen Gefühl von Körper, von Gegenwart, von Sein, Raum und Zeit. Erfahrungen von Eins-Sein, Teil-Sein, Sein schlechthin (vgl. Herr Madlener).

Von *Gegenübererfahrung* (44) spreche ich dort, wo ein Äußerstes, Numinoses, als solches oft gar nicht sichtbares und bisweilen gesichtsloses oder gewaltiges Gegenüber erfahren wurde. Gegenübererfahrungen sind meistens indirekt: weder sehen wir, noch begreifen wir ein Gegenüber, am ehesten noch hören wir – etwa im Traum – seine wirkmächtige Stimme. Doch an diesem Gegenüber werden wir selbst letztgültig die, die wir sind. An diesem Punkt einer äußersten Begegnung vernehmen wir Würdigung, Berufung oder den Ruf zur Umkehr. Und genau hier wird – wie bei Herrn Utzinger – Wurm-Identität zur würdigen, namhaften Personalität.

Der *mütterlich-väterliche Gott* (34) ist die Erfahrung eines verkräftbareren, näher getretenen Gegenübers, das mütterliche oder väterliche Züge trägt. Hier ordne ich Erfahrungen ein, gewärmt, getragen, umhüllt oder beschützt zu sein, Erfahrungen von Mutterschoß oder einem gütigen Vatergesicht.

Der *Gott inmitten* (33) ist jene äußerste Erfahrung, von der ich bereits gesprochen habe. Ein Gott, der einsteigt in die tiefste Ohnmacht des Menschen. Oft Christus genannt.

Geist-Erfahrung (49). Eigentlich ist jede spirituelle Erfahrung Geisterfahrung. Im speziellen spreche ich von Geisterfahrung etwa dort, wo sich in einem Geistkampf plötzlich Sieg ereignet. Oder wo Geist als Innewohnender, Bewegender und Prozesse Vorantreibender wie von außen spürbar wird. Geist ist auch dasjenige, das den Menschen über sich hinausreißt, ihn teilhaben lässt an den großen Dimensionen Gottes. So sind Visionen Sterbender höchst eindruckliche Zeugnisse vom Wirken des göttlichen Geistes.

„Erfahrungen und Visionen“ hieß es in meinem Titel. Ich schliesse mit der *Endzeit-Vision* einer 23-jährigen, vorerst nicht sonderlich frommen Frau, Daniela.

Je näher der Tod kam, umso dichter, heiliger war die Atmosphäre. „Ich habe keine Angst vor dem Sterben, es darf sein“, sagte Daniela. Später zeigt sie mir, an welcher Stelle der Wand sie bisweilen ein helles Licht sehe, dann wieder sehe sie nur die Postkarte ihrer Schwester, die dort hänge. Ich bin bewegt. Gemeinsames Schweigen. Dann plötzlich – ergriffen – die Worte: „Licht, schau, das Licht...“ – Schweigen ... dann eine Minute später: „*Ich sehe wie es weitergeht mit der Welt... soooo schön*“ und sie taucht ab in einen komatösen Zustand.

Daniela konnte uns nicht mehr mitteilen, was genau sie sah, und das ist wohl besser so. Doch die Kraft dieser Vision möchte ich über unsere schwierige Arbeit in spirituellen Grenzbereichen setzen. Wir brauchen *Visionen*, um nicht flügelahm zu werden. Visionen von letztem Heilsein, den Glauben, dass es mit der Welt weitergeht und die Hoffnung, dass alles menschliche Sehnen und Streben – aller Widerwärtigkeit zum Trotz – ein Ziel hat und von einem Faktor unbekannt, sprich von Gottes Geist, dahin bewegt wird – Grundkraft aller Spiritualität!

Literatur

- Benedetti, G.: Psychotherapie als existentielle Herausforderung, Göttingen 1992
Lies, L.; Hell, S.: Heilmysterium, Graz 1992
Renz, M.: Zwischen Urangst und Urvertrauen. Therapie früher Störungen über Musik-, Symbol- und spirituelle Erfahrungen, Paderborn 1996
Dies.: Frühe Prägung – Frühe Störung – Ressourcen. Ein ressourcenorientierter Ansatz bei Frühstörungen, in: L. Riedel (Hg.), Wahnsinn und Normalität. Basler Psychotherapietage 1999, Riehen 1999, 243-262
Dies.: Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung, Paderborn 2000
Dies.: Spiritualität – wesentliche Dimension gelingender Psychotherapie, in: L. Riedel (Hg.), Couch oder Kirche. Basler Psychotherapietage 2001, Riehen 2001, 285-304
L. Riedel (Hg): Couch oder Kirche, Sammelband mit Tagungs-Beiträgen von R. Baker Roshi, E. Drewermann, A. Grün, W. Jäger, T. Moser, M. Renz, P. Schellenbaum u.a., Riehen 2001

ZU DEN AUTOREN

PD Dr. med. Arndt Büssing, geb. 1962, Forschungsmitarbeiter am Institut für Medizintechnik und Komplementärmedizin der Universität Witten/Herdecke, seit 2000 Mitglied in der Kommission C beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Simone Ehm, geb. 1972, Biologin und Theologin, Studienleiterin für Ethik in den Naturwissenschaften an der Evangelischen Akademie zu Berlin.

Prof. Dr. med. Linus Geisler, Facharzt für Innere Medizin, von 1976-1999 Chefarzt der Medizinischen Klinik am St. Barbara-Hospital Gladbeck, apl. Professor an der Universität Bonn, Stellvertretendes Mitglied der Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein, Sachverständiger der Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin von 2000-2002.

Prof. Dr. Peter F. Matthiessen, geb. 1944, seit 1999 Leitender Arzt der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, seit 2002 Inhaber des Gerhard-Kienle-Stiftungslehrstuhls für Medizintechnik und Komplementärmedizin an der Universität Witten/Herdecke.

Dr. rer. medic. Thomas Ostermann, Mathematiker, seit 1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Medizintechnik und Komplementärmedizin der Universität Witten/Herdecke.

Dr. phil. Monika Renz, Psychotherapeutin (FSP), Musiktherapeutin (SFMT), Theologin und Leiterin der Psychoonkologie am Kantonsspital St. Gallen/Schweiz, private Praxis in Winterthur.

Dr. phil. Michael Utsch, geb. 1960, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut mit beruflicher Praxis im klinischen Bereich, seit 1997 EZW-Referent für religiöse Aspekte der Psychosoziale, weltanschauliche Strömungen in Naturwissenschaft und Technik und Sciencology.

Prof. Dr. Dr. phil. Harald Walach, apl. Professor am Psychologischen Institut der Universität Freiburg, Leiter der Sektion Komplementärmedizinische Evaluationsforschung am Universitätsklinikum Freiburg sowie Direktor des europäischen Zweiges des Samueli-Instituts.

Erhard Weiher, Pfarrer, Klinikseelsorger, Katholisches Pfarramt im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Dieser EZW-TEXT kann in Studienkreisen, Seminaren, Tagungen und dergleichen angewendet werden. Die EZW-TEXTE können einzeln oder in größerer Menge bei der EZW, Auguststraße 80 in 10117 Berlin, angefordert werden.

Gesamtprospekt und Titelverzeichnis werden auf Wunsch gern zugesandt.

Spendenkonto der EZW:

Evangelische Darlehnsgenossenschaft Kiel Konto-Nr. 1014001 (BLZ 21060237),
für Überweisungen aus dem Ausland: IBAN DE25210602370001014001
(BIC bzw. SWIFT GENODEF1EDG)



Materialdienst der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW)

Zeitschrift für Religions- und Weltanschauungsfragen

Neue religiöse Bewegungen, nicht-christliche Religionen und christliche Sondergemeinschaften bzw. „Sekten“ sind Teil unserer religiösen Landschaft. Esoterische Angebote und Verheißungen des Psychomarktes, Okkultes und Spirituelles stoßen auf immer größeres öffentliches Interesse. Dies fordert aus christlicher Sicht zum Dialog und zur Unterscheidung heraus. Seit Jahrzehnten ist die EZW die zentrale Auskunft-, Informations- und Dokumentationsstelle der Ev. Kirche in Deutschland zu Sekten- und Weltanschauungsfragen.

Wir bieten Ihnen wahlweise:

- die unverbindliche Zusendung von zwei kostenlosen Probeexemplaren
- ein unverbindliches Probe-Abonnement: vier Hefte für 5,- Euro
- das reguläre Abonnement für 30,- Euro im Jahr.

Bitte Postkarte, Fax oder E-Mail an:

**Evangelische Zentralstelle für
Weltanschauungsfragen (EZW)**
Auguststraße 80 · 10117 Berlin
Fax: 030 / 28 39 52 12
Internet: www.ezw-berlin.de
E-Mail: info@ezw-berlin.de

Nutzen Sie unser Wissen und unsere Erfahrungen.

Im *Materialdienst der EZW* finden an Religionsfragen Interessierte, insbesondere Theologen/innen und Lehrer/innen, zuverlässige Beurteilungshilfen. Kompetente Autoren liefern Ihnen laufend aktuelle Informationen und Analysen. Im Laufe der Zeit entsteht so eine einmalige Dokumentation zu Weltanschauungsfragen.

Der *Materialdienst* erscheint monatlich in einem Umfang von 40 Seiten. Zusätzlich erscheint ein Registerheft. Das reguläre Abonnement kostet incl. Versandkosten 30,- Euro im Jahr.

Konzentrierte Informationen



€ 14,95 [D] / € 15,40 [A] / SFr 27,30
[3-579-06409-6]

Aktuell und praxisnah präsentiert dieses Lexikon die gesamte Bandbreite der Sekten, neureligiösen Bewegungen und Weltanschauungen. Es hilft Klarheit zu gewinnen: mit konzentrierten Informationen in ca. 300 Stichwörtern zur jeweiligen Geschichte, wichtigen Persönlichkeiten, Glaubenslehre und Praxis.

Für Schule, Studium, Erwachsenenbildung und für alle, die beruflich mit dem Thema konfrontiert werden.

IMPRESSUM

Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen
Auguststraße 80, 10117 Berlin
Telefon (0 30) 2 83 95-2 11, Fax (0 30) 2 83 95-2 12
Internet: www.ezw-berlin.de
E-Mail: info@ezw-berlin.de

