

Religiosität und Glaube in der Begleitung von Schwer- und Todkranken

1. Empirische Studien zur Relevanz religiöser Orientierungen in Korrelation zu gesundheitlichem wie seelischem Wohlbefinden

1.1. Vor allem in USA sind in den vergangenen Jahrzehnten eine Fülle von empirischen Forschungen zur Wechselwirksamkeit von Gläubigkeit/Religiosität¹ und gesundheitlichem Wohlbefinden bzw. Lebenszufriedenheit (Zwingmann 1991, 21) entstanden. Bereits eine amerikanische Studie von 1987 (Levin 1987) belegt auf der Basis einer Metaanalyse von 200 Forschungen einen allgemeinen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und der physischen und psychischen Gesundheit (Cohen 2000). Insbesondere das International Center for Integration of Health and Spirituality(www.nihr.org.) hat 5 Bände mit über 400 Forschungsprojekten über die Interdependenz von Gesundheit und Spiritualität publiziert. Ein gigantisches Großprojekt von 1998f. mit 126 000 Menschen unterschiedlicher Religionszugehörigkeit untersuchte den Zusammenhang zwischen praktiziertem Glauben, z. B. regelmäßigem Besuch von Gottesdiensten, Pflege des Gebetes etc. und physiologisch positiven Effekten (N.N. 2000, 12).

Bei den so erhobenen religiösen „Wirk“-lichkeiten dürfte es sich um affektive wie kognitive Stressbewältigungshilfen handeln, die bei der Verarbeitung z. B. einer infausten Krebserkrankung und der Bewältigung einer Terminalphase von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein können. Ein "forschungsrelevanter" Definitionsversuch von Religiosität und der Spiritualität stammt von D. Larson und seinen Kollegen vom National Institute for Healthcare Research (Rockville, Meryland, USA): "The feelings, thought, experiences and behaviours that arise from a search for the sacred." (www.nihr.org.). Religiosität liefert dem verunsicherten, kranken Menschen Perspektiven, die im Horizont von Wunscherfüllung und Hoffnung stehen; Religiosität stärkt das Gefühl der Kontrolle über bzw. in bedrohlichen Situationen und hilft das Selbstwertgefühl zu erhalten oder zu erhöhen. Religiöse Institutionen bieten zudem ein Netz von Unterstützung und Hilfeleistungen durch Gottesdienste, Gruppenaktivitäten und Seelsorge- bzw. Beratungsdienste (Spilka 1993).

Darüber hinaus sind nach G. W. Allport (1897-1976) (Allport et al. 1967; Donahue 1985; Kirkpatrick 1985; ders 1990) zwei religiöse Orientierungen zu unterscheiden. Die intrinsische religiöse Orientierung, die als eine verinnerlichte Gläubigkeit bezeichnet wird, und die sich in einer tiefen Verbundenheit mit religiösen Werten ausdrückt und eine integrative, sinngebende und krisenfeste Kraft für alle Lebensbereiche darstellt; wohingegen sich extrinsische religiöse Orientierung durch eine oberflächliche, zweckorientierte Gläubigkeit auszeichnet, die in Gott den Erfüller selbstbezogener Wünsche sieht. Insbesondere Forschungen in Deutschland von B. Grom und Ch. Zwingmann (1991, 129) konnten differenzierend zeigen, dass Religiosität nur dann eine helfende Wirkung entfaltet, wenn sie eine intrinsische, d. h. eine internalisierte und nicht eine extrinsische Qualität besitzt.

1.2. Beim Phänomen Religiosität handelt sich um eine geistige, seelisch relevante „Wirk“-lichkeit. Re-ligio heißt vom lateinischen Wortsinn her u. a. Rück-bindung und meint die Rückbindung einer Person an eine das eigene Lebenssystem trans-zendierende, d. h. überschreitende „Wirk“-lichkeit. Re-ligio ist bei der überwiegenden Mehrzahl der Weltbevölkerung als „Wirk“-lichkeit anzutreffen. So wie „Krank-sein“ sich weltweit bei allen Menschen ereignet.

¹ Religiosität ist ein Konstrukt, das durch eine Vielzahl von Dimensionen beschrieben wird. Die elf-dimensionale Faktorenlösung nach King/Hunt (1969), zit. nach: Haub (1992) 275.

Bei einer lebensbedrohlichen schweren Erkrankung handelt es sich - philosophisch gesprochen - um eine Kontingenzsituation (Leyener 1988), in der der Mensch die Bedingtheit, die Begrenztheit seiner Existenz und die Abhängigkeit von einer anderen, größeren Macht und Kraft erfährt, da ihm die eigene Macht über sein Leben, über sein Schicksal dahinschwindet. Er möchte auf etwas bauen, das ihm eine Basis gibt, die gegenwärtige Situation lebensvoll zu überschreiten, d. h. zu trans-zendieren. Außerdem wird ihm gewiss, dass er nicht freigewollt diese kritische Lebenslage bestimmen und gestalten kann und dass er über eine dazu erforderliche Macht und Kraft nicht einfach selbstgewollt verfügt.

1.3. Differenzierende Untersuchungen zur „Wirk“-lichkeit der Religio und ihrer Möglichkeit bedrohliche Lebenslagen zu trans-zendieren, fehlen in Deutschland fast gänzlich, dem gegenüber boomen entsprechende Forschungen in den USA.

1.3.1. Insbesondere bei älteren Menschen hängen Lebensdauer wie Lebensqualität unter anderem von ihrer Religio ab, wie amerikanische Altersforscher feststellen. Dies ist für die geriatrische Behandlung und Schwerstpflege nicht unerheblich. Die amerikanischen Altersforscher Timothy Johnson bzw. Martin Holt und Morton Dellman-Jenkins fanden heraus: Religiosität bewahrt vor „Anomie“, d.h. vor Sinnverlust und Werteverfall, bestärkt Hoffnung und Optimismus - erhöht das Selbstwertgefühl „self esteem“, bestärkt die Selbstkontrolle, reduziert das Einsamkeitsgefühl, senkt das Depressionsgefühl, lässt Stress leichter bewältigen (N.N. 1997). Dies sind Eigenschaften, die bei schweren Erkrankungen, wie malignen, infausten Tumoren oder in der Terminalphase des Leben unbestritten von großer Wichtigkeit sind.

1.3.2. Forschungen zu Religiosität und Tumorerkrankungen in der US-amerikanischen Forschung (Reed 1986; Tebbi 1987; Holland 1999), z. B. von Silberfarb (Silberfarb et al. 1991) zeigen in einer Analyse mit 200 Krebspatienten, dass 75% von diesen ihre religiösen Überzeugungen als wichtige Coping-Mechanismen betrachten. Ebenso haben Reed (1986), Carter, Coward, Kinney und Nelson seit 1993 in verschiedenen empirischen Studien „positive spiritual responses to cancer“ (Holland 1999) festgestellt. Tedeschi und Calhoun (Tedeschi et al. 1995) beschreiben Korrelation zwischen Krebserfahrungen und sog. persönlichen, spirituellen Gewinnen. Ähnliche Ergebnisse finden sich in vier weiteren nordamerikanischen Forschungen der University of Michigan sowie der American Cancer Society und Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (Roberts 1997; Johnson et al. 1991; Holland et al. 1999; Baider et al. 1999).

1.3.3. Im San Francisco General Hospital Medical Center wurde 1998 in einem Experiment für eine Gruppe von Herzpatienten von Menschen gebetet und für andere nicht. In der Gruppe, für die gebetet wurde, traten seltener Komplikationen, weniger Fälle von Lungenentzündung und Herzversagen oder Herzstillstand auf. Ebenfalls benötigte diese Gruppe der Patienten nicht so viele Antibiotika (McIntosh 1999, 141).

1.4. Insbesondere kommt dabei dem Gebet - als eine spezifische Weise der Rückbindung an eine trans-zendente, d. h. den Menschen überschreitende „Wirk-,lichkeit – eine besondere Bedeutung zu. Pargament stellt 1997 angloamerikanische Studien vor, die sich mit dem Gebet als einer zentralen religiösen Aktivität befassen und empirisch aufzeigen, dass betroffene Menschen auch in psychisch belastenden Lebenssituationen zum Gebet Zuflucht nehmen und im Beten Hilfe erfahren (www.nihr.org). Nach einer amerikanischen Studie von Wallis (1996) erwies sich, dass 82% der Befragten glauben, dass das Gebet eine heilende Wirkung hat, dass 73% glauben, dass das Gebet für andere ein Heilmittel sein kann, dass 64% vorschlagen, dass die Ärzte für ihre Patienten beten sollen, falls die Kranken das wünschen. Experten, wie Koenig und Harold (Koenig et al. 1992), sind der Meinung: "Beten stärkt den Körper. Stoffwechselaktivitäten, Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz sinken infolge von meditativen Wiederholungen, wie z. B. beim Beten des Rosenkranzes" (McIntosh 1999, 140f).

1.5. Die oben genannten empirischen Daten zeigten, dass in irgendeiner Weise Religio psycho-physisch wirkt. Die Kognitionspsychologie erweist im Blick auf diesen Sachverhalt, dass es eine Interaktion von Emotionen und Kognitionen gibt (Gerstenmaier et al. 1995). Emotionen beeinflussen kognitive Prozesse wie die Wahrnehmung von Kognitionen und umgekehrt. Der

Glaube ist eine kognitive wie eine affektive „Wirk“-lichkeit. Die Forschungen der Psychosomatik zeigen darüber hinaus, dass ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Emotion und Physis besteht. Über diese Kausalkette: Kognitionen – Emotionen – Physisch dürfte das religiöse Coping seine Wirksamkeit entfalten.

Rein medizinisch steht die „Wirk“-lichkeit des Glaubens und der Religiosität dem Placebo-Effekt, die den Behandlungserfolg bzw. den körperlichen Gesundheitszustand günstig beeinflussen nahe, so wie es Benson beschreibt: Therapie-Unterstützung durch Religion – Ja, Therapie-Ersatz - Nein. (Benson 1997) Ebenso meint auch Grom: „Der Glaube kann, wenn z.B. eine notwendige, medikamentöse Behandlung eingeleitet und die vordringlichen Lernprozesse ange-regt wurden, Erlebens- und Bewertungsbereitschaften, die sich allmählich zum Positiven hin verändern, durch seine Sinnstiftungen bestätigen und verstärken. Damit mag Religion auch Re-signation und – solange die Depression nicht zu tief greift – auch Suizid verhindern, doch kann sie die psychotherapeutische Arbeit in der Regel nicht ersetzen, sondern nur unterstützen.“ (Grom 1997)

Es fällt auf, dass bei den vorgestellten Untersuchungen stets von Religiosität gesprochen wird. Religiosität ist von der umfassenderen „Wirk“-lichkeit des christlichen Glaubens zu unterscheiden. Unter Glauben versteht man im weitesten Sinne das rechte Verhältnis des Menschen zu Gott und der heilsgeschichtlichen Offenbarung Gottes. Glaube bedeutet im Judentum Vertrauen auf Gott unabhängig von einer Glaubenslehre und beschreibt im Christentum die Antwort des Menschen auf das Heilshandeln Gottes in Jesus Christus (Bodendorfer-Langer 1995; Södig 1995). Vereinfacht lässt sich für diese Ausführungen sagen: Religiosität ist u.a. Ausdruck bzw. die empirisch erweisbare „Wirk“-lichkeit des Glaubens. Der Glaube ist eine geistige Realität, die z. T. beschreibbar ist und zugleich immer auch ein unerschöpfliches Geheimnis darstellt. So soll in den nächsten Kapiteln die nicht messbare, jedoch beschreibbare „Wirk-„lichkeit des Glaubens im Blick auf Schwer- und Todkranke verdeutlicht werden.

2. Philosophisch-theologische Aspekte zur Bewältigung von Lebensgrenzerfahrungen

Die Auseinandersetzung mit der Begrenztheit seines Lebens macht dem Schwerkranken deutlich, wie weit seine Möglichkeiten noch reichen, wenn er sie nicht in ihren Grenzen annimmt und transzendiert. Es gibt keine Alternative zum Überstieg über diese Grenze. Der sich vor ihm auftuende Bereich der Transzendenz hat etwas Geheimnisvolles und Machtvolles an sich. Er wird sehr unterschiedlich benannt: Schicksal, Tragik, Zufall, Vorsehung oder Gott. Jaspers nennt es das Umgreifende, weil es nicht be-griffen werden kann (Jaspers 1932). Am Transzendieren dieser Grenze kommt niemand vorbei. Aber es kann ohne Hoffnung, ohne ein "Woraufhin" geschehen. Dann hat der Tod keinen Sinn und keine Bedeutung für unser Leben. Die Möglichkeit und Notwendigkeit des Todes lässt einen Menschen, der diese Perspektive außer acht zu lassen sucht, danach streben, über diese Grenze durch Verleugnung, Ablenkung oder durch aktive medikamentöse Ausschaltung des geistigen Bewusstseins gemogelt zu werden. Christlicher Glaube möchte helfen, das "Woraufhin" auch inhaltlich bzw. symbolisch zu benennen und aufzuweisen.

Der bewusste Schritt des praktischen Transzendierens, des Übersteigens dieser Grenze kann nur in einem praktischen Akt des Vertrauens, i.S. eines Urvertrauens gelingen. Es sei denn, er wird die menschlichen Möglichkeiten des Sterbens und des Trans-zendierens medikamentös oder anderweitig betäuben. Aber auch dann ist es für den Menschen zumindest unumgänglich, sich zu sich selbst zu verhalten, wie Kierkegaard in seinem Buch "Krankheit zum Tod" sagt (Kierkegaard 1938). Selbst wenn ein Mensch sich weigert, sich in dieser Situation des Sterbens und im Angesicht des eigenen Todes zu sich selbst zu verhalten, z.B. durch Verdrängung mit allen Mitteln der Ablenkung, der Rationalisierung und der medizinischen Betäubung, kann er der "Wirk"-lichkeit, im Sterben sich zu sich selbst zu verhalten, nicht entfliehen. Auch diese Verdrängung ist eine Form des "Sich-zu-sich-Verhaltens". Die Verweigerung des "Zu-sich-selbst-Stehens" macht das geistige Kranksein i.S. von Kierkegaard aus.

Unausweichlich muss jeder Mensch den Schritt über die Grenze vom Leben zum Tod allein und einsam tun. Niemand springt - zumindest für ihn erfahrbar - mit. Gegenüber dieser individuo-zentrischen "Wirk"-lichkeit menschlichen Sterbens macht R. Marten auf eine weitere Perspektive aufmerksam (Marten 1987, 71-123). Heideggers Sicht des "Seins zum Tod" ist ihm zu lebensfeindlich und zu radikal vereinzelt. Dem stellt er das "Teilen von Leben und Tod" entgegen. Sterben heißt immer ein-ander sterben. Da viele Menschen heute allerdings schon zu Lebenszeiten vergessen sind, ist die von Marten angesprochene bezie-hungsvolle und damit lebensvolle Möglichkeit des Sterbens vielen Menschen bereits zu ihren Lebzeiten versagt. So wird deut-lich, dass Beziehungsarmut, d.h. soziale Isolation, nicht zwangsläufig mit Alter verbunden und kein Spezifikum alter Menschen ist, sondern Personen trifft, die schon in jüngeren Jahren einsam waren (Lehr 1988).

3. Die helfende Kraft und Weisheit des Glaubens in Krankheit und Not.

3.1. Beispiel: Tief bewegt kehrte ich im Herbst des vergangenen Jahres von meinem 7. Aufenthalt in Südkorea zurück. Dort führte ich bei Ordensfrauen und Mitarbeiterinnen der Caritas Korea eine Lehrveranstaltung zur „caritativ-diakonischen Begleitung von leidenden und suchenden Menschen aus der Kraft und Weisheit des christlichen Glaubens“ durch. Unter den Teilnehmern war auch eine im Rollbett liegende, gelähmte Ordensschwester Sr. Joon. Mit 11 Jahren erkrankte Soeur Joon an einer rheumatischen Arthritis, die zum Stillstand ihres Wachstumsprozesses führte und zur Lähmung ihres ganzen Körpers. Lediglich der Kopf und ihre kleinen Hände kann sie noch bewegen. Dennoch versuchte sie, ihrem Leben einen Sinn zu geben. So bemühte sie sich zu malen. Trotz mancher Erfolge war sie verzweifelt und wütend, wenn sie an ihre aussichtslose Lage dachte. Mit 30 Jahren begann sie ein Kunststudium. In dieser Lebenskrise fand sie einen neuen Weg: sie kam in Kontakt zur Kirche und begegnete dort einem Priester. Durch seine geistliche Begleitung überwand sie ihre Verzweiflung, ihre Wut und ihr Leiden insbesondere im Gebet. Ihr Glaube erfüllte sie mit Hoffnung und gab ihr die Kraft, ihr Schicksal anzunehmen. Mit 32 Jahren ließ sie sich taufen. Dank ihres neu gewonnenen Glaubens überwand sie die Lähmung ihres Lebens und entwickelte mit dem Pfarrer Park die Idee einer Ordensgründung für behinderte wie für gesunde Schwestern und Brüder zur caritativen Unterstützung behinderter Menschen. 1984 gründete Pfarrer Park gemeinsam mit ihr eine Gemeinschaft von Behinderten unter dem Namen „Haus der Liebe“, das zur Urzelle der Gemeinschaft der Ordensschwestern vom „Kinde Jesu“ wurde. Schwester Joon war die erste Ordensoberin dieser Gemeinschaft. Inzwischen hat sie Zweigniederlassungen ihrer Gemeinschaft nicht nur in Korea, sondern auch auf den Philippinen und in China gegründet. Das Hobby der Sr. Joon ist weiterhin die künstlerische Tätigkeit. Ihre Bilder wurden durch eine Ausstellung in der Nationalgalerie in Seoul gewürdigt.

3.2. Worin besteht die „Wirk“-lichkeit des Glaubens, der solche „Berge versetzt“ und ein solches „Wieder-auferstehen zum Leben“ ermöglicht?

Wenn Menschen in schweren, ausweglosen Lebenslagen wie Sr. Joon zu neuen Lebensmöglichkeiten „wieder-auferstehen“ und nicht an solchen Lebenserfahrungen zerbrechen, ihr Leben nicht begraben und im sozialen Tod verharren wollen, ist also eine solche Lebensgrenzsituation (Leyener 1988) zu überschreiten bzw. zu trans-zendieren. Menschen in solchen extremen Herausforderungen des Lebens sagen oft zu einer Schwester, einem Geistlichen oder Arzt: „Was soll das noch, was hat dies Leben noch für einen Sinn?“ sowie: „Ich kann nicht mehr, ich habe keine Kraft mehr!“ Solche Sätze äußern leidende Menschen an den Grenzen ihres Lebens, d. h. in schweren physischen oder psycho-sozialen Herausforderungen ihrer Existenz. Diese Aussagen machen deutlich, dass Lebenskraft und Lebenssinn beim Patienten kollabieren.

Angesichts solcher Anfragen wird der Hilflosigkeit im Gespräch – sei es durch Pflegende, Mediziner oder Seelsorger – gern durch Ablenkung und Verharmlosung ausgewichen. Der Patient spürt nonverbal – die nonverbale Kommunikation ist charakteristisch für den Beziehungsaspekt von Kommunikation/Interaktion (Watzlawick¹⁰ 2000) –, ob der Arzt, die Pfleger etc. dem Patienten weiterhin Lebenskraft zutrauen und an den Patienten und damit an das Gelingen seines Lebens innerlich noch glauben. Keine klugen Informationen und Theorien richten in dieser existentiellen Not einen Patienten wieder auf, sondern nur die energetisierende und inspirierende Revitalisierung der Lebensbeziehung des Menschen zu sich, zur Lebenswelt und zur Transzendenz (zu Gott). Der Mensch kann ohne energetisierende Lebenskraft und ohne inspirierenden Lebenssinn bzw. Lebensaufgaben nicht leben. Lebenskraft, d. h. griechisch Dynamis, meint Lebensenergie und Lebensweisheit, d. h. griechisch Sophia, bedeutet Lebensideen, Lebensvisionen haben, das sind zwei Attribute bzw. zwei Essentials des Wirkens Jesu: „Da staunten alle und sagten: Woher hat er diese Weisheit und die Kraft, Wunder zu tun?“ (Mt 13,54) „Alle Leute

versuchten, ihn zu berühren; denn es ging eine Kraft von ihm aus, die alle heilte.“ (Lk 6,19)
„Und die Kraft des Herrn drängte ihn dazu, zu heilen.“ (Lk 5,17)

Religiöses Coping – als energetisierende Lebenskraft und inspirierender Lebenssinn - ereignet sich existentiell in einer re-ligiös geprägten ärztlichen oder pflegerischen Beziehung und erneuert so das Lebensurvertrauen, die psychische Grundlage des individuellen wie sozialen Lebens. Gerade für Menschen in schwerer und terminaler Erkrankung ist es wichtig, dieses Lebensurvertrauen zu restituieren.

3..3. Christo-logische Vorgaben der Lebensgrenzerfahrung

Damit stellt sich für den helfenden wie den leidenden Christen die Frage, welche Lebens-vorgaben Jesu als Hilfe von den Betroffenen wie von Ärzten und Pflegekräften mobilisiert werden können und wie dies geschehen kann. Dem Pater Park (Begleiter von Sr. Joon) schenkte der Glaube Kraft und Weisheit, als es galt, wie Jesus Christus hinabzusteigen in das Reich des Todes (vgl. Apostolisches Glaubensbekenntnis der Kirche) dieser Schwester, wo das Leben fast erstorben war, wo nichts mehr ging, wo die totale Sinnlosigkeit sie erfasste, wo kein Leben mehr möglich war, wo keiner, weder die Kranke noch die Angehörigen oder die Freunde glaubten, dass es noch ein Entrinnen gibt. Lebenskraft, Lebensmut, Lebensgewissheit, Lebensideen lösten sich auf. Resignativ, depressiv überlassen sich Menschen in solchen ausweglosen Situationen dem Schicksal oder wünschen den Tod herbei.

Die helfenden Ärzte, Pfleger, Schwestern und Pfarrer werden ebenso wie der körperlich Leidende oder der in unausweichlichen Konflikten Lebende die Ohn-Macht solcher Situationen radikal verspüren. Leidender und Helfer erfahren, wie ihnen Hände und Füße gebunden bzw. dass sie angenagelt sind, d. h. dass sie weder "handeln" noch fortlaufen, weder Hände noch Füße bewegen können. Ohnmächtig sind sie ihrem Schicksal und Leid ausgeliefert. Ärzte, Schwestern und Pfleger fühlen sich bei schweren Krankheitsschicksalen durch das Leid des Patienten mitgekreuzigt, so wie Christus das Kreuz der Menschen erlitten hat und er die Erfahrung machte: „Mein Gott, mein Gott, warum hast Du mich verlassen“ (Mt 27,46; Mk 15,34). Eine solche Situation kann so unausweichlich sein, dass innerweltlich kein Gedanke, kein Hoffen auf ein Weiterleben bzw. auf ein Wieder-auferstehen zu neuen Lebensmöglichkeiten mehr möglich ist.

Es ist unbestreitbar: Bei der Bewältigung von Krankheit, Not, Leid und Konflikten wird es vielen Menschen nicht anders gehen als es dem Gott-Menschen Jesus Christus im Garten von Getsemani erging. Verzweiflung, Enttäuschung, Verlassenheit sind zu durchleben, bis es gelingt im Urvertrauen auf das Leben auch die letzte Wegstrecke zurückzulegen. Wie im Garten von Getsemani wird jeder selbst allein den Akt des Lebensurvertrauens in Form von Hoffen, Glauben und Lieben vollziehen müssen. Die besten Freunde sind manchmal fern, erschöpft und halten den Stress nicht durch. Aber das Bild, dass Christus von einem himmlischen Boten gestärkt wird, macht darüber hinaus deutlich, dass dieser Urvertrauensakt in das Leben nicht allein auf eigene Leistung bauen kann, sondern - so der theologische Fachausdruck -, durch die Gnade Gottes, d. h. durch ein Geschenk Gottes ermöglicht wird.

Durch die Synergie von Gott und Mensch, d. h. Verbindung aller Lebenskräfte kann die dunkle Lebenswelt der tagtäglichen Höllen wie aber auch des Tales des Todes durchschritten werden. Durch den erneuerten Geist des Glaubens, Hoffens und Liebens hält der heilende neue Geist Einzug, der der Geist Gottes ist, der Heilige Geist (Rahner et al. ²³1991, 391), der vom Vater und vom Sohn als Lebensspiritualität ausgeht (Große Glaubensbekenntnis der Kirche), der der Spender des Lebens ist, d.h. der Lebenskraft wie der Kreativität (Dynamis, Phantasie und Kreativität sind Charakteristika des Hl. Geistes), und der den Weg - angesichts eines Kreuzes - dem helfenden Arzt, der Schwester, dem Pfleger und Seelsorger wie dem Leidenden weist. In diesem

Klima der „Begeisterung“ (vgl. die Gaben des Hl. Geistes) kann ein Mensch dann auch den letzten Sprung wagen, der ihn in die Hände Gottes, d.h. in das end-gültige Gut-Sein des Lebens fallen lässt: Wie Christus kann dann ein solcher Mensch sagen : "In deine Hände empfehle ich meinen Geist" (Lk 23,46).

3.4. Weitere theo-logische Faktoren des helfenden Glaubens

3.4.1. Von diesem Geist beseelt trägt christliche Lebensdiakonie (Pompey 1997) durch PfarrerInnen, durch ÄrzteInnen, durch PflegerInnen in einer schweren Krankheit den Glauben an das von Gott geschenkte Gutsein des Lebens und damit den Glauben an das Gutsein des Menschen in das leid-volle nicht mehr gelingen-wollende Leben eines Menschen hinein. Trotz Verzweiflung über die psychischen, geistigen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen gilt es stellvertretend an das Leben und das tiefe Gutsein dieses leidenden Menschen zu glauben, d. h. als Ärztin oder Pfleger glaub-würdig-sein und -bleiben. Christliche Lebensdiakonie ist in hoffnungslosen Situationen beseelt bzw. geprägt von einer Hoffnung wider aller Hoffnung (Röm 4,18; 2 Kor 1,7; 1,10; 1 Kol 1,23), d. h. auf eine Lebenszukunft, die im Blick auf einen Schwerkranken von kleinen, beglückenden Erfahrungen der nächsten Stunden und des nächsten Tages bis zu einer Hoffnung auf die end-gültige Erfüllung des irdischen Lebens bei Gott reicht, d. h. als Ärztin oder Pfleger hoffnungs-voll-sein und -bleiben. Christliche Lebensdiakonie trägt die Liebe in nicht mehr lebenswerte Lebenslagen oder in eine lieb-lose Leidensexistenz hinein. Caritative Lebensdiakonie nimmt den Leidenden mit Menschenfreundlichkeit an, auch wenn er sich selbst in dieser Situation nicht akzeptieren kann, d. h. trotz seines unliebsamen Lebensschicksals den Kranken, Leidenden, Fragenden zu lieben, eben als Ärztin oder Pfleger liebens-wert-sein und -bleiben; und so zu helfen, dass der Leidende sich mit seinem Leben trotz des Kreuzes versöhnen kann. Das meint nicht diesen Verlust an Leben bzw. Lebensmöglichkeiten in falscher Heroik oder Aszetik zu beschönigen, zu verharmlosen oder zu verherrlichen. Das tat auch Sr. Joon nicht und tut die Bibel ebenso nicht. Versöhnung ist notwendig; denn gegen die Leidensrealitäten anzurennen und die verbliebene gute Lebensenergie für das Nein zu diesem Leid zu verschwenden hilft nicht weiter. Lebensenergie und -phantasie werden gebraucht, um erträgliche Lösungen für ein vorläufiges oder unausweichliches Stehen lassen unheilbarer Tatsachen zu finden und die Kreativität für das Suchen von Lebensalternativen wieder frei laufen zu lassen.

3.4.2. Diese Diakonie des Glaubens, der Hoffnung und der Liebe (Hilpert 1995, 298) lässt sich nicht verrechnen oder bezahlen, sie muss geschenkt sein. „Umsonst habt ihr empfangen, umsonst sollt ihr geben.“ (Mt 10,8); „In allem werdet ihr reich genug sein, um selbstlos schenken zu können“ (2 Kor 9.11). Gewinnen Kranke den Eindruck, die netten Worte und Gesten leistet z. B. der Arzt, die Schwester als bezahlten Kundenservice, dann erschließt diese äußere Diakonie des Glaubens, der Hoffnung und der Liebe keine Lebenskraft und keinen Lebenssinn. Glaube, Hoffnung und Liebe, die gekauft oder verkauft werden, sind wie schal gewordenes Salz.

3.4.3. Der qualitative Wiederauferstehungsvorgang aus einem körperlichen Leiden mit einem unabänderlichen Leidensrest ist darüber hinaus kein Einzel-Prozess, sondern ein gemeinschaftlicher, d. h. theologisch ein communiales Ereignis (Pompey 1988). Denn wie jedes Wachstumsgeschehen kann geschädigtes Leben – insbesondere angesichts eines unabänderlichen Kreuzes - nur in einer umfassenderen Wachstumseinheit (Öko-sozialer Lebensraum, in einer Selbsthilfegruppe, gemeindlichen Basisgruppen u.a.) geheilt werden und gelingen², d. h. ereignet sich am ehesten in einer größeren Beziehungsgemeinschaft.

² Vgl. die Communio-Orientierung der Dokumente des II. Vatikanischen Konzils.

Beispiel: Ein LKW-Fahrer, Vater von drei Kindern, verliert bei einem Autounfall beide Beine. Lebens-, Arbeits- und Familienwelt brechen zusammen. Seine ganze Lebensenergie ist gegen dieses schreckliche Ereignis gerichtet. Seine Lebensphantasie ist retrospektiv voll belegt von diesem Unfall. Erst als es mit Hilfe der Ärzte, der Schwestern, Pfleger, des Pfarrers, der Ehefrau, einiger Freunde des LKW-Fahrers, des Sozialarbeiters, der die Rückkehr nach Zuhause vorbereitet, usw. gelingt, dass der Patient, seine Frau und seine Kinder wieder an das Gutsein seines Lebens glauben, weil sie z.B. erfahren, dass der Vater jetzt ganz anders Zeit für sie hat, sie mit ihm Dinge besprechen können, wie dies bislang nie möglich war, und sie diese brutale Lebensverletzung zunehmend auch als gute Lebensmöglichkeit entdecken, und als der Firmenchef die gute Idee bekommt, den verunglückten Mitarbeiter als Pfortner einzusetzen, damit er die Kollegen, die im Lande Transporte fahren, beraten und mit ihnen Wegstrecken abklären kann, und als der Fußballverein ihn für die Organisation der Spiele und als Kassierer einsetzt und somit alle zu seinem Lebensumfeld gehörenden Personen wieder an das Gutsein des Lebens des LKW-Fahrers glauben - trotz des unwiederbringlichen Verlustes der Beine - und praktisch hoffen, dass trotz allem von ihm Arbeits-, Lebens- und Freizeitimpulse ausgehen und das Schicksal wie ihn selbst ebenso liebevoll akzeptieren, kann er zu neuem Leben "wieder-auf-erstehen", weil alle ihm nahe und treu geblieben sind, ihren Lebensbund mit ihm nicht aufgegeben haben.

Dies Beispiel zeigt, wie aus einem wiedergewonnenen Lebensurvertrauen durch ein Glauben, Hoffen und Lieben und zwar in Nähe und Treue vieler Mitleidender ein Wieder-auf-erstehen zu neuen Lebensmöglichkeiten sich ereignet und zwar trotz des unwiederbringlichen Verlustes der beiden Beine.

3.4.4. Die Diakonie des inneren Glaubens, des Hoffens und der Liebe teilt – wie wir bei den Helfenden des LKW-Fahrers sahen - in Nähe und Treue Leben und Leid mit den Menschen und erneuern so das Vertrauen in das Leben, das sog. Lebensurvertrauen. Gott hat sich Mose als der nahe und treue Helfer offenbart (nichts anderes heißt Jahwe) und sich in Jesus Christus als der wahrhaft Nahe und Treue erwiesen (das bedeutet das Wort Jesus).³

3.6. Die „Wirk“-lichkeit des Glaubens bei schwerer und terminaler Erkrankung

Wie unsere Beispiele aber zeigen, beseitigt die Diakonie des Glaubens, Hoffens und Liebens kein Leid, keine Not und keine Krankheit, aber sie verändert die Erfahrung und den Umgang mit einer Krankheit, sie wandelt sie und schenkt Kraft, die mit Weisheit verbunden ist, so wie es über die Liebe Gottes, die das Leid verwandelt, ausgesagt ist: „*Auf dem Krankenbett wird der Herr ihn stärken; seine Krankheit verwandelst du in Kraft.*“ (Ps 31,4). Oder: „*Er gibt den Müden Kraft, die auf den Herrn vertrauen, schöpfen neue Kraft.*“ (Jes 40,28f) Der wieder von Glaube, Hoffnung und Liebe erfasste Mensch geht mit seinem Leid anders um, denn die Erfahrung von konkreter Liebe und Hoffnung macht Leben trotz Leid, Krankheit und Not wieder lebbar bzw. macht das Leben wieder liebbar, glaubhaft und hoffnungsvoll. So werden Lebenskraft und Lebenssinn erneuert.

Christlich optierte Lebensdiakonie hilft also durch fachlich qualifizierte palliative Behandlung, durch kurative Beseitigung des Leids aber ebenso durch personale Zuwendung und Lebensteilung aus der Kraft und Weisheit des Glaubens, des Liebens und der Hoffnung, also durch Comiseratio (Mitleiden) und Communio (Gemeinschaft). Die äußere Heilung und Hilfe durch Pfleger und Mediziner ergänzt – so zeigte sich - die innere Heilung durch Erneuerung des Lebensurvertrauens auf der Basis von Glauben, Hoffnung und Liebe. Die therapeutische Wirksamkeit bzw. Qualität einer pflegenden Betreuung oder einer medizinischen Behandlung hängt auch von einer liebe-vollen, glaub-würdigen und hoffnungs-vollen Zuwendung ab.

4. Pastoralpsychologische Perspektiven helfender Begleitung in schwerer Krankheit

³Angemerkt sei: Treue ist die heil-volle Verdichtung der Zeit-Dimension unserer irdischen Existenz und Nähe die heil-volle Verdichtung der Raum-Dimension unserer irdischen Existenz.

Die letztendliche Absicht einer sozialen und humanen Begleitung schwer kranker Menschen besteht darin, einem Schwerkranken die Entfaltung aller noch guten Lebensmöglichkeiten zu erschließen bzw. die Bedingungen dafür herzustellen. Im Sinne der verschiedensten Psychotherapierichtungen bedeutet das, die Selbstverwirklichung, Selbstentfaltung, Selbstwerdung, Individuation, Emanzipation usw. in den Grenzen des jeweiligen Lebens zu fördern. Dem entspricht das Ziel der christlichen Glaubensdiakonie zu helfen, dass die Menschen - trotz Schuld und Leid - „das Leben haben und es in Ganzheit (Fülle)“ besitzen (vgl. Joh 10,10). Dazu ist erforderlich die Selbstwerdung bzw. das Subjektsein des Menschen und zwar in jeder Lebensphase zu fördern und zu akzeptieren. A. Maslow (1954) stellt bekanntlich die Selbstaktualisierung als höchste Bedürfnisstufe des Menschen heraus (Pompey 1996). Selbstfindung, Selbstannahme und Selbstwerdung sind ein langer Prozess, der nicht erst in einer Lebensgrenzsituation bzw. in der Terminalphase beginnt. Der Selbstwerdungsprozess stellt oft eine Wüstenwanderung dar, die Wochen und Jahre (vielleicht 40 Jahre) dauern kann. Er bleibt auch ein zentrales Thema in der letzten Lebensphase.

4.1 Die beratende Diakonie stellt einen partner-zentrierten vielschichtigen Lern-, Übungs- und Erfahrungsprozess dar, der am optimalsten – entsprechend der Vergleichenden Therapiefor-
schung von 3 Bedingungen geprägt ist (Tscheulin 1981; 1992), d. h. Realitätsbezogenheit,
Bedingungsfreiheit und Personenbezogenheit. In der Sprache der Humanistischen Psychologie werden diese Kongruenz/Transparenz, bedingungsfreie Wertschätzung/emotionale Wärme sowie Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte/Selbstexploration des Klienten genannt. Demzufolge werden die Kontakte und Gespräche wegen der Unterschiede und Vielschichtigkeit des seelischen Befindens und der Lebenssituationen im Blick auf die theo-logischen Optionen am ehesten hilfreich sein (Pompey 1997; Pompey 1996, 123ff.):

a) Wenn der Arzt, die Schwester oder die Seelsorgerin echt und offen dem Schwerkranken und seinen Angehörigen gegenüber treten und als Menschen und nicht als Funktionsträger erlebt werden. Ihre eigenen Gedanken und ihre mitfühlende Betroffenheit sollten sie nicht verbergen, dadurch wächst ein hilfreiches, zwischenmenschliches Vertrauen. Nur das echte und spürbare Zeugnis des eigenen Lebens-Glaubens erweist sich im ersten Schock der Betroffenheit als hilfreich. Die gelebte Wahrheit des Helfers (d. h. die Kongruenz und Selbsttransparenz) ist für den Suchenden und Leidenden eine Lern- und Erfahrungsmöglichkeit, die den schwer kranken Menschen ermutigt, die eigene Wahrheit anzuschauen. Auch Gott bewirkt Vertrauen, indem er nicht der unbekannte Gott bleibt, sondern, wie in den Bundesschlüssen des Alten und Neuen Testaments zum Ausdruck kommt, sich und seine Wahrheit lebensvoll offenbart, so dass die Menschen erfahren, dass er ihnen im Mitfühlen und Mitsorgen nahe und treu ist.

b) Wenn der Arzt, die Schwester oder die Seelsorgerin die Leidenden vorurteilsfrei und voll spürbarer Menschenfreundlichkeit annehmen. Dieses unbedingte und wertschätzende Ja zu einem Leidenden sollte - von Sympathie unabhängig – konkret sein und ohne Abwertung, ohne Bagatellisierung, ohne Verurteilung der geäußerten Verzweiflung, Wut, Aggression, Angst, Trauer usw. des Leidenden geschehen. Stattdessen schließt positive Wertschätzung ein, von der inneren Stärke des Ratsuchenden überzeugt zu sein und die im Leidenden gründenden Heilkräfte zu entdecken suchen und verstärken zu helfen. Damit gibt der Helfer ohne Worte Zeugnis von seinem Glauben, dass Gott jeden leidenden Menschen liebt und diesem seine Gnade und seine Kraft zur Bewältigung schenkt. Durch diese nicht an Bedingungen geknüpften Annahme und Wertschätzung des Helfers oder Pflegers wächst so am ehesten bei einem schwer kranken Menschen die Fähigkeit sich, die Mitmenschen und die Lebensumwelt wieder anzunehmen und wertzuschätzen. Theologisch aktualisiert sich hier der Glaube an das Gutsein jedes Menschen⁴ und die

⁴ Dies ist das grundsätzliche Gut-sein, dass ihm als Abbild Gottes verliehen wurde. Die etymologische Verwandtschaft des Wortes „gut“ und „Gott“ ist nicht zufällig. Gott wird als das „summum bonum“ verstanden – d.h. es geht um ein Glauben, dass der Patient noch von der göttlichen, d.h. der guten Lebenskraft erfüllt ist.

Hoffnung, dass in jedem Leben trotz Leid, Not, Bedrängnis und Ausweglosigkeit, gute Lebensmöglichkeiten sich positiv entfalten können. Wie Jesus jeden Menschen, ob schuldig oder nicht, ohne Vorbehalte voll Liebe und Güte angenommen hat, so muss auch der Seelsorgende jeden Leidenden annehmen. Gerade trauernde und von Versagensgefühlen geplagte Menschen müssen diese Grundeinstellung verspüren, um zumindest anfanghaft und begrenzt zu neuen, guten, glücklicheren Lebensmöglichkeiten wieder zurückzufinden. Es geht in den ersten Phasen der Begleitung darum, an das Gute im Leben des Leidenden zu glauben, auch wenn man sonst keine direkte Hilfe leisten kann.

c) Wenn der Arzt, die Schwester oder die Seelsorgerin sich auf das Erleben des Leidenden einlassen, es mitempfinden und zu verstehen suchen. Wirkliche Hilfe erfordert auch bereit zu sein, in der Kraft des eigenen Lebens-Glaubens in die Erfahrung von Leid und Tod, von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit hinabzusteigen. Durch dieses nahe und treue Mitgehen des Helfers im Sinne eines emotional verstehenden Mit-Leidens (Empathie bzw. com-passio) soll der schwer kranke Mensch sich, die Mitmenschen und die Welt ebenfalls besser verstehen lernen. Erst aufgrund dieser neuen Sichtweise vollzieht sich ein vollmenschliches Umdenken – theologisch eine Metanoia -, die eine der eigenen Lebenswahrheit mehr entsprechende Identität ermöglicht. Theologisch geht es dabei um ein Mit-leiden, was bedeutet, das Leid der Verzweifelten mit auszuhalten und in der Ausweglosigkeit an sich herankommen zu lassen, ohne aggressiv abwehrend zu reagieren. Ferner geht es darum, sich gemeinsam mit dem Leidenden fragend wie klagend vor Gott hinzustellen, so wie es Jesus am Kreuz tat als er rief: "Mein Gott, warum hast du mich verlassen?" Dann erfüllt sich das Wort des Paulus: "Einer trage des anderen Last." (Gal 6,2) Im Verlauf eines solchen Gespräches stellen sich auch Fragen nach Orientierung, nach Schuld und Versöhnung, nach Sinn und Wert des verbleibenden Lebens. Jedoch erst wenn der Leidende danach fragt, kann der re-ligiöse Begleiter vom eigenen Glauben, d. h. über sein eigenes Verständnis von Tod, Schicksal und Hoffnung Zeugnis geben, z. B. im Sinne der oben beschriebenen theologischen Perspektiven.

4.2. Die geistliche Lebensbegleitung geschieht in einem Prozess, der durch zwei Großphasen bzw. Wegstrecken charakterisiert ist. 1. Die Phase der Reinigung und des Aussprechens, Katharsisphase genannt und 2. die Phase des beginnenden neuen Denkens, des Gewinnens neuer Einsichten sowie des Erprobens neuer Handlungsmöglichkeiten, die Metanoiaphase in der christlichen Lebenswissensüberlieferung heißt. Durch das Heraussprechen der Bedrückungen, der Mühsalen, der Belastungen und Leiden in der Katharsisphase soll sich der Mensch psychisch entlasten und befreien. Dabei ist es hilfreich, das Leiden im Sinne des widerfahrenen Bösen beim Namen zu nennen und zur Aussprache zu verhelfen und die ebenfalls i.S. der biblisch-christlichen Lebenshilfe, wie es z.B. die Psalmen zeigen, das Klagen unterstützen und nicht zu unterdrücken. In der Metanoiaphase gilt es, die Botschaft einer Krankheit, eines Lebenskonfliktes zu entdecken, zu verstehen und sich entsprechend der erkannten eigenen Gesamtlogik des Lebens, der Oiko-Logik, zu verhalten.

Beispiel: Eine junge Frau, 42 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, hat mit ihrem Mann gerade ein Geschäft neu eröffnet. Sie geht zur Krebsvorsorge-Untersuchung. Der Arzt diagnostiziert einen Unterleibskrebs und empfiehlt einen umgehenden Eingriff. Die Frau möchte zuvor aber noch einiges regeln. Dabei gehen ihr viele Dinge durch den Kopf, ebenso dem Ehemann und den Kindern. Sie geht ins Krankenhaus. Beim Eingriff stellt man jedoch keine Metastasengewebe fest. Das Leben der Frau veränderte sich seit dieser unheilvollen Krankheitsbotschaft total. Sie lebt anders und bewertet viele Dinge ihres Lebens gänzlich neu.

In der klassischen naturorientierten Medizin wurde die Krankheit nicht nur als Plager, sondern stets auch als Mahner verstanden, denn die klassische Medizin ging von der grundlegenden Heilkraft der Natur aus (Pompey 1968): "Natura sanat, medicus curat". Dies heißt in der christlichen Sprache, den Willen Gottes im Blickpunkt auf unser aktuelles Leben zu erkennen und zu vollziehen. Es gilt subsidiär, diakonisch einem Leidenden zu ermöglichen, den Weg zum stets auch begrenzten Gelingen seines Lebens zu finden. Im Sinne des christlichen Realismus ist dabei zu

erinnern, dass in jeder Lebensexistenz auch ein unerlöster Rest zurückbleibt und eine radikale Auslöschung der Not und der Leiden in dieser Welt nicht möglich ist, obschon die Menschen aufgerufen sind, aktiv an der Überwindung von Krankheit, psychischem Leid und sozialer Not mitzuwirken.

4.3. Wesentlich stärker als im Judentum und Christentum steht im griechischen Altertum Kranksein mit Schuld und Strafe in Verbindung. Krankheit und Sünde sind austauschbare bzw. analoge "Wirk"-lichkeiten. Plato (427-347 v.Chr.) setzt Krankheit und Verfehlung gleich, d. h. nicht nur eine kultische Schuld im Sinne einer religiösen Unreinheit, sondern eine sittliche Verfehlung wird als mitursächlich angesehen. Zwar wird im Judentum die Sünde auch als Mitursache der Krankheit gesehen, wie dies von den Freunden des Hiob⁵ geschieht, aber nicht mit Krankheit gleichgesetzt. Gleichzeitig wird mit dem Verfasser des Hiobbuches Kritik an der direkten Kausalität von Schuld und Krankheit geübt und das Ereignis einer schweren Krankheit als Theodizee-Problem hingestellt, d. h. als für den Menschen unerklärbar. Das mechanische Vergeltungsdogma durchbricht auch Jesus (Joh 9,3f; 11,4, vgl. Lk 13,1f). Er spricht Kranken ohne Vorbehalte Vergebung und Heilung zu (Mk 2,5ff par).⁶ Obschon die Heilung des Schuldigen des Menschen - als Realität seines ganzen Lebens - Voraussetzung der Heilung ist (Mk 2,5; Mt 9,2; Lk 5,20), sagt Jesus bei jeder Heilung: "Deine Sünden (= Absonderungen von gelingenden Leben) sind Dir vergeben" (Mk 2,5 u.a.). Schmerz und Leidensdruck einer Krankheit, eines Konfliktes usw. mahnen den Verlust bzw. die Verfehlung der guten Lebensmöglichkeiten an⁷. Es gilt, diese Mahn-Zeichen einer Krankheit richtig zu erkennen und Krankheit wie Leid nicht nur zu erleiden, sondern herauszuhören, welche Botschaft sie für den Kranken und für seine Lebenswelt enthalten.

Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.

Baider, L. et al. (1999). The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma: An Israeli Sample. *Psycho-Oncology*, 8, 27-35.

Benson, R. (1997). Heilung durch Glauben – Die Beweise – Selbstheilung in der neuen Medizin. München.

Bodendorfer-Langer, G. (1995). Glaube – Biblisch-theologisch. *LThK*³ 4, 668-670.

Cohen, C. B. et al. (2000). Prayer as Therapy - A Challenge to Both Religious Belief and Professional Ethics. *Hastings Center Report*, 30/3, 46.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542.

Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and Extrinsic Religiousness. Review and Meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-419.

Gerstenmaier, J. & Banyard, P. (1995). Einführung in die Kognitionspsychologie. München.

Grom, B. (1997). Gottesvergiftung oder Gottestherapie? *Psychologie Heute*, 24, H. 6, 21-29.

ders. (1997). Soziales Engagement und Konfessionsverbundenheit. Was neuere Umfragen lehren. In: Pompey, H. (Hrsg.). *Caritas – Das menschliche Gesicht des Glaubens*. Würzburg, 62-71.

Haub, E. (1992). Die Messung der Religiosität: Empirische Grundlagen und Methoden. In: Schmitz, E. (Hrsg.). *Religionspsychologie. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes*. Göttingen, 263-277.

Hilpert, K. (1995). Tugend III. Theologisch-ethisch. *LThK*³ 10, 297-300.

Holland, J. C. et al. (1999). The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.

Jaspers, K. (1932). *Philosophie Bd. 2, Existenzzerhellung*. Berlin.

Johnson, S. C. & Spilka, B. (1991). Coping with Breast Cancer: The Roles of Clergy and Faith. *Journal of Religion and Health*, 30, 23-33.

⁵ Vgl. Buch Hiob im Alten Testament

⁶ Unwichtig ist dabei - nach dem Zeugnis des Neuen Testaments - die Erforschung der Ursachen und Schuldanteile des einzelnen Kranken und Leidenden, so wie die Pharisäer Jesus fragen, ob der Blinde oder seine Eltern gesündigt haben und er diese Kausalität scharf zurückweist (Joh 9,3).

⁷ Unabhängig davon, ob sie selbst oder fremdverschuldet sind bzw. aus der Gebrochenheit der somatischen wie der psychosozialen Natur hervorgegangen sind.

- Kierkegaard, S. (1938). Krankheit zum Tod. Gesammelte Werke, 8.
- Kirkpatrick, L. A. & Hood, R. W. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness. Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-419.
- Kirkpatrick, L. A. & Hood, R. W. (1990). Intrinsic-extrinsic religious orientation. The boon or bane of contemporary psychology or religion? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 442-462.
- Koenig, B. & Harold, G. (1992). Religion and mental health in later life. In: Schumaker, a.a.O., 177-188.
- Lehr, U. (1988). Isolation und Einsamkeit im Alter - Dichtung und Wahrheit. In: Hoffmann, H. (Hrsg.). *Jugendwahn und Altersangst*. Frankfurt a.M., 129-152.
- Leyener, Th. (1988). Konkrete Kontingenz – zur Theorie einer wachstumsorientierten seelsorglichen Begleitung der Kontingenzerfahrung in Grenzsituationen. Frankfurt.
- Levin, J. S. et al. (1987). Is There a Religious Factor and Health? *Journal of Religion and Health*, 26, 9-36.
- Marten, R. (1987). *Der menschliche Tod. Eine philosophische Revision*. Paderborn.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*, New York.
- McIntosh, Ph. (1999). Die Heilkraft des Glaubens - Wissenschaftler bestätigen, was viele Menschen nur ahnen: Wer glaubt, lebt gesünder. *Reader's Digest, Das Beste*, XII, 139-142.
- N. N. (1997). Religion: Jungbrunnen für Senioren? – Studien belegen, wie der Glaube die Lebensqualität älterer Menschen beeinflusst. *Psychologie Heute*, 24, H. 6, 21.
- N.N. (2000). Religiöse Menschen leben länger. *Akademische Monatsblätter*, H. 6.
- Pompey, H. (1997). Beziehungstheologie – Das Zueinander theologischer und psychologischer „Wirklichkeiten und die biblisch-theologische Kontextualisierung von Lebens- und Leidenserfahrung. In: Pompey, H. (Hrsg.). *Caritas – Das menschliche Gesicht des Glaubens*, 92-128.
- Pompey, H. (1968). Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sogenannten Pastoral-medicin. Eine bibliographisch-historische Untersuchung bis Mitte des 19. Jahrhunderts. Freiburg.
- Pompey, H. (1988). Ganzheitlich helfen und heilen. Eine Perspektive des seelsorglich-caritativen Dienstes für kranke Menschen. *Würzburger Diözesan-Geschichtsblätter*, 50, 443-459.
- Pompey, H. (1996). *Sterbende nicht allein lassen – Erfahrungen christlicher Sterbebegleitung*. Mainz.
- Rahner, K. & Vorgrimler, H. (231991). *Kleines Konzilskompendium*, Freiburg.
- Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*, 9.
- Roberts, J. A. et al. (1997). Factors Influencing the Views of Patients with Gynecological Cancer about End-of-Life Decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 166-172.
- Schumaker, J. F. (Hrsg.) (1992). *Religion and mental health*. New York. Oxford University Press, 163-176.
- Silberfarb, R. M. et al. (1991). Mood and clinical statistics in patients with multiple melanoma. *Journal of clinical oncology*, 9.
- Spilka, B. (1993). Religion and Coping with Crisis, in: Kastenbaum, R. (Hrsg.). *Encyclopedia of Adult Development*, 393-395.
- Södig, Th. (1995). Glaube – Biblisch-theologisch. *LThK*³ 4, 670-672.
- Tebbi, C. K. et al. (1987). Religiosity and locus of control of adolescent cancer patients. *Psychology Report*, 61.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995) *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA.
- Tscheulin, D. (1981). Gemeinsame Grundelemente in verschiedenen Psychotherapieformen. In: Rey, E. R. (Hrsg.). *Aktuelle Psychiatrie*, Bd. 2, *Klinische Psychologie*, Stuttgart/New York, 12-127.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion*. Göttingen.
- Wallis, C. (1996). Faith and Healing. *Time and CNN*, 24, 62.
- Watzlawick, P. (102000). *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*, Bern.
- www.nih.org, Psychoneuroimmunology Spirituality and Medicine - Religiousness, Spirituality and PNI.
<http://www.nih.org/serachrports/psychoneuro.html>
- Zwingmann, Ch. (1991). *Religiosität und Lebenszufriedenheit. Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*. Regensburg.
- Zweites Vatikanisches Konzil. "Dekret über das Laienapostolat" Nr.3 (Rahner, K. et al. (231991)).