

Überlegungen zu Spiritualität und Gebet im Kontext von Krankheit¹

*„Du musst wissen, wohin du gehst, wenn du verzweifelt bist“
(Cicely Saunders)*

Klaus Baumann

1. Spiritualität in Palliative Care und Krankheit

2002 nahm die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen, WHO, den Begriff „spirituell“ in ihre Definition von Palliative Care² auf und sprach darin von „spirituellen Bedürfnissen“ von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen: „Palliative Care ist ein Zugang, der die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Familien verbessert, welche mit lebensbedrohlicher Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch die Prävention und Linderung von Leiden durch die Früherkennung und genaue Einschätzung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Art. [... Palliative Care] integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenversorgung, bietet ein Unterstützungssystem, damit die Patienten bis zum Tode so aktiv wie möglich leben können, und ein Unterstützungssystem für die Familie, die Krankheitsphase ihres Patienten und ihre eigene Trauerphase zu bewältigen.“³ Der WHO-Fragebogen zur Lebensqualität von 1995 enthielt bereits wenige Fragen zu Aspekten persönlicher welt-

1 Zum Teil wurden diese Überlegungen im Rahmen der Ringvorlesung Spiritual Care „Gebet und Spiritual Care?“ an der LMU München am 15.10.2013 vorgetragen.

2 Der Anglizismus setzt sich gegenüber „Palliativpflege“ im deutschsprachigen Raum durch, da er nicht suggeriert, dass vorrangig die Pflegeberufe gemeint seien. Tatsächlich ist Palliativpflege eine Aufgabe des ganzen – interdisziplinären – Teams in der Patientenversorgung; Entsprechendes gilt dann auch für Spiritual Care. Die Sorge um die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ist nicht allein Aufgabe des Seelsorgepersonals. Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung über die Konzepte Seelsorge vs. Spiritual Care Nauer 2014.

3 Vgl. WHO Definition of Palliative Care, www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (18.09.2015).

anschaulicher Überzeugungen (F 24.1 bis F 24.4)⁴ und wurde ebenfalls 2002 ergänzt um einen ausführlicheren Teil mit Fragen über Spiritualität, Religion und persönliche Glaubensüberzeugungen, inwieweit diese die persönliche Lebensqualität beeinflussen.⁵

Für diese Weitung des Horizontes der Weltgesundheitsorganisation auf lange ignorierte Aspekte von Spiritualität und Religiosität hin spielte das Werk von Cicely Saunders als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin eine entscheidende Rolle.⁶ Sie entwickelte das Konzept von „total pain“ und „definierte das Konzept von totalem Schmerz als das Leiden, das alle physischen, psychischen, sozialen, spirituellen und praktischen Kämpfe einer Person umfasst. Die Diagnose einer lebensbedrohenden Krankheit stößt eine Tür des Bewusstseins auf, die meist in unserem Leben bequem erlaubt, Gedanken an den Tod im Hintergrund zu halten. Für viele Menschen löst das Öffnen dieser Tür eine Krise und eine akute Begegnung mit großem totalem Schmerz aus. All das geschieht im Kontext einer modernen Gesellschaft, die nur schlecht mit Nachrichten über einen drohenden Tod umgehen kann. Darum verleugnen die engere Familie eines Patienten und seine Freunde nach solcher Diagnose eher, dass die geliebte Person an ihrer Erkrankung zu sterben droht.“⁷ Zusätzlich werde der Tod routinemäßig vor dem sozialen Blick versteckt und medikalisiert. Diese Medikalisierung professionalisiere die Pflegerituale für die Schwerkranken und Sterbenden. Sie könne in einer Situation münden, in der nur die physischen Symptome Priorität haben. Dann seien die Patienten akut isoliert und in der Gefahr, dass ihr totaler Schmerz unbeachtet bleibt.⁸ Chi-Keong Ong plädiert im (höchst

4 WHO-QOL, Geneva 1995. Siehe www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/ (18.09.2015).

5 WHO-QOL SRPB Field-Test Instrument, Geneva 2002. S. www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/ (zuletzt überprüft 18.09.2015). Vgl. WHOQOL SRPB Group (2006) A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life, *Social Science&Medicine* 62/6, 1486–1497: „It is suggested that SRPB should be more routinely addressed in assessment of QoL, as it can make a substantial difference in QoL particularly for those who report very poor health or are at the end of their life“ (1486).

6 Vgl. Saunders, C., *Watch with me. Inspiration for a life in hospice care*, 2003; dt.: *Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care*, Zürich 2009.

7 Ong, C.-K., *Embracing Cicely Saunders's concept of total pain*. *BMJ*. 2005, 331 (7516), S. 576–577 (Übersetzung KB).

8 Vgl. ebd.

angesehenen) British Medical Journal darum dafür, dass Palliative Care in die Patientenversorgung einbezogen werden *müsse*, wo immer „die Tür der Sterblichkeit aufgestoßen wird“, egal ob die Diagnose das Ende des Lebens ankündigt oder Hoffnung auf längeres Leben anbieten kann, „denn das gute Leben wird nie wieder ganz das gleiche sein können“⁹. Das, was zuvor als „gutes Leben“ betrachtet wurde, wird im Licht der eigenen Sterblichkeit revidiert werden (müssen).

Denn es stellen sich hier besonders akut existenzielle Fragen, die als „spirituell“ bezeichnet werden. Im Kontext der Palliativversorgung finden spirituelle Bedürfnisse Beachtung im Interesse, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Im Vordergrund stehen nicht die institutionalisierten Formen von Religion, sondern die persönlichen, individuellen Glaubenseinstellungen und -vorstellungen in ihrer Bedeutung für Krankheitsbewältigung und Lebenssinn, um den Patienten ganzheitlich gerecht(er) zu werden.

Unweigerlich wird deutlich, wie unscharf, ja schwammig damit wird, was „spirituell“ und „Spiritualität“ heißt. Traugott Roser konstatierte entsprechend: „Der Bedeutungszuwachs von Spiritualität in der Palliative Care geht einher mit einer begrifflichen Unschärfe, die sowohl durch den multikulturellen Kontext der Palliativmedizin und der Hospizbewegung als auch durch das subjektzentrierte Anliegen bedingt ist.“¹⁰

2. Religion und Spiritualität

Der zur „Edelvokabel“ (Bernhard Grom) gewordene Spiritualitätsbegriff schillert in seiner inzwischen sehr unklaren Bedeutung gegenüber etablierten Religionen. Er eignet sich besser als „Religion“ oder „Religiosität“ für Marketing-Zwecke und erfreut sich besonderer Beliebtheit bei entsprechend engagierten Sozialwissenschaftler/innen. Da fast alle Forschung hierzu in vorwiegend christlich-säkularen Kontexten geschah, zeige er, so

9 Ebd.: „for once the door of mortality is opened, the good life will never be quite the same again.“

10 Roser, T., *Spiritual Care* Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang. Mit einem Geleitwort von Schockenhoff, E., (Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Bd. 3), Stuttgart 2007, S. 249.

Ulrike Popp-Baier, vor allem zunehmende Individualisierungsprozesse mit ihrer Bevorzugung „selbst-kontrollierter Religiosität“ an.¹¹

Der Begriff Spiritualität impliziert in seinem alltagssprachlichen, säkularen und marketingfähigen Gebrauch heutzutage insbesondere eine Sehnsucht nach persönlicher Harmonie, Echtheit, Friedfertigkeit, Tiefe und Achtsamkeit im Umgang mit sich, mit anderen und mit der Schöpfung; Offenheit für (wie auch immer geartete) Transzendenzerfahrungen und für das „Geheimnis“ von Leben.

Dabei lassen sich grob unterscheiden Spiritualitäten, die eher religionsungebunden und individuell konzipiert sind und „spirituelle Übungen“ unterschiedlicher Art einschließen können, von Spiritualitäten, die mit Religion verbunden und von ihr inspiriert sind, einschließlich den Traditionen und Erfahrungen ihrer diversen Formen von „Gebetspraxis“. Diese sind weitgehend identisch mit Religiosität als subjektiver Innenseite der Religion und einem Bezug des Menschen zu Gott oder zur göttlichen Wirklichkeit. Zu Religiosität gehört ein an Gott gerichtetes Fragen nach Sinn und Hoffnung jenseits der Grenzen von Rationalität, des Sichtbaren und Machbaren. Das Lexikon der Psychologie definierte Spiritualität noch in diesem Sinn: „auch: Frömmigkeit, eine vom Glauben getragene geistige Orientierung und Lebensform, die im Gegensatz zur vorherrschenden materialistisch-mechanistischen Weltsicht steht.“¹² Demgegenüber unterstreicht der Medizinhistoriker J.N. Neumann einen weiteren, weniger spezifischen Spiritualitätsbegriff ohne ausdrücklichen Bezug zu einer bestimmten Religion, demgemäß der Mensch angesichts der Erfahrung von Krankheit, Leid und Tod die Sinnfrage in sein Dasein hineinspreche – als Beginn einer Belastungs- oder Situationsbewältigung und insbesondere einer Bewältigung von erfahrener Sinnlosigkeit.¹³

Wenn also von „spirituellen Bedürfnissen“ in Situationen von Krankheit oder gar unheilbarer Erkrankung die Rede ist, können diese Bedürfnisse spezifisch religiös sein, „aber auch Menschen ohne religiösen Glauben oder Zugehörigkeit zu einer organisierten Religion haben Überzeugungs-

11 Vgl. Ulrike Popp-Baier, From Religion to Spirituality – Megatrend in Contemporary Society or Methodological Artefact. Contribution to the Secularization Debate from Psychology of Religion. *Journal of Religion in Europe* 3 (2010), S. 34–67.

12 Lexikon der Psychologie, Heidelberg: Spektrum (2001) Bd. 4, 220, Art. Spiritualität.

13 Vgl. Neumann, J. N., in: Religion und Krankheit, hg. v. Etzelmüller, G./Weissenrieder, A., Darmstadt 2010, S. 50.

systeme, die ihrem Leben Sinn und Ziel verleihen.“¹⁴ Da die WHO-Definition neben religiösen von spirituellen Bedürfnissen spricht, sind gewiss solche nicht religiös spezifizierten eingeschlossen. Als Anzeichen spiritueller Bedürfnisse identifizieren Murray et al. (2004) im klinischen Kontext

- Äußerungen von Frustration, Furcht, Zweifel oder Verzweiflung
- das Gefühl, das Leben ist nichts wert
- sich isoliert, verlassen und ohne Unterstützung fühlen
- sich unnützlich fühlen
- Zuversicht verlieren
- Beziehungsprobleme
- das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren
- Fragen wie „Wo gehöre ich hin?“ – „Warum ich?“ – „Womit habe ich das verdient?“

In diesen geradezu universalen Phänomenen im Krankheitserleben zeigen sich Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen, in ihrem Leben Sinn, Ziel und Wert zu finden – nicht nur seitens der Patientinnen und Patienten, sondern auch seitens der Menschen, die ihnen persönlich oder im Behandlungskontext empathisch nahe sind.

Cicely Saunders selbst fühlte sich unübersehbar von ihrem christlichen Glauben angetrieben, aus dessen Tradition sie schöpfte. Sie erzählt, wie ein Journalist (John Thompson) sie fragte, ob denn die Begründung für ein Hospiz christlich sein müsse: „Als ich zu antworten begann, wurde mir klar: Wenn ich Ja gesagt hätte, hätte ich Türen geschlossen, dabei war es so wichtig, sie zu öffnen. Darum sagte ich Nein, aber ich denke, du musst irgendeine Art von philosophischer Grundlage haben. Du musst wissen, wohin du gehst, wenn du verzweifelt bist und was deine Grundlagen sind für eine Arbeit wie diese.“¹⁵

Wohin gehst du in so einer Situation – du bist verzweifelt oder stehst vor der offenen Tür der Sterblichkeit.

14 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* 2004, S. 18, 39, 40.

15 Zitiert nach Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*, Bern u. a. ²2007, S. 26, übersetzt von K. Baumann; Saunders Worte zielen im ursprünglichen Kontext auf die Mitarbeitenden in der Palliative Care, gelten aber nicht minder für die Patientinnen und Patienten selbst.

3. Das Seufzen des Heiligen Geistes und christliches Gebet

Ohne dieses sowohl universal menschheitliche Phänomen als auch unvertretbar existenzielle Suchen vereinnahmen zu wollen, deutet christliche Theologie die darin erfahrene Bedürftigkeit des Menschen als Sehnsucht und Offenheit, die Gott in die Menschen hineingelegt hat und an die er in seiner Zuwendung zu den Menschen anknüpft. In der Anthropologie des Alten Testaments nehmen die Begriffe ruach (Atem, Hauch, lateinisch „spiritus“) und näfash (Kehle) einen besonderen Platz ein. Der Mensch wird und bleibt lebendig unter dem Anhauch Gottes (Gen 2,7), seine Kehle bedarf dieses Atems.¹⁶ Neutestamentlich wird das Glaubensleben als „Leben im Geist“ verstanden, den Gott an Pfingsten über die junge Kirche und die ganze Schöpfung ausgoss. Und insbesondere, wo Menschen in ihrer Bedürftigkeit und Not stöhnen, ist dies nicht nur das Seufzen der bedrängten Kreatur, sondern das Seufzen des Heiligen Geistes in den Menschen (vgl. Röm 8,22.26). Es ist zugleich ein – für die Nahestehenden und ärztlich Tätigen mitunter schwer erträglicher¹⁷ – Ruf des leidenden Menschen um eine Hilfe, die über das Somatische oder Zwischenmenschliche hinausgeht, ohne diese zu ersetzen oder überflüssig zu machen – ganz im Sinne von Cicely Saunders hospizlichem Konzept von „total pain“.

Auch in weniger dramatischen Situationen erkennt christliche Deutung jedoch Gottes Geist am Wirken, nämlich bereits überall dort, wo Menschen aufhören, vor sich selbst und den eigenen Begrenzungen und Unzulänglichkeiten zu fliehen, sich ihrer eigenen Wahrheit und darin anfanghaft dem ansprechenden Wirken Gottes in ihrem Leben stellen. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein neuer wahrhaftiger Umgang mit sich selbst bereits „Gebet“ genannt wird oder nicht. „Gebet“ selbst – in welcher Form auch immer – kann als zentrales Element religiöser Praxis betrachtet werden, und das Beten Jesu Christi, wie es die Evangelien vielfältig bezeugen, ist zentrales Modell für christliches Beten, gerade auch in seinem Leiden. Der Münchner Exeget Knut Backhaus bietet anhand einer

16 Vgl. Wolff, H.-W., Anthropologie des Alten Testaments, München ⁵1990.

17 Vgl. Jacobi, R.-M. E./Marx, B., Schmerz als Grenzerfahrung (Erkenntnis und Glaube. Schriften der Evangelischen Forschungsakademie NF Bd. 43), Leipzig 2011, besonders die Beiträge von Burkhard Liebsch und Iris Hermann. Vgl. meine Rez. in ThRv 109 (2013) Sp. 72–73.

Auslegung von Jesu Klage am Kreuz als Gebet (Mk 15,34–37 par mit Ps 22) mehrere Charakteristika christlichen Gebetes an:

Es ist Dialog in dem Sinne, dass es ein personales Gegenüber sucht, an das die betende Person ihr Gebet richtet.

Es ist fragmentarisch und dramatisch; wir erfahren in den Texten über das Beten (wie z. B. Ps 22 oder Mk 15,34 ff.) Wesentliches nicht, insbesondere erfahren wir nicht, was zum Umschwung im Befinden der betenden Person führt.

Gebet ist geprägt von einer Hoffnungsstruktur des Vertrauens: Gott kann helfen, wie auch immer; Gott kann mich (mein Leid) wenden/erlösen.

Gebet ist wesentlich erfüllt von der Dimension des eigenen Lebens: Es geht um mich existenziell, um mein Leben, meine Situation, um das, was mir wichtig ist¹⁸ – auch im Modus des „Wir“ und „für sie“.

Dies sind einige Charakteristika von Gebet im Leid – keineswegs alle und keineswegs von allen Gebetsformen wie Lobpreis, Anbetung, Kontemplation und Meditation.

4. Gebet in der Krankheit – zum Forschungsstand

Wohin gehst du, wenn du verzweifelt bist und die Tür der Sterblichkeit offen steht? Die existenziellsten oder auch schwersten Besinnungstage werden wohl nicht in schönen Exerzitienhäusern oder abgeschiedenen Klöstern erlebt, sondern im Krankenbett. Äußerliches und Uneigentliches, das möglicherweise zuvor „extrinsisch religiös“ motiviert war, fällt ab, nur suchende und intrinsische Bemühungen¹⁹, Gott zu finden, mit ihm zu ringen oder sich in seine Hand zu geben, „machen noch Sinn“, egal wie reif oder unreif dies in den Augen theologisch oder spiritueller „Fortgeschrittener“ erscheinen mag.

18 Fischer, G./Backhaus, K., Beten (NEB Themen 14), Würzburg 2009, S. 79–84.

19 Der amerikanische Psychologe Gordon W. Allport (1897–1967) führte die weiterhin nützliche Unterscheidung von intrinsischer und extrinsischer Religiosität ein. Extrinsische Religiosität benutzt den Glauben für andere Zwecke, intrinsische versucht, den eigenen Glauben zu leben.

Es gibt eine Vielzahl von Studien über die Auswirkungen von religiöser Praxis auf die Erkrankung, die Behandlung oder die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Studien über die Auswirkungen von fürbittendem Gebet für Kranke, selbst wenn sie „doppelblind“ angelegt sind, mögen zwar besondere Aufmerksamkeit erregen, erscheinen aus theologischen Gründen jedoch als dubios, selbst wenn schwache „Effekte“ messbar erscheinen.²⁰ Abgesehen von Fragen der individuellen Glaubenshaltungen bei den Betenden: Die entscheidende Prämisse christlichen Fürbittgebetes lautet „Dein Wille geschehe“; sie schließt ein besonderes Einwirken Gottes gemäß empirischen Gesetzmäßigkeiten ebenso aus wie unklar bleibt, was Gottes Willen entsprechend eine Erhöhung des fürbittenden Gebetes denn im jeweiligen Falle wäre.

Weit interessanter ist Forschung darüber, ob und wie Patientinnen und Patienten selbst beten und wie es sich für sie auswirkt. Eine Überblicksstudie zur Forschung über klinische Medizin und religiöse Praxis aus dem Jahr 2013²¹ schloss nach methodischer Auswahl 49 empirische Studien ein²². Sie zeigen, dass religiöser Glaube für viele Patienten und Patientinnen wichtig ist, besonders für solche mit schweren Erkrankungen. Sie vertrauen auf ihren Glauben als positive Bewältigungsform – sie scheinen zu wissen, an wen sie sich wenden, wenn sie verzweifelt sind und die Tür der Sterblichkeit offen ist. Die Ergebnisse der Studien zeigen, so die Autorengruppe, dass Patienten häufig religiös praktizieren und mit Gott über ihren Krankheitszustand reden. Dieses „spirituelle Interagieren“ könne den Patienten nützen, indem es ihnen Trost spendet, das Wissen über ihre Krankheit, ihre Zuverlässigkeit in der Behandlung und ihre Lebensqualität vergrößert. Effekte solchen Gebetes auf ihren spezifischen Krankheitszustand seien für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht aussagekräftig, in anderen Fällen jedoch stärker.

20 Olver, I. N./Dutney, A., A Randomized, Blinded Study of the Impact of Intercessory Prayer on Spiritual Well-being in Patients With Cancer. *Alternative Therapies*, 2012, S. 18–27.

21 Stewart, W. C. u. a., Review of Clinical Medicine and Religious Practice. in: *Journal of Religion and Health* (2013) S. 52.91–106.

22 „This study evaluated 49 articles of which 37 were conducted in the United States, three in Europe, seven in Asia, one in Africa, and one in Canada. Further, 31 studies primarily studied patients of the Christian religion, two Muslim, two Hindu, two ‘other,’ and 12 unknown,“ S. 92.

In einer 2015 veröffentlichten Metaanalyse zur Forschung über persönliches Gebet bei chronisch Kranken, v. a. Krebserkrankten²³, wurden nach inhaltskriterien-geleiteter Auswahl aus 145 Fachpublikationen 16 Artikel einbezogen, um die drei Fragen zu beantworten, warum, was (Inhalte, Themen) und wie die Patientinnen und Patienten beten. Für die Gründe und Inhalte des Gebetes ergaben sich in qualitativer Analyse fünf Kategorien: (1) krankheitszentriertes Gebet, (2) vertrauens-zentriertes Gebet (Schutz, Stärkung, Hoffnung, Vertrauen, Dankbarkeit, Vergebung), (3) Gott-zentriertes Gebet, (4) auf andere zentriertes Gebet, und (5) Klage. Darunter war krankheits-zentriertes Gebet das verbreitetste, Klage wurde am wenigsten berichtet. Die chronisch Kranken beteten jedoch nicht nur um Linderung oder Heilung ihrer körperlichen und seelischen Leiden; Gebet erwies sich in vielen Fällen für die Patientinnen und Patienten auch als Quelle dafür, Hoffnung zu schöpfen, ihre Krankheitserfahrung positiv zu verändern, und Orientierung für ihre Behandlungsentscheidungen zu finden.

In der Studie von Crane et al.²⁴, die 51 meist afroamerikanische Frauen mit HIV einbezog, war für 47 das Gebet für ihre Behandlungsentscheidungen wichtig, für 30 davon wichtiger als der Arzt. Ebenfalls 30 von ihnen wünschten, dass ihr Arzt mehr über die Rolle des Gebetes in ihrem Leben wissen und verstehen solle. In einer anderen, 2012 publizierten qualitativen Studie²⁵ wurden 13 weiße Frauen in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Krebserkrankung mit semistrukturierten Interviews befragt. Ihre Gebetsthemen waren: den eigenen Weg finden; neue Wertschätzung des Lebens; um Kraft und Mut; um eine stärkere spirituelle Verbindung. Als Gebetsweisen praktizierten sie v. a. Gebet für andere; betende Zwiegespräche; Bittgebet (für sich); rituelles Gebet; Dankgebet. Das Gebet war

23 Jors, K./Büssing, A./Hvidt, N. Ch./Baumann, K., Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature, in: Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2015, Article ID 927973, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/927973>. Die meisten Studien bezogen v. a. Christen ein, eine Studie fokussierte ausschließlich Muslime, keine betraf ausschließlich Juden oder Hindus.

24 Crane, J. R./Perlman, S./Meredith, K. L. et al., Women with HIV: conflicts and synergy of prayer within the realm of medical care, in: AIDS Education and Prevention (2000) vol. 12, no. 6: 532–543.

25 Smith, A. R./De Santo-Madeya, S./Pérez, J. E. et al., How women with advanced cancer pray: a report from two focus groups, in: Oncology Nursing Forum (2012) vol. 39, no. 3: E310–E316.

für sie v. a. eine spirituelle bzw. psychologische Stütze. Beide exemplarisch berichteten Studien waren Teil der oben genannten Metaanalyse.

Insgesamt gilt weiterhin, dass die klinische Forschung zum Gebet noch immer aus vielen Gründen in Kinderschuhen steckt²⁶, sodass manche Ansätze und Schlussfolgerungen zu Recht scharf kritisiert wurden.²⁷ Insbesondere bedarf angemessene Forschung einer interdisziplinären Integration der Erkenntnisse aus Anthropologie, Theologie und Religionswissenschaft über Religion, Spiritualität und Beten. Vor allem ist die Einbeziehung religiöser Erfahrung (trotz der bis heute relevanten Arbeiten von William James²⁸ oder Friedrich Heiler²⁹) ein uneingelöstes Desiderat, hinter dem Ansätze bei satzhafte Glaubensüberzeugungen und Gottesdienstteilnahme weit zurück bleiben. Schon allein die Definition von Gebet ist eine komplexe Angelegenheit.³⁰

Sind etwa die der buddhistischen Tradition entlehnten Achtsamkeitsübungen, die inzwischen sehr verbreitet klinische Anwendung finden (und darüber hinaus), Gebet oder eine ganz neutrale therapeutische Methode?

5. Klinisch-therapeutischer Einsatz von „spirituellen Übungen“? – Zwischen „professioneller Neutralität“, Ideologiefreiheit und Patienteninteressen, Patientenwohl

Die WHOQOL-SRPB-Forschungsgruppe empfahl 2006, Spiritualität, Religion und persönliche Glaubensüberzeugungen als Teil der ärztlichen Routine insbesondere bei schwerkranken und terminalen Patienten anzusprechen, da sie bei ihnen einen wesentlichen Unterschied in der Lebens-

26 Dein, S./Cook, C. H./Koenig, H., Religion, Spirituality, and Mental Health. Current Controversies and Future Directions, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* (2012) vol. 200, no. 10, S. 852–855, hier: S. 854.

27 Vgl. Sloan, R. P., *Blind Faith. The Unholy Alliance of Religion and Medicine*, New York 2008.

28 James, W., *Varieties of Religious Experience. A Study in Human Nature*, London 2002 (1st publ. 1902); dt.: *Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur*, Frankfurt/Leipzig 2003.

29 Heiler, F., *Das Gebet. Eine religionsgeschichtliche und religionspsychologische Untersuchung*, München: Reinhardt 1969 (Unveränderter Nachdruck nach der 5. Auflage 1923, mit Literaturergänzungen).

30 Vgl. Dein, S./Cook, C./Koenig, H., Religion, Spirituality and mental health: current controversies and future directions, in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (10), S. 852–854.

qualität ausmachen.³¹ Dies anzusprechen und gegebenenfalls Patienten in bzw. zu ihren religiösen oder spirituellen Ressourcen zu ermutigen, ist das eine. Das andere ist das aktive Einbringen von spirituellen und insbesondere klar religiösen Übungen seitens ärztlichen oder pflegerischen Personals. Es widerstrebt dessen Selbstverständnis von professioneller Neutralität und weltanschaulicher Toleranz (als Ideologiefreiheit).³²

Dessen ungeachtet finden sogenannte Achtsamkeitsübungen zur Stressreduzierung („mindfulness based stress reduction“, MBSR) immer weitere klinische Anwendung und Einsatzfelder (auch für allgemeine Stressbewältigung³³), obwohl sie sehr stark an zen-buddhistische Meditations- bzw. Frömmigkeitsübungen angelehnt sind. Achtsamkeit heiße einfach beobachten, was jetzt gerade geschieht, ohne es zu bewerten, und erzeuge eine spezielle Haltung gegenüber unserem inneren Erleben, so der Freiburger Achtsamkeitsforscher Stefan Schmidt.³⁴ Eingang in die klinische Behandlung als therapeutische Methode fanden Achtsamkeitsübungen (als MBSR) in der sogenannten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) von schweren, oft suizidgefhrdeten Borderline-Störungen, welche die amerikanische Psychotherapeutin Marsha Linehan in den 1980er-Jahren entwickelte und 1993 manualisierte. Erst 2011 offenbarte Linehan, dass sie selbst in den 1960er-Jahren über viele Jahre an einer sehr schweren Borderline-Störung litt – und ihr eine besondere religiöse Erfahrung als Katholikin im Gebet in einer Kapelle half, sich selbst zu lieben und sich genau damit zunehmend zu verändern.³⁵

Die Idee (besser Erfahrung) radikaler Selbstakzeptanz als Grundlage für Veränderung wurde zu ihrem zentralen Ansatz, für den sie als Psychotherapeutin für diese überaus schwierige Patientengruppe eine akzeptanzbasierte Praxis suchte und sie in östlichen und westlichen Kontemplationsfor-

31 WHOQOL SRPB Group, A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life, in: *Social Science & Medicine* (2006) 62/6, S. 1486–1497 (s. o.).

32 Dies gilt besonders explizit bei psychiatrischem Personal. Vgl. Eunmi Lee, *Religiosität bzw. Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. Ihre Bedeutung für psychiatrisches Wirken aus der Sicht des psychiatrischen Personals anhand einer bundesweiten Personalbefragung*, Würzburg 2014.

33 Vgl. Schnabel, U., *Neue Haltung im Büro. Mehr Achtsamkeit soll vor Stress und Überforderung schtzen. Ist das mehr als eine Mode?*, *Zeit* Nr. 42, 10.10.2013, S. 33 f.

34 Vgl. ebd.

35 Vgl. Carey, B., *Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight*, in: *New York Times* 23.06.2011.

men fand. Diese galt es, so beschreibt Linehan 2015 im Rückblick auf die (jahrzehntelange) Entwicklung der neuen Behandlungsmethode, in Verhaltenstherapie zu integrieren, sodass alle Patientinnen und Patienten sie anwenden konnten, egal ob und wie religiös, spirituell oder nicht. „So wurden Zen-Übungen zusammen mit anderen kontemplativen Praxen in ein Set von Verhaltenskompetenzen übersetzt, die Klienten wie Therapeuten gelehrt werden konnten. Die spirituellen und religiösen Untertöne des Zen mussten auch ausgesondert werden, zumindest zu Beginn. Deshalb wurde der Begriff Achtsamkeit verwendet, um die Kompetenzen aus dem Zen zu beschreiben. [...] Die Kompetenzen, die kontemplative Praxen übersetzten, wurden ‚Kompetenzen der Realitätsakzeptanz‘ genannt.“³⁶ Sie helfen beim „dialektischen Prozess“, Gegensätze in eine Synthese zu bringen – von radikaler Selbstannahme und -veränderung zur Heilung der psychischen Störung.

6. Leben als Gebet (Evelyn Underhill)

Gewiss handelt es sich bei dieser „Übersetzung“ von spirituellen Übungen um eine psychotherapeutische Funktionalisierung im Interesse und zum Wohl von Patientinnen und Patienten, die es mit sich selbst und „ihrer“ Welt emotional tief zerrissen kaum und in schweren Schüben gar nicht aushalten können. Ihre weltanschaulich neutrale Operationalisierung macht nicht unmöglich, diese Übungen und „Verhaltenskompetenzen“ mit dem eigenen Glauben und Beten zu verbinden bzw. sie für das persönliche Gebet zurückzuübersetzen und zu „nutzen“. Im Gegenteil. Die inhaltlich gewissermaßen „entkernte“ Funktionalisierung kann sogar die Selbstzwecklichkeit des persönlichen Betens als dialogisches, an Gott gerichtetes Geschehen vertiefen und gegebenenfalls wiederentdecken lassen, an wen ich mich wenden kann, wenn ich verzweifelt bin und die Tür der Sterblichkeit offensteht. Und nicht nur dann. Sie kann – wie die eingeübten therapeutischen Verhaltenskompetenzen für das psychische Leben heilsam weitergepflegt werden sollen über das Therapieende hinaus – mit-helfen, dass Gebet und Leben eine Einheit werden, wie etwa die anglikanische Mystikforscherin Evelyn Underhill (1875–1941) schrieb:

³⁶ Vgl. Linehan, M./Wilks, C. R., The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy, in: American Journal of Psychotherapy (2015), 69, S. 97–110, hier: S. 99 (Übersetzung KB).

„Was ist also Gebet? In einem allgemeinsten Sinn ist es der Umgang unserer kleinen menschlichen Seelen mit Gott. Darum schließt es alle Arbeit ein, die Gott durch, in und mit den Seelen verrichtet, die Ihm in Gebet hingegeben sind.

Er ist nicht weit von jeder von uns. Sein Leben wohnt in jeder Person in diesem Raum; und die Gemeinschaft unserer getrennten Leben mit dieser Quelle von Liebe und Leben ist Gebet.

Gebet ist darum eine rein spirituelle Aktivität; und der wirklich Aktive ist Gott selbst, der eine Ansporn und Bewegter unserer Seelen. [...]

„Sein Geist wirkt in engster Verbindung mit unserem.“ Ein wirklicher Mensch des Gebets sollte wie ein lebendiger Draht sein, eine Verbindung zwischen Gottes Gnade und der Welt, die sie braucht.“³⁷ – die Welt mit ihren schweren Krankheiten.

37 Underhill, E., *Life as Prayer*, Harrisburg, PA: Morehouse Publishing 1946, S. 54–55 (Übersetzung KB).