

**Hoffnung als existenzielle Frage
im seelsorgerlichen und psychotherapeutischen Handeln
am Beispiel onkologischer Patienten in der Strahlentherapie**

Der Theologischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle/W.
eingereichte
DISSERTATION
zur Erlangung des akademischen Grades
DOCTOR THEOLOGIAE
(Dr. theol.)

vorgelegt
von Dipl. Theol. / Dipl. Psych. Jutta Rittweger
geboren am 14. 08. 1961 in Schleiz

Halle, den 20. 06. 2004

urn:nbn:de:gbv:3-000007813

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000007813>]

Rittweger, Jutta:

Hoffnung als existenzielle Frage im seelsorgerlichen und psychotherapeutischen Handeln am Beispiel onkologischer Patienten in der Strahlentherapie

Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, Theologische Fakultät, Diss.

295 Seiten; 577 Literaturangaben; 549 Anmerkungen; 3 Modelle, 48 Abbildungen; 25 Patientenbilder; 13 Tabellen.

Anhang: Fragebögen, Interviews, deskriptive Statistik: 27 Tabellen, 27 Seiten

Diese Arbeit versucht, zwei Zugangsweisen zum Thema Hoffnung aufeinander zu beziehen. Hoffnung ist einerseits ein klassisches Thema theologischer Anthropologie und andererseits Gegenstand einer Theoriebildung, die oft in Distanz zu Praxisfeldern seelsorgerlicher Arbeit entwickelt wird. Die zweite Zugangsweise bedeutet: Hoffnung soll als ein zentrales Thema in der seelsorgerlichen und psychotherapeutischen Praxis aufgewiesen werden. Die vorliegende Arbeit ist auf dem Hintergrund eigener praktischer seelsorgerlicher und psychotherapeutischer Erfahrungen im Alltag einer Klinik für Strahlentherapie darauf ausgerichtet, eine Brücke zwischen den Erfahrungen im Patientenbezug und den Deutungsmustern einer menschlichen Grunderfahrung von Hoffnung, wie sie in der theologischen Reflexion vorliegen, zu schlagen. Diese Arbeit zielt darauf zu erhellen, wie in der Lebensgeschichte von onkologischen Patienten in der Strahlentherapie Bilder der Hoffnung generiert werden können. In Lebenskrisen oder in der Erfahrung mit einer schweren Erkrankung, stellt sich die Frage nach der Hoffnung existenziell. Was bedeutet das für seelsorgerliches und psychotherapeutisches Handeln und was bedeutet es für das eigene Verständnis von Hoffnung in der Seelsorge und in der Psychotherapie?

Im ersten Teil wird zunächst die Entwicklung des modernen Hoffnungsbegriffs an ausgewählten Beispielen in den Disziplinen Theologie, Philosophie, Psychologie und Medizinische Psychologie untersucht. In der Zusammenfassung entsteht der Versuch einer Bestandsaufnahme, um den modernen Hoffnungsbegriff interdisziplinär zu betrachten. Probleme auf dem Weg zu einem integrativen Hoffnungsmodell werden aufgezeigt.

In einem zweiten Teil erfolgen quantitative und qualitative Untersuchungen zu zwei Fragestellungen: Wie ist das Hoffnungsvermögen bei onkologischen Patienten, Seelsorgern und Psychotherapeuten ausgeprägt und welche Persönlichkeitsmerkmale nehmen Einfluß auf die Hoffnung? Wie kommt Hoffnung bei onkologischen Patienten und professionellen Helfern zur Sprache und worauf bezieht sie sich? Das methodische Instrumentarium der empirischen Psychologie wird auf die Darstellung und Analyse des Hoffnungsvermögens sowie der Hoffnungsbilder angewendet, die in den je individuellen Lebensgeschichten zum Ausdruck kommen.

Im dritten Teil dieser Arbeit werden praktische Konsequenzen aus Theorie und Empirie gezogen. Handlungsmöglichkeiten in Seelsorge und Psychotherapie für den Umgang mit der Hoffnung bei einer Krebserkrankung werden vorgestellt. Wie kann Hoffnung in einer Beziehung rekonstruiert oder aktiviert werden? Hier wird versucht, zu zeigen, dass sowohl Seelsorge wie Psychotherapie in der Begegnung mit der Frage nach der Hoffnung ein gemeinsames Thema haben, bei dem die unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven sich fruchtbar ergänzen können. Ein interdisziplinärer Austausch sowie die Überwindung einer bisherigen Trennung zwischen professionellen Helfern und onkologischen Patienten ist dabei unabdingbar und Anliegen dieser Arbeit. Es ist in Seelsorge und Therapie entscheidend und ein bisher vernachlässigter Aspekt, der existenziellen Frage eines Krebspatienten nach der Hoffnung gerecht zu werden.

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Einleitung: Fragestellung und Methodendiskussion	8
I Was ist Hoffnung? Die Entwicklung des modernen Hoffnungs- begriffs an ausgewählten Beispielen (Forschungshintergrund)	16
1. Theologische und Seelsorgerliche Perspektive	16
1.1 Der biblische Hoffnungs-begriff	16
1.2 Die Lehre von den Affekten als theologische Kategorie, dargestellt am Begriff der Hoffnung bei Luther	22
1.2.1 Der Affektbegriff	23
1.2.2 Luthers Hoffnungs-begriff	26
1.2.3 Das Hoffnungsverständnis Luthers am Beispiel der Psalmen und seiner Briefe	28
1.2.4 Hoffnung als eschatologischer Begriff	30
1.3 Die Rezeption des Hoffnungs-begriffs in Teildisziplinen der Gegenwart	34
1.3.1 Religionspädagogik	34
1.3.2 Religionspsychologie	36
1.3.3 Seelsorgekonzepte	40
1.4 <i>Zusammenfassung: Was trägt die Seelsorge zum Verständnis der Hoffnung bei?</i>	45
2. Philosophische Perspektive	46
2.1 Grundfragen der Hoffnungsphilosophie –Was darf ich hoffen? (Kant)	46
2.2 Das Prinzip Hoffnung (Bloch)	48
2.3 Hoffnung als Existenzial (Bollnow; Lersch; Plügge)	49
2.4 Gewissheit im Suchen (Marcel)	50
2.5 Rechenschaft über die Hoffnung (Pieper)	52
2.6 Lebenspraktische Philosophie (Achenbach; Schmid)	55
2.7 <i>Zusammenfassung: Was trägt die Philosophie zum Verständnis der Hoffnung bei?</i>	56
3. Psychologische und Medizinische Perspektive	58
3.1 Die tiefenpsychologische Perspektive	59
3.1.1 Freuds Affektbegriff	60
3.1.2 Erikson	62
3.1.3 Jung	63
3.1.4 Fromm	64
3.2 Forschungsansätze innerhalb der Allgemeinen Psychologie	65
3.2.1 „Hoffnung als Motiv“ - Motivationspsychologie	65
3.2.2 Hoffnung als „affektiv-kognitive Interaktion“ – Emotionspsychologie	67
3.3 Einzelne Forschungsansätze	70
3.3.1 Das Hoffnungsmodell von Stotland und Snyder	71
3.3.2 „Rules of hope“ (Averill; Catlin und Chon)	73
3.4 Das Konzept der Hoffnung in der Klinischen Forschung (Dufault und Martoccio)	74
3.4.1 Hoffnung als Multidimensionales Konstrukt (Herth)	76

3.4.2	Medizinische Perspektive am Beispiel der Onkologie/Strahlentherapie	77
3.4.2.1	Übersicht wichtiger quantitativer und qualitativer empirischer Studien	81
3.5	Psychologische und Medizinische Hoffnungskonzepte – Übersicht	84
3.6	<i>Zusammenfassung: Was trägt die Psychologische und Medizinische Perspektive zum Verständnis der Hoffnung bei?</i>	86
4.	Auf der Suche nach einem integrativen Hoffnungsmodell	88
4.1	Abgrenzung der Hoffnung zu verwandten Begriffen	88
4.1.1	Wunschdenken und Optimismus	88
4.1.2	Erwartung	90
4.2	Zur Polarität: Der Mensch zwischen Hoffnung und Verzweiflung	91
4.3	Die Auswirkung unterschiedlicher Auffassungen vom Menschen auf die Hoffnung - ihre Immanenz und Transzendenz	94
4.4	<i>Zusammenfassung I: Hoffnung als Multidimensionales Konstrukt</i> <i>Integratives Theoriemodell der Hoffnung und Hoffnungsdefinition</i>	96
	<i>Diskussion I</i>	97
II	Wie kommt Hoffnung heute zur Sprache?	
	Empirische Untersuchungen	100
1.	Einleitung: Der Hoffnungsbegriff aus der Perspektive onkologischer Patienten sowie von Seelsorgern und Psychotherapeuten	100
2.	Methodik: Implizierte relevante Fragestellungen und Hypothesen	101
3.	Übersicht über das Studiendesign	104
Teil A	Patientenstichprobe - Quantitative und Qualitative Untersuchungen	106
1.	Untersuchung 1: Analyse von ersterkrankten Strahlentherapiepatienten	106
1.1	Beschreibung der Zusammensetzung der Patientenstichprobe	106
1.2	Meßinstrumente: Vorstellung der Operationalisierung der Hoffnung durch Herth und Snyder	109
1.2.1	Herthscher Hoffnungsindex (HHI)	109
1.2.2	Snydersche Hoffnungsskala (SNHS)	110
1.2.3	Hauptkomponentenmodell/Faktorenanalyse	111
1.2.4	Übereinstimmungsvalidität der Hoffnungsskalen	115
1.3	Statistische Analyse der Hoffnungsunterschiede der befragten Patienten Quantitative Erhebung und Überprüfung der Forschungshypothesen	116
1.4	Ergebnisse - Regression der Faktorwerte Herth auf die unabhängigen Variablen	118
1.5	<i>Zusammenfassung</i>	120

2.	Untersuchung 2: Case-Control-Studie	121
2.1	Vergleich des Hoffnungsniveaus von ersterkrankten Strahlentherapiepatienten mit einer gesunden Kontrollgruppe	121
2.1.1	Untersuchungsdesign	121
2.1.2	Analyse der Gruppenunterschiede	122
2.1.3	Ergebnisse	122
3.	Untersuchung 3: Rezidivpatienten und ihre Hoffnung im Blick auf kurative und alternative Therapien	123
3.1	Stichprobe	124
3.2	Vergleich der Hoffnungswerte von Ersterkrankten und Rezidivpatienten	125
3.3	Analyse der Präferenzen für kurative und alternative Therapien	126
3.4	Ergebnisse	127
4.	Untersuchung 4: Interviews	134
4.1	Inhaltsanalyse des Interviews mit Strahlentherapiepatienten	134
4.1.1	Übersicht der Interraterreliabilitäten	134
4.2	Stichprobe	135
4.3	Interviews zum subjektiven Hoffnungsverständnis	135
4.4	Ergebnisse der subjektiven Hoffnungsvorstellungen	136
	<i>Diskussion Teil A</i>	149
Teil B	Professionelle: Seelsorger und Psychotherapeuten im Vergleich mit Einer Kontrollgruppe: Quantitative und Qualitative Untersuchungen	152
5.	Untersuchung 5: Persönlichkeitsmerkmale und Hoffnungsniveau	152
5.1	Analyse von Persönlichkeitsmerkmalen und ihrem Einfluss auf das Hoffnungsniveau	152
5.2	Untersuchungsdesign	153
5.3	Erhebungsinstrumente	155
5.4	Analyse von Persönlichkeitsmerkmalen und ihrem Einfluss auf das Hoffnungsniveau von Seelsorgern und Psychotherapeuten	156
5.4.1	Ergebnisse der Diskriminanzanalyse	157
5.4.2	Ergebnisse der Regressionsanalyse	160
6.	Untersuchung 6: Interviews	161
6.1	Inhaltsanalyse des Interviews mit Seelsorgern und Psychotherapeuten	161
6.2	Übersicht der Interraterreliabilitäten	161
6.3	Stichprobe	161
6.4	Ergebnisse der subjektiven Hoffnungsvorstellungen von Seelsorgern und Psychotherapeuten	162

<i>Diskussion Teil B</i>	174
Teil C Integration der Untersuchungen Teil A und Teil B	179
7. Untersuchung 7	179
7.1 Analyse der Gesamtstudien – Patientengruppe, Professionelle, Kontrollgruppen	179
7.2 Ergebnisse der quantitativen Analyse	180
7.3 Ergebnisse der qualitativen Analyse	181
<i>Diskussion Teil C</i>	184
8. <i>Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse II und praktisch relevante Fragestellungen</i>	184
III Was stiftet Hoffnung? – Praktische Konsequenzen	187
Wie kann verloren gegangene Hoffnung in Seelsorge und Psychotherapie rekonstruiert und aktiviert werden ?	187
1. Seelsorgerliches Handeln in der Psychoonkologie	187
1.1 Wie erlebt sich der „hoffnungslose Fall“ aus der Introspektion und wie kommt Hoffnung bei Strahlentherapiepatienten zur Sprache? Fall 1: Frau W. (40 Jahre) - „Der hoffnungslose Fall“	195
1.2 Gehirntumorpatienten – ihr Ausdruck in Bildern	205
1.3 Krankheit als Selbsterfahrung, die in Hoffnung mündet	212
1.4 Hoffnung auf Alternativmedizin/Esoterik und Spiritualität	215
1.5 Die Entdeckung der eigenen Hoffnungsbiographie	215
1.6 Hoffnungseinübungen mithilfe biblischer Texte, Gedichte und Lieder	218
1.7 Ausdruck der Krankheitserfahrung mithilfe biblischen Text und Hoffnungstexten	220
1.8 Reise über die Lebensgrenze - Die Sprache der Sterbenden als Sprache der Hoffnung	221
1.9 <i>Zusammenfassung</i>	224
2. Psychotherapeutisches Handeln in der Psychoonkologie	224
2.1 Fall 2 – Frau G. (48 Jahre) „Das letzte Tor“	225
2.2 Psychodynamische Therapien - Innere Bilder	230
2.2.1 Hypnose	231
2.2.2 Katathymes Bilderleben	232
2.2.3 Imagination und Visualisierung	234

2.3	Entspannungsübungen	234
2.3.1	Phantasiereisen und Märchenreisen	237
2.3.2	Die VAKOG-Methode am Beispiel von ressourcenorientierten Geschichten	239
2.4	Kognitiv-behaviorale Therapien	240
2.4.1	Problemlösungstherapien am Beispiel eines psychoonkologischen Praxisprogramm	241
2.4.2	Kognitive Therapie nach Beck – Depressionstherapie	243
2.4.3	Ressourcenorientiertes Vorgehen – Hoffnung als Ressource des Lebens	246
2.4.4	Kognitive Bewältigungsstrategien - Selbstverbalisierung	249
2.4.5	Der Hoffnungsfunke in der Krisenintervention	250
3.	<i>Zusammenfassung – Der Seelsorger und Psychotherapeut als `Fürhoffender`</i>	253
	<i>Diskussion III</i>	255
	Epilog	256
	Literaturverzeichnis	259
	Anhang: Fragebögen und deskriptive Statistik	1-27

Einleitung: Fragestellung und Methodendiskussion

„Ich bin fest davon überzeugt, dass das Wort „hoffnungslos“ aus der Welt der Krebspatienten verbannt werden sollte und verbannt werden kann“ (LeShan¹).

Bei der ersten Begegnung mit S. in der Klinik für Strahlentherapie wirkte sie selbstbewusst und traurig. S. war 22 Jahre alt, ein Gehirntumor verursachte Wortfindungsstörungen, ihr linkes Auge erblindete. Sie kam als Palliativpatientin und wusste, dass ihre Lebenszeit als sehr begrenzt eingeschätzt wurde. Eine große Hoffnungslosigkeit breitete sich in ihr als Gefühl aus. Wütend und unter Tränen verteidigte sie ihre Hoffnung:

„Ich will leben und wenn nicht, dann lebe ich jetzt noch. Ohne Hoffnung kann man nicht leben, in so einer Situation schon gar nicht. Hoffnung ist für mich der Strohalm des Lebens, egal, ob sie sich erfüllt oder nicht. Man wünscht sich Dinge so sehr und weiß manchmal im Innersten, dass es gar nicht möglich sein kann, trotzdem braucht man diese Vorstellung. Solange ich diese noch spüre, spüre ich auch mein Leben. Solange dieser Protest in mir lebt, sage ich: Totgesagte leben länger“.

Kliniker stehen häufiger vor diesen sogenannten „hoffnungslosen Fällen“. Es scheint immer noch einfacher zu sein, die Hoffnungslosigkeit zu attestieren, als die schwer fassbare, vage Hoffnung zu bestimmen, vor allem, wenn die medizinische Prognose dagegen spricht und die Belastungen eines an Krebs erkrankten Menschen das gesamte Leben zunehmend begrenzen. Was ist das aber für eine Kraft, die den Bedrohungen, Lebensängsten und der Verzweiflung trotz, die Menschen befähigt, mit Belastungen zu leben, Lebenskrisen zu überstehen oder auch mit Hoffnung zu sterben, deren Auswirkungen sichtbar werden können, die aber schwer beschreibbar/messbar bleibt? Hoffnung wird vielerorts als eine Grundbedingung menschlichen Seins konzipiert, ohne die kein Leben möglich sei² - eine plausible Vorstellung, denkt man an das „Phänomen des Todes aus Hoffnungslosigkeit“³. Die Bedeutung der Hoffnung wird in den letzten Jahrzehnten in der Medizin sowie in der Allgemeinen und Klinischen Forschung zunehmend erkannt. In den zahlreichen Schriften zur Betreuung Krebskranker heute findet sich kaum ein Text, der dieses Thema nicht zumindest erwähnt. Mit sinkender Heilungswahrscheinlichkeit gewinnt dieser Aspekt offensichtlich subjektiv an Wert. Umso erstaunlicher ist, dass sich die Psychologie dieses Themas bisher wenig angenommen hat. Bis-

¹ LeShan, L. (1999). Psychotherapie gegen Krebs. Stuttgart. 12.

² In verschiedenen Versionen des griechischen Prometheus-Mythos wird die Hoffnung als zu den Bedingungen menschlicher Existenz gehörig beschrieben: „Das Gefäß enthielt alle guten Gaben, die Prometheus der Menschheit erobert hatte und für sie in Verwahrung hielt. Pandora entdeckte es im Haus und öffnete den Deckel, worauf die Wohltaten entflohen und unwiederbringlich dahin waren; nur die Hoffnung, die langsamer war als alle anderen, blieb dem Menschen zurück.“ Aus: Lexikon der antiken Mythen und Gestalten.

Vgl. 1. Kor. 13, 13. Auf dieser Grundlage wird die Hoffnung als eine der drei Kardinaltugenden des Christentums und des Menschen verstanden (Glaube, Liebe, Hoffnung); Für Luther ist die Hoffnung; eine dem Menschen von Gott „eingegossene Kraft“ (infusa virtus) in, Martin Luther Taschenausgabe (1983). Evangelium und Leben, Bd. 4. H. Beintker/ H. Junghans & H. Kirchner (Hrsg.). Berlin. 18. VF 83,3. (VF = Vatikanisches Fragment); Marcells Hoffnungsphilosophie: „Die Seele ist nur durch die Hoffnung; die Hoffnung ist vielleicht gar der Stoff, aus dem unsere Seele gemacht ist“. in: Foelz (1979). Gewissheit im Suchen. Leipzig. 142, Anm. 245; „Hoffnung ist eine essentielle menschliche Erfahrung...“ in: Farran, C. J./ Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1999). Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für die Pflegeforschung und Praxis. Wiesbaden. 6. Es besteht keine Frage in der gemeinsamen Überzeugung von Wissenschaft und klinischer Praxis, dass die Hoffnung für Menschen, die an Krebs erkranken, eine existenzielle Rolle spielt, erst recht, wenn diese Erkrankung progredient und terminal verläuft, z. B. Keitel, H. (1998). Man darf dem Patienten nicht die Hoffnung nehmen. Vortrag anlässlich des 2. Kongresses der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin am 12.9.1998.

³ Der Tod aufgrund von Hoffnungslosigkeit ist im klinischen Alltag zu beobachten.

her ist es kaum möglich, eine empirische Beziehung von Hoffnung und der Verbesserung von (Über)lebenschancen aufzuzeigen. Daher liegt ein empirisch begründetes Konzept Hoffnung in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur nicht vor, ebenso wenig existiert ein entsprechendes klinisches Messverfahren. In der medizinischen und psychologischen Forschung sind heute vielfältige therapeutische und medikamentöse Behandlungsmethoden hinsichtlich menschlicher Angst und Depression entwickelt worden, die z. B. auf Konzepten der Hilflosigkeit⁴ beruhen. Der Erfahrung des Verlustes von Hoffnung im Alltag, in Lebenskrisen, aufgrund schwerer Krankheit, stehen heute eine grundlegende Hilflosigkeit und Nichtwissen gegenüber, wie damit praktisch umgegangen werden kann. Noch erstaunlicher wird das Bild, wenn im Zentrum der Überlegungen nicht die geschichtliche Entwicklung des Begriffs der Hoffnung steht, sondern das Hoffnungsverständnis der Gegenwart. Es entsteht zunächst der Eindruck, dass zu dieser existenziellen Frage in der Philosophie mit Bloch und Pieper⁵, in der Theologie mit Moltmann und seiner Rezeption⁶, in der Psychologie und klinischen Forschung sowie Palliativmedizin sich zwar einzelne Ansätze finden lassen (Dufault & Martocchio)⁷, dieses Phänomen menschlichen Lebens aber in der weiteren interdisziplinären Forschung kaum eine Rolle spielt bzw. überhaupt nicht erforscht wird⁸.

Folgenden Fragestellungen wird in dieser Arbeit nachgegangen:

Welche Hoffnungs-begriffe werden in den einzelnen Disziplinen Theologie, Philosophie, Psychologie sowie medizinischer Psychologie postuliert (Teil I) ?

Wie kommt Hoffnung im heutigen Verständnis von onkologischen Patienten sowie Seelsorgern und Psychotherapeuten⁹ zur Sprache? Worauf bezieht sich ihr Hoffnungsverständnis? Wie ist das Hoffnungsvermögen von Patienten und Gesunden ausgeprägt (Teil II) ? Wie kann Hoffnung aktiviert und rekonstruiert werden im seelsorgerlichen und therapeutischen Handeln. Wie lässt sich Hoffnung vermitteln und die Hoffnungs-kompetenz eines Menschen stärken (Teil III)?

Die Überlegungen münden in ein interdisziplinäres Gespräch zwischen Seelsorge und Psychotherapie, den beiden Disziplinen, die für sich in Anspruch nehmen, Menschen auf ihrer Suche nach der Hoffnung zu begleiten. Die Extrapolierung des Hoffnungs-begriffes wird als exponierter Beg-

⁴ Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München.

⁵ Bloch, E. (1959). *Das Prinzip Hoffnung*. (4. Aufl. 1993). Frankfurt; Schumacher, B. N. (2000). *Rechenschaft über die Hoffnung. Josef Pieper und die zeitgenössische Philosophie*. Mainz.

⁶ Vgl. Moltmann, J. (1994). *Das Experiment Hoffnung*. München; drs. (1997). *Theologie der Hoffnung*. (13. Aufl.) Gütersloh; Müller- Fahrenholz, G. (2000). *Phantasie für das Reich Gottes. Die Theologie Jürgen Moltmanns. Eine Einführung*. München.

⁷ Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20 (2), 379 – 391; Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), 67-72.

Drs. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquire für Nursing Practice*, 5 (1), 39-51; Drs. (1992). An abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

Snyder, C. R. (1994). Hope and Optimism. In: *Encyclopedia of Human Behavior*, Vol.2 San Diego, CA: Academic Press. 535-542; Drs. (1995) Jan - Feb, *Journal of Counseling and Development* (1577) Vol 73 (3), 355-360; Drs. (1998). Hope theory: Updating a common process for psychological change. Unpublished manuscript, the University of Kansas, Lawrence.

⁸ Wie zum Beispiel in der Soziologie, die heute den Begriff der Utopie kennt, aber keine Kategorie der Hoffnung. Vgl. Saage, R. (1997). *Utopieforschung. Eine Bilanz*. Darmstadt.

⁹ Die maskuline Endung wird für beide Geschlechter in dieser Arbeit verwendet.

riff für die Seelsorge fruchtbar gemacht. Gleichzeitig wird damit der defizitäre Ansatz innerhalb der Psychotherapie hinterfragt. Dies gilt ebenso für die Seelsorge. Die Ergebnisse stellen den Versuch dar, eine Grundlage für ein weiterführendes interdisziplinäres Gespräch zwischen Seelsorge, Psychotherapie und Medizin zu legen – den drei Disziplinen, die tagtäglich mit der existenziellen Frage nach der Hoffnung des Menschen konfrontiert werden. Exemplarisch soll auf vier wesentliche Aspekte verwiesen werden:

1. Hoffnung ist zunächst ein Alltagsbegriff. 2. Der Hoffnungs-begriff ist abhängig von heutigen Auffassungen des Menschen. 3. Hoffnung ist eine existenzielle Frage. 4. Hoffnung begründet die menschliche Existenz.

1. Hoffnung ist zunächst ein Alltagsbegriff. Die Bedeutung des seit dem 13. Jahrhundert im Deutschen gebräuchlichen Verbs „hoffen“ wird als „Aufspringen von Gemütsbewegungen“ oder „ungeduldiges Spähen, Erwarten, Ausschauen“ angegeben¹⁰. Wann kann in unserer Sprachgemeinschaft von Hoffnung gesprochen werden? Hoffen wird heute in Verbindung mit „Vertrauen in die Zukunft, Zuversicht, Optimismus in Bezug auf das, was die Zukunft bringen wird“, aber auch mit „Erwartung“ und „Freude“ in Verbindung gebracht.¹¹ Es gibt zunächst sehr verschiedene Arten menschlicher Hoffnung. Am Beispiel onkologischer Patienten soll dies verdeutlicht werden. Da ist vielleicht ein vager Optimismus: „*Es wird schon wieder werden*“, „*es muß noch einmal besser werden*“. Diese Art der Hoffnung gründet sich weniger in der Realität, sie kommt aus einem unbestimmten Gefühl, dass schließlich alles doch einen Sinn hat, am Ende alles gut wird und sich bezahlt macht, wenn nur eine Weile ausgehalten wird. Oft haben Patienten das Gefühl, in einem Albtraum zu sein, aus dem es irgendwann ein Erwachen gibt. Andere erwarten etwas von der Zukunft. Sie haben Wünsche, stellen Forderungen. Doch lassen sie offen, was zu geschehen hat. Mit einer gewissen schöpferischen Neugier sehen sie dem entgegen, was kommt, in der Zuversicht, es schon bewältigen zu können. Wieder andere haben ganz konkrete Vorstellungen von ihrer weiteren Zukunft. Gradlinig steuern sie auf ein bestimmtes Ereignis und Ziel zu. In ihrer Hoffnung haben sie die Zukunft schon festgelegt. In ihren Tagträumen antizipieren sie das, was sie erwarten und gestalten damit schon die Gegenwart. Solche konkrete Hoffnung birgt die Gefahr, enttäuscht zu werden. Hoffnung kann jedoch auch ein Ausdruck von Protest sein, um mit einer verzweifelten Situation besser leben zu können. „*Ich lasse mich trotzdem nicht unterkriegen*“. Ergeben hinzunehmen, was immer auch kommt, ist ebenfalls eine Art der Hoffnung. Im Glauben, dass vom Schicksal oder Gott alles vorherbestimmt ist, sehen manche gelassen in die Zukunft. Hoffnung begegnet auch in der Form des Gebets. Der Mensch kleidet seine Hoffnung in eine Bitte, die er an Gott richtet im Vertrauen, erhört zu werden. Hier ist der Mensch selbst aktiv durch Bitten und Glauben. Er ist in ein fruchtbares Spannungsfeld gestellt zwischen Gebet und Erhörung, Gegenwart und Zukunft. Hoffnung ist fast immer konkret ausgerichtet. Nicht zuletzt an dieser Frage nach den Objekten der Hoffnung entscheidet sich, ob diese einen Menschen im Leben trägt. An erster Stelle steht die Hoffnung auf Heilung oder wenigstens Lebensverlängerung. Der Patient hofft auf ein neues Medikament und auf Forschungsergebnisse, auf Entlastung und Erleichterung vom permanenten Leidensdruck, auf kleine Schritte der Besserung oder auf einen Stillstand der

¹⁰ Grimm, J. & Grimm, W. (1877). Deutsches Wörterbuch. Leipzig, 1668-1672; Duden, Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in 6 Bänden. (1977). Hrsg. und bearb. vom wiss. Rat und den Mitarbeitern der Dudenredaktion unter der Leitung von G. Drosdowski. Mannheim. „hoffen“, Bd. 3: G - Kal, 1270.

Vgl. Wogenstein, R. (1998). Hoffen können. Vertröstung oder Trost? Berlin.

¹¹ Duden (1977). 1270.

Erkrankung. Der Krebspatient hofft auf viele kleine Dinge, wie beispielsweise, dass ein bestimmter Mensch ihn besucht, dass es Frühling wird, die Vögel singen, eine bestimmte Schwester oder Arzt Dienst haben oder es etwas zu essen gibt, was ihm schmeckt. Andere Hoffnungen richten sich auf die letzte Zeit und das Sterben selbst. „*Ich hoffe, dass ich nicht zu sehr leiden muß*“. „*Ich möchte nicht erst zum Liegen kommen, nicht ganz hilflos werden, nicht völlig wesensverändert sein*“. „*Ich hoffe, dass ich meine Würde bewahren kann*“. Ein anderes Objekt der Hoffnung sind die nächsten Angehörigen, „*dass die Kinder ihr Leben gut bewältigen und mit meinem Tod fertig werden*“. Viel Hoffnung wird in konkrete Lebensvorstellungen des Alltags und transzendente Vorstellungen darüber hinaus investiert. Der Ausdruck von Hoffnung ist immer persönlich, alltäglich und eingebunden in die Sprache der jeweiligen Lebenszeit.

Grundsätzlich gilt: Die Sprachbenutzung des heutigen Verständnisses der Hoffnung wird von der Sprachgemeinschaft festgelegt. Hemann¹² stellt psychologische Kriterien auf, die erfüllt sein müssen, um von Hoffnung sprechen zu können, so dass zunächst das Wesen der Hoffnung und nicht ihre Inhalte im Blick sind. Das Territorium der Hoffnung besitzt sprachlich gesehen für ihn folgende Grenzen: „Die subjektive Wahrscheinlichkeit muss über Null liegen, es muss eine gewisse Tragweite vorliegen, für den die Hoffnung ausgedrückt wird, derjenige muss das wünschen, was er erhofft, es muss ihm wichtig sein und er darf es noch nicht vorliegen haben bzw. es darf noch nicht eingetreten sein“¹³. Die Sprache ist immer vage; wo können Grenzen gezogen werden¹⁴? Ist die Hoffnung z. B. eine Erwartung, ein Wunsch oder eine Zuversicht? Hoffnung ist zunächst abhängig von einem bestimmten Kontext, von dem, der sie ausdrückt, und für wen oder worauf er hofft. Für Hemann ergeben sich aufgrund seiner Forschungen vier Dimensionen der Hoffnung:

- „1. Die Größe der Hoffnung, die bestimmt wird von der subjektiven Wahrscheinlichkeit.
2. Die Tiefe der Hoffnung, die bestimmt wird von der subjektiven Wichtigkeit.
3. Die positive Weite, die bestimmt wird von den positiv bewerteten Erwartungen, die mit der Erfüllung der Hoffnung einhergehen.
4. Die negative Weite, die bestimmt wird von den negativ bewerteten Vorwegnahmen, die eintreten würden, wenn die Hoffnung sich nicht erfüllt“¹⁵.

Es führt zu einer anderen Sprache vom Wesen der Hoffnung zu sprechen, als sich über ihre Inhalte¹⁶ zu verständigen. „*Ich hoffe, meine Krebserkrankung zu überleben*“. „*Ich hoffe, dass mein Glaube mich in dieser Zeit der Erkrankung trägt*“. „*Ich hoffe, dass alles gut ausgeht*“. Eine Untersuchung, die die Hoffnungen von Krebspatienten berücksichtigt, wird in besonderer Weise auf die sprachliche Grenze der Hoffnung stoßen und auch nach anderen Konnotationen des Ausdrucks suchen müssen¹⁷. Empirische Forschung beginnt sich mit Inhalten der Hoffnung auseinander zu setzen. Der Begriff der Hoffnung, der die transzendente Dimension einschließt, ist von Hemann

¹² Hemann, H. (2001). Eine psychologische Konzeption der Hoffnung mittels sprachphilosophischer Fundierung und Methodik. Marburg.

¹³ drs. 99.

¹⁴ Ich verweise auf Punkt 4. 1 Teil I dieser Arbeit: Abgrenzung der Hoffnung zu heute verwandten Begriffen, wie Wunsch, Erwartung, Optimismus, positives Denken. Vgl. Hemann, H. (2001). 76-83.

¹⁵ drs. 103.

¹⁶ Die Rede vom „Inhalt der Hoffnung“ bezieht sich in dieser Arbeit auf die Hoffnungsbezüge, die Ausrichtung oder die Begründung der Hoffnung eines Menschen, seine Erfahrungen, Vertrauen, Glauben. Ausdrucksformen sind: Bilder, Sprache, Ziel- und Wertvorstellungen, Beziehung etc. Innerhalb der Psychologie wird zwischen dem Wesen und Inhalt der Hoffnung unterschieden. Vgl. drs. 103.

¹⁷ z. B. der Hoffnungsausdruck über Bilder vgl. Teil III dieser Arbeit.

grundsätzlich nicht berücksichtigt worden. Wie kommt transzendente Hoffnung heute zur Sprache? Diese Fragestellung wird in dieser Arbeit mit berücksichtigt.

2. Der Hoffnungsbegriff ist abhängig von heutigen Auffassungen des Menschen.

Seelsorge und Psychotherapie sind geprägt von ihrem Zeitgeist sowie dem derzeitigen Menschenbild. Im Blick auf die Hoffnung bezieht sich das einmal auf ihren Begriff, ihre Traditionsgeschichte und andererseits auf die Erfahrungen des derzeitigen Lebens.

„Die Begriffe haben (...) ebenso wie die Individuen ihre Geschichte und vermögen es ebenso wenig wie diese, der Gewalt der Zeit zu widerstehen, aber bei alledem und mit alledem behalten sie gleichwohl eine Art Heimweh nach ihrer Geburtsstätte“¹⁸. In einer Zeit „spiritueller Nacktheit“¹⁹ muss der Begriff der Hoffnung nackt und bloß und ohne die eigentliche Geburtsstätte, die sich ehemals in Gott gründete, erfahren werden. Ist Hoffnung ursprünglich in Religion und in Glaubenserfahrungen verwurzelt, so wird dies im heutigen Zeitgeist nur noch bruchstückhaft erkennbar. Das erste, was der Mensch häufig erfährt, ist ein Bewusstsein des Mangels, die Einsicht, dass da etwas fehlt, wenn in einer Krise die Hoffnung verloren zu gehen droht. Diese existenzielle Erfahrung ist eingebunden in unterschiedliche Lebensorientierungen des modernen Menschen. So wird einerseits die heutige Gemeinschaft geregelt über „die Form der Erwartungserwartungen“²⁰. Ebenso über Slogans wie: „Hoffnung trägt, was Erfolg hat!“ oder „Sorge dich nicht, lebe!“ Der Mensch ist hier der Herr über den Augenblick. Das Leben kann sich sehen lassen, wenn es verantwortlich autonom geführt wird und vor sich selbst besteht. Generationen vor uns dagegen haben auf Gott verwiesen: „Wer nur den lieben Gott lässt walten und hoffet auf ihn allezeit, den wird er wunderbar erhalten in aller Not und Traurigkeit...“ (EKG 369). „Du bist meine Zuversicht, Herr, mein Gott, meine Hoffnung von meiner Jugend an“ (Psalm 71,5). Die traditionelle Seelsorge konnte auf diese Frömmigkeit zurückgreifen und auf eine innere Gewissheit²¹. Menschen heute erfahren sich eher im Zeitalter der Angst²², die eine individuelle und eine kollektive Dimension besitzt. Ihren Ausdruck findet sie in Zukunftsängsten, Verzagttheit, Niedergeschlagenheit, Panik, Verzweiflungstaten, Angststörungen, Depression, verlorener Lebensfreude oder lähmender Hoffnungslosigkeit. Die Angst vor der Zukunft verdichtet sich in der Angst vor dem Nichts,

¹⁸ Kierkegaard, S. (1976). Über den Begriff der Ironie, Frankfurt a. Main, 13.

¹⁹ Sloterdijk, P. (1997). Gespräch mit Hans-Jürgen Heinrichs, „Kantilenen der Zeit“, in: *Lettre International* 36, 74.

²⁰ Luhmann, N. (1971). Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: J. Habermas & N. Luhmann: *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*. Frankfurt a. Main, 62f.

²¹ Wittgenstein, L. (1984). Über Gewissheit. Werkausgabe Bd. 8. Frankfurt a. Main.

²² Auden, W. H. (1951). *Das Zeitalter der Angst*, Frankfurt a. Main. Menschliche Angst und Angststörungen sind dabei zu unterscheiden. Angst kann sich aber zu einem Krankheitsbild der Angststörung oder Depression entwickeln. Vgl. zu den Krankheitsbildern der Angststörungen unserer Zeit: Margraf, J. & Becker, E. (1997). *Angststörungen*. In: K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.). *Psychische Störungen und ihre Behandlungen*, Enzyklopädie der Psychologie, Serie II, Bd. 2. Göttingen.

Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen.

Die Untersuchungen innerhalb der Verhaltenstherapie zeigen, dass Angststörungen heute die häufigste Diagnose der F-Erkrankungen bei Frauen sind. Männer leiden als zweithäufigste Erkrankung darunter. Die Lebenszeitprävalenz liegt in Deutschland nach Margraf bei 5, 74%. In Ostdeutschland ist ein Anstieg nach der Wende zu verzeichnen.

der Ahnung, dass das Leben Fragment ist²³, zerbrechlich, Grenzen unausweichlich sind, auf die das Leben zugeht, um zu zerschellen oder fest zu bleiben. „In der Welt habt ihr Angst“, sagt Jesus in den johanneischen Abschiedsreden (Joh, 16, 33). Das ist eine reale Erfahrung, „aber siehe, ich habe die Welt überwunden“, das steht für mich persönlich noch aus. Verschiebt Angst die Zukunft, so wird die Zukunft nach biblischem Verständnis vom Glauben erschlossen, mit Hilfe von Vertrauen, Zuversicht und Hoffnung. Wie sieht sie aus, „die Hoffnung, die in uns ist“ (1. Petrus 3, 15)? „Was nicht Hoffnung ist, das ist Klotz, Block, Fessel...es befreit nicht, sondern nimmt gefangen“²⁴. Die Kategorie des Neuen, ist für den Menschen unverändert existenziell entscheidend.

3. Hoffnung ist eine existenzielle Frage²⁵, die im Alltag verwurzelt ist und sich auf Gott richten kann.

Es ist eine Erfahrung des modernen Menschen, dass tragende Hoffnung nie allein in Selbstverantwortung, den Entwürfen von Lebenszielen oder Selbstvertrauen wurzeln kann, so wichtig das bleibt. Zu zerbrechlich wird sie erlebt. Nicht welche Hoffnung, sondern worauf – auf das Unersetzbare – ist die entscheidende Frage. „Was hilft ein Argument, das die Leute kalt lässt?“²⁶. Der Mensch sucht und will sich als hoffnungsvoll erleben. Wie wird man aber voller Hoffnung? Eine Antwort wird nicht gefunden über den üblichen Weg der Wissensvermittlung, Informationen oder wissenschaftlicher Methoden. Es handelt sich hier um Erfahrungswissen, das zur Gewissheit werden kann und insofern zu einem Wissen. Hoffnung ist zwar immer verbunden mit einem terminalen Ziel. Zentrum im Leben aber ist der Lebensalltag mit seinen persönlichen Hoffnungsinhalten. Gleichzeitig ist die Hoffnung nicht menschlich verfügbar, sondern sie geschieht. Existenzielle Hoffnung kann als gegeben erfahren werden. Gott gibt die Hoffnung. Das ist der andere Aspekt. Hoffnung ist im letzten Jahrhundert überwiegend eindimensional bestimmt worden. Entweder wurde Hoffnung allein auf Gott bezogen und provozierte die Kritik der Vertröstung, ja Illusion (Existenzialisten, Nihilisten) oder sie wurde einseitig als Sinnstiftungsfaktor menschlichen Alltagslebens konzipiert und mit dem Tod begrenzt, wie z. B. Camus es versteht²⁷. Demgegenüber scheint es wichtig, das Verhältnis so zu bestimmen, dass Hoffnung weder ausschließlich auf einen transzendenten Begriff beschränkt bleibt, noch dieser im Alltag der Lebenserfahrung fehlt. Patientin S.: „*Hoffnung ist für mich wie eine Kernfrucht, der Kern ist die Grundlage, ihn kann ich jetzt nicht genießen, aber die Frucht, die er in meine Gegenwart hervorbringt*“. Wenn diese Zweidimensionalität der Hoffnung – ihre Immanenz und Transzendenz - so vorliegt, dann ist ein entscheidendes Kriterium im Alltag, dass

²³ Luther, H. (1992). Religion und Alltag. Stuttgart.

²⁴ Barth, K. (1922). Römerbrief, Zürich 2, 289.

²⁵ „existenziell“ bezieht sich hier auf die Erfahrung, dass in Lebenskrisen, wie einer Krebserkrankung die Hoffnung von Patienten geradezu als Grundlage der Lebensexistenz gesucht wird.

²⁶ Feyerabend, P. (1978). Wider den Methodenzwang. Frankfurt a. Main, 38.

²⁷ Camus, A. (1942; dt.1959). Der Mythos des Sysiphos. Hamburg.

Drs. (1983). Der glückliche Tod. Hamburg.

Dagegen vertritt Plügge die Auffassung, dass selbst ein Mensch, der Suizid begeht, dies mit der Hoffnung verbindet, dass der Tod immer noch besser sei, als die Fortführung des Lebens.

Plügge, H. (1962). Über suizidale Kranke. In: Wohlbefinden und Missbefinden. Tübingen.

sie Lebensgewissheit und Urvertrauen²⁸ für die Gegenwart vermittelt aufgrund schon erfahrbarer Zukunft, gleichzeitig beunruhigt und aktiviert. Sie ist ein Ausdruck der Nähe Gottes, die schon erfahren werden kann (Reiches Gottes) und „mitten unter euch“ (Lk. 17,21, d. h. im Alltag) zugleich „nahe herbeigekommen“ (Matt. 4,17 über den Alltag hinaus, ihm voraus). Der Alltag, der sich zunächst selbst trägt, kann durch jede Erfahrung unterbrochen werden und in die existenzielle Frage nach der Hoffnung münden, sei es durch eine Begegnung mit einem anderen Menschen, einem unerwarteten Ereignis, der Erinnerung an Vergangenes, das Wachwerden einer Sehnsucht...Das Leben lebt von seinen Brüchen und Fragmenten. Der Mensch, der im biblischen Sinne als Wanderer bezeichnet werden kann, bewegt sich zwischen zwei Erfahrungen, in der Ablösung von einem alten Zustand und auf ein Neues zu, noch nicht wissend wohin.

4. Hoffnung ist eine Grundlage menschlicher Existenz. In der Moderne fällt es außerordentlich schwer, Hoffnung zu begründen.

Übergänge des Lebens bergen immer den Zustand von Angst, Verzweiflung, der Erfahrung von Diskontinuität. An diesen Schwellensituationen der Lebensgeschichte kann Hoffnung doppelt wirksam werden. Einmal übernimmt sie die Funktion der Orientierung und Stabilisierung. Sie dient als Brücke zwischen alt und neu bzw. lässt die Zwischenphase überleben. Andererseits kann sich Hoffnung zwischen Trennungsphase und Anbindungsphase ansiedeln, gestalten, zur Reflexion provozieren. An den Schnittstellen des Alltags mit der eigenen Lebensgeschichte thematisiert sich die Hoffnung. Sie ist verbunden mit der Ungewissheit, Verzweiflung und Ambivalenz des Lebens. Dadurch impliziert sie eine unauflösbare Spannung. Ein Leben ohne die Möglichkeit der Transzendierung des Alltages mithilfe von Hoffnung fordert einen hohen Preis, wie die Moderne zeigt. Es führt zu Druck, Langeweile, Lähmung, Krankheit, bis hin zur ausweglosen Bitterkeit und Zerstörung. In 60 – 80 Jahren des Lebens muss alles geschehen, was überhaupt mit Hoffnung verknüpft wird. Hoffnung im Alltag sperrt sich gegen die alleinige Befriedigung von Bedürfnissen, Wünschen, der Wiederherstellung der Fähigkeit zu angepasstem normalen Leben, der Erreichung von Zielen, so wichtig dies ist. Die Erfahrung lehrt: Zu schnell kann dies in der Enttäuschung oder Illusion enden, da haben die Existenzialisten wie Camus recht. Oder wie das Sprichwort wiedergibt: „Hoffen und Harren hält manchen zum Narren“. So bleibt die Frage: Welcher tragenden Hoffnung bedarf der Mensch?

Diese existenzielle Fragestellung führt in methodische Überlegungen. Wie kann eine empirische Wissenschaft Hoffnung untersuchen? Was kann die Hoffnung für das seelsorgerliche und psychotherapeutische Handeln mit Patienten austragen? Eine ausschließlich quantitative Forschung, wie sie überwiegend von der Psychologie und Medizin vertreten wird, erreicht bei dieser

²⁸ Auch hier lebten Generationen vor uns mit ihrem Erfahrungswissen: „Wie ein Schatten sind unsere Tage ohne Hoffnung“, bezeugt der Chronist der Bibel (1. Chr. 29,15). Aber „Hoffnung lässt nicht zuschanden werden“ (Römer 5,5). Hoffnung ermöglicht dem Menschen ein vertrauensvolles sich Hinwenden und sich Öffnen dem Kommenden. Dieses Urvertrauen bezieht sich in biblischen Aussagen immer auf die Hoffnung auf Gott. „Unsere Väter hofften auf dich, Jahwe und indem sie hofften, halfst du ihnen heraus“ (Psalm 22,5). Die Bibel beschreibt Hoffnung als einen Prozess, den der Mensch erlebt (Römer 5,1ff). „...wir wissen, dass Trübsal Geduld bringt, Geduld aber bringt Bewährung, Bewährung aber bringt Hoffnung...“

Fragestellung bald ihre Grenze. Denn mit empirischen Methoden bleibt die individuelle Wirklichkeit der Erfahrung überwiegend ausgeschlossen. Hoffnung ist aber zunächst eine existenzielle Grunderfahrung und Grundbedürfnis jedes Einzelnen²⁹. Ohne qualitative Zugänge wird die Frage nach der Hoffnung in der Gegenwart unbeantwortet bleiben. Allerdings wird eine fundierte empirische Forschung im Bereich der Seelsorge heute und in Zukunft unabdingbar sein, will die Praktische Theologie mit anderen Disziplinen gesprächsfähig bleiben. Eine kritische Auseinandersetzung zwischen den unterschiedlichen methodischen Zugängen beider Disziplinen zur Lebenswirklichkeit kann sehr fruchtbar sein³⁰. Innerhalb der Religionspsychologie haben empirische Methoden der Psychologie von Anfang an Zugang gefunden³¹. Diese wird auch in der Seelsorge zunehmend zu Forschungszwecken verwendet³². So wird in dieser Arbeit auf psychologische Forschungsmethoden, auf Hoffnungsskalen von Herth und Snyder und deren Überprüfung mithilfe einer Faktorenanalyse sowie qualitative (Interview) Methoden zurückgegriffen. Quantitative und qualitative Untersuchungsschritte ergänzen einander. Sie stellen zwei unterschiedliche Möglichkeiten dar, einen Zugang zur menschlichen Erfahrung der Hoffnung zu erhalten.

²⁹ Die Hoffnungstheologie Moltmanns entstand im gesellschaftlichen-westlichen Kontext der Auseinandersetzung mit der Befreiungstheologie, Feministischer Theologie und dem Aufbruch der 68er. Als Antwort auf Blochs: „Prinzip Hoffnung“ beinhaltet es stark die religiöse, gesellschaftlich - politische Dimension. Allerdings ist erstaunlich, dass Moltmann keine Ethik als Konsequenz veröffentlicht hat. Der Ansatz dieser Arbeit ist existenziell - persönlich, denn Hoffnung gehört zunächst zu den Existenzialia des Menschen. Biographisch eingebunden, entstand die Frage nach der Hoffnung in persönlicher Krise, Verlusterfahrung und Krankheit, zu DDR - Zeiten führte sie von einer personalen zur politischen Dimension. Gleichzeitig verdanke ich diese Fragestellung meiner jahrelangen Arbeit mit onkologischen Patienten, die die Frage nach der Hoffnung in der Verzweigung täglich stellen.

³⁰ Van der Ven, J. A. (1994). Entwurf einer empirischen Theologie. Kampen; Ammermann, N. (1994). Zur Konstruktion von Seelsorge. Frankfurt a. Main.

³¹ Hennig, C./ Murken, S. & Nestler, E. (2003). Einführung in die Religionspsychologie. Paderborn. 163ff.

³² vgl. Ammermann, N. (1994).

I Was ist Hoffnung? Die Entwicklung des modernen Hoffnungs- begriffs an ausgewählten Beispielen (Forschungshintergrund)

1. Theologische und Seelsorgerliche Perspektive

1.1 Der biblische Hoffnungs-begriff

„Ein Baum hat Hoffnung, wenn er schon abgehauen ist“. Hiob 14,7

Um dem biblischen Hoffnungs-begriff gerecht zu werden, muss von unterschiedlichen Aspekten der Annäherung ausgegangen werden³³.

1. Der politisch-gesellschaftliche Aspekt

Zentrale Begriffe und Motive biblischer Hoffnung sind politisch, wie Reich Gottes, die Stadt, das Neue Jerusalem (Lk. 24, 21; Römer 5, 2). Diese eschatologische Hoffnung geht allerdings nie in der Politik des Menschen auf, sondern Gottes Verheißungen beziehen sich auf die politischen Verhältnisse. Weiterhin gibt es eine starke Tendenz zur Personalisierung und Spiritualisierung der Hoffnung sowie eine Messias-hoffnung. Der politische Aspekt wird dem Existenziellen nachgeordnet.

2. Der existenzielle Aspekt

Christliche Hoffnung bezieht sich auf den „mit Namen genannten“ unvertauschbaren Menschen, seine persönliche Gegenwart und Zukunft. Hoffnung ist verbunden mit dem personalen Anliegen menschlicher Seele, deren Existenz (Klgl. 3,24). Ebenso ist der Inhalt der Hoffnung auf (Gott) Christus personalisiert (1.Tim.1,1; Kol.1,27). Der dialogische Charakter, die Beziehungseinbindung wird offenbar. Der Beziehungsaspekt zu Gott wird deutlich in den Worten: „...der hoffe auf den Namen des Herrn“ (Jes. 50,10); „...ich habe dich bei deinem Namen gerufen; du bist mein“ (Jes. 43,1; 45,3.4).

3. Der heilsgeschichtliche Aspekt

Der Eintritt biblischer Hoffnung in die Geschichte ist begründet mit dem Osterereignis (Mt. 28; Mk.16; Lk. 24; Tit. 3, 7). Das Neue Testament kennt keine andere Begründung als die der Auferstehung und des Ewigen Lebens. Hoffnung bezieht sich immer auf das Handeln Gottes. Ohne ihn wird der geschichtliche Prozess des Menschen oder dessen Leistung und Kreativität zum einzigen Hoffnungsträger. Dagegen warnt Paulus in 1. Kor. 15, 19: „Hoffen wir allein in diesem Leben auf Christus, so sind wir die elendesten unter allen Menschen“. In der Endkonsequenz verliert die Hoffnung damit ihre transzendente Wurzel. Der heilsgeschichtliche Aspekt der Hoffnung wird durch den Einzelnen aufgrund seiner persönlichen Glaubenserfahrung mit Christus und Gott lebendig.

Das Anliegen und der Schwerpunkt der weiteren Überlegungen beziehen sich auf das personale-existenzielle Hoffnungsverständnis. Wie kommt dies in der Moderne zur Sprache?

³³ Ev. Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie. (1989). E. Fahlbusch; J. M. Lochman; J. Mbiti ; J. Pelikan & L. Vischer (Hrsg.) Zweiter Band G-K. Göttingen. 543-550.

Damit ist einerseits eine Abgrenzung zur Eschatologie gegeben³⁴. Andererseits ist christliche Hoffnung immer ein eschatologischer Begriff. Auf eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des Hoffnungsbegriffs, ihrer zeitgeschichtlichen Einbindung und Bedeutung, wie z. B. die der Tugendlehre, wird weitgehend verzichtet³⁵. Weiter bleiben die Konsequenzen der Hoffnung als Grundlage ethischen Handelns in dieser Arbeit ungenügend berücksichtigt³⁶. Der heutige Mensch ist zurückgeworfen auf die Frage Kants: „Was darf ich hoffen“³⁷? und bleibt zunächst bei dieser Frage stehen. Das Finden einer existenziell-persönlich tragenden Antwort scheint geradezu notwendige Grundlage politisch-ethischen Handelns der Zukunft zu sein, die ersterem immer nachgeordnet ist. Der Mensch dieser Zeit wird nicht mehr in ein Kollektivum hineingeboren, wie z. B. der alttestamentliche Mensch, in eine schon vorgegebene Antwort der Lebensgewissheit und Zuversicht in die Zukunft, die sich in Gott begründet. Offensichtlich ist die Hoffnung heute dieser Antwort und Existenz entwurzelt. Der Mensch schwankt eher zwischen der Ambivalenz: Trägt oder trägt die christliche Hoffnung³⁸?

Auf welchem Grund steht die christliche Hoffnung?

Grundsätzlich gibt es im Alten Testament keinen einzelnen hebräischen Begriff der Hoffnung³⁹. Er ist in der Sprache differenziert. „Das Hoffen ist als ein Erwarten des Guten nah verwandt mit dem Vertrauen, und das Erwarten ist zugleich ein verlangend ausschauendes Erwarten, bei dem sowohl das geduldige Harren wie das Zufluchtsuchen betont sein kann.“⁴⁰ Das hebräische Wort „qwh“ wird mit „winden“ bzw. „zwirnen“ übersetzt. Bildlich wird die Hoffnung als Faden oder Seil verstanden, der sowohl Festigkeit und Punkt als auch Anknüpfung bietet (Josua 2,18). Der Prophet Ezechiel umschreibt mit dem Begriff „tiqwh“ den jüdischen Hoffnungsglauben: Hoffnung, die aus Not geboren wird, wirkt notwendig und tragend. Am Scheitern hoffen lernen, verbunden mit der Gewissheit und dem weitergegebenen Vertrauen der Väter, ist ein wesentlicher Inhalt. „tiqwh“ erweckt im „Tal der toten Gebeine“ neues Leben und wird zur Hoffnungserfah-

³⁴ Diese Arbeit kann keinen Beitrag zur Eschatologie leisten; ein christlicher Hoffnungs begriff ist allerdings immer darin eingebettet. Ich verweise auf: Pannenberg, W. (1971). *Theologie und Reich Gottes*. Gütersloh; Schwarz, H. (2002). *Die christliche Hoffnung. Grundkurs Eschaologie*. Göttingen. 21.

Stock, K. (1986). *Hoffnung als Dimension der Freiheit*. In: *Gottes Zukunft - Zukunft der Welt*, FS J. Moltmann. München, 14-22; Stock, K. (Hrsg.) (1994). *Die Zukunft der Erlösung. Zur neueren Diskussion um die Eschatologie*. Gütersloh; Moltmann, J. (1995). *Das Kommen Gottes: christliche Eschatologie*. Gütersloh.

³⁵ Begriffsgeschichtliche Überblicke: *Theologische Realenzyklopädie (TRE)* (1986). G. Müller (Hrsg.) Bd. 15. H.-I. Berlin. 480-498.; *Lexikon für Theologie und Kirche* (1996). W. Kasper (Hrsg.) Bd. 5. H.-K. Freiburg, 200-206.; Pieper, J. (1986). *Lieben, hoffen, glauben*. München, 193ff.

³⁶ Vgl. Stock, K. (1995). *Grundlegung der protestantischen Tugendlehre*. Gütersloh.

Martini, C. M. (1997). *Die Tugenden: Grundhaltungen christlicher Existenz*. München.

Begriffsgeschichtlicher Überblick, in: *Theologische Realenzyklopädie* (1986). G. Müller (Hrsg.) Bd. 15. H.-I. Berlin: New York, 495ff.; Honecker, M. (1982). *Die Hoffnung des Glaubens und die Verantwortung der Welt: Verifikationen*. FS G. Ebeling. Tübingen, 363-384.

³⁷ Kant, I. *Werke in sechs Bänden*. (1983). W. Weischedel (Hrsg.). Stuttgart. Für Kant ist menschliche Hoffnung ohne Religion nicht denkbar, letztere ist sogar ihre Voraussetzung: „Nur dann, wenn Religion dazu kommt, tritt auch die Hoffnung ein“, in: Kant, I. (1983). Bd. 5, 130.

³⁸ Lochman, J. M. (1974). *Trägt oder trägt die christliche Hoffnung?* Zürich.

³⁹ „qwh“ in: Jenni, E. & Westermann, C. (Hrsg.) (1984). *Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament (THWAT)*. München. Bd. II, Sp. 619-629.

⁴⁰ „elpis“ in: Kittel, G. (Hrsg.) (1935). *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament (THWNT)*. Stuttgart. Bd. 2, 515 – 530.

nung. Sie kennzeichnet die Beziehung zu Jahwe als eine Haltung der Erwartung, des Wartens und Ausharrens. Jüdische Hoffnung bezieht sich auf dieses unterwegs sein, kein Zustand des Lebens bleibt ewig. Jede Leiderfahrung birgt gleichzeitig Hoffnungsmaterial. „Wenn Er mich auch tötet, ich werde auf Ihn hoffen“ (Hiob 13,15). Es bedeutet Realismus, sich standhaft zu weigern, die Hoffnungslosigkeit als status quo hinzunehmen⁴¹. Das Leben des Frommen ist auf Hoffnung gestellt und wurzelt in seinem Glauben (Jes.7,9). Das im Hebräischen weiter zugrunde liegende Wort „Batech“⁴² bezeichnet stärker als die deutsche Übersetzung, dass Hoffen ein Ausdruck größter Gewissheit einer fest bestimmten Zukunft ist, die sich in Jahwe gründet. Hoffen ist zugleich immer ein Vertrauen, so dass beide Begriffe austauschbar werden. Alles andere ist nicht Hoffnung „Er hat ausgerissen meine Hoffnung, wie einen Baum „(Hiob19,10). „Der Gottlosen Hoffen wird Unglück“ (Spr. 11,23). Die Prägung der Gewissheit erhält sie vor allem durch die Psalmen (Ps. 4,6; 37,3ff; 31,15; 56,4f.). Diese Bedeutung findet sich im NT wieder, wie die Übersetzung von Ps. 16,9 „sicher“ in Apg. 2,26 mit „Hoffnung“ zeigt. Ist Gott Grund und Ziel der Glaubenshoffnung, so bedarf es offensichtlich Voraussetzungen und Hoffnungsbezüge, um die existenzielle Erfahrung der Hoffnung zu erleben. Voraussetzungen der Hoffnung beziehen sich auf die Erfahrung von Vertrauen (Ps. 22,5), Geduld; Warten und Stillesein (Jes. 30,15; vgl. Rö. 15,4). Hoffnungsinhalte und Auswirkungen im AT sind die Erfahrung von:

- Licht (Hiob 3,9; 30,26)
- Gnade und Güte Gottes (Ps. 13,6; Ps. 33,18ff)
- Gottes Hilfe (Klgl. 3,26)
- Lebensstärke (Jes. 30,15)
- Unverzagtheit (Ps.112,7)
- Frieden (Jer. 8,15)

Das alles gilt als unverfügbar! Der Mensch soll keine Hoffnung auf das Verfügbare setzen, wie Reichtum (Ps. 51,9), menschliche Gerechtigkeit (Ez. 33, 13), auf religiösen Besitz (Jer. 7,4), eigene Überlegungen und Berechnungen (Ps. 93,11), diese sind enttäuschbare Hoffnungen. Die Haltung des harrenden und vertrauensvoll Hoffenden wird im AT immer mehr zum Wissen um die Vorläufigkeit irdischen Lebens und zur Hoffnung auf eine eschatologische Zukunft (Ps. 12,6; Jes. 25,9). Hoffnung im Alten Testament kommt somit durch die persönliche Erfahrung zustande (Ps. 42; 73). Diese bezieht sich auf: Jahwe selbst (Ez.3,14) und seinen Bund mit Israel, die Erwartung des Guten, solange es Leben gibt, gibt es Hoffnung (Qoh. 9,4), sie wurzelt im Glauben (Jes.7,9), sie besitzt das personale Element des Vertrauens auf Gott (Ps.25). Neben der durchgängigen messianischen Hoffnung (Jes. 9,1-6; 11,1-9; Mi. 5,1ff; Ez. 34,23ff; Sach. 9,9) verbinden sich in den Psalmen zwei Hoffnungslinien im Blick auf Verzweiflung und Tod: die apokalyptische (Jes. 26; Dan.12,1ff) und Gedanken zur individuellen Auferstehungshoffnung (Ps.73, 26ff). Die inhaltlichen Ausrichtungen ergeben sich aus der individuellen und kollektiven Lebensgeschichte, die identisch sind. Prototyp dieser Hoffnung ist Abraham (Ps.22,5). Dagegen führt die Hoffnung ohne Gott im AT ins Unglück, in Verzweiflung, Verlorenheit und Traurigkeit (Spr.11,23; Hiob 14, 19). „Des Menschen Hoffnung ist verloren“ (Spr. 11,7). „Wenn der gottlose Mensch stirbt, ist seine Hoffnung verloren.“ (Eph. 2,12; 1. Thess. 4,13). Das bedeutet, im Kern besitzt der alttestamentliche Hoffnungs begriff keine Hoffnung im Tod (Hiob 14).

⁴¹ Lapide, P. (1988). Am Scheitern hoffen lernen. Gütersloh.

⁴² „elpis“ in: THWNT, Bd. 2, 518.

Der neutestamentliche Hoffnungsbegriff „elpis“ ist im wesentlichen durch den alttestamentlichen bestimmt⁴³ und überwiegend geprägt von der paulinischen Theologie. In den nachpaulinischen und anderen Schriften zeigt sich eine gewisse Tendenz vom Akt des Hoffens zum Status der Hoffnung bzw. Hoffnungsgut. Grundlage der Hoffnung ist Gott in Christus (Rö.15, 12ff).

Sie umfasst drei Momente: „die Erwartung des Künftigen, das Vertrauen und die Geduld des Wartens“⁴⁴. Mit Hebräer 11,1 ist die neutestamentliche Hoffnung definiert und entspricht damit der alttestamentlichen Zusammengehörigkeit von Glauben und Hoffen.

„Es ist aber der Glaube eine gewisse Zuversicht des, das man hofft, und ein Nichtzweifeln an dem, das man nicht sieht“ (Hebr. 11,1ff).

Die vertrauensvolle Gewissheit auf das Unverfügbare beschreibt Paulus so: „Denn wir sind wohl gerettet, doch auf Hoffnung. Die Hoffnung aber, die man sieht, ist nicht Hoffnung. Denn wie kann man das hoffen, das man sieht?“ (Rö. 8,24; vgl. Phil. 1,20; Hebr. 3,6). Der Charakter der elpis beinhaltet ebenfalls ein geduldiges Ausharren, Warten als Gabe des Heiligen Geistes (Rö. 5,5). Der Reichtum der Hoffnung entsteht durch die Kraft des Hl. Geistes. Ist somit die Struktur des elpis- Begriffes vom alttestamentlichen nicht unterschieden, so unterscheidet sich die Situation der Hoffenden. Im Neuen Testament beziehen sich die Hoffnungsinhalte auf die Verheißungen Gottes als zukünftige Erfüllung, wie:

- Auferstehung (Apg. 24,15)
- zukünftige Herrlichkeit (Röm. 5,2)
- Seligkeit (1. Thess.5,8; Titus 2,13)
- Fröhlichkeit/Freude (Röm. 12, 12)
- Ewiges Leben (15,13 ; Titus 3,7)
- Gnade (2. Thess.2,16)
- Wiedergeboren werden (1. Petr. 1,3)
- Reinigung (1. Joh. 3,3)
- Halt (Hebr. 10,23)

Zur Hoffnungsgestalt gehören auch das „Sorget nicht“ (Matt. 6,25ff), die innere Ruhe, Gelassenheit, Heiterkeit und das Leben im Hier und Jetzt. „Wer glaubt, der hat das ewige Leben“ (Joh. 3). Die alltägliche Hoffnung beruht in transzendenter Hoffnung⁴⁵. Alltägliche Hoffnung auf Christus

⁴³ „elpis“ in: THWNT Sp. 527-530.

⁴⁴ 527.

⁴⁵ Wie leben dann heute die Menschen mit ihrer alltäglichen Hoffnung ohne die Verbindung mit der transzendenten? Hier ist die Seelsorge herausgefordert, auch eine neue Hoffnungssprache zu geben.

Luckmann unterscheidet die „kleinen, mittleren und großen Transendenzen“, die das Leben des Menschen ausmachen. in: Luckmann, T. (1991). Die unsichtbare Religion. Frankfurt a. Main. 12-16. Komplementär kann ebenso von kleinen, mittleren und großen Hoffnungen des Menschen die Rede sein, z. B. die nächste Prüfung bestehen, einen Lebenspartner zu finden, von Gott angenommen zu sein. Sundermeier betont, dass es keine Religion ohne Erlebnisse der Transzendenz gibt. Sie sind nach seiner Meinung geradezu konstitutiv für Religion. Vgl. Sundermeier, T. (1999). Was ist Religion? Gütersloh. Nimmt man den Begriff Transzendenz wörtlich, so bedeutet das lateinische transcendo: Ich überschreite; es kann zunächst die Überschreitung eines Rahmens, einer Grenze jeder Art ausdrücken. Nach Tatjana Schnell können Transzendierungserlebnisse des heutigen Menschen bedeuten: „die Begegnung mit einem Gott oder einer höheren Macht ..., ebenso wie Auflösung in das Allumfassende oder das Nichts; Einheit mit anderen Menschen oder Natur, die Begegnung mit dem wahren Selbst oder auch ein kurzfristiges Aus- Sich- Heraustreten, das durch Glück oder Ehrfurcht gekennzeichnet ist.

kreiert die transzendente Hoffnung und diese Hoffnung trägt den Alltag⁴⁶. In Christus ist die Gegenwart mit transzendenter Hoffnung schon erfüllt. Der Zusammenhang zwischen Gegenwart und Zukunft, wie er in der Hoffnung festgehalten wird, wird in den Metaphern 1. Kor. 9,10 ausdrücklich bestätigt. Die Hoffnung veranlasst den Menschen, jetzt zu pflügen (1. Kor. 9,10). Diese Gegenwartsrelevanz der Hoffnung, der Bezug zum Alltag wird im NT auf vielfältige Weise nachdrücklich herausgestellt. Hoffnung ist im biblischen Sinne nie statisch, sondern immer ein Prozess, der das Leben bewegt und über das Leben hinaus transzendiert.

Römer 5,3ff: „...wir wissen, dass Trübsal Geduld bringt; Geduld aber bringt Bewährung, Bewährung aber bringt Hoffnung; Hoffnung aber lässt nicht zuschanden werden, denn die Liebe Gottes ist ausgegossen in unser Herz durch den Heiligen Geist, welcher uns gegeben ist“. Die Hoffnung des Menschen ist nach Paulus eingebunden in den Glauben und die Liebe (1. Kor. 13,13). „Die Liebe- in Christus verkörpert- ist das, woran der Glaube glaubt, und das, worauf die Hoffnung hofft“⁴⁷. Es macht das Dasein des Christen aus und sorgt für ein neues Welt- und Zeitverständnis. Hoffnung wird zu einer existenziellen Haltung! Die Liebe wird deshalb die Größte genannt, weil sie alles hofft (1. Kor. 13,8-12,13). Selbst schöpferisch und kreativ, wagt sie das Nicht-Sichtbare zu erwarten, weil sie Augen für das Unsichtbare besitzt. So kann die Liebe Gottes ebenfalls als Grund und Ziel der Hoffnung genannt werden. Die Hoffnung kann sich nur in diesem Raum der Liebe bewegen, ebenso wie der Glaube hofft, die Verheißungen Gottes zu schauen (II. Kor. 5,7). Im Kontext dieses Hoffnungsbegriffs müssen Gottlosigkeit und Hoffnungslosigkeit identisch sein (Eph. 2,12). Richtet man die Aufmerksamkeit auf das, was man die Entwicklung des Hoffnungsbegriffes im NT nennen könnte, so soll dies am Beispiel von Lukas 24, den Emmausjüngern, deutlich werden. Zunächst ist von enttäuschten Hoffnungen die Rede (Lk. 24, 18). Die Emmausjünger erzählen von ihrer Hoffnung auf politische Erlösung Israels und wie sie vom Gekreuzigten enttäuscht worden sind (24,21). Gerade diese Enttäuschung wird aber die Voraussetzung, den Lebendigen wirklich sehen zu können (24,25f). Sie gehen damit einen Weg; weg von einer illusionären Hoffnung zu einer lebendigen, tragenden Hoffnung. Denn mit Christus sind die Verheißungen des AT erfüllt (Mk. 1,15) und „das Reich Gottes mitten unter uns“ (Lk. 17,21). Dem Bedürfnis zwischen tragender und trügerischer Hoffnung zu unterscheiden, entspringt die Rede von der guten Hoffnung, die Gott in Christus gegeben hat (II.Thess. 2,16). Petrus 1,3 nennt sie die lebendige Hoffnung. „Die größte Reinheit erreicht der Gedanke der Hoffnung in den paulinischen

Ebenso können paranormale Erfahrungen und außersinnliche Wahrnehmung zu diesem Konstrukt gezählt werden. Wichtige Charakteristiken dieser Transzendierungserlebnisse sind:

-Sie sind nicht kontrolliert herbeizuführen; ihr Auftreten ist bestenfalls zu erleichtern.

-Sie sind von relativ kurzer Dauer, häufig einige Sekunden oder Minuten, selten bis zu einigen Stunden.

-Während ihres Auftretens kommt es zum Vergessen von Selbst und/oder Umwelt bei gleichzeitig ungewöhnlich intensiven Gefühlserleben, was sich in Glück, Ekstase, Ehrfurcht, Kraftzufuhr, aber auch in Furcht und Schrecken ausdrücken kann“. Schnell, T. (2004). Wege zum Sinn. Sinnfindung mit und ohne Religion-Empirische Psychologie der Impliziten Religiosität. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen. 8.

Insgesamt sind die Begriffe der Transzendenz und auch der Begriff der Spiritualität heute nicht eindeutig definiert. Die unterschiedlichen Positionen dazu führen zu keiner Verständigung. „Klar sollte sein: Spiritualität hat zu tun mit Lebensgestaltung aus den Quellen des Glaubens“. Ziemer, J. (2004). Weltlichkeit und Spiritualität. Seelsorge unter den Bedingungen der Säkularität. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen. 21, Anm. 2.

⁴⁶ Der Ansatz der Seelsorge beruht darin, was ich oder der andere heute glaubt. Krebskranke stellen die einfache Frage: „Wie bestehe ich den nächsten Tag?“ – eine Hoffnung, die an die Grenze der Transzendenz reicht.

⁴⁷ TRE (1986). Bd. 15. 486.

Briefen (1. Kor. 15,19). Paulus unterscheidet hier eine Hoffnung, die sich auf das weltliche Leben bezieht, von der Hoffnung, die auch angesichts des Todes ihre Geltung behält.⁴⁸ Solange die Hoffnung im Bereich des weltlich Möglichen bleibt, ist sie nicht rein, sondern nur, wenn sie die Wirklichkeit Gottes in ihrer Gegenwartsrelevanz zum Inhalt hat (1. Kor. 15,20-22). Prototyp dessen ist Abraham. Er glaubte entgegen dem, was im Bereich begründeter menschlicher Hoffnung lag. So zeichnet sich eine Unterscheidung zwischen alltäglicher (Immanenz) und lebendiger vertrauensvoller Hoffnung auf Gott hin (Transzendenz) ab. Das NT zeigt eine große Kargheit, wenn es um Hoffnungsinhalte geht. Breite Ausmalungen sucht man vergeblich. Die Abstraktion allerdings lässt den Begriff der lebendigen Hoffnung durchhalten. Auf ausgemalte Zukunftsbilder (abgesehen von Apk.) wird verzichtet. Hier findet die Sprache ihr Ende. Paulus sagt: „Gott wird sein alles in allem“ (1. Kor. 15,28). Das ist die Hoffnung der Christen⁴⁹.

Zusammenfassung

Insgesamt besitzt die jüdisch/christliche Hoffnung zwei Ausrichtungen: „Sie wird sich nicht abfinden mit der gegebenen Wirklichkeit [...]. Sie wird sich aber auch nicht abfinden mit utopischen Vorentwürfen der Zukunft [...]“⁵⁰, sondern Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Menschen zusammenfassen als Geschöpf Gottes, Werden und Verheißung des neuen Menschen. Die jüdisch/christliche Hoffnung beinhaltet die alltäglich/transzendente Hoffnung. Sie verknüpft sich mit dem Entwicklungsgedanken, welcher die Zweideutigkeit des Lebens⁵¹ und das Leben als Fragment⁵² mit der verheißenen Zukunft Gottes als das Ziel aller Hoffnung überwindet. Das Emotionsfeld Erwartung - Vertrauen - Hoffnung kann als das Kontinuum jüdisch/christlichen Denkens angesehen werden. Die Entwicklung der Hoffnung ist eingebunden in einen individuellen Erfahrungsprozess des Menschen, oft in der Auseinandersetzung mit seiner Hoffnungslosigkeit⁵³, Verzweiflung und Bewährung im Alltag und darüber hinaus.

⁴⁸ TRE (1986). 490.

⁴⁹An der „lebendigen“ Hoffnung, die die alleinige Hoffnung auf Gott beinhaltet, scheiden sich die Geister bis heute. Ihr kommt der Widerspruch der Welt, das Leid, die Zerstörung und der Tod entgegen. Bloch nennt deshalb die Hoffnung der Christen eine „hoffnungswidrige Hoffnung“ Bloch, E. (1959). Das Prinzip Hoffnung. (4. Aufl. 1993). Frankfurt, 1298. Für Nietzsche ist sie „das übelste der Übel“, in: Yalom, I. D. (2001). Und Nietzsche weinte. Zürich, 123.

⁵⁰ Moltmann, (1997). 334.

⁵¹ vgl. Tillich, P. (1962). Auf der Grenze. Eine Auswahl aus dem Lebenswerk. Stuttgart.

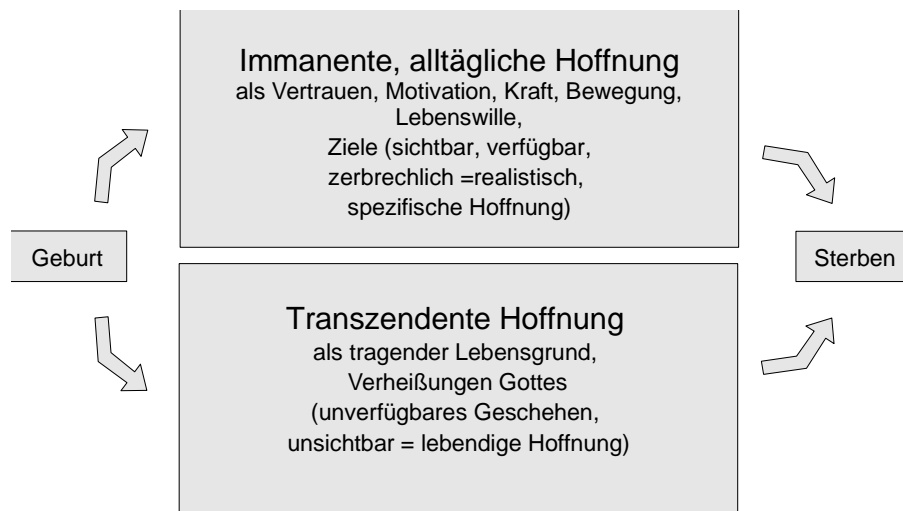
⁵² Luther, H. (1992). Religion und Alltag. Stuttgart. 160-182; vgl. Schneider-Flume, G. (2002). Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens. Göttingen.

⁵³Vgl. Sölle, D. (1984). Leiden. Stuttgart.; Sölle, D. & Steffensky, F. (1995). Wider den Luxus der Hoffnungslosigkeit. Freiburg.; Kerstiens, F. (1969). Die Hoffnungsstruktur des Glaubens. Mainz.

Lapide, P. E. (1976). Die Hoffnung des Paulus. Der Heidenapostel aus jüdischer Sicht: LM 15, 128-132.

Walter, E. (1940). Glaube, Hoffnung und Liebe im Neuen Testament. Freiburg.

Darstellung der Zweidimensionalität biblischer Hoffnung als Lebensprozess



Modell 1

Menschliche Hoffnung ist ein alltäglicher Prozess, der getragen wird von transzendenter Hoffnung und in diese mündet. Sie bedarf der Mensch zur Homöostase seiner Seele. Fehlt die sichtbare brüchige, alltägliche Hoffnung des Lebens, mündet alles in die Vertröstung, wenn die Transzendenz instrumentalisiert wird. Fehlt die unsichtbare, unzerbrechliche, transzendente Hoffnung Gottes, endet das Leben mit dem Tod, in der Verzweiflung⁵⁴.

1.2 Die Lehre von den Affekten als theologische Kategorie, dargestellt am Begriff der Hoffnung bei Luther

In der weiteren Entwicklung basiert die christliche Theologie der Hoffnung im Wesentlichen auf drei theologischen Strömungen.

1. Entwicklung einer Eschatologie⁵⁵.
2. Hoffnung als existenzielle Frage -exemplarisch dargestellt an Luthers Theologie- dient „die Lehre von den Affekten“, der auch die Hoffnung zugeordnet wird, als Grundlage eines theologischen Hoffnungsbegriffs
3. Die Tugendlehre – Hoffnung als Leidenschaft und Haltung des Menschen⁵⁶

⁵⁴ Dagegen steht heute z. B. folgende therapeutische Definition: „Hoffnung gehört zu den primären Fähigkeiten des Menschen und basiert auf seiner Erkenntnis- und Liebesfähigkeit, der Fähigkeit über den gegenwärtigen Moment hinaus positive Beziehungen zu den eigenen Fähigkeiten, Partner und Umwelt aufzubauen“ in: Pesseschian, N. (1998). Positive Psychotherapie. Theorie und Praxis. Frankfurt a. Main. 423. Hoffnung reduziert sich hier auf die individuellen Fähigkeiten, dem zwischenmenschlichen, sozialen Lebensbereich des Einzelnen, auf die immanente Hoffnung.

⁵⁵ Vgl. Stock, K. (Hrsg.) (1994). Die Zukunft der Erlösung. Zur neueren Diskussion um die Eschatologie. Gütersloh.; Joest, W. (1986). Dogmatik. Bd. 2. Der Weg Gottes mit dem Menschen. Göttingen. 613-682. Marsch, Wolf-Dieter (1969). Zukunft. Stuttgart.

⁵⁶ Die Vertreter der Tugendlehre waren überzeugt, dass die Hoffnung im Wechselspiel und der Zerrissenheit des Lebens eine Haltung bzw. Möglichkeit der Bewältigung bedeuten kann. Der Mensch, der sich von der Hoffnung auf Gott leiten lässt, wird sein Handeln vom Guten bestimmen lassen und sich ständig in Auseinandersetzung

1.2.1 Der Affektbegriff⁵⁷

„Die Hoffnung ist...eine göttliche Tugend, welche allein auf Gott acht gibt.“⁵⁸

„So ist in diesen Worten: Ich hoffe auf den Herrn die Summe der ganzen christlichen Lehre enthalten, welche nicht im Augenschein, sondern im Hoffen beruht“⁵⁹.

Die Zweiteilung des Menschen in seine Erkenntniskraft (*potentia intellectiva*) und Gefühlskraft (*potentia affectiva*) ist auf Gersons Schrift „*De theologia mystica 1408*“ zurückzuführen⁶⁰. Der Begriff „*affectus*“ kann übersetzt werden mit Affekt, Leidenschaft, Emotion, Kraft, Gefühl und Trieb⁶¹. Affekt und affektiv sind heute Begriffe, die im weitesten Sinne zur Psychologie des Gefühlslebens gehören. Psychologische Erkenntnisse haben zu vielen neuen Aspekten im Blick auf die Affekte geführt. Es gibt allerdings kaum ein interdisziplinäres Gespräch zwischen Seelsorge

zung darüber befinden. Dies führt ihn in die wahrhafte Selbstverwirklichung. So gibt Hoffnung einerseits ethische Handlungsimpulse, andererseits leitet die Hoffnung an, zwischen Glauben und den menschlichen Werken zu unterscheiden. Luthers entscheidende Kritik an der Tugendlehre, sein Verständnis der Hoffnung ist eingebunden in die Rechtfertigungslehre. Interessanterweise ist bis heute die Tugendlehre vor allem von der Ethik wieder aufgegriffen worden. Da die Tugendlehre und ihre Rezeption im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter dargestellt wird, verweise ich auf folgende Literatur:

Die Deutsche Thomas-Ausgabe. (1955). *Summa Theologica*. Bd. 10. Die Menschlichen Leidenschaften. Albertus – Magnus - Akademie (Hrsg.). Heidelberg. 590ff.; Engelhardt, P. (1984). Hoffnung. in: *Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe* (1984). P. Eicher (Hrsg.). München. 196-206.; Einen Überblick zur katholischer Theologie der Hoffnung gibt: Schaeffler, R. (1979). Was dürfen wir hoffen? Die katholische Theologie der Hoffnung zwischen Blochs utopischen Denken und der reformatorischen Rechtfertigungslehre. Darmstadt.; Stock, K. (1995). *Grundlegung der protestantischen Tugendlehre*. Gütersloh.

⁵⁷ folgende Ausführungen beruhen auf:

Pöhlmann, H. G. (Hrsg.). (1993). *Melanchthon, Loci Communes 1521*. Gütersloh.

Hirsch, E. (1937). *Hilfsbuch zum Studium der Dogmatik. Die Dogmatik der Reformatoren und der alt-evangelischen Lehrer quellenmäßig belegt und verdeutscht*. Berlin.; *Martin Luther Taschenausgabe* (1983). *Evangelium und Leben*. Band 4. H. Beintker et. al (Hrsg.). Berlin. 17 – 34.; Schröer, H. (1977). Affekt. In: *TRE*. Bd. I., 596 – 625.; Metzger, G. (1964). *Gelebter Glaube. Die Formierung reformatorischen Denkens in Luthers erster Psalmvorlesung, dargestellt am Begriff des Affekts*. Göttingen.

Joest, W. (1967). *Ontologie der Person bei Luther*. Göttingen.

Kutter, P. (1994). *Liebe, Haß, Neid, Eifersucht: Eine Psychoanalyse der Leidenschaften*. Göttingen.

Schwarz, R. (1962). *Fides, spes und charitas beim jungen Luther*. Göttingen. In: *AKG* 34.

Beißer, F. (1993). *Hoffnung und Vollendung*. Gütersloh.

⁵⁸ WA 5,162,21-25 „Dies ist die erste Frucht des lieben Worts, dass die Christen dadurch so unterrichtet werden, dass sie im Glauben und an Hoffnung zunehmen, all ihr Tun und Wesen Gott vertrauen lernen und alles, was ihnen an Leib und Seele vonnöten ist, von ihm erwarten“. WA 51,281,20-23.

⁵⁹ WA 25,119,11-15 „Denn wo das Evangelium nicht ist, da ist weder Hoffnung, Trost, Friede, Freude, Glaube, Liebe, Christus, Gott noch etwas Gutes“. WA 10 I 2,92,35-93,2.

⁶⁰ Gersons Hauptthese besagt: „Gott ist besser zu erkennen durch einen Reueaffekt als durch den forschenden Intellekt“ in: Pöhlmann, H. G. (1993).19, Anm. 19.

Vgl. weiter Augustinus, A. (1984). *Bekenntnisse*. Leipzig. Ebenso die franziskanisch- augustinerische Tradition des Mittelalters (Ailly), die Luther prägte in: Metzger, G. (1964). *Gelebter Glaube*. 21ff.

⁶¹ Pöhlmann, H. G. (1993). 44, Anm. 83.

und Psychotherapie auf der Grundlage ihrer unterschiedlichen inhaltlichen Begriffsbestimmung⁶². Das lateinische Verb „afficere“ bedeutet „etwas dazutun, einwirken, anregen“. Im psychologischen Sinne ist der Affekt ein heftiger, aber ebenso schnell vorübergehender Gefühlsablauf, der auf einer engen Verbindung zwischen Gefühl und Körperfunktionen beruht. Er ist gekennzeichnet von großer Kraft. Starke Affekte können dann zu Affekthandlungen führen („Blind vor Wut“; „den Kopf und Verstand aus Liebe verlieren“).

„Affekte stellen...vitale Reaktionsmöglichkeiten dar, die in ihrem heftigen, zeitlich aber kurzen Ablauf von einem physiologischen Erregungszustand begleitet sind“^{63/ 64}. Affekte sind vitale Antwortreaktionen, Hoffnung kann als ein Vitalitätsaffekt verstanden werden. Dabei sind die Affekte wie auch die Gefühle immer auf ein Objekt gerichtet. So ist jede Beziehung eine affektive Beziehung, innerhalb derer sich Menschen über diese Äußerungen verständigen. Lersch unterscheidet zwischen Primitivaffekten, wie Schrecken, Raserei und typisch menschlichen Affekten, wie Zorn, Hass, Liebe⁶⁵. Eine christliche Beurteilung der Affekte unserer Zeit muss die psychologischen Fakten angemessen beachten, z. B. hinsichtlich der Entwicklungspsychologie, der Lernpsychologie und Tiefenpsychologie, die sich mit Affektstörungen und Affektverschiebung auseinandersetzen⁶⁶. Sie wird sich allerdings in der Beurteilung der Affekte von der Psychologie unterscheiden. Einmal kennt sie die negativen und positiven Affekte, von denen der Mensch bestimmt werden kann. Heutige Psychologie beschäftigt sich dagegen überwiegend mit dem defizitären Erleben des Menschen. Weiter beinhaltet die neutestamentliche Lehre von Glaube, Hoffnung und Liebe „Affekte“, die eine gefühlsmäßige lebenslange Bindung, die die Persönlichkeit prägen, ausdrücken und sich immer auf Gott und Mensch beziehen. Psychologie dagegen bezieht sich ausschließlich auf zwischenmenschliche Beziehungen und die affektive Lerngeschichte des Menschen. Das Neue Testament bietet keine ausführliche Affektenlehre. Es kennt den konkreten Affekt (Gal. 5,20; Eph. 4, 31; Jak. 1, 19f.), nicht aber den präzisen Begriff. Eine Affektenlehre, die den Anspruch erhebt, auf biblischen Aussagen zu beruhen, lassen sich bis Petrus Lombardus und Augustinus zurückführen⁶⁷, entscheidend aber wurde Luthers Lehre. Seine Affektanschauung

⁶² Verwiesen sei hier auf die Arbeit von Vogel, C. (2000). Spiel-Raum der Gefühle. Die Funktion des Gefühls im seelsorgerlichen Gespräch. Frankfurt a. Main. Die Frage stellt sich, inwieweit ist der theologische Affektbegriff der Hoffnung überhaupt kompatibel zum psychologischen Hoffnungs begriff?

⁶³ Kutter, P. (2001) Affekt und Körper. Göttingen. 20.

⁶⁴ a. a. O. 17ff.

⁶⁵ Lersch, Ph. (1954). Aufbau der Person. München.

⁶⁶ Vgl. Fuchs, T. & Mundt, Ch. (Hrsg.) (2002). Monographien zur Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie Bd. 3. Affekt und Affektive Störungen. Paderborn.

⁶⁷ Luthers Affekt-Begriff hat seine Voraussetzungen in der augustinisch-franziskanischen Tradition. Im Affekt wird die Seinslage des Menschen vor Gott erfahren. Affekt versteht Augustinus als die jeweilige Ausrichtung des Willens (vgl. de civ.XIV c. 6). „Das Kognitive hat, vermittelt durch den ihm korrespondierenden Willen, im Blick auf den Affekt im Bereich des appetitus sensitivus (die außervernünftigen, sinnlich-körperlichen Erregungen Anm. der V.) die Funktion der Triebkontrolle. Mit dem Affekt im Bereich des appetitus intellectivus (Vermögen, das die geistigen Kräfte umfasst, wie Wille, Vernunft. Anm. d. V.) bildet es hinsichtlich der geistig-geistlichen Erfahrungen ein interaktives Verhältnis“ in: TRE Bd. I (1977). 599. Wichtig ist, dass der Affekt dem Willen entweder gleich oder übergeordnet ist. In der Spannung von dolor/gaudium überschreitet der Affekt den Bereich des appetitus sensitivus. Der Affekt der Freude entspringt der Einheit mit Gott, der Affekt des Schmerzes signalisiert das Herausgefallensein unter die Herrschaft der cupiditas. Der Mensch öffnet sich im Schmerz der misericordia, die der Gnade entspringt und zu Gottes Einheit zurückführt. Ohne die Gnade ist der Affekt ein affectus perversus im Unterschied zum affectus rectus. Der Wille und mit ihm der Affekt kann der cupiditas oder

gehört in den Zusammenhang der Frage nach den konkreten Lebensvollzügen des Menschen, die auch vom Erleben der Hoffnung bestimmt sind. Das war eine andere Art Theologie zu treiben, dass über Gott nur über die existenzielle Erfahrung geredet werden kann. Diese Erfahrungstheologie steht im starken Gegensatz zur Scholastik/Dogmatik des Mittelalters. Luther betonte 1531: „Allein die Erfahrung macht den Theologen“⁶⁸.

Für Luther vollzieht sich im Affekt und Intellekt, die er als grundlegende Funktion im Gottesverhältnis des Menschen sieht, die Abwendung oder die Hinwendung zu Gott⁶⁹. Dies korrespondiert mit dem Erkenntnis durch Gott, in dem Gott die Erkenntnis durch den Glauben erleuchtet und „den Affekt durch die mit dem Glauben gleichzeitige Liebe zu sich wendet“⁷⁰. So ist die Erkenntnis die notwendige Voraussetzung für jede Form des Affektes, umgekehrt lässt erst der Affekt das Erkannte lebendig werden. „Der Affekt ist der anthropologische Ort der geistlichen Erfahrung und des geistlichen Lebens“⁷¹. Für Luther ist die Affektlehre eingebunden in seine existenzielle Suche nach einem gnädigen Gott, seine Rechtfertigungslehre. Er grenzt sich ab von einer theologischen Psychologie bzw. Tugendlehre, die das Gottesverhältnis des Menschen als Vervollkommnung natürlicher Fähigkeiten der menschlichen Seele betrachtet⁷². Seine Theologie geht aus von der existenziellen Erfahrung des Menschen, wie sie in biblischen Texten als aufbewahrte Erfahrung zum Ausdruck kommt und den ganzen Menschen zur Umkehr und zum Ortswechsel rufen. Dieser Ortswechsel vollzieht sich in intellectu et affectu, insofern es um die Überwindung des sündigen Eigensinnes und Eigenwillens geht, die den ganzen Menschen bestimmen. Wo so das Ich des Menschen überwunden wird, gelangen Intellekt und Affekt in ihre Gott ent-

der mit der Gnade identischen Liebe folgen, aus der die Freude erwächst. In ihr transzendiert die Seele Wollen und Denken in der affektiven Einheit mit Gott. In der Frühscholastik traf Hugo von St. Viktor eine Unterscheidung zwischen vier Hauptaffekten: auf der einen Seite das Begehren, die Freude und Hoffnung, auf der anderen Seite das Eifern, die Furcht und den Schmerz. Freude und Schmerz wiederum bezogen sich auf Gegenwärtiges, während die Hoffnung und Furcht sich auf die Zukunft richten in: TRE Bd. I (1977). 601. Bonaventura als Vertreter der älteren Franziskaner - Schule greift dies auf, sieht aber als Grundaffekt die Liebe, in der alle Affekte wurzeln, deren Eigenart sich aus ihren je eigenen Objektbezug ergeben. 602.

⁶⁸ TRE, 16 Z. 13.

⁶⁹ D. Martin Luthers Werke Kritische Gesamtausgabe. Weimar 1883 (= WA). WA 3. 478, 33ff. Im Intellekt und Affekt soll der Mensch sein Angesicht Gott und der Welt seinen Rücken zuwenden, so Luthers Ausführungen im Scholion zu Ps. 72 (73), 16, WA 3; 479, 1ff.

⁷⁰ WA 4; 259, 23ff.

⁷¹ TRE, Bd. I. 606.

⁷² In der Scholastik unterschied man 3 theologische oder übernatürliche Tugenden: Glaube, Hoffnung, Liebe von den 4 von Plato übernommenen philosophischen, natürlichen Tugenden oder Kardinaltugenden: Gerechtigkeit, Tapferkeit, Klugheit, Mäßigkeit. Die theologischen oder christlichen Tugenden bauen auf den philosophischen oder Kardinaltugenden als Unterbau auf. Die Reformatoren sehen in beiden kein Übereinander, sondern ein Gegeneinander vom Gegensatz: Fleisch-Geist oder Gesetz und Evangelium. Die philosophischen Tugenden sind menschliche Fähigkeiten und somit nicht göttlich. Paulus hat im 1. Kor. das Werk der Vernunft als etwas Natürliches bezeichnet, wie z. B. die philosophischen Tugenden. Die Reformatoren wehren sich deshalb gegen die Spielarten und Formen der Tugenden nach Art und Weise der Philosophen und Scholastiker als unbiblisch. Ebenso kritisieren sie T. v. Aquin, der in seiner Summa theologiae die intellektuellen Tugenden: Weisheit, Wissenschaft, Verstand, Kunst, Klugheit, die moralischen Tugenden oder Kardinaltugenden: Klugheit, Gerechtigkeit, Mäßigkeit, Tapferkeit, die theologischen Tugenden oder übermenschlichen, göttlichen Tugenden: Glaube, Hoffnung, Liebe als die Gaben und Früchte des HL. Geistes, unterscheidet. Vgl. Pöhlmann (1993). 83.

sprechende Funktion. Ohne die Erkenntnis und Bindung an die Hl. Schrift bleibt der Affekt blind bzw. wird das Opfer der Selbstherrlichkeit des Menschen. So redet Luther vom affectus fidei.

1. 2. 2 Luthers Hoffnungs-begriff

So sehr bei Luther alle metaphysisch-psychologische Theorie der Affekte zurücktritt, so verwendet er doch die traditionellen Schemata. Im Scholion zu Ps. 67 (68),18 führt er ein sechsgliedriges Affektschema aus⁷³. Luther vergleicht die Affekte mit einem Wagen, der unterwegs ist aus dieser Welt in die himmlische Zukunft: „Dessen vier Räder sind die vier Affekte: **Hoffnung**, Furcht, Freude, Schmerz. An jeder von seinen beiden Seiten befinden sich zwei: zwei aus der Liebe zum Guten und zwei aus dem Hass zum Bösen...Die Deichsel aber ist die rechte Ausrichtung und Richtung aller: die Klugheit, das Auge der Tugenden⁷⁴. Amor entspringen spes und gaudium auf das bonum ausgerichtet, odium sowie timor und dolor beziehen sich auf die Abwehr des malum. Neben dieser Struktur vertritt Luther auch ein viergliedriges Affektschema: amor, spes, odium und timor⁷⁵. Aus allem Guten, das Gott zuteil werden lässt, entstehen subjektiv Hoffnung und Liebe, aus allem Übel subjektiv Furcht und Hass. In den späteren Jahren finden sich die Affektgruppen bei Luther in freierer Modifikation. So wird für ihn das mit dem Glauben verbundene Vertrauen der zum alles tragende Grundaffekt⁷⁶. „Also das ein Gott haben nichts anders ist denn yhm von hertzen trawen und gleuben, wie ich oft gesagt habe, das alleine trawen und gleuben des hertzens machet beide Gott und abeGott⁷⁷. Entspricht die Seele des Menschen im Affekt des Vertrauens und Glaubens Gott, so ist der Unglaube der innere, verborgene Affekt des Herzens. Die Verkehrtheit im Vertrauen ist der affectus carnis und der ursprünglichere in der menschlichen Seele. „Nichts ist tiefer im Menschen als jener Affekt: sich selbst zu lieben“⁷⁸. Die Begierde des Fleisches ist die Quelle aller verkehrten Affekte⁷⁹. Nach Luther kann dieser affectus occultus, der die gesamte Erfahrung des Menschen bestimmt, in seinem Wesen nicht empirisch erkannt werden. Dies geschieht nur durch den Glauben, der das Herz des Menschen von der Eigenliebe befreit und sich mithilfe des Heiligen Geistes auf ein Grundvertrauen in Gott gründet. „Liebe und Hoffnung werden zu aktuellen Erscheinungsformen dieser affektiven Existenzbewegung, weil allein der Glaube sie dem sündigen Zugriff des affectus carnis entreißt...Es geht... um eine Überwindung des affectus carnis durch den affectus fidei“⁸⁰.

⁷³ WA 3, 404,24ff.

⁷⁴ WA3, 404,25-29.

⁷⁵ WA 3, 530, 30f.

⁷⁶ Die Psychologie von Erikson geht im Blick auf die Entwicklung der Hoffnung von zuvor erfahrenem Vertrauen aus, welches ein Mensch durch wesentliche Bezugspersonen in der frühen Kindheit erfährt. Die Glaubens- und Vertrauenserfahrung mit Gott sind dabei weniger im Blick. vgl. Erikson, E. H. (1988). Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt a. Main; Drs. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. Main.

⁷⁷ WA 30/1,133,2-4.

⁷⁸ WA 57/2,41,17. „Amor und timor carnalium sind die Wurzel aller Sünden“ in: WA 3,605,32ff.

⁷⁹ WA 3,48,17ff.

⁸⁰ TRE Bd.1, 608.

Melanchthon, der 1521 in „Loci communes“ die lutherische Affektenlehre aufgreift⁸¹, betont, dass die natürlichen Affekte nur von den geistlichen besiegt werden können. Da der natürliche Affekt den Menschen hinwegreißt, muss ein entgegengesetzter Affekt in unsere Herzen geschaffen werden, durch den wir zum Guten hingerissen werden, der Affekt des Geistes Gottes. Die inneren (fleischlichen) Affekte sind nicht in der Gewalt des Menschen, deren Sitz das Herz ist (Gn. 6,5). Menschen sind davon geprägt, dass sie zwischen verschiedenen Affekten wählen, je nach Veranlagung und Persönlichkeit. Nur ein stärkerer Affekt kann z. B. Hass überwinden. Aufgeben kann das Herz ihn nur, wenn dieser Affekt von einem heftigeren anderen überwältigt wird. Dies ist ein geistliches Phänomen, denn nur der Hl. Geist kann dem menschlichen Herz die Affekte des Glaubens einflößen und damit die Sünde als „verkehrter (krummer) Affekt und eine verkehrte (krumme) Bewegung des Herzens“⁸² überwinden.

Zusammenfassung

Die Affekt-Lehre des Mittelalters wurde im Rahmen einer metaphysischen Psychologie gedacht, die auch Luther prägte. In Abgrenzung zu Platon und Aristoteles sowie der sich entwickelnden Tugendlehre beschreibt Luther den Affekt nicht als partielles Seelenvermögen, sondern als ein den ganzen Menschen bestimmendes Streben im Blick auf den Unglauben (Fleisch) oder Glauben (Geist). Der Affektbegriff, von Luther nie ausdrücklich definiert, enthält zwei Schwerpunkte: Für Luther ist Menschsein immer Affekt, d. b. Affekt bringt die konkrete kreatürliche Befindlichkeit des Menschen zur Sprache. Der Begriff meint die Wirklichkeit, die Personmitte des Menschen als einen Ort, auf den hin alle Lebensäußerungen gesehen werden können. Durch sie steht der Mensch mit allem Begegnenden in Kommunikation. Für Luther ist diese existenzielle Erfahrung gegenwärtig. Zum anderen sagt der Begriff Affekt aus, dass menschliches Sein in seiner Komplexität konstituiert wird durch die Relationen, in welchen es steht. Die Affekte beteiligen am gegenwärtigen Geschehen, sie weisen aus, was die Wirklichkeit ist, von der her (Vergangenheit) und auf welche hin (Zukunft) der Mensch lebt. „So sehr es der reformatorischen Theologie bei dieser Affektanschauung um die empirisch zu beschreibenden Affekte geht, so sehr bindet sie doch das Urteil über die die Affekte bestimmende Macht an das Urteil des Glaubens. Im Glauben an das Treueversprechen Gottes (promissio) wird das Vertrauen zum Grundaffekt des Menschen, mit dem als Früchte des Glaubens die Affekte von Liebe und Hoffnung ursprünglich verbunden sind. Da die Hoffnung dem Glauben entspringt, bleibt sie als eine *contra spem* auf die Möglichkeiten Gottes bezogene unterscheidbar von dem Erwartungsaffekt der Hoffnung, die sich auch auf noch nicht Vorhandenes, aber grundsätzlich vom Menschen selbst Realisierbares bezieht“⁸³. So hat Luthers Lehre von den Affekten und sein Hoffnungsverständnis ihren Sitz in seiner Rechtfertigungslehre. Die Erkenntnis der Barmherzigkeit Gottes ermöglicht die Liebe, ferner ist auch die Hoffnung ein Werk des Glaubens. Durch die Hoffnung wird das, was durch das Wort ver-

⁸¹ Als Systematiker reformatorischer Theologie verfasste Philipp Melanchthon 1521 die „Loci communes“, in der er konsequent Luthers Theologie folgt. Ihr Wesenszug ist der erfahrungsbezogene Ansatz. Anhand der „Loci communes“ wird die Gefühlskraft des Menschen gewürdigt. Melanchthon beschreibt Hauptpunkte, Hauptbegriffe, Grundsätze bzw. Grundwahrheiten lutherischer Theologie, so auch Glaube, Liebe, Hoffnung.

⁸² Pöhlmann (Hrsg.) (1993). Loci communes. 49.

⁸³ TRE Bd. I, 610.

heißen wird, herbeigesehnt. „Auf dich sollen alle hoffen, die deinen Namen kennen“ (Psalm 9,11).

1.2.3 Das Hoffnungsverständnis Luthers am Beispiel der Psalmen⁸⁴ und seiner Briefe

Luther betont in seinem Kommentar zum Römerbrief 1515 in seiner Auslegung von Römer 3,10, dass uns das Hoffen geboten wird⁸⁵. Dabei unterscheidet er die Hoffnung auf Gott und die Hoffnung sowie das Vertrauen auf uns selbst. Letzteres hält den Menschen zum Narren. Hoffnung bezieht sich für ihn allein auf Gott, es ist ein Wesensmoment des Glaubens, aus dem die Liebe erwächst. „Der Mensch kann nur das Seine suchen und sich selbst über alles lieben, - das ist die Summe aller Laster“⁸⁶. Deshalb haben nur die wirklich Hoffnung, „die auf den Herren hoffen“ (Psalm 5,12). Luther verbindet seine Suche immer wieder mit einer scharfen Kritik an religiöser Selbsttäuschung. So kann Hoffnung für ihn nicht Ausdruck des religiösen und ethischen Niveaus sein, geschweige denn ein gesicherter Besitz. Sie geschieht. Der Mensch erfährt, „dass die Hoffnung nichts anderes ist als eingegossene Kraft infusa virtus“⁸⁷; darum muss sie stets gesucht werden. So kann die Hoffnung nur dialektisch und in ihrer Polarität angemessen beschrieben werden. „...dass wir zugleich verzweifeln, dass heißt ohne Hoffnung sind, und zugleich hoffen, weil wir die Hoffnung in Hoffnung suchen“⁸⁸. Hoffen wird bei Luther als vertrauender Glaube (fiducia) verstanden, und solch hoffender Glaube erfüllt das Beten, Arbeiten, Leben und Tun des Christen. Das ist das Haupt der Werke. Unter diesem reformatorischen frühen Ansatz steht Luthers ganzes Werk. Exemplarisch soll Luthers Hoffnungstheologie an seiner Auslegung zu Psalm 5 verdeutlicht werden. „Und es mögen sich freuen alle, die auf dich hoffen“ (Ps. 5,12). „Das Hoffen begegnet...auf zweierlei Weise: entweder im „Fleisch“ oder im „Geist“, entweder menschlich oder göttlich, entweder vom Geschöpf her oder vom Schöpfer“⁸⁹. Weil Menschen vertrauen auf den Herren haben, unabhängig von ihren Werken und Verdiensten, freuen sie sich. Um die Natur der Hoffnung zu verstehen, geht Luther auf die menschliche Seele ein: „Wie Ungeduld, Traurigkeit, und Verwirrung eigentlich...nicht entstehen durch die Vielzahl der Bedrängnisse und Widerwärtigkeiten und den Verlust irgendwelcher Güter, sondern vielmehr aus dem Gefühl des Menschen, dem vor diesen Dingen graut und der törichterweise (nur) Glück, Wohlleben und Ehre sucht: so entstehen auch Verzweiflung, geistliche Traurigkeit und Unruhe des Gewissens...aus dem Gefühl der eigenen Gerechtigkeit...“⁹⁰. „Aber die nicht wissen und nicht wissen wollen, dass man sich über Gott freuen...soll, werden traurig, unruhig und ungeduldig, nicht weil Widerwärtiges und Trauriges kommt, sondern weil sie, wenn es kommt, nicht nach Gott Ausschau halten, sondern nach

⁸⁴ Die Psalmenvorlesungen Luthers beinhalten den Kern seines Hoffnungsverständnis. Die Ausführungen basieren auf: Martin Luther Taschenausgabe Bd. 1-5. Beintker, H. et al. (Hrsg.) (1983). Evangelium und Leben. Bd.4. Berlin. 17-34.; Beintker, H. (1951). Zur Datierung und Einordnung eines neuen Luther-Fragmentes. Wiss. Zeitschrift Greifswald 1, 70-78.

⁸⁵ WA 56,236,23f.

⁸⁶ WA 56,237,11f.

⁸⁷ Beintker, H. et al. (1983). Bd. 4. 18. VF 83,3. (VF = Vatikanisches Fragment. Bl = Blatt).

⁸⁸ drs. 18. VF 85, 28-86,1.

⁸⁹ drs. 20. Scholie zu Psalm 5,12; vgl. auch: WA 1,347,2-349,19; VF 79,22-89.

⁹⁰ drs. 21. Bl. 248a.

Glück und Wohlleben. Daher fliehen sie und können doch nicht entfliehen, weil sie nicht fliehen, wohin man fliehen muss, wie es Jesaja 30,15f. beschreibt: „Im Stillesein und Hoffen wird eure Stärke sein, aber ihr habt gesagt: Nein! Auf Rossen werden wir fliehen“... Wie die Geduld, die auf dem Glück beruht, nichts ist, so ist auch die Hoffnung nichts, die auf Verdiensten beruht. Und wie es ein leichtes ist, im Glück Geduld zu haben, so ist es auch ein leichtes, bei Verdiensten Hoffnung zu haben“⁹¹.

Die Kraft der Barmherzigkeit Gottes ist für Luther Wesen und Inhalt der Hoffnung. Wo keine Barmherzigkeit ist, da ist keine Hoffnung. Die menschlichen (Gnaden) Gaben und Verdienste werden von Gott geschenkt, um mehr auf ihn zu hoffen. „Aber siehe, durch (unsere) falsche Einstellung, die sich darauf etwas einbildet, kommt es dazu, dass mühsamer und weniger auf ihn gehofft wird, ja überhaupt nicht mehr auf ihn gehofft wird...“⁹². Luther betont, dass menschliches Handeln, gute Werke in höchstem Maße gefordert sind. „Allein jene heimliche⁹³ und raffinierte fleischliche Neigung (affectus), die ihr Vertrauen auf die Werke setzt und nicht auf die reine Barmherzigkeit Gottes, ist auszureißen und abzugewöhnen, damit der Mensch wisse, dass die Hoffnung nichts anderes ist als eingegossene Kraft (infusa virtus)...dass Hoffnung in uns von Gott bewirkt werde...Nicht dass wir uns... einbilden, die Hoffnung als sicheren Besitz zu haben, sondern damit wir wissen, dass sie stets gesucht werden muss...“⁹⁴. Die Hoffnung kann nach Luther nicht im Menschen gesucht und gefunden werden. Wie Inhalt und Ziel des Glaubens zu den unsichtbaren Dingen (Hebräer 11,1) gehört, so auch das Ziel der Hoffnung. „Die Hoffnung freilich, die man sieht, ist keine Hoffnung“ (Römer 8,24). Beide verheißt Gott allein. Ob Hoffnung in uns ist, das erweist sich in der Anfechtung und Verzweiflung. Bis dahin ist sie verborgen. Menschen stürzen ins Unglück, wenn sie in diesen Zeiten auf sich selbst vertrauen und nicht auf die Barmherzigkeit Gottes. Der Mensch lebt als Sünder und Gerechter. „Ähnlich muss von der Hoffnung gesprochen werden, weil wir zugleich verzweifeln, das heißt, ohne Hoffnung sind, und zugleich hoffen, weil wir die Hoffnung in der Hoffnung suchen. Was wir hoffen, das kennen wir nicht, woran wir verzweifeln, das wissen wir; deshalb suchen wir ja, weil wir wissen und fühlen, dass wir verzweifeln (Römer 5, 4-5)“⁹⁵. Der Verzweifelte gelangt aber weder zu Geduld noch zur Bewährung, wenn die Hoffnung nicht schon vor der Verzweiflung da ist. In seinen seelsorgerlichen Briefen geht er immer wieder auf die erfahrbare Todesangst und Lebenshoffnung des Einzelnen ein. So schreibt Luther in der Zeit der Pest am 25. 11. 1538 an seinen Freund Nikolaus von Amsdorf-damals Superintendent in Magdeburg: „Was Du schreibst, dass die Menschen sich so ängstigen zu dieser Pestzeit, das habe ich auch bei unserer letzten Pestzeit vor wenigen Jahren erfahren. Und ich wundere mich, je reicher die Verkündigung des Lebens, das in Christus ist, ergeht, desto größer ist im Volk die Todesangst: ob nun deshalb, weil man vorher, noch unter dem Papsttum, infolge falscher Lebenshoffnung den Tod weniger fürchtete, jetzt aber beim Bekannt werden der wahren Lebenshoffnung spürt, wie unfähig die Natur dazu ist, dem Sieger über den Tod zu glauben...“⁹⁶. Luther streitet hier um die wahre Lebenshoffnung und un-

⁹¹ Beintker, H. (1983). 22. Bl. 248b.

⁹² drs. 23. Bl. 249.

⁹³ 24. Bl. 249b.

⁹⁴ drs.

⁹⁵ drs. 27. Bl. 25.

⁹⁶ Ebeling (1997). Luthers Seelsorge an seinen Briefen dargestellt. Tübingen. 321.

terscheidet diese von der falschen. Das Kriterium dafür ist das von Natur hoffnungsloseste, der Tod. Das Falsche an der falschen Hoffnung ist für Luther ein trügerischer Hoffnungsgrund, der den Tod durch Umdeutung verschleiert. Dieser vermag nur die Hoffnung zu zerstören. „Wahre Lebenshoffnung ist dagegen am Sieg über den Tod orientiert, weil an dem Leben, das in Christus ist. Diese wahre Lebenshoffnung macht einem erst bewusst, dass der Glaube an den Sieger über den Tod nicht die Sache der Natur ist. Bietet sie doch keinen verlässlichen Grund zu todesüberwindender Hoffnung“⁹⁷. Die wahre Lebenshoffnung lässt illusionslos die Schwäche menschlicher Natur erfahren, so dass die Todesangst nicht einfach weicht, sondern zunehmen kann. Am Ende seines Briefes wandelt sich der Tenor und Luther schreibt jetzt von Lebensangst und Todeshoffnung. Letzteres füllt er mit der Sehnsucht nach dem Offenbarwerden des Gegläubten, nach der Erfüllung der wahren Lebenshoffnung. Luther, der unzählige Trostbriefe an Leidtragende geschrieben hat⁹⁸, bringt in ihnen seine eigene Existenz zwischen Anfechtung, Verzweiflung, Lebensangst und dem Erleben von Gnade, Trost und Lebenshoffnung durch Jesus Christus zum Ausdruck. An anderer Stelle schreibt er: „Und so mache mir die Größe deiner Barmherzigkeit Hoffnung, aber die Größe meines Elends bringe mir Furcht! Denn so hat Gott Wohlgefallen an denen, die ihn fürchten und die auf seine Barmherzigkeit hoffen (Psalm 147,11)... So werde ich zwischen (Ehr)furcht und Hoffnung glücklich (meinen Weg) gehen“⁹⁹.

1.2.4. Hoffnung als eschatologischer Begriff¹⁰⁰

Die letzten Dinge gehören zu den notwendigen Inhalten des christlichen Glaubens. Die Eschatologie erfuhr durch Luther eine charakteristische Neuinterpretation. Er spitzt sie auf die existenzielle Erfahrung des Menschen im Hier und Jetzt zu (vgl. Joh. 3), auf ein Geschehen, das sich heute an mir vollzieht. Der Mensch findet sich als personales Gegenüber von Gott. So redet Luther im Großen und Kleinen Katechismus und dessen Auslegung durchgehend von „uns“, vom „Wir“, vom „Ich“. Gott ist kein Sachverhalt, eine sachlich theologische Aussage des Intellekts, eine Wahrheit fernab von unserem Selbst, sondern er zeigt sich in lebendiger Begegnung, als innere Berührung, als gewordene Erfahrung¹⁰¹. Gottes ewiges und sein erfahrbar zeitlich, gegenwärtiges Kommen sind die beiden Seiten des Kommens Gottes zu uns.

⁹⁷ Ebeling (1997). 330.

⁹⁸ drs. (1997). 352ff.

⁹⁹ Beintker et al. (1983). Bd. 4. 31. Bl. 254a. Luther versteht Furcht als Ehrfurcht vor Gott, anstelle des menschlichen Selbstvertrauens. Letzteres darf nicht mit dem „Selbstvertrauen“ im psychologischen Sinne verwechselt werden.

¹⁰⁰ vgl. Beißer (1993). Hoffnung und Vollendung. Gütersloh.

¹⁰¹ vgl. Tillichs Definition des Glaubens: „Jene Tiefe ist es, die mit dem Wort Gott gemeint ist. Und wenn das Wort nicht für euch Bedeutung besitzt, so übersetzt es und spricht von der Tiefe in eurem Leben, vom Ursprung eures Seins, von dem, was euch unbedingt angeht, von dem, was ihr ohne irgendeinen Vorbehalt ernst nehmt. Wenn ihr das tut, werdet ihr vielleicht einiges, was ihr über Gott gelernt habt, vergessen müssen, vielleicht sogar das Wort selbst“. Tillich, P. (1975). In der Tiefe ist Wahrheit. Religiöse Reden, 1. Folge. Stuttgart. 55.

drs. „Hoffnung“, in: Theologie für Nichttheologen. ABC protestantischen Denkens. H.-J. Schultz (Hrsg.). Berlin. 167-171. Für Tillich ist die Hoffnung und der Glaube das Werk des göttlichen Geistes, in: drs. (1962). Auf der Grenze. Stuttgart. 78.

Dies wird nicht als entweder – oder empfunden, einander gleichgesetzt, sondern in seiner Spannung miteinander erfahren und erlitten. So drückt sich die ewige Hoffnung schon zeitlich, gegenwärtig aus, die Vollendung, die Erfüllung aber steht noch aus. Luther kann das Eschaton formelhaft zusammenfassen: „glauben an den Sohn Gottes, das ewige Leben haben und erwarten“¹⁰². Haben und Erwarten trifft den Kern seines Verständnisses. In Bezug auf Gal. 5, 5 beschreibt Luther das Verhältnis von Glauben und Hoffnung. Für ihn spricht die Schrift von der Hoffnung in zweierlei Weise: „Einmal bedeute Hoffnung dasjenige, was erhofft wird, die *res separata*, also die künftige, himmlische Vollendung. Dann aber bedeute Hoffnung einen Affekt, der gegenwärtig ist und den Glauben begleitet. Im ersten Sinn redet z. B. Kol. 1,5, im zweiten etwa die Stelle Röm. 8,24 f., wo es heisst: “Hoffnung, die gesehen wird, ist nicht Hoffnung. Denn was einer sieht, wie könnte er darauf hoffen? Wenn wir aber das, was wir nicht sehen, erhoffen, so erwarten wir es durch Geduld“¹⁰³. Luther hält für die vorliegende Stelle beide Deutungen für möglich, sehr viel ausführlicher behandelt er aber Hoffnung als Affekt. „Beide Auffassungen von Hoffnung sind gut, aber die...die den Akt des Hoffens meint, gewährt reicheren Trost“¹⁰⁴. Für Luther benötigt der Mensch die Hoffnung zur Überwindung seiner Anfechtung. Hoffnung bringt das, was einmal sein wird, in die Gegenwart hinein, und dadurch gewinnt der Mensch Tapferkeit und Geduld. Dazu erwartet Hoffnung die Gerechtigkeit, die Vollendung Gottes. Glaube und Hoffnung wachsen unlösbar miteinander. Luther bewegt das heute zu erfahrende Geschehen des Glaubens und die jetzt zu bewährende Hoffnung, die zur Erlösung und Vollendung führen. Es ist eindeutig, dass das Hoffnungsverständnis Luthers seinen Sitz in der Rechtfertigungslehre hat. „Wir sind Erben des ewigen Lebens in Hoffnung...Unsere Rechtfertigung ist also noch nicht vollständig (!). Sie ist ereignishaft und im Werden. Sie ist noch im Bau. Aber sie wird endlich vollendet werden in der Auferstehung der Toten.“¹⁰⁵.

Luthers Eschatologie im Einzelnen¹⁰⁶

1. Zukunftserwartung

Menschen heute verstehen unter Hoffnung im Allgemeinen die Zuversicht, die weitere Entwicklung oder Geschichte werde einen guten Ausgang nehmen. Luthers Begriff der Hoffnung unterscheidet sich davon deutlich. Luther erwartet die Wiederkunft Christi. „Denn wer das künftige

¹⁰² „credere in filium Dei, habere et expectare vitam aeternam“ WA39,II,10.

¹⁰³ WA 40,II,23-32.

¹⁰⁴ WA 40,II,25,8.

¹⁰⁵ WA 39,I,252,5.

¹⁰⁶ Es ist nicht möglich, Luthers eschatologisches Verständnis umfassend darzustellen, am Beispiel der Hoffnung wird sie exemplarisch aufgezeigt. Wesentliche Begriffe, wie Reich Gottes, Tod und Auferstehung, Vollendung und Ewiges Leben müssen unberücksichtigt bleiben. Hingewiesen sei auf Schwarzs Eschatologie, der den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema und einen wichtigen Literaturüberblick in den Disziplinen der Exegese, Kirchengeschichte, Systematik darstellt. Schwarz, H. (2002). Die christliche Hoffnung. Grundkurs Eschatologie. Göttingen.

Vgl. Seils, M. (1996). Glaube. Gütersloh. Bd. 13, S. 21ff. Glaube und Hoffnung sind für Luther unzertrennlich. Das Verständnis dieser beiden Begriffe Luthers kann nur von seiner Rechtfertigungslehre erschlossen werden. Vgl. Hirsch, E. (1937). Hilfsbuch zum Studium der Dogmatik. Berlin. 117ff.

Barth, Hans-Martin (2001). Dogmatik. Evangelischer Glaube im Kontext der Weltreligionen. München.

Vgl. vor allem sein Schlusskapitel.

leben nicht hoffet, der (be)darff Christus eben so wenig als die küe und ander thier des Paradieses...Solche Gesinnung wird überhand nehmen. Die Menschen werden dann nicht allein Gott verachten, sondern auch kein vernunft noch menschliche schew haben.“¹⁰⁷ In diesem Zusammenhang gehört auch Luthers Naherwartung des Endes. Dieses Bewusstsein hinderte Luther keinesfalls, sich gegenwärtigen Aufgaben zu widmen.

2. Hoffnung

Im Sprachgebrauch Luthers ist Hoffnung die Zuversicht auf das eschatologische Heil, auf das ewige Leben. Die wichtigsten Stellen, in denen er sich über Hoffnung äußert, sind Römer, 4,16; 5,5; 8,24f., ein großer Exkurs zu Psalm 5,12 in seinen *Operationes* und seine Ausführungen zu Gal. 5, 5 in seinem 2. Kommentar. Ihnen können folgende Grundzüge entnommen werden: Hoffnung ist für Luther immer bezogen auf Gott, der alles schenkt. Er ist der Grund. Man muss „glauben, hoffen, anhängen; in seiner Hand und in seinem Schoß darf man sich bergen. Hoffen heißt geradezu Gott dahaben“¹⁰⁸. Hoffnung ist immer eingebunden in Glauben und Liebe, besitzt aber zugleich eine spezifische Seite der Gemeinschaft mit Gott. Hoffnung richtet sich daran aus, dass wir „Erben des ewigen Lebens in Hoffnung“ sind¹⁰⁹. Hoffnung wirkt in Gegensätzen und lässt sich daran bewähren. Sie ist Gewissheit über nichtvorhandene Zukunft und hofft das Unmögliche. Luther beruft sich auf Hebräer 11,1 und Römer 8,24. „Die Hoffnung versetzt in das Erhoffte, aber das Erhoffte tritt nicht in Erscheinung. Deshalb versetzt sie in Unbekanntes, in Verborgenes, in innere Finsternisse, dass der (Hoffende) nicht weiß, was er hofft, dagegen weiß, was er nicht hofft. So ist die Seele gemacht zur Hoffnung und gleichzeitig zum Erhofften (d.h. sie hat schon das Erhoffte), denn sie weilt in dem, was nicht erscheint, d. h. in der Hoffnung“¹¹⁰. Hoffnung besteht für Luther im Wirkungskreis des Wortes, des Hörens, davon wird die Seele fortgerissen, innerlich ergriffen. Dies führt sie in große Einsamkeit, denn alles Sichtbare zu verlassen, aus allem Gewohnten herausgeführt zu werden, da wird jeglicher Boden entzogen, an der die Hoffnung hing, um sich ganz auf Gott zu verlassen. Luther knüpft hier an die mystische Tradition an. Er unterscheidet sich aber darin, dass die Erlösung nicht in einem Erlebnis unmittelbarer Begegnung mit Gott liegt, sondern Gott persönlich anredet. Die Spitze ist die Aufhebung des Ichs. „Es wird schmerzhaft aus allem herausgerissen, all seiner Bindungen und Beziehungen beraubt, all seiner Stützen entledigt, wird buchstäblich zu Nichts. So endlich lebt es allein der Hoffnung, allein der göttlichen Verheißung, gegen alles Sichtbare, gegen alle Welt. Dies hält Luther seiner Zeit entgegen, die sich anschickt, den Menschen zu Maß aller Dinge zu erheben“¹¹¹. Der wesentliche Gegensatz für Luther bleibt der von Werken einerseits und der von Glaube, Hoffnung, Liebe andererseits. Er grenzt sich damit ab von der Grundformel der scholastischen Theologie seiner Zeit: „Hoffnung ist die gewisse Erwartung des Lohns, die aus Verdiensten entsteht...Es besteht die strenge Alternative: Entweder wir hoffen auf Gott oder wir bilden uns etwas ein auf Werke. Die Hoffnung entsteht nicht aus den Verdiensten, sondern im Gegenteil, aus der Hoffnung entstehen die Verdienste...Deswegen besteht ein notwendiger Zusammenhang der Hoffnung mit der Not und Anfechtung...Hinzutreten muss das passive Leben...das nichts mehr

¹⁰⁷ WA 50,269,21-270,10. und z. B. 5,413,30; 467,2; 484,27; 11,411, u.v.a.

¹⁰⁸ „...deum habere(t) adhuc praesentem“ WA 5,287,1.

¹⁰⁹ WA 39,1,252,4; 298,4.

¹¹⁰ WA 56,374,14.

¹¹¹ Beißer (1983). 56.

übrig bleibt von Verdiensten, deren der Stolz sich rühmen könnte. Wenn dies geschehen ist...geschieht in ihm Hoffnung, das heißt, er lernt, dass nichts ist...darauf wir hoffen, dessen wir uns rühmen können, außer Gott“¹¹². Luther spitzt das Eschaton zu auf die heutige Erfahrung auf die jetzt erlittene Not. Das Spezifische in der Theologie Luthers ist seine Überwindung einer einseitigen Affektlehre. Für ihn ist Hoffnung immer vertrauender Glaube, dieser kann sich affektiv ausdrücken. Zwischen beiden besteht eine untrennbare Wechselbeziehung und ist nicht zu trennen von seiner Rechtfertigungslehre.

Zusammenfassung

Für Luther schenkt die menschliche Hoffnung vertrauenden Glauben auf Gott und ist von ihm als persönliche Glaubenserfahrung gegeben. Hoffnung wird dem Menschen von Gott als Kraft eingegossen (*infusa virtus*) und beruht auf seiner Barmherzigkeit. Gottes geschenkte Hoffnung ist vor alle Verzweiflung des Menschen gesetzt und kann schon deshalb nicht an den Menschen gebunden sein. Der Mensch benötigt nach Luther diese Hoffnung zur Überwindung seiner alltäglichen Anfechtungen. Hoffen heißt dann im Alltag „geradezu Gott dahaben“ und impliziert eine existenzielle Haltung zum Leben und zum Sterben. Die Hoffnung bewirkt Geduld und Bewährung in der alltäglichen Ungewissheit und Unsicherheit, dem Nichtwissen, wohin das Leben führt. Sie dient gleichzeitig der Bewältigung von Lebensangst und Verzweiflung. Im Sprachgebrauch Luthers ist Hoffnung immer die Zuversicht auf das eschatologische Heil, auf die Auferstehung und das ewige Leben. Das primäre Verständnis Luthers im Blick auf die Hoffnung ist ein existenzielles untrennbar verbunden mit seinem Glauben und eschatologischen Verständnis.

In welcher Weise kommt diese existenzielle Erfahrung und Frage nach der Hoffnung in der Moderne zur Sprache? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Arbeit in der Seelsorge? Drei Handlungsfelder Praktischer Theologie werden im Weiteren dazu befragt.

¹¹² WA 5,298,1; vgl. WA 5,297, Anm. 23; 298, Anm. 25; 5286,20; 5,316,22.

1.3 Die Rezeption des Hoffnungsbegriffs in Teildisziplinen der Gegenwart¹¹³

1.3.1 Religionspädagogik

„Die praktisch-theologische Relevanz des Problembereichs ist noch wenig geklärt. Gründe dafür sind: die uneinheitliche Terminologie in Theologie und Psychologie, insbesondere im Blick auf die Abgrenzung des Affekt-Begriffes und seiner Übersetzung in Leidenschaft, Emotion, Gefühlsbewegung, Gefühlserregung; die sehr unterschiedliche Qualifizierung des Affekt-Begriffs in der Theologiegeschichte...Die wichtigsten neueren Ansatzpunkte für eine praktisch-theologische Rezeption des Affektbegriffs liegen...bis heute auf dem Gebiet der Religionspädagogik“¹¹⁴. Diese beziehen sich vor allem auf die Bestimmung der Lernzielbereiche oder Bildungsebenen. Mitscherlichs Beiträge zur Affektbildung, dessen Rezeption¹¹⁵ sowie die Aufnahme der amerikanischen Taxonomieforschung gaben wesentliche Anstöße. Die taxonomische Klassifikation der Erziehungsziele unterscheidet zwischen kognitiven, affektiven und psychomotorischen Bereichen. Affektives Lernen gehört heute unabdingbar zum Religionsunterricht, wenngleich Arbeiten und zur Hoffnung Seltenheitswert haben. „Die religionspädagogische Grundaufgabe besteht ... darin, durch ein entsprechendes Angebot an Hoffnungssprache, die in der Kindheit ausgebildeten Hoffnungen so zu stärken und zu erneuern, dass die Gegenkräfte (Mut, Vertrauen, Hoffnung) Vorrang vor den Grundängsten, die unser Leben mit bestimmen, gewinnen und dass aus der undeutlichen Verheißung eine deutliche Verheißung wird“¹¹⁶. Die Ergebnisse der Focus-Studie (2000) zeigen, dass Jugendliche im Blick auf ihre Zukunftsperspektive in West-

¹¹³ Seine neue Verhältnisbestimmung von Affekt und Vernunft für die Glaubenserkenntnis ist in der weiteren Geschichte vom Pietismus und vor allem von Schleiermacher aufgegriffen worden. Vgl. dazu Vogel (2000). Spiel-Raum der Gefühle. Frankfurt a. Main. 29ff. Der Hoffnungsbegriff entwickelt sich aus dem Glaubensbegriff lutherisch - paulinischer Tradition. Dies wirkt bis heute nach. Es war im Weiteren die Religionspsychologie, die zu Beginn und Mitte des 20. Jhd. versuchte, diesen Ansatz auf empirische Grundlagen zu stellen. Vgl. James, W. (1997). Die Vielfalt religiöser Erfahrung: Frankfurt. In der aktuellen systematisch-theologischen Diskussion ist der Affektbegriff nirgends ein eigenständiges Thema und wird deshalb nicht berücksichtigt. In der gegenwärtigen Theologie bildet Pannenberg eine Ausnahme. Dieser entwickelte in Auseinandersetzung mit Erickson und Mead ein Identitätskonzept, indem er auf das Erleben menschlicher Affekte eingeht. Der Mensch ist „in den gehobenen Stimmungen und positiven Affekten, in denen er am ehesten mit sich einig ist, gerade nicht mit sich selbst beschäftigt, sondern ekstatisch in der Wirklichkeit seiner Lebenswelt und ihres tragenden Grundes geöffnet und hingegeben“ in: Pannenberg, W. (1983). Anthropologie. In theologischer Perspektive. Göttingen. 257. Solche Affekte sind Freude, Hoffnung oder Liebe im Gegensatz zu Angst, Furcht, Traurigkeit und Haß. Erstere sind exzentrische, letztere egozentrische Gefühle. Die Erfahrung dieser Affekte führt den Menschen in eine Gemeinschaft oder in die Vereinzelung.

¹¹⁴ TRE, Bd. I, 621/622.

¹¹⁵ vgl. Mitscherlich, A. (1963). Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. München.

drs. (1967). Die Unfähigkeit zu trauern. München.

Stachel, G. (1971). Religionsunterricht-kognitiv und/oder affektiv?: KatBl 96. 281-296.

Vgl. die Entwicklung von Interaktionsspielen für unterschiedliche Altersgruppen von K. W. Vopel, der sich in besonderer Weise dem Problem des affektiven Lernens in der Praxis gewidmet hat.

Vopel, K. W. (2000). Lebendiges Lernen und Lehren. Bd. 21 (7. Aufl.) Iskopress.

¹¹⁶ Biehl, P. (2001). Eschatologie. In: Lexikon der Religionspädagogik. Bd. 1. N. Mette & F. Rickers (Hrsg.). Neukirchen-Vlyn. 466. Biehls Begriff der Hoffnung ist eingebettet in die Ausführungen zur Eschatologie. Drs. 467ff.

deutschland 76 %, im Osten 60% keine Angst haben¹¹⁷. Die Shell-Studie (2000) stellt im Blick darauf fest: Recht zuversichtlich versuchen sie „ihre Lebensperspektive vorzubereiten, ihre Möglichkeiten im Beruf auszuschöpfen und ein befriedigendes Privatleben zu erreichen“¹¹⁸. Die Religion bleibt bei diesen Untersuchungen weitgehend ausgeblendet. So bestimmt die Jugendforschung zwar die Ausgangsbedingungen von Lernprozessen, sie hat aber keine normative Funktion im Blick auf ihre Zielsetzung. Der heutige religionspädagogische Ansatz im Blick auf die Hoffnung verweist auf zwei Lernwege¹¹⁹.

1. Reich Gotteshoffnung als Symboldidaktik

Das Symbol „Reich Gottes“ erhält seinen Zugang durch die Erzählung. Zukunft wird mithilfe der Rede vom Reich Gottes als Gegenstand der Hoffnung vermittelt. Andererseits erweist sich das Erhoffte in der Realität. Jesus lockt die Hörer mit seinen Gleichnissen vom Anbruch des Reiches Gottes zu eigenen Erfahrungen und Auseinandersetzung hinsichtlich der Lebenspraxis. So werden unterschiedliche biblische Grundpositionen im Blick auf die Zukunftshoffnung exemplarisch aufgegriffen, um in einer Pro- und Contradiskussion eine eigene Hoffnungsüberzeugung herauszuarbeiten. Dabei bietet die Kraft der Bilder aus dem alltäglichen Erfahrungshintergrund eine Basis der existenziellen Anknüpfung (z. B. Gleichnis vom Senfkorn).

2. Zukunftsorientierung von Kindern und Jugendlichen und die Erfahrung eigener Hoffungsgeschichten

Hoffnung lässt sich nie allein argumentativ einlösen. Sie bedarf der Erfahrung aller Sinne. Durch Metapherübungen („Hoffnung ist für mich wie...“) wird die Sprache bereichert und gleichzeitig in der Phantasie, in Träumen neue Möglichkeiten der Zukunft kreierte. Dabei wird die Nichtdarstellbarkeit des Endes als Herausforderung erkannt. Die Dichter und ihre Lyrik eignen sich zur Darstellung mithilfe von Formen, Farben, Duft¹²⁰. Hoffnung bedarf ihres Ausdrucks mithilfe von Tanz, Lied, Pantomime, Fest, Bibliodrama, Märchen, Gleichnishandlungen, damit sie sich Gewissheit im Leben als Erfahrung verschaffen kann. Insgesamt wird zwar die affektiv-emotionale Dimension in religiösen Lehr-Lern-Prozessen wahrgenommen, „sie ist aber noch weitgehend unerforscht“¹²¹. Gibt es so etwas wie spezifisch religiöse Emotionen, die vom Menschen auf Gott oder etwas Transzendentes bezogen werden und seiner religiösen Entwicklung dienen? Nach

¹¹⁷ Focus-Studie. Jugend 2000, Focus 12/2000, 63.

¹¹⁸ Fuchs-Heinritz, W. (2000). Zukunftsorientierungen und Verhältnis zu den Eltern, in: Jugendwerk der Dt. Shell (Hrsg.). Jugend 2000. 1, Opladen, 92; Heiliger, Ch. & Kürten, K. (1992). Jugend 1992, in: Institut für empirische Psychologie (Hrsg.). Die selbstbewusste Jugend. Köln. 68-156.

Marquardt, F.-W. (1993). Was dürfen wir hoffen, wenn wir hoffen dürften? Gütersloh.

¹¹⁹ vgl.: TRE Bd.I, 624.; Baldermann, I. (Hrsg.) (1995). Hoffnung lernen. Religion 5/6. Stuttgart.

Baldermann, I. (1999). Auferstehung sehen lernen: entdeckendes Lernen an biblischen Texten. Neukirchen-Vluyn.; Pemsel - Maier, S. (2000). Der Traum vom ewigen Leben. Stuttgart.

¹²⁰ Domin, H. (1979) „Nicht müde werden“ in: I. Drewitz (Hg). Hoffnungsgeschichten. Gütersloh.

Biehl, P. (1996) Zukunft und Hoffnung in religionspädagogischer Perspektive, in: JRP 10 (1995). Neukirchen-Vluyn, 125-158.; drs. (1999). Festsymbole. Neukirchen-Vluyn.

Klein, R. & Klein, W. (1993). Der Hoffnung ein Fest. Wege zum eigenen Glauben finden. Stuttgart.

Kiehn, A. et. al. (Hrsg.) (1992). Bibliodrama. Stuttgart.

Machel, J. (2001). Hoffen und Handeln. In: Lebenswerte. Orientierung im Wandel der Welt. K. Möllering & U. Behlau (Hrsg.). Leipzig.

¹²¹ Schreiner, M. (2001). Emotionales Lernen. In: Lexikon der Religionspädagogik. Bd. 1. N. Mette & F. Rickers (Hrsg.). Neukirchen-Vluyn. 401-402.

Beile¹²², der mit seiner Arbeit die Religiosität, religiösen Emotionen und ihre Beziehung zum religiösen Urteil untersucht, werden von religiösen/nichtreligiösen Jugendlichen innerhalb ihrer Beziehung zu Gott oder etwas Transzendenten besonders häufig die Emotionen: Glück, Dankbarkeit, Vertrauen, Freude, Sicherheit und Geborgenheit genannt. Dabei zeigt Beile, dass diese Emotionen besonders entscheidend für die Entwicklung der Religiosität sind¹²³. Insgesamt kommen die emotionalen Aspekte der Hoffnung in der Praxis der Religionspädagogik zur Sprache, weniger lassen sich theoretische Grundlagen und empirische Arbeiten dazu finden.

1.3.2 Religionspsychologie

Klassiker der Religionspsychologie ist W. James mit seinem Werk „The Varieties of Religious Experience“ (1901/02). Der ehemalige Schüler W. Wundts in Leipzig begründete in Amerika mit anderen Wissenschaftlern dieses Fachgebiet der Psychologie¹²⁴. James fragt nach den religiösen Gefühlen und sieht die religiöse Erfahrung und Entwicklung vorrangig im emotionalen Bereich verwurzelt. Erst heute greifen Religionspsychologen und empirische Forschung sowie andere Fachrichtungen auf seine Ansätze zurück¹²⁵. Allerdings zieht Murken¹²⁶ in seiner Bestandsaufnahme das Fazit, dass die etwa einhundert Jahre alte Religionspsychologie in Deutschland sich nicht als eigenständige Disziplin etabliert hat. Dieses Fachgebiet ist bis heute ein Waisenkind, und niemand bekennt sich wirklich zu deren Elternschaft. Ist Religion auf dem Prüfstand psychologischer Forschung oder entzieht sich Religion psychologischer Forschung und steht damit permanent in der Gefahr einer Reduktion aufgrund der unweigerlichen Ausklammerung des Transzendenten? Im gewissen Maße trifft dies auf die Begriffe des Glaubens und der Hoffnung zu, will man diese empirisch untersuchen, wie auch diese Arbeit zeigt.

Derzeit bestimmen vor allem fünf Bereiche die religionspsychologischen Fragestellungen¹²⁷.

¹²² Beile, H. (1998). Religiöse Emotionen und religiöses Urteil. Ostfildern.

¹²³ Beile definiert religiöse Gefühle als „Emotionen, die von dem einzelnen Menschen auf Gott oder ein Transzendenten bezogen werden. Sie können in verschiedenen – auch subjektiv nichtreligiösen – Situationen erlebt werden“ in: Beile, H. (1998). Religiöse Emotionen und religiöses Urteil. Ostfildern. 41. Er beklagt die Vernachlässigung der Reflexion emotionaler Aspekte in Theologie und Philosophie, wie sie von Schleiermacher oder heute wieder von Küng aufgegriffen wurden. Vgl. Schleiermacher (1958). Über die Religion. Reden an die Gebildeten unter ihren Verächtern. Hamburg. (Original 1799); Küng, H. (1994). Das Christentum. Wesen und Geschichte. München; Drs. (1988). Religion – das letzte Tabu? Über die Verdrängung der Religiosität. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 38, 103-111. In der heutigen deutschsprachigen Religionspsychologie und Religionspädagogik sind religiöse Emotionen, zu denen auch die Hoffnung gerechnet wird, kaum empirisch erforscht.

¹²⁴ Dazu: James, W. (1901/1997). Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Frankfurt a. Main.; Murken, S. (2002). Religionspsychologie in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme. in: Wege zum Menschen (WzM). 54. Jg./4, 185ff. vgl. als Überblick: Pargament, K. I. (1997). The Psychology of Religion and Coping. Theory. Research. Practice. London.

¹²⁵ z. B. Taylor, Ch. (2002). Die Formen des Religiösen in der Gegenwart. Frankfurt a. Main.; Eliade, M. (1998). Das Heilige und das Profane. Vom Wesen des Religiösen. Frankfurt a. Main.

Henning, Ch. & Nestler, E. (Hrsg.) (2000). Religionspsychologie heute. Frankfurt a. Main.

¹²⁶ Murken, S. (2002). in: WzM, 54. Jg./4, 185ff.

¹²⁷ 190ff.

1. Religion messen¹²⁸

Es wird diskutiert, welche Merkmale Religion ausmachen, Messinstrumente¹²⁹ dafür zu entwickeln und neben Inhalten und Formen der Religiosität auch das Ausmaß ihrer Bedeutung zu erheben. So wird heute innerhalb der Neurowissenschaft mithilfe bildgebender Verfahren der Frage nachgegangen: Wie entsteht Glaube im Gehirn?¹³⁰ Durch Experimente fanden Wissenschaftler heraus, dass Hirnzellen im rechten Schläfenlappen aktiviert werden, während Menschen beten oder meditieren. Allerdings geht es hier um den altbekannten engen Zusammenhang zwischen religiöser Erfahrung und physiologischen, psychischen und neurologischen Veränderungen. So sinkt der Blutdruck und Blutzucker während einer Meditationsübung, Menschen erleben Glück, Geborgenheit und Hoffnung. Es ist ein Rückgang der Aktivität im Orientierungsfeld des Gehirns zu verzeichnen. Die überlieferten mystischen Erfahrungen werden heute als biologisch real und naturwissenschaftlich abbildbar dargestellt. So wird davon ausgegangen, dass das visuelle Assoziationsfeld eine große Rolle bei visuellen Vorstellungen und Bildern oder bei Nahtoderfahrungen spielt, ebenfalls das Orientierungsfeld (die Umgrenzung des Selbst), das Aufmerksamkeitsfeld (der Sitz des Willens) und das sprachlich-begriffliche Assoziationsfeld (die Welt unterteilen und benennen).¹³¹ Bisher gibt es auf dieser Ebene keine Untersuchungen, welche Auswirkung die Hoffnung physiologisch und neurologisch auf den Menschen haben kann. Ist Religion wirklich messbar? Es besteht die Gefahr, Spiritualität heute zu funktionalisieren. Sie kann aber nicht wie eine Aspirin verabreicht werden, ebenso wenig, wie Glaube und Hoffnung gemacht, sondern nur erfahren werden können. Es bleibt die Frage: Was ist im Blick auf eine religiöse Erfahrung und Hoffnung messbar, was nicht¹³²?

2. Coping¹³³

In den letzten Jahrzehnten ist Coping von engl. to cope = „bewältigen“ ein zentraler Begriff der Psychologie geworden. Menschen sind täglich damit konfrontiert, kritische Lebensereignisse, Stressfaktoren, Alltagswidrigkeiten und die Anforderungen unserer psychischen Grundbedürfnisse, wie z. B. die Herstellung eines positiven Selbstwertgefühls, erfüllte Partnerschaft oder Sinnsuche zu bewältigen. Inwieweit fördert oder schadet Religiosität dem Coping bzw. bewältigen religiöse Menschen anders?¹³⁴ Bisher wenig diskutiert wurde¹³⁵, inwieweit die Hoffnung gerade in

¹²⁸ z. B. in : Luckmann, T. (1991). Die unsichtbare Religion. Frankfurt a. Main. Suhrkamp, S. 22-76.

¹²⁹ z. B. „Der Religiöse Bewältigungsindex“ (RBI) in: Kremer, R. (2001). Religiosität und Schlaganfall. Bewältigen religiöse Menschen anders? Frankfurt a. Main. 277-281.

¹³⁰ Newberg, A./D`Aquili & Rause V. (2003). Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht. München.

¹³¹ drs. 33-50.

¹³² Zu Messinstrumenten in der Religionspsychologie verweise ich auf: Wolfradt, U. & Müller – Plath, G. (2003). Quantitative Methoden in der Religionspsychologie. In: Ch. Henning/ S. Murken & E. Nestler (Hrsg.) Einführung in die Religionspsychologie. Paderborn. 164-183.

¹³³ Überblick dazu: Tesch - Römer. C./ Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). Psychologie der Bewältigung. Weinheim: Beltz; vgl. Snyder, C. R. et al. (1999). Hoping. In C. R. Snyder (Ed.), Coping: The psychology of what works (pp. 205-231). New York; drs. et al. (2002). Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion. In Psychological Inquiry. An international Journal of peer commentary and Review. R. F. Baumeister & C. Sedikides (Ed.). Mahwah. 13 (3). 234-238.

¹³⁴ vgl. Selinger, K. & Straube, E. R. (2002). Glaube versetzt Berge. Bei jedem die gleichen? in: WzM, 54. Jg./ 4, 205; Kremer, R. (2001). Religiosität und Schlaganfall. Bewältigen religiöse Menschen anders? Frankfurt a. Main; Morgenthaler, Ch. (2002). Von der Pastoralpsychologie zur empirischen Religionspsychologie? in: WzM. 54. Jg./5.; Philipp, S. – H. & Freudenberg, E. (1998). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Psychomedizin 10/1,14-17; Philipp, S. – H. (Hrsg.) (1995). Kritische Lebensereignisse. Weinheim.

Krisenzeiten für den Menschen eine wesentliche Copingstrategie darstellt und welche Herausforderung Seelsorge und Psychologie damit verbinden. Didier ist in Ihrer Arbeit der Frage nachgegangen, inwieweit religiöser Glaube eine Bedeutung bei Coping, Support und Heilung von Krebs¹³⁶ besitzt. Auf der Grundlage von Patienteninterviews plädiert sie für eine religiöse Kompetenz im Krankenhaus. Kremer stellt die Frage: „Bewältigen religiöse Menschen anders?“¹³⁷ und verweist darauf, dass religiöses und nicht-religiöses Bewältigungsverhalten sich insgesamt ergänzen. Am Beispiel von Schlaganfall-Patienten geht er von drei Bewältigungsstrategien – heteronom, interaktiv und autonom sowie fünf religiösen Bewältigungsformen aus: Gottes gnadenhaftem Zuspruch, Hoffen auf ein Wunder, Glaube an Gottes Güte, Leben nach Gottes Plan und Angst vor Gottes Zorn¹³⁸. Insgesamt kann er bestätigen, dass Religiosität und religiöses Coping Risiken des In –der -Welt-Seins bewältigen.

3. Coping und Gesundheit

Der Forschungsbereich zur Frage des Verhältnisses von Religion und Glaube/Krankheit ist in den letzten Jahren vor allem in Amerika explosionsartig angewachsen. Es gibt Hinweise, dass Religiosität Vorteile in Bezug auf Gesundheit, längeres Leben und psychische Stabilität hat. Allerdings ist es abhängig von der Art des Glaubens¹³⁹. Eine neuere Arbeit von Deister untersucht die Krankheitsverarbeitung und damit die Wiederherstellung psychischer Gesundheit und religiöse Einstellung im Vergleich von onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten¹⁴⁰.

Zur empirischen Forschung über Religiosität und seelische Gesundheit finden sich im Deutschsprachigen nur sehr wenige Arbeiten, wie z. B. von Robrecht.¹⁴¹ Kremer fasst seine empirische Forschung zu diesem Thema so zusammen: „Unabhängig von der Sozialisierung, ob nun innerhalb und außerhalb des traditionell religiösen Systems, ist die vermutete Wirkungsweise der Religiosität und des religiösen Bewältigungsverhaltens auf die physische Gesundheit keine direkte, sondern eine indirekte. Zuerst wird die psychische Gesundheit beeinflusst, danach die physische“¹⁴².

4. Bekehrung

Wichtige Fragen hierbei sind z. B.: Was sind individuelle Motive und Voraussetzungen zu einem konfessionellen Wechsel oder Bekehrung zu einer anderen Religion, gibt es entwicklungspsychologische Spezifika, welche Änderungen in Persönlichkeit und Lebenshaltung sind mit einer Kon-

¹³⁵ Einer der wenigen Forscher, der diese Frage aufgreift ist Pargament. Vgl. Pargament, Kenneth I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping. Theory. Research. Practice.* London.

¹³⁶ Didier, S. (1995). *Der religiöse Glaube – seine Bedeutung bei Coping, Support und Heilung von Krebs.* Göttingen.

¹³⁷ Kremer, R. (2001). *Religiosität und Schlaganfall. Bewältigen religiöse Menschen anders?* Frankfurt a. Main; Ammermann, N. (1999). *Religiosität und Kontingenzbewältigung.* Münster.

¹³⁸ Vgl. Ammermann, N. (1999). 63-71 und 95.

¹³⁹ Vgl. Grossarth -Maticek (2002). Gesundheitsfaktor Nummer eins: der Glaube. In: *Christ & Leben. Idea Spektrum.* 5; dagegen George, H. (2000). *Gesunder Charakter statt Gesundbeten?* In: *Psychologie Heute.* (11) Weinheim.; Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen. Pargament führt allein 140 empirische Studien differenziert zu diesem Thema an. Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping, Theory, Research, Practice,* New York.

¹⁴⁰ Deister, T. (2000). *Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellung. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten.* Mainz.

¹⁴¹ Robrecht, J. (2002). *Woher kommt mir Hilfe? Empirische Studie zur Religiosität seelisch leidender Menschen am Beispiel 25-40jähriger in Psychotherapie.* Mainz, 25-28.

¹⁴² Kremer, R. (2001). 272.

version verbunden?¹⁴³ Es ist zu vermuten, dass dies auch im Zusammenhang mit der Suche nach einer anderen Hoffnungsanbindung stehen kann.

5. Religion in verschiedenen Lebensaltern¹⁴⁴

Neben der Forschung zu Kindheit und Jugend und der Altersforschung gibt es kaum eine differenzierte phasenspezifische Religionsforschung. So wird das Erwachsenenalter als Block angesehen. Einige der wenigen Arbeiten dazu stammt von Beile¹⁴⁵. Er bestätigt mit seinen Untersuchungen die Grundannahmen der Theorie des religiösen Urteils von Oser und Gemünder¹⁴⁶. Die Autoren postulieren fünf aufeinanderfolgende, strukturell verschiedene Stufen: Deus ex machina; do ut des, Deismus, religiöse Autonomie und Heilsplan; Intersubjektivität und beschreiben inhaltlich sich gegenüberstehende Pole: „Heiliges versus Profanes; Transzendenz versus Immanenz; Freiheit versus Abhängigkeit; Hoffnung (Sinn) versus Absurdität; Vertrauen versus Angst; Dauer (Ewigkeit) versus Vergänglichkeit; Kontrollierbares versus funktional nicht Durchschaubares; und ... Bestimmung versus Zufall¹⁴⁷. „Nach den empirischen Ergebnissen ergeben sich zwei Hypothesen über Faktoren, die die religiöse Entwicklung im Jugendalter vorantreiben: Für den Übergang von Stufe 2 nach Stufe 3 des religiösen Urteils sind vermutlich vor allem kognitive Veränderungen verantwortlich. Die religiöse Weiterentwicklung von Stufe 3 nach Stufe 4 wird dagegen von der Emotion angeführt“¹⁴⁸. Kremer zieht in seinen Studien das Fazit: „Mit zunehmendem Alter wird die Religiosität und damit die Rolle der Religiosität in der Bewältigung einer Krankheit immer wichtiger. Frauen sind religiöser als Männer, und dieses nicht, weil es eine natürliche Begabung der Frau ist, religiös zu sein, sondern weil dies auf unterschiedliche Lebensbedingungen zurückzuführen ist. Obwohl oder gerade weil Frauen gläubiger sind als Männer, lässt sich bei ihnen eine

¹⁴³ Henning, E. & Nestler, C. (Hrsg.). (2000). Konversion. Zur Aktualität eines Jahrhundertthemas, Frankfurt a. Main. vgl. Wolfradt, U. & Six, B. (2003). Religiosität, Aberglauben, Werte und Zukunftsängstlichkeit vor der Jahrtausendwende. In: C. Henning & E. Nestler (Hrsg.). Konversion. Zur Aktualität eines Jahrhundertthemas. Frankfurt a. Main. 153-171.

¹⁴⁴ Vgl. Ziemer, J. (2000). Seelsorge in unterschiedlichen Lebenssituationen. In: Seelsorgelehre. Eine Einführung in Studium und Praxis. Göttingen. 247-266.

¹⁴⁵ Vgl. Beile, H. (1998) Religiöse Emotionen und religiöses Urteil. Ostfildern.

Weiterführende Literatur:

Huxel, K. (2000). Die empirische Psychologie des Glaubens. Historische und systematische Studien zu den Pionieren der Religionspsychologie. Kohlhammer. Diss.

Holm, N. G. (1990). Einführung in die Religionspsychologie. München.

Schmitz v. E. (Hrsg.) (1992). Religionspsychologie. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes. Göttingen.

Utsch, M. (1998). Religionspsychologie. Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick. Stuttgart.

Fraas, H.-J. (1993). Die Religiosität des Menschen. Ein Grundriß der Religionspsychologie. Göttingen.

Grom, B. (1996). Religionspsychologie. Stuttgart. Kösel.

Moosbrugger, H./ Zwingmann, C. & Frank, D. (Hrsg.) (1996). Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie. Münster.

Fowler, J. W. (2000). Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn. Gütersloh.

¹⁴⁶ Oser, F. & Gemünder, P. (1988). Der Mensch – Stufen seiner religiösen Entwicklung: ein stukturgenetischer Ansatz. Gütersloh.

¹⁴⁷ a. a. O. 54/55.

¹⁴⁸ Beile (1998). 224.

gewisse Diskontinuität, ja fast Labilität der Ausprägung der Religiosität auf dem Hintergrund verdichteter und schicksalhafter Herausforderungen im Lebenslauf nachweisen“¹⁴⁹.

Was hat diese Forschung mit der Hoffnung zutun?

Inwieweit fördert oder verhindert Religion heute die Hoffnung? Wie hat sie sich in ihren Lebensbezügen verändert¹⁵⁰? Gibt es nicht nur wie Luckmann¹⁵¹ unterscheidet: kleine, mittlere und große Transzendenzen, sondern ist auch die Hoffnung heute eher auf die kleinen alltäglichen (Prüfungen bestehen) und mittleren Hoffnungen (Gesund bleiben, Familie haben) bezogen und diese lösen die große transzendente Hoffnung, wie z. B. eine Auferstehungshoffnung ab? Dann wäre es z. B. eine logische Folge, warum der heutige Mensch den Tod und Gott überwiegend verdrängt. Wenn sich religiöser Glaube verändert, wie verändert sich die Hoffnung der Menschen und welche Auswirkungen hat das für seine Lebensbewältigung und seelische Gesundheit? Soweit deutlich wurde, gibt es dazu in der Religionspsychologie bisher kaum empirische Untersuchungen und Antworten.

1.3.3 Seelsorgekonzepte

Grundsätzlich gibt es innerhalb der praktischen Theologie und im Rahmen der Seelsorgekonzepte¹⁵² kaum eine Rezeption von Luthers Affekt-Begriff und seiner vielfältigen Deutungen. Dies gilt ebenso für den existenziellen Begriff der Hoffnung. Ebenfalls erschwert die uneinheitliche Definierung des Affekt-Problems in der Psychologie ein interdisziplinäres Gespräch mit der Seelsorge. Ins Unübersichtliche wächst der heutige Sprachgebrauch von Begriffen, wie Affekt, Emotion, Stimmung, Leidenschaft, Gefühl¹⁵³. In den heutigen Theorien werden damit keine einheitlichen Sachverhalte bezeichnet. Gefühle/Emotionen sind allerdings immer zentraler Gegenstand eines pastoralpsychologisch orientierten Seelsorgegesprächs.

In neueren Arbeiten zur Seelsorge findet sich ein Gespräch über die Voraussetzung und Auswirkungen der Hoffnung. Im Mittelpunkt steht das Vertrauen¹⁵⁴. Eine wesentliche Arbeit zum Gefühlsbegriff in der Seelsorge und ihre beziehungsgestaltende Funktion ist von Vogel

¹⁴⁹ Kremer, R. (2001). 275.

¹⁵⁰ In folgenden Bereichen ist eine weitere Forschung lohnenswert: „die Beziehung zwischen religiösen und nichtreligiösen Bewältigen, subjektiv wahrgenommene Veränderungen in der Religiosität auf dem Hintergrund verdichteter Herausforderungen im Lebenslauf, Erweiterung und Überprüfung des Religiösen Bewältigungsinde-
dex, Vergleich der Rolle der Religiosität bei mehreren Krankheitsbildern, der Einfluß der Religiosität auf die psychische Gesundheit“ in: Kremer, R. (2001), 270.

¹⁵¹ Vgl. Luckmann (1991). Die unsichtbare Religion. Frankfurt a. Main.

¹⁵² vgl. Nauer, D. (2001). Seelsorgekonzepte im Widerstreit. Ein Kompendium. (Praktische Theologie heute). Stuttgart. Nauer fasst in ihrer Arbeit 29 Seelsorgekonzepte zusammen und entwirft selbst daraus ein eigenes.

Sons, R. (1995). Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie. Die Entwicklung der evangelischen Seelsorge in der Gegenwart. Stuttgart.

Fischer, J. & Gäbler, U. (Hrsg.) (1997). Angst und Hoffnung. Stuttgart.

¹⁵³ Vgl. Ewert (2001). Ergebnisse und Probleme der Emotionsforschung; Pannenberg (1983). Anthropologie in theologischer Perspektive; Vogel (2000). Spielraum der Gefühle.

¹⁵⁴ z.B. Strunk, R. (1985). Vertrauen. Grundzüge einer Theologie des Gemeindeaufbaus. Stuttgart.; Gennerich, C. (2000). Vertrauen. Ein beziehungsanalytisches Modell - untersucht am Beispiel der Beziehung von Gemeindegliedern zu ihrem Pfarrer. Bern.

aufgezeigt worden¹⁵⁵. Vogel entwickelt eine pastoralpsychologisch fundierte Theorie des Gefühls. Sie verbindet Winnicotts Konzept des „potential space“ und Schleiermachers Theorie des „Gefühls der schlechthinnigen Abhängigkeit“ in dem Motiv des Spiel-Raums.

Die Orientierung am Gefühl betont im Seelsorgegespräch das bestehende Beziehungsgeflecht eines Suchenden und eröffnet für die Seelsorger Wahrnehmungs- und Handlungsspielräume. Allerdings bleibt es fraglich, ob Hoffnung z. B. mit Gefühl umschrieben werden kann oder ob diese nicht im Sinne einer affektiven-emotionalen, kognitiven sowie spirituellen Komponente menschlichen Lebens aufzufassen ist. Neuere Arbeiten zur Seelsorge mit depressiven, onkologischen, verzweifelt -suizidalen sowie trauernden Menschen berücksichtigen eher den Aspekt der Hoffnung¹⁵⁶.

1. Seelsorge an depressiven, hoffnungslosen Menschen

Depping¹⁵⁷ zeigt mit seiner Arbeit seelsorgerliche Möglichkeiten auf, depressive alte Menschen andere Perspektiven finden zu lassen, um mit Schuldgefühlen, Hilf-, und Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung umgehen zu lernen. So zeigt er drei bewährte Ansätze in der Praxis: 1. Das seelsorgerliche Handeln als kognitive Umstrukturierung, wobei der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung depressiogener Denk- und Sprachmuster liegt sowie der Korrektur eines negativen Gottesbildes¹⁵⁸. 2. Seelsorgerliches Handeln als Gefühlsarbeit im Zusammenhang mit Klage, dem Aufbau

¹⁵⁵ Vogel, Ch. (2000). Spiel-Raum der Gefühle. Die Funktion des Gefühls im seelsorgerlichen Gespräch. Frankfurt a. Main.

Weiterführende Literatur:

Ziemer, J. (2000). Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis. Göttingen.

Winkler, K. (2000). Seelsorge. Berlin.

Klessmann, M. (1995). Erinnerung und Erwartung. Dimension christlicher Praxis aus pastoralpsychologischer Sicht. In: Evangelische Theologie. Auf der Suche nach dem Proprium kirchlicher Praxis. Gütersloh. 55. Jg., 4-95. Für Klessmann entsteht die Hoffnung zwischen Erinnerung und Erwartung. Vgl. Klessmann, M. (1998). Über die Seelsorgebewegung hinaus...? Ein Bericht zur neueren Seelsorgeliteratur. In: Pastoraltheologie, 87. Göttingen. 46-61.

Jörns, K.-P. & Großholz, C. (Hrsg.) (1998). Was die Menschen wirklich glauben. Gütersloh.

Jossutis, M.; Schmidt, H. & Scholpp, S. (Hrsg.) (2000). Auf dem Weg zu einer seelsorgerlichen Kirche. Göttingen.

Karle, I. (1996). Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierte Seelsorgelehre. Neukirchen.

¹⁵⁶ Z. B. Depping, K. (2000). Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung. Hannover.; Hell, D. (2002). Die Sprache der Seele verstehen. Die Wüstenväter als Therapeuten. Freiburg. drs. (1992). Welchen Sinn macht Depression. Ein integrativer Ansatz. Reinbeck.

Kießling, K. (2002) Seelsorge bei Seelenfinsternis. Depressive Anfechtung als Provokation diakonischer Mystagogie. Freiburg.; Christ-Friedrich, A. (1998). Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Problem der Seelsorge. Göttingen.

Vgl. Klessmann, M. (Hrsg.). 1996). Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen.

Fuchs, R. (1984). Stationen der Hoffnung. Seelsorge an krebserkrankten Kindern. Zürich.

Stiller, H. (1996). Seelsorge mit Krebspatienten. In: Michael Klessmann (Hrsg.). Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen. 74 – 86.

Ziemer, J. (2000). Der kranke Mensch. In: Seelsorgelehre. 267-297.

¹⁵⁷ Depping, K. (2000). Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. 55ff.

¹⁵⁸ Verwiesen sei hier auf die Dissertation von Jähnig, U. (2001). Zusammenhänge von subjektiven Gottesbildern und Merkmalen psychischer Gesundheit/Krankheit in biographischer Perspektive. Leipzig. Die Autorin

von Zuversicht und Hoffnung mithilfe von Musik, Poesie und dem Erleben des Daseins von Gott.

3. Seelsorgerliches Handeln als Biographiearbeit in Verbindung mit der Erfahrung persönlicher Bewahrungs- und Hoffnungsgeschichte, biblischen Hoffnungs- und Antriebsgeschichten. Einen Überblick über die derzeitigen theoretischen und die praktische Relevanz in der Arbeit mit depressiven Menschen gibt Kießling¹⁵⁹ mit seiner interdisziplinären Arbeit: „Seelsorge bei Seelenfinsternis“. Im Rahmen seiner Anthropologie sind Menschen immer Zukunftsuchende¹⁶⁰ und brauchen dazu Wegbegleiter¹⁶¹. Lässt Hoffnung leben, so kann Hoffnung eines Anderen zum Leben helfen. Jeden Funken Hoffnung, der in einem verzweifelt Menschen brennt, hält ein Wegbegleiter vorsichtig am Brennen. Denn jeder Hoffnungsschimmer, jeder Strohalm, jede Straße der Hoffnung erscheint einem Depressiven unendlich fern. So ist der Seelsorger oft ein `Fürhof-fender` in Stellvertretung. Der Mensch benötigt zu Beginn seines Lebens, zu seiner Menschwerdung und in Lebenskrisen einen Anwalt der Hoffnung. Kießling versteht unter Stellvertretung nicht einen Einsatz, der das Gegenüber er-setzt, sondern frei-setzt. Könnte darin nicht ein wichtiger Impuls für seelsorgerliche Beziehungen liegen, etwa in Situationen der Hoffnungslosigkeit? Wenn ein verzweifelter Mensch für sich keine Hoffnung mehr sieht, keine Hoffnung mehr in sich trägt, könnte die seelsorgerliche Aufgabe dann nicht in stellvertretender Hoffnung liegen? Konkret: „...dann brauche ich einen Seelsorger, der seine Hoffnung in mich und in die Möglichkeiten Gottes mit mir setzt – trotz allem. Nur wenn ich spüren kann, wie ein anderer mir und meine Zukunft etwas zutraut, vermag ich selbst wieder Hoffnung zu schöpfen“¹⁶². Fairchild¹⁶³ hebt als Seelsorger an depressiven Menschen durchgängig auf die Bedeutung der Hoffnung ab. Er fasst seine Erfahrungen wie folgt zusammen: “Unter allen meinen Patienten jenseits der Lebensmitte, das heißt jenseits 35, ist nicht ein Einziger, dessen endgültiges Problem nicht das der religiösen Einstellung wäre. Ja, jeder krankt in erster Linie daran, das er das verloren hat, was lebendige Religionen ihren Gläubigen zu allen Zeiten gegeben haben, und keiner ist wirklich geheilt, der seine religiöse Einstellung nicht wieder erreicht. Religion dient dazu, Hoffnung zu aktivieren, die über egoistische Wünsche und Ziele hinausgeht“¹⁶⁴.

2. Seelsorge an onkologischen Patienten

Seelsorge an Krebspatienten wird vielfältig mit der existenziellen Frage nach der Hoffnung konfrontiert. Seelsorge an Krebspatienten bringt den Seelsorger selbst in eine Ambivalenz des Hoffens für ein weiteres Leben des Patienten und auch zu einem häufig schwer akzeptablen Satz:

geht von vier destruktiven Gottesbildern aus, die im Zusammenhang mit Depression und psychischer Störung gesehen werden müssen: 1. Gott als der strafende Richter; 2. Gott, der Buchhalter, der nichts vergisst; 3. Der unerbittliche Leistungsgott; 4. Gott, der willkürliche Rächer.

¹⁵⁹ Kießling, K. (2002). Seelsorge bei Seelenfinsternis.

¹⁶⁰ Drs. 295 und 299.

¹⁶¹ vgl. den Erfahrungsbericht von Weber-Gast, I. (1978). Weil Du nicht geflohen bist vor meiner Angst. Ein Ehepaar durchlebt die Depression des einen Partners. Mainz.

¹⁶² Kießling (2002). 330

¹⁶³ Fairchild, Roy W. (1991). Seelsorge mit depressiven Menschen. Aus dem Amerikanischen von Kristin Laubach. Mainz. Der Originaltitel verweist auf die Bedeutung der Hoffnung: „Finding Hope Again“.

¹⁶⁴ Fairchild plädiert für eine Pflege der Hoffnung in der Kirche. Seine Absicht besteht vor allem darin, praktische Hilfen zu erarbeiten und sich im Zuge einer Theologie der Hoffnung gegen Mutlosigkeit und „Losigkeit“ einzusetzen.

Hoffentlich kann er auch gut sterben. Stiller¹⁶⁵ beschreibt als Seelsorger mit Krebspatienten sehr persönliche Erfahrungen in diesem Spannungsfeld von Todesbedrohung und Lebensmöglichkeit. Seelsorge an Krebspatienten beginnt zuerst mit der eigenen Auseinandersetzung mit Angst, Bedrohung, Ohnmacht, Verzweiflung und Hoffnung. Krebspatienten fragen und hungern nach dem Leben und seiner Hoffnung, die sie nach ihrer Diagnose kurzzeitig oder längerfristig verlieren. „Wer sich auf...Seelsorge von Krebspatienten einlässt, wird zunächst diese Unsicherheit zwischen „Tauen und Gefrieren“ in einer Häufigkeit erleben, wie sie bei kaum einem anderen Krankheitsbild zu finden ist. Mit der Diagnosestellung beginnend, ist es eine immerwährende Ambivalenz von Hoffen und Bangen, von Freude und Enttäuschung, von Besserung und Rückfall, von schmerzvoll und schmerzfrei, von Sicherheit und Unsicherheit, von „Leben auf Sparflamme und leben in vollen Zügen“...Seelsorge kann bedeuten: heute die Hoffnung eines Patienten zu teilen und ihm morgen die Brechschale halten, weil er sich und seine Chemotherapie nur noch „auskotzen“ kann“¹⁶⁶. Stiller, der die Arbeit mit Krebspatienten als „Seelsorge um den Gefrierpunkt“¹⁶⁷ beschreibt, verweist auf die Frage der tragfähigen Beziehung auch im Blick auf den „hoffnungslosen Fall“, die Frage nach einem Heilungswunder, das sich nirgends so drängend stellt wie in diesem Bereich, und die Frage, was sich angesichts einer hohen Rezidivrate und des Todes lohnt? Seelsorge an Krebspatienten macht den Seelsorger müde, und welche Hoffnung trägt ihn selber? Dazu kann nicht übersehen werden, dass sich die Hoffnung des Krebskranken nie ausschließlich auf die Prognose der körperlichen Erkrankung bezieht. Das Erleben des eigenen Wertes, die Aufrechterhaltung der Integrität der Person, das Einbezogenensein in die Gemeinschaft sowie des eigenen Glaubens bleiben entscheidende Faktoren. Krebspatienten fürchten den „sozialen Tod“, der mit einer engen medizinischen Hoffnungsdefinition verknüpft ist („der hoffnungslose Fall“) oft mehr, als den physischen Tod. Hoffnung lässt sich aber keinesfalls einengen auf eine medizinische Prognose. Ohne Hoffnung kann man nicht leben, aber erst recht nicht sterben¹⁶⁸. Käunicke, der als Seelsorger in einer Tumorklinik arbeitet, bekennt: „Aber meine Hoffnung ist es doch, dass wir Gott nicht durch die Finger gleiten. Wir werden leben, wenn er spricht: Siehe, ich mache alles neu...Mir als Seelsorger ist vor allem wichtig, dass Hoffnung im Krankenzimmer die Oberhand behält...Über Inhalte von Hoffnung möchte ich nie streiten. Wo aber Hoffnung ist, da braucht nicht mehr viel diskutiert zu werden, da kann man beten, wenn einem danach zumute ist...Hoffnung lässt nicht zu Schanden werden“ (Röm.5,5)¹⁶⁹. In der seelsorgerlichen Beziehung sind beide Partner Gebende und Nehmende, die Frage nach der eigenen Hoffnung hinterlässt auch im Seelsorger Spuren. Ob der Seelsorger dem Patienten wirklich mit der eigenen Hoffnung neue vermitteln kann, hängt im Wesentlichen davon ab, welche existenziellen Erfahrungen dadurch geweckt werden können. „Dennoch kann der Begleiter dem Kranken auch Hoffnung eröffnen, wenn die Grundlage für eine Hoffnung bei beiden ganz unterschiedlich ist. Wesentlich für die Vermittlung einer tragfähigen Hoffnung ist zunächst die Bejahung der Realität...(darin) kann der

¹⁶⁵ Stiller, H. (1996). Seelsorge mit Krebspatienten. In: Michael Klessmann (Hrsg.). Handbuch der Krankenhaus-seelsorge. 74 – 86.

¹⁶⁶ drs. 80/81.

¹⁶⁷ 80.

¹⁶⁸ vgl. dazu Teil III dieser Arbeit; Niederle, N. & Aulbert, E. (Hrsg.) (1987) Der Krebskranke und sein Umfeld. Stuttgart. 53; 76-79; Käunicke, A. (1987). Als Seelsorger in einer Tumorklinik. In: Niederle & Aulbert (Hrsg.). 88 – 103.

¹⁶⁹ Käunicke (1987). 101.

Kranke in dieser Begegnung erfahren, was christliche Hoffnung bedeutet. Die göttliche Zusage: „Ich bin bei euch“, muss im Augenblick der Krankheit zwischenmenschlich erlebt werden, um für die ungewisse Zukunft tragfähig zu sein“¹⁷⁰. Scheytt¹⁷¹ sieht als Seelsorger mit Krebspatienten drei Herausforderungen: die Auseinandersetzung mit der Lebensqualität des unheilbar kranken Menschen und damit mit der Krise des Selbstbildes, der Krise der Kommunikation und der Krise der Hoffnung, in die ein Patient gerät. Hoffnungsvermittlung geschieht durch ein gesundes Selbstbild und ein stützendes soziales Netz. Sind diese bedroht, so gerät die Hoffnung in eine Krise. „...weder sachlich-statistische Information noch distanziert vermittelte theologische Richtigkeiten können in der Krise der Hoffnung weiterführen. Wo die „andere“ Hoffnung entstehen und wachsen soll, kann das nur geschehen im Rahmen einer Beziehung zwischen zwei sterblichen Menschen, die einander nicht vorenthalten, was sie sind und wie sie dran sind“¹⁷².

3. Seelsorge an verzweifelt-suizidalen Menschen¹⁷³ und Trauernden¹⁷⁴

In diesen Bereichen der Seelsorge besitzt das Thema Hoffnung einen hohen Stellenwert.

Umso verwunderlich ist es, dass in der Arbeit von Christ-Friedrich suizidales Handeln als Problem der Seelsorge fast überhaupt nicht zum Tragen kommt. Sie versteht Suizidhandlungen als ein „Beziehungsgeschehen“¹⁷⁵ und fasst ihre Überlegungen für die Seelsorge in dem Satz zusammen: „...wirkliche Begegnung mit suizidalen Menschen geschieht, wo eigene Verletzlichkeit riskiert wird – in der Hoffnung auf ein gelingendes, nach vorne offenes Kommunikationsgeschehen“¹⁷⁶. Der Mensch ist verzweifelt und begeht Suizid, weil ihm die Hoffnung für sein Leben fehlt. Und wie ist Hoffnung dann vorher zu aktivieren? Das ist die eigentliche Herausforderung in der seelsorgerlichen Tätigkeit. Was kann christlicher Hoffnungsglaube in dieser und in der Trauersituation des heutigen Menschen bedeuten? Denn vor einer Suizidhandlung steht in der Regel unbewältigte Trauer und Schmerz. Sie könnte dazu helfen, die beiden Grundaufgaben, die sich in der Trauersituation stellen, zu erfüllen: nämlich das Leben und den Tod anzunehmen. Das eine ist so schwer wie das andere. Der Glaube sagt, der Tod ist nicht ohne Gott: „Es ist ein Unterschied, ob der Mensch im Tode von nichts begrenzt wird oder aber von Gott.“¹⁷⁷. Im Rahmen dieser Arbeit kann im Weiteren auf diesen speziellen Bereich der Seelsorge nicht eingegangen werden.

¹⁷⁰ Salomon, F. (1993). Seelsorgerliche Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. In: E. Aulbert (Hrsg.). Bewältigungshilfen für den Kranken. 155-169. Zitat: 165.

¹⁷¹ Scheytt, C. (1990). Seelsorgerliche Stützung unheilbar Kranker. In: Aulbert & Niederle (Hrsg.). Die Lebensqualität chronisch Kranker. 183-197.

¹⁷² 196.

¹⁷³ Vgl. Christ-Friedrich, A. (1998). Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Handeln als Probleme der Seelsorge. Göttingen.

¹⁷⁴ Vgl. dazu Ziemer, J. (2000). Seelsorgelehre. 300-326.

¹⁷⁵ Christ-Friedrich (1998). 220.

¹⁷⁶ ebd.

¹⁷⁷ Ziemer (2000). 306/307.

1.4 Zusammenfassung: Was trägt die Seelsorge zum Begriff der Hoffnung bei?¹⁷⁸

„Eine allgemeine Definition ist schnell zur Hand: Hoffnung ist eine Bestimmtheit des affektiven Lebens. Sie wurzelt im Zeitbewusstsein..., kraft dessen der Mensch sich des Erlebens von Veränderungen bewusst sein kann, Vermöge des Zeitbewusstseins ist der Mensch imstande, sich zukünftige Ereignisse vorzustellen und sich zu ihnen zu verhalten.“¹⁷⁹ Die menschliche Hoffnung bewegt sich in einer unauflösbaren Spannung: Solange ich atme, hoffe ich! Dum spiro spero! und ich hoffe auf etwas, was noch nicht zu sehen ist, „Der Glaube ist eine feste Zuversicht auf das, was man hofft, und ein Nichtzweifeln an dem, was man nicht sieht“ (Hebräer 11,1).

Die Spannung zwischen „schon und noch nicht“ durchzieht alle Hoffnung. Hoffnung ist einerseits lernbar und sie geschieht. Hoffnung entwirft sich und sie geht verloren. Sie ist der Daseinsentwurf in Form von Zielvorgaben, an dem sich das Leben orientieren kann. Dadurch impliziert sich ein Umgang mit meiner Welt, meinen Mitmenschen und mir selbst, der Sinn verspricht. Hoffnung ist eine existenzielle Haltung als Ergebnis prozesshaft entwickelter Lebensbewältigung. Der Umgang mit der lebensbegleitenden Erfahrung des Spürens oder Fehlens von Hoffnung macht der Seele des Menschen Arbeit in dreierlei Weise:

1. Es geht zunächst in der Seelsorge um eine Freisetzung von Hoffnung, d. h. bildhaft ausgedrückt: Gott lässt den Menschen mit dem Samenkorn Hoffnung in sein Leben treten, sie gehört zu seiner Existenz. Im Laufe seiner Entwicklung und über Vertrauensbeziehungen, die sich in der Bibel auf Gott ausrichten, eröffnet sich ein Zugang zu tragfähigem Hoffnungserleben. Hoffnung kann dadurch freigesetzt werden, dass ein Mensch erfährt und lernt, sich auf (seine) Vorstellungen, Empfindungen und Handlungsvollzüge in den verschiedenen Lebenslagen verlassen zu können und dies in zweierlei Ausrichtungen: intra und extra nos. Die Hoffnung wird als willkommene Zukunft erlebt.

2. Es geht um die Struktur der Hoffnung. Es ist ein Lernprozess des Menschen, dass nicht alles, was es zu erhoffen gibt, der eigenen Einflussnahme unterliegt. Dieser geschieht ebenso, wie er in der Verzweiflung münden kann als ein existenzieller Verlust, um erneut nach einer anderen Ausrichtung zu suchen. Biblische Strukturelemente im Zusammenhang mit Hoffnung verweisen auf den Zusammenhang von Trübsal, Geduld, Bewährung für ihre Voraussetzung und als Konsequenzen die Erfahrung „nicht zuschanden zu werden“ (Römer 5,3ff) aufgrund der Liebe Gottes und seines Trostes. So manifestiert sich die Hoffnung als eine existenzielle Haltung mit der Offenheit: Die Zukunft kann kommen.

3. Es geht um den Inhalt der Hoffnung. Ein hoffnungsvoller Zustand ohne eine vorhandene Bezogenheit erscheint undenkbar. Die entsprechenden Hoffnungsbilder des einzelnen Individuums verknüpfen sich mit Symbolbildungen. Der Einzelne verbindet sich mit einem symbolisierten neuen Zustand. Dies kann die Partizipation an einer Vorstellung aus dem Leben oder am Ewigen Leben bedeuten. Die Zukunft wird dadurch bedeutungsvoll! Sie lebt von der bereits erfahrenen tragfähigen Hoffnung der Vergangenheit und Gegenwart¹⁸⁰ und umgekehrt.

¹⁷⁸ Vgl. dazu Ebeling, G. (1986). Dogmatik des christlichen Glaubens. Bd. III. Berlin. 428-436; 444-452.

¹⁷⁹ Stock, K. (1989). Art. Hoffnung, Abschn. 2, in: EKL. Internationale theologische Enzyklopädie 2, Göttingen. Sp. 545ff, Zitat: Sp. 545.

¹⁸⁰ Kritisch muss an dieser Stelle die Ausführungen von Klaus Winkler hinterfragt werden, der Hoffnung ausschließlich als Lernprozess und erarbeitete Hoffnung, die sich als tragfähig erweist, interpretiert. Sie impliziert dadurch die Abhängigkeit von den Fähigkeiten des Einzelnen, die Erfahrung und das Geschehen von Hoffnung

Seelsorge in der Moderne steht heute vor der Fragestellung: Wie leben Menschen mit ihrer alltäglichen Hoffnung, die ihre religiöse Verwurzelung verloren hat? Wie gewinnen sie Hoffnung, die auch in Lebenskrisen standhält? Hier ist die Seelsorge herausgefordert, eine neue Hoffnungssprache zu finden. Ein Ansatz der Seelsorge ist, an das anzuknüpfen, was der andere heute glaubt. Krebskranke stellen die einfache Frage: „Wie bestehe ich den nächsten Tag?“ – eine Hoffnung, die an die Grenze der Transzendenz reicht. Die Freisetzung von Hoffnung, ihre veränderte Ausrichtung und Modifikation sind dabei wesentliche Aufgaben. So kann Seelsorge verstanden werden als ein (kirchliches) Handeln aus dem Geist der Hoffnung, zur Stärkung und Bewahrung menschlicher Hoffnung, die im alltäglichen Leben gewiß macht und darüber in eine Transzendenz führt. Letztere ist Grund und Ziel aller Hoffnung.

2. Philosophischen Perspektive

„Hoffnung ist weder Wirklichkeit noch Trugbild“ (Ovid)

„Der Affekt wirkt wie ein Wasser, das den Damm durchbricht...“ (Kant, Anthropologie, § 71)

2.1 Grundfragen der Hoffnungsphilosophie – Was darf ich hoffen? (Kant)

Wie schon aufgezeigt, ist *elpis* (Hoffnung) ein aus der griechischen Antike stammender Ausdruck für die Erwartung des Zukünftigen, das sowohl schlecht als auch gut sein konnte. Der heute vorwiegend im positiven Sprachgebrauch verwendete Begriff geht auf die jüdisch/christliche Vorstellung zurück. Die philosophische Auseinandersetzung mit dem Affektbegriff begann mit Platon. Dieser und Aristoteles setzen der Furcht und Angst ihren Hoffnungs begriff entgegen. Letztere definieren sie „als ein Streben nach etwas noch nicht Gegenwärtigem“¹⁸¹, wobei das auch die Unsterblichkeit der Seele beinhalten kann. Thomas von Aquin rechnet im Anschluss an Aristoteles die Affekte zu den außervernünftigen, sinnlich-körperlichen Leidenschaften und „definiert sie als Akte des sinnlichen Strebevermögens, insofern sie mit körperlichen Veränderungen verbunden sind“¹⁸². Der Intellekt wird eindeutig dem Willen übergeordnet.

Er unterscheidet zwischen den *concupisciblen* und den *irasciblen* Strebevermögen. Erstere beziehen sich auf die lusterregenden oder schmerzbringende Affekte (z. B. Liebe, Verlangen, Freude, Schmerz, Hass, Trauer). „Bei den *irasciblen* Affekten wirkt sich der Gesichtspunkt differenzierend aus, ob das Erreichen des noch ausstehenden Gutes bzw. die Abwehr des bevorstehenden Übels die Kraft des jeweiligen Affektes übersteigt oder nicht. Übersteigt das erstrebte aber noch nicht erreichte Gut die Kraft des Affektes nicht, so entsteht Hoffnung (*spes*), im entgegengesetzten Fall Verzweiflung (*desperatio*)“¹⁸³. Christliche Philosophen, wie Augustinus, fügen den Kardinaltugenden Platons (Tapferkeit, Besonnenheit, Gerechtigkeit, Weisheit) die drei christlichen Tugenden „Glaube, Liebe, Hoffnung“ (1. Kor.13) hinzu. Für Augustinus besitzt die Hoffnung

bilden gleichfalls eine wesentliche Grundlage. Winkler, K. (2003). Das Problem Hoffnung zwischen Wunschen und exakter Phantasie, In: Grundmuster der Seele. Pastoralpsychologische Perspektiven. 52-62.

¹⁸¹ Müller (1986). In: TRE, Bd. 15, 480.

¹⁸² TRE Bd. I (1977). 602.

¹⁸³ drs. 603.

zwei Töchter: Zorn und Mut. Im Verlauf der Aufklärung wurde Hoffnung demgegenüber nicht mehr den christlich/göttlichen Tugenden zugerechnet, sondern ausschließlich als „eine Leidenschaft der Seele“ verstanden¹⁸⁴. Die kognitiven und affektiven Fähigkeiten des Menschen wurden mit der Aufklärung immer stärker zum Gegensatzpaar. Es ist Kant gewesen, der die Frage nach der Hoffnung als eine der drei Kernfragen menschlichen Lebens aufgegriffen hat.

In seiner Kritik der praktischen Vernunft stellt Kant folgende Grundfragen: „Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen?“ Kants Fragen sind Fragen heutiger Philosophie geblieben, aber nur vereinzelt ist die existenzielle Frage nach der Hoffnung in der Gegenwart aufgegriffen worden. Kant hat die Frage: „Was darf ich hoffen?“ als wesentlich für den Menschen erklärt. Dieser erfährt, dass seine sinnliche Natur mit dem moralischen Gesetz, in der endlichen Zeit des Lebens nicht zur vollen Übereinstimmung gelangt. Es bleibt auf Erden ein Zwiespalt. Das Gesetz gestattet es nicht, es zu erweichen. Es ist aber auch nicht sinnvoll, wenn es sich nicht verwirklicht. So geht der Blick über alle Zeit hinaus auf eine Vollendung des Menschen zur Heiligkeit.¹⁸⁵ Notwendige Bedingungen für Hoffnung bleiben für Kant die Existenz Gottes, die Unsterblichkeit der Seele und die Freiheit des menschlichen Willens. Kant hält an der transzendenten Hoffnung fest. Für ihn ist die Hoffnung ein Affekt neben Furcht, Freude, Zorn und Hohn¹⁸⁶. Kant führt die Unterscheidung von Affekten und Leidenschaften ein. So werden die Affekte eher durch äußere Umstände ausgelöst und sind nicht so schädlich, während die Leidenschaften dem Menschen den freien Willen rauben.

Für den Theologen und Philosophen Kierkegaard ist Hoffnung eine Frucht der „Krankheit zum Tode“¹⁸⁷. Sie entsteht inmitten der Verzweiflung des Menschen auf der Suche nach sich selbst, die ohne Gott unerfüllt bleibt. Nietzsche hingegen grenzt sich von einem transzendenten Begriff ab

¹⁸⁴ Descartes, R. (1649). Ueber die Leidenschaften der Seele. (lateinisches Original übers. von J. H. v. Kirchmann, Rene Descartes philosophische Werke, 2. Aufl., Leipzig: Verlag der Dürr'schen Buchhandlung, 1891. Die Verlässlichkeit aller zunehmenden technischen Prozesse wurde davon abhängig gesehen, dass der leistende Mensch affektfrei handelt. Doch ist das Verhältnis von Rationalität und Affekt nicht so eindeutig.

Die kognitiven und affektiven Fähigkeiten des Menschen wurden mit der Aufklärung immer stärker zum Gegensatzpaar. Dagegen : Wiegmann, H. (Hrsg.) (1987). Die ästhetische Leidenschaft. Texte zur Affektenlehre des 17. und 18. Jhd. Hildesheim.

¹⁸⁵ Vgl. Hildebrandt, B. (2001). Was dürfen wir hoffen? Der Mensch und seine Zukunft. In: M. Herbst (Hrsg.). Der Mensch und sein Tod. Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung. Frankfurt a. Main. 319-336.

¹⁸⁶ Kant, I. Werke in sechs Bänden. (1983). W. Weischedel (Hrsg.). Stuttgart. Zum Affektbegriff der Hoffnung Bd. 5, 331. Interessanterweise gibt es heute innerhalb der Philosophie kaum eine Rezeption des Affekts- und Hoffnungsbegriffs von Kant. Verwiesen sei auf wenige Beiträge: Demmerling, Ch. (Hrsg.) (1995). Vernunft, Gefühl und moralische Praxis. Überlegungen zur Kultur der praktischen Vernunft. In: Vernunft und Lebenspraxis. Frankfurt a. Main. 246ff.; Schaeffler, R. (1981). Philosophie der Hoffnung als Sokratik der praktischen Vernunft. In: Philosophisches Jahrbuch im Auftrag der Görres – Gesellschaft. Hermann Krings (Hrsg.). München. 242ff.; Anacker, U. (1981). Hoffnung – Kants Versuch, die Idee der Gerechtigkeit zu denken. In: Philosophisches Jahrbuch im Auftrag der Görres – Gesellschaft. Hermann Krings (Hrsg.). München. 257ff.

Innerhalb der Philosophie ist es vor allem Josef Pieper gewesen, der im Laufe seines Lebens nach Bloch eine Philosophie der Hoffnung entwickelte. Pieper, J. (1935). Über die Hoffnung. Olten; Drs. (1986). Lieben, hoffen, glauben. München.

Vgl. Löw, R. (1995/96). Tod und Erwartung. Zur Säkularisierung der christlichen Eschatologie. In: Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken. F. G. Jünger & M. Himmelheber (Hrsg.) Jahrgang 25.

Zum philosophischen Begriff der Hoffnung vgl.: Handbuch philosophischer Grundbegriffe. (1973) Studienausgabe Bd. 3. H. Krings; H.-M. Baumgartner & Ch. Wild (Hrsg.). München. 692ff.

¹⁸⁷ Kierkegaard, S. (1995 - 1849). Die Krankheit zum Tode. Hamburg.

und wendet sich ganz zur Gegenwart. Er verkündigt ein neues Zeitalter und die Umwertung aller Werte. So interpretiert Nietzsche Hoffnung „als den reinen Augenblick höchster Erfüllung“¹⁸⁸. Mit ihm beginnt eine philosophische Strömung und ein Denken, die das menschliche Leben und seine Hoffnung an die Realität des Daseins binden. Hoffnung wird überwiegend ein immanenter Begriff.

2.2 Das Prinzip Hoffnung (Bloch)

Das wohl wichtigste philosophische Werk zur Hoffnung im letzten Jahrhundert ist verbunden mit dem Namen Bloch. Sein Hauptwerk „Das Prinzip Hoffnung“¹⁸⁹ stellt eine Enzyklopädie menschlichen Hoffens dar. Bloch knüpft an „die Unvordenklichkeit der Affekte“ als einer Präsenz der Natur an. „Das Affektive ist unvordenklicher Urgrund des Lebens, ist lebensspendende und treibende Kraft und die Dynamik der Weltgeschichte“¹⁹⁰. Sie sind existenzieller und kosmischer Lebensgrund. Für Bloch tritt die Affektnatur an die Stelle, die die Religionen Gott einräumen. Bloch unterscheidet gefüllte Affekte: Neid, Habsucht, Verehrung, und Erwartungsaffekte: Angst, Furcht, Glauben, Hoffnung¹⁹¹. Letztere eröffnen die Zukunft. Schnoor faßt das Hoffnungsverständnis Blochs als „ein nach vorn weisender Erwartungseffekt des Selbsterhaltungstriebes“¹⁹² zusammen. Aus der Sicht Blochs ist Hoffnung lern- und lehrbar.

„Es kommt darauf an, das Hoffen zu lernen. Seine Arbeit entsagt nicht, sie ist ins Gelingen verliebt statt ins Scheitern. Hoffen, über dem Fürchten gelegen, ist weder passiv wie dieses, noch gar in ein Nichts gesperrt. Der Affekt des Hoffens geht aus sich heraus, macht Menschen weit, statt sie zu verengen [...]. Die Arbeit des Affekts verlangt Menschen, die sich ins Werden tätig hineinwerfen, zu dem sie selber gehören. Lernen, ja sogar lehren soll man sie, um der Angst zu begegnen und das Leben menschenwürdiger leben zu können. Das Leben aller Menschen ist von Tagträumen durchzogen, darin ist ein Teil lediglich schale und entnervende Flucht [...], aber ein anderer Teil reizt auf [...]. Dieser Teil hat das Hoffen im Kern und er ist lehrbar“¹⁹³. In der Konsequenz geht Bloch davon aus, dass der Mensch sich für die Hoffnung entscheiden kann. Über die Bilder der Hoffnung wird eine Veränderung der Gegenwart möglich, die den Menschen hoch motiviert, an ihr zu arbeiten. Das Ziel der Hoffnung bestimmt Bloch mit Marx als die Entwicklung des Reichtums der menschlichen Natur. Das Ende der Entfremdung des Menschen von sich selbst ist die Erfüllung der Hoffnung, und diese gibt dem Menschen seine Heimat. Bloch grenzt seinen Hoffnungsverständnis von dem der christlichen Zuversicht ab¹⁹⁴. Grundsätzlich unterscheidet Bloch drei Dimensionen der Hoffnung: Hoff-

¹⁸⁸ Müller (1986). TRE, Bd. 15, 489.

¹⁸⁹ Bloch, E. (1959). Das Prinzip Hoffnung. (4. Aufl. 1993). Frankfurt a. Main

¹⁹⁰ TRE, Bd 1, 615.

¹⁹¹ Bloch (1959), 82.

¹⁹² Schnoor (1988), 45.

¹⁹³ Bloch (1959), 1.

Dass Hoffnung lernbar ist, ist heute in der Pädagogik integriert über den Begriff des affektiven Lernens. z. B. Baldermann, I. (Hrsg.) (1995). Hoffnung lernen. Religion 5/6. Stuttgart.

¹⁹⁴ Die „Theologie der Hoffnung“ erhielt ihre entscheidenden Anstöße durch Bloch. Marsch und Moltmann versuchten in der Auseinandersetzung mit ihm eine Positionsbestimmung christlicher Hoffnung.

Marsch, W.-D. (1963). Hoffen worauf? Auseinandersetzung mit Ernst Bloch. Hamburg.

nung äußert sich zum einen als Affekt, der dem Gefühl der Furcht entgegengesetzt ist, zum zweiten als kognitiver Akt der Erkenntnis und zum dritten als Phantasie des Menschen. Bloch hält daran fest: Wo Hoffnung ist, da ist Religion, aber er füllt diesen Begriff mit einem anderen Sinn, mit Metareligion. Sein Ausgangspunkt, das Vorbewusste, bezieht er auf die Alltagserfahrungen des Menschen, die zu dem Vorbewussten vordringen. Der Urgrund der Existenz bleibt dunkel, es muss beschrieben werden. Die Zukunft wird durch die Annahme des Diesseits transformiert. Der Mensch verwirklicht sich, er wird vergöttlicht. So bedarf Bloch keines Jenseits, eines Transzendierens ohne Transzendenz. Die Zukunftstranszendenz zeigt sich im Augenblick der Gegenwart, in der sich der Mensch nach Vollendung sehnt. So bleibt die Hoffnung eine verborgene Kraft menschlicher Existenz, die die Inhalte des noch nicht Bewussten zu erfassen sucht. Die Heimat der eigenen Identität – das ist das Eschaton Blochs. Er entwirft eine Metareligion, eine Hoffnung, die sich selbst transzendiert.¹⁹⁵ Bloch bekennt, dass diese seine Hoffnung enttäuschbar bleibt.

2.3 Hoffnung als Existenzial (Bollnow; Lersch; Plügge)

Die Idee, dass Hoffnung eine Möglichkeit bedeutet, dem Leben auszuweichen, verstanden als Illusion oder Selbsttäuschung, wurde vom französischen Existenzialismus, beispielsweise Camus 1942, vertreten. Herausgefordert durch die politische Zeitsituation gab Camus sein Werk „Der Mythos des Sisyphos“ mit der Botschaft: „Hoffnung ist ein tödliches Ausweichen“¹⁹⁶ heraus. Er wendet sich radikal gegen „die Hoffnung auf ein anderes Leben, das man sich verdienen muss, oder die Betrugerei derer, die nicht für das Leben an sich leben, sondern für irgendeine große Idee, die über das Leben hinausreicht, es erhöht, ihm einen Sinn gibt und es verrät“¹⁹⁷. Dagegen vertritt Plügge¹⁹⁸ die Auffassung, dass selbst ein Mensch, der Suizid begeht, dies mit Hoffnung verbindet, da für ihn der Tod immer noch besser sei als die Fortführung des Lebens. In der Gegenwart interpretieren schließlich verschiedene Philosophen Hoffnung als tragenden emotionalen Grund, als emotionale Zuversicht, die einen Gegenpol zur menschlichen Angst darstellt. So sehen Bollnow, Lersch sowie Marcel¹⁹⁹ Hoffnung als eine Emotion und Motivation, die auf die Zukunft ausgerichtet ist. Der Mensch ist nicht nur Gewordener, sondern immer auch Werdender. Das Leben besitzt die Zukunftsdimension der Veränderung, welche Angst machen oder Hoffnung geben kann. Die Hauptfunktion der Hoffnung ist, Lebensgeborgenheit zu geben. Die Transzen-

drs. (1969). Zukunft. Stuttgart.

Moltmann, J. (1997). Theologie der Hoffnung. (13. Aufl.) Gütersloh.

drs. (1995). Das Kommen Gottes: christliche Eschatologie. Gütersloh.

drs. (1997). Wer ist Christus für uns heute? Gütersloh.

¹⁹⁵ Es stellt sich die Frage; Ist dies vergleichbar mit einer Vertröstung auf das Diesseits?

¹⁹⁶ Camus, A. (1942, 1959). Der Mythos des Sisyphos. Hamburg. 13.

¹⁹⁷ drs.

¹⁹⁸ Plügge, H. (1962). Über suizidale Kranke. In: Wohlbefinden und Mißbefinden. Tübingen.

¹⁹⁹ Bollnow, O. F. (1979). Neue Geborgenheit. Das Problem einer Überwindung des Existenzialismus. Stuttgart.

Lersch, Ph. (1970). Aufbau der Person. München.

Marcel, G. (1962). Homo viator: Introduction to a metaphysics of hope. New York.; Drs. (1964). Philosophie der Hoffnung. München.

denz in der Gegenwart wird betont. In der Hoffnung erhofft sich der Mensch das Unverhoffte. Für Lersch gibt es kein Menschsein ohne Hoffnung. Sie ist Ausdruck des Lebenswillens.

2.4 Gewissheit im Suchen²⁰⁰ (Marcel)

Für Marcel ist Hoffnung eine Urwurzel des Menschseins, untrennbar verbunden mit ihm selbst, seiner Situation. Sie ist die Antwort einer inneren Einstellung, eine Haltung, und sie geschieht in Verbindung mit seiner Hingabe und Verantwortung. Ein Zuschauer des Lebens ist kein Hoffender. Wirkliche Hoffnung gibt es für Marcel nur dort, „wo die Versuchung der Verzweiflung auftritt; die Hoffnung ist der Akt, durch den die Versuchung aktiv und siegreich überwunden wird...“²⁰¹. Dieses Geschehen bedarf der Lebenskraft und eines schöpferischen Prozesses der Hoffnung, wenn das Leben vereist und erstarrt. Hoffnung knüpft sich nach Marcel nicht an Bedingungen, Erwartungen oder Wünsche, letztere gehören zum Haben und nicht zum Sein. Hoffnung ist nach Marcel das gleiche bedingungslose Phänomen wie Glaube und Liebe, die einem Haben entgegenstehen. So richtet sich die Hoffnung auf das, was nicht von mir abhängt, auf Gott. Marcel stellt diese Frage eindrücklich: „Sollte nun Hoffnung nicht bloß ein anderer Name sein für das Transzendenzverlangen, sollte sie vielleicht gar dieses Verlangen selbst sein, insofern es die geheime Triebfeder des unterwegs befindlichen Menschen ist?“²⁰². Ohne diese Transzendenz ist für ihn das Sein nicht zu denken. Am Ursprung existenzieller Gewissheit steht die Hoffnung. Auch ein schwer Kranker kann sich transzendieren. Er kann von einem anderen Feuer verzehrt werden, über das hinaus zu hoffen, was er hofft. So geht es nicht um die negative Nicht-Annahme, die aus Protest gegen eine verzweifelte Situation erfolgt und in Verkrampfung und Verhärtung mündet, sondern um eine positive Nicht-Annahme, die zurückgreift auf die Wurzeln der Hoffnung: Zeit, Geduld, Demut und Treue. Marcel redet an dieser Stelle von Hingabe. In diesen menschlichen alltäglichen Erfahrungen findet sich die Transzendenz Erfahrung. Mit letzteren meint Marcel, im Gegensatz zu Bloch, die Vollendung der Welt, das Unzerstörbare in der Gegenwart, das Bleibende sehen können, den Durchbruch des Unzerstörbaren in der Zerstörbarkeit des Lebens. Die Wirkkraft der Hoffnung sagt: Es wird sein! Das gibt die Gelassenheit, die Gewissheit. Marcel unterscheidet im Blick auf die Hoffnung eine innere und äußere Seite. Die innere Seite ist das Sein, die Sehnsucht, die existenzielle Kraft, befreit, erlöst zu werden, ein tiefes Verlangen, das nicht rational bestimmt werden kann. Und ebenso ist Hoffnung der Akt, in dem die Verzweiflung, die Vereisung, die Erstarrung, die totale Hoffnungslosigkeit des Lebens überwunden wird.. Aus dieser Existenz zu leben, bleibt ein Wagnis. „Ich hoffe für Dich auf uns!“²⁰³ Hoffnung zieht sich in die Ewigkeit. So gibt es keine Hoffnung ohne Transzendenz. Durch den Horizont wird die Welt hell und durchsichtig, auch das unabänderliche Leid. Nicht verzweifeln bedeutet dann Hoffen. Der Mensch wird über sich selbst hinaus geführt zur Hingabe, Wandlung.²⁰⁴

²⁰⁰ Foelz, S. (1979). Gewissheit im Suchen. Gabriel Marcells konkretes Philosophieren auf der Schwelle zwischen Philosophie und Theologie. Diss. Leipzig. Vgl. 367-391.

²⁰¹ Foelz (1979). 370, Anm. 292.

²⁰² Foelz (1979). 153, Anm. 308.

²⁰³ drs. 385.

²⁰⁴ Das ist nicht vergleichbar mit dem Verständnis von heutiger Selbstverwirklichung.

Die Urerfahrung des Lebens ist das Empfangen, Hoffnung wird empfangen in der Verzweiflung. Sie zeigt Spuren, die hinweisen auf das noch zu Empfangende, auf die Vollendung. Marcel kann schließlich sagen: „Die Seele ist nur durch die Hoffnung; die Hoffnung ist vielleicht gar der Stoff, aus dem unsere Seele gemacht ist.“²⁰⁵. Die Hoffnung und die Freude sind das ontologische Fundament der Unruhe: die Hoffnung als das „Noch-nicht-Erfüllte“ und die Freude als Gegensatz zur „Selbstzufriedenheit“²⁰⁶. So versteht er Hoffnung als das Sein auf dem Wege. Ihre Funktion besteht darin, Triebfeder menschlichen Suchens zu sein, die bewirkt, dass der menschliche Weg nicht einfach ein Irrtum ist. Alles Philosophieren Marceles ist darum bemüht, das Fundament existenzieller Gewissheit aufzudecken. Glaube, Treue, Hoffnung, Gebet oder Tod sind für ihn keine alleinigen Themen der Theologie, die Intersubjektivität bekam in seinem philosophischen Werk eine immer größere Bedeutung. Auf philosophischer Ebene beginnt Marcel die Geborgenheit und Hoffnung des Menschen und seine ontologische Einwurzelung im Mitsein zu suchen. Marcel ist überzeugt, wo der Sinn für das Ontologische schwindet, wird die Funktionsidee Grundlage des Lebens, wandelt sich das geistige Leben des Menschen, das getragen ist von dieser Hoffnung, in Verzweiflung um. Seine eigene Mitte aber findet der Mensch nicht in sich selbst, sondern nur im absoluten Du. Für Marcel hat es deshalb immer nur Sinn, in Verbindung mit Liebe von Hoffnung zu sprechen. Zur Hoffnung gehört Gemeinschaft, Beziehung, wie auch umgekehrt: Beziehung wächst nur auf dem Boden der Hoffnung. Deshalb sind Verzweiflung und Vereinsamung im Grunde für ihn identisch. Marcel sagt von sich selbst: „Die Reflexion über die Hoffnung steht im Herzen meines Werkes“²⁰⁷. So kann Marcel den Tod nur im folgenden Zusammenhang sehen: „Durch den Tod werden wir uns dem öffnen, von dem wir auf Erden gelebt haben“²⁰⁸. Letztlich drückt sich in ihm meine gelebte Hoffnung bzw. Verzweiflung aus. So gehören Tod und Hoffnung untrennbar zusammen.

„Zusammenfassend kann festgestellt werden: Die Hoffnung richtet sich nicht auf ein Wissen um die Zukunft des Menschen, sondern gründet in einer Gewissheit, die sich auf die geheimnisvolle Ausstrahlung der transzendenten Wirklichkeit im Gegenwärtigen bezieht. Sie ist nicht zu trennen von dem Transzendenzverlangen und der Intersubjektivität. Sie richtet sich auf das Heil des Menschen, das in einem unzerstörbaren Wir besteht. Hoffnung besteht nur dort, wo es ewige Gemeinschaft gibt. Sie ist die unbesiegbare Gewissheit, zu dieser Gemeinschaft unterwegs zu sein. Die Hoffnung ist das Mit-Sein auf dem Wege. Sie bewirkt, dass der Mensch den Weg zur Vollendung nicht verliert. Die Hoffnung ist die geheime Triebfeder des suchenden Menschen. Das Suchen dagegen ist der sichtbare Ausdruck des hoffenden Menschen. Hoffen und Suchen sind einander zugeordnet; beide gründen in der prophetischen Gewissheit des intersubjektiven Mitseins“²⁰⁹. Am Ende seiner Untersuchungen versucht Marcel, die Hoffnung mit folgenden Worten zu umschreiben: „Die Hoffnung, so könnte man sagen, ist wesentlich das Verfügbarsein einer Seele, die sich eine Erfahrung der Gemeinschaft innerlich genug engagiert hat, um den transzendierenden Akt gegen die Opposition des Willens und der Erkenntnis zu verwirklichen, durch den sie die lebendige Dauer bejaht, von der jene

²⁰⁵ Foelz (1979). 142, Anm. 245.

²⁰⁶ Foelz (1979). 328.

²⁰⁷ Foelz (1979). 367, Anm. 280.

²⁰⁸ Foelz (1979). 388, Anm. 405.

²⁰⁹ drs. 390/391.

Erfahrung zugleich Unterpfand und Anfang ist“²¹⁰. Kurz gesagt: “Ich hoffe auf Dich für uns!“²¹¹, das ist vielleicht der umfassendste Ausdruck für jenen Akt, der das Zeitwort hoffen für Marcel wiedergibt.

2.5 Rechenschaft über die Hoffnung (Pieper)

Pieper verdient eine besondere Würdigung innerhalb der Hoffnungsphilosophie des 20. Jahrhunderts im Hinblick auf die Untersuchung der Hoffnung selbst und aufgrund seiner Wiederentdeckung der eschatologischen Dimension, des Noch- nicht- Seins, des ontologischen Fundaments menschlicher Hoffnung. Das Objekt der Hoffnung kann nicht allein mit eigener Kraft erlangt werden, sondern dazu gehört eine Dimension des Geschenks. Der Mensch ist nach Pieper vor allem Möglichkeit und Entwurf. Er hofft, aus dem Zustand des Noch-nicht-Seins zu dem Zustand des Mehr-Seins oder Erfüllt -Seins zu gelangen. So bleibt die menschliche Hoffnung wesentlich an die Bedingung des Glaubens/Vertrauens und Unterwegs-Seins geknüpft und beinhaltet immer eine existenzielle Unsicherheit. Die emotionale Seite der Hoffnung drückt sich in Liebe und Furcht aus. Pieper definiert die Hoffnung als „ein Willensakt auf ein steiles, mögliches und zukünftiges Gut“²¹². Er unterscheidet zwei Arten der Hoffnung: „espoir“ (wandelbare Hoffnung) und „esperance“ (fundamentale Hoffnung). Erstere ist austauschbar und ständig im Wandel begriffen. Die wandelbare Hoffnung gehört dem Alltag an, sie kommt und geht und ist abhängig von den Jahreszeiten und der Lebenszeit. Sie kann die natürliche Sehnsucht des Menschen nach Erfüllung und Glück nicht stillen. Die fundamentale Hoffnung dagegen ist einzigartig und unveränderlich. Ihr Objekt kann als die vollkommene Verwirklichung der Person, als erstes Prinzip des Daseins begriffen werden.²¹³ Angesichts der Grundannahme Piepers, dass die fundamentale Hoffnung das menschliche Dasein konstituiert, wird die absolute menschliche Verzweiflung hinterfragt. Überlässt der heutige Mensch seinen Platz der nihilistischen Verzweiflung oder ist die Überschreitung, ein sinnvolles Hoffen in die Zukunft der Weg? Wie Bloch lehrt Pieper eine Ontologie des Werdens, des Noch - nicht – Seins, allerdings unterscheiden sich beide in der Auffassung von Ziel und Inhalt des Werdens, der Art und Weise dieses zu erreichen. Sind für Bloch Materie und Gott identisch, betont Pieper die Unsicherheit der Existenz des Menschen. Diese kann nur mithilfe der Hoffnung überschritten und als Geschenk Gottes angenommen werden. In den fünfziger Jahren erfolgt, auf der Grundlage von Piepers Konzeption von Sprache, die Erforschung der Merkmale menschlicher Hoffnung. Er verweist auf die Alltagssprache, die seiner Ansicht nach die Wirklichkeit besser erfasst als jegliche andere Art von Sprache. Pieper konzipiert sechs anhand der Alltagssprache charakteristische Merkmale der Hoffnung²¹⁴:

1. Hoffnung ist verbunden mit einem Minimum an Gewissheit und Zuversicht, auch wirklich in den Besitz des Erhofften zu gelangen, dass das Subjekt anstrebt.

²¹⁰ Foelz (1979). 368, Anm. 283.

²¹¹ Foelz (1979). 385, Anm. 385.

²¹² J. Pieper (1999). Glück und Kontemplation, in: Werke, Bd. VI. „Hoffnung - auf was?“ 162.

Das Gesamtwerk von Pieper findet sich in: Werke in acht Bänden (1995ff). B. Wald (Hrsg.). Hamburg.

²¹³ Vgl. Schumacher (2000). 15.

²¹⁴ vgl. Schumacher (2000). 67ff.

2. Das erhoffte Objekt ist ein Gut, hier ontologisch verstanden. Es muss gut und begehrenswert sein. Um von der Hoffnung reden zu können, bedarf es einer Neigung des Subjekts nach einem Objekt.

3. Das erhoffte Objekt ist steil. Es wird nichts erhofft, was das Subjekt ohne Anstrengung erreichen kann. Etwas, was durch einen reinen Willensakt zu bewirken ist, kann nicht Objekt der Hoffnung sein.

4. Das Erhoffte muss sich nicht mit Notwendigkeit als greifbar erweisen. Es lässt sich nicht programmatisch umsetzen.

5. Das Objekt der Hoffnung liegt nicht in der Macht des Hoffenden. Jede Hoffnung bringt etwas Unverfügbares mit sich.

6. Hoffnung besteht in einer Erwartung, die ein Gutes oder Schlechtes zum Objekt haben kann²¹⁵. An dieser Stelle sollte allerdings eher von Voraussetzungen der Hoffnung gesprochen werden, während Pieper zur Struktur der Hoffnung Auskunft gibt. Nach Schumacher kann der Mensch nichts erhoffen, von dessen Wirklichkeit er nicht zuvor schon wusste. So ist Hoffnung ein intentionaler, auf ein Objekt gerichteter Akt. Im Weiteren setzt die Hoffnung immer eine Sehnsucht voraus, die auch erfüllt werden kann. Um von Hoffnung sprechen zu können, bedarf es eines Minimums an Sicherheit und eines Glaubensakts in Verbindung mit einem Vertrauensakts. Leben die alltäglichen Hoffnungen mehr von dem Urvertrauen in die natürlichen Fähigkeiten, so basiert die fundamentale Hoffnung in einem Grundvertrauen des Daseins und des Guten, in dem die Liebe und die Treue das Wichtigste sind. Dafür braucht es eines minimalen Geöffnetseins²¹⁶. Wer sich selbst verschließt, nicht mehr verfügbar ist, hat aufgehört zu hoffen. Das ist das Kennzeichen der Verzweifelten oder Vermessenen. „Der Akt des Hoffens zeichnet sich ... durch eine Haltung der Empfänglichkeit und Geöffnetheit gegenüber dem Gut aus, auf dass das Subjekt ausgespannt ist, ein Gut, dessen Erfüllung nicht aus eigener Kraft des Subjektes verwirklicht werden kann. Die Hoffnung ist mit einer Metaphysik des Geschenks verbunden, in der das erhoffte Objekt dem Subjekt als Geschenk zuteil wird“²¹⁷. Im weiteren verweist Schumacher auf den engen Zusammenhang zwischen Hoffnung, Glauben und Vertrauen. Das Urvertrauen in das Dasein, das tief in der Person angelegt ist, ist notwendige Voraussetzung zur Entfaltung der Hoffnung²¹⁸. Wie Middelndorf, Minkowski und Fahrenbach²¹⁹ differenziert Pieper die beiden genannten Arten von Hoffnung. Dies durchzieht sein Werk in unterschiedlicher Darstellung und Gewichtung. Einerseits ist der Tag angefüllt mit Hoffnungen in naher und ferner Zukunft (espoirs), und unsere Existenz ist weithin aus diesem alltäglichen Stoff der Hoffnungen gewebt, die der Zeitlichkeit unterliegen. Ebenso unterliegen sie den alltäglichen Enttäuschungen. Andererseits kann der Mensch ohne espoirs offensichtlich weiterhin aus einer fundamentalen Hoffnung (esperance) heraus hoffen, die von der Nichterfüllung der espoirs nicht berührt wird. Das wird in Lebenskrisen und schwerer

²¹⁵ Schumacher (2000). ergänzt diese Merkmale um weitere, vgl. 70ff.

²¹⁶ vgl. den Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrung und Hoffnung im Teil II Untersuchung 5 dieser Arbeit. Die Philosophen Middelndorf, Bollnow und Marcel haben auf den Aspekt aufmerksam gemacht.

²¹⁷ Schumacher, B. N. (2000). 85.

²¹⁸ drs. 87/88.

²¹⁹ Middelndorf, H. (1985). Über die Hoffnung. Amsterdam.

Minkowski, E. (1959). L'esperance in: Tijdschrift voor Filosofie (21), Nr.1, 96-102.

Fahrenbach, H. (1956). Wesen und Sinn der Hoffnung. Versuch über ein Grenzphänomen zwischen philosophischer und theologischer Daseinsauslegung. Heidelberg. Diss.

Krankheit²²⁰ erst sichtbar. Charakteristisch ist für beide Arten ihr unterschiedlicher Grad an Sicherheit. „Ungezählte Hoffnungen mögen enttäuscht werden, sich zerschlagen, sich als trügerisch und vergeblich erweisen, ohne dass deswegen schon der Mensch einfachhin hoffnungslos werden müsste; offenbar ist es nur eine Hoffnung, die Hoffnung auf eines, deren Verlust den Menschen schlechterdings ohne Hoffnung zurücklassen würde, so dass von ihm gesagt werden könnte und müsste, jetzt habe er einfachhin keine Hoffnung mehr“²²¹. Pieper stützt sich in seinen Aussagen auf die Untersuchungen zu Grenzsituationen des Lebens von Plügge. Dieser stellte fest, dass bei unheilbar Kranken und Suizidpatienten in dem Moment eine fundamentale Hoffnung entsteht, da alle anderen Hoffnungen verschwunden und angesichts ihrer Nichtverwirklichung enttäuscht sind²²². Er schlussfolgert, dass erst aus dem Verlust der Hoffnungen die wahre Hoffnung entsteht²²³. Begreift man die fundamentale Hoffnung als transzendente Wirklichkeit, ohne die der Mensch kein Dasein kennt, dann beinhaltet jegliche Existenz immanente und transzendente Hoffnungserfahrung. Das würde weiter bedeuten, es gäbe kein Leben ohne die Möglichkeit transzendenter Erfahrung. Mit der Tradition des Thomas von Aquin verbunden, differenziert Pieper weiter die beiden Arten der Hoffnung; als theologische Tugend (fundamentale Hoffnung) und Leidenschafts-Hoffnung (wandelbare, alltägliche Hoffnung). Vergeblich wird man das Objekt der alltäglichen Hoffnung zu bestimmen oder die mögliche Vielfalt zu benennen versuchen. Es ist abhängig von Zeit, Ort, Umständen sowie physischer, psychischer und spiritueller Entwicklung der Person, die ihre Gestalt bestimmen. Das Objekt der fundamentalen Hoffnung beschreibt Pieper mit unterschiedlichen Worten und Bildern²²⁴. Er lässt keinen Zweifel daran, dass Christus die Erfüllung der Hoffnung, der schöpferisch, liebende Gott der wahre Grund ist, der intuitiv vom Menschen erfasst werden kann. Nach Pieper ist die fundamentale Hoffnung die Grundlage aller Hoffnungen, ohne sie kann man nicht von Hoffnung sprechen. Letztendlich ist der Mensch selbst nicht fähig, diesen letzten Grund der Hoffnung zu erfassen, denn sie ist Geschenk. So lehnt Pieper die Sichtweise der Nihilisten ab, den Tod als Nicht-Hoffnung, als Nicht-Utopie (Bloch) zu verstehen. Sondern im Tod übereignet sich der Mensch in das Ziel seiner Hoffnung hinein. Der Auferstehungsgedanke ist bei Pieper unübersehbar. Die Hoffnung stützt sich bei ihm auf den Glaubensakt, der seinerseits aus einer bestimmten Erfahrung der Existenz des Erhofften erwächst. Pieper grenzt sich ab gegen eine Hoffnungsphilosophie (Bloch), die ausschließlich immanent entworfen wird, und rückt die personale Dimension in den Vordergrund. Dabei hat er nie die gesellschaftliche Dimension geleugnet. Der letzte Grund einer Geschichtsphilosophie aber führt ihn wieder weg vom Ende zu einem Ziel, das er mit dem Schöpfergott verbindet. Diese Hoffnung stellt die Triebfeder des Menschen auf seinem Wege dar. Pieper hat der anthropologischen und ontologischen Begründung

²²⁰ vgl. Rittweger, J. (2000). Hoffnung und subjektives Belastungsempfinden von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie. Halle.

²²¹ Pieper, J. (1977). „Über die Hoffnung der Kranken“. In: M. - P. Engelmeier (Hrsg.). Von der Hoffnung der Kranken. St. Augustin. 23.

²²² drs. 61 und 63 . Auch Plügge unterscheidet zwischen Alltagshoffnung und fundamentaler Hoffnung, die Ausdruck transzendenter Wirklichkeit ist. Plügges Ergebnisse wurden später von dem Schweizer Psychiater Staehelin, der zwischen „Hoffnung haben“ und „hoffnungsvoll - Sein“ unterscheidet, repliziert.

Vgl. auch Rauchfleisch, U. (1991) Leiden - verzweifeln - hoffen. Freiburg.

²²³ Diese Auffassung, dass erst aufgrund enttäuschter Hoffnungen, der Weg zur Entfaltung der fundamentalen Hoffnung sichtbar und spürbar entsteht, wird auch von anderen Autoren wie Fahrenbach und Marcel geteilt.

²²⁴ z. B. „tiefste Stillung“; „Fülle des Seins“; „künftige Selbstverwirklichung“; „das Große Gastmahl“; „vollkommene Freude“; „neuer Himmel und neue Erde“. vgl. Schumacher (2000). 106.

seiner Philosophie der Hoffnung große Aufmerksamkeit geschenkt. Wenig interessiert ihn in seinen Überlegungen die Frage der Hoffnung als Affekt. Nie versuchte er, die Hoffnung nach der westlichen Philosophie als Leidenschaft zu analysieren.

Seine „Philosophie der Hoffnung“ gründet sich auf eine Ontologie der Subjekt-Objekt-Beziehung, eine Ontologie der Interpersonalität sowie auf eine Metaphysik des Seins und des Geschenks, die von seiten des Subjekts eine liebende Bejahung der Wirklichkeit als ganze, Offenheit und Verfügbarkeit impliziert, kurz: die freie und vertrauensvolle Annahme der Existenz eines absoluten Du²²⁵.

Fazit: Angesichts der existenziellen Erschütterungen durch Auschwitz versucht Pieper nach dem II. Weltkrieg eine Philosophie der Hoffnung zu begründen und sich einem Nihilismus, der das Nichts über das Sein stellt, bzw. der Errichtung eines „irdischen neuen Jerusalems“ zu widersetzen. Pieper stellt sich mit seiner Philosophie der existenziellen Frage: Ist das Dasein ein Sein zum Tode oder ein Sein zur Hoffnung? Er wendet sich gegen eine Geistesströmung, die das Objekt der Hoffnung darauf reduziert, was der Mensch aus eigener Kraft erreichen kann, gegen eine Metaphysik des Tuns. Wichtig ist die untrennbare Beziehung zwischen Hoffnung, Glaube und Vertrauen²²⁶.

2.6 Lebenspraktische Philosophie (Achenbach; Schmid)

Achenbach gründete 1981 in Deutschland die weltweit erste philosophische Praxis.

Neben Theologie/Seelsorge und Psychologie/Psychotherapie entstand in den letzten 20 Jahren eine Philosophie der Lebenskunst²²⁷, die sich den Antworten auf Lebensfragen heutiger Zeit widmet und somit durchaus als dritte Möglichkeit einer Lebensberatung für die konkrete Ausgestaltung des Individuums verstanden werden kann. Von einem klassischen Verständnis der Philosophie her bemüht sich Achenbach im Gespräch mit den Klienten „um ein gelingendes Leben“. Worin besteht der Beitrag einer Philosophie zur Lebenskunst? In der Antwortsuche auf die Frage: Wie führe ich mein Leben, damit es sinnvoll und lebenswert ist? Was gibt dem Leben Halt? Worauf es ankommt, ist die Bewältigung existenzieller Herausforderungen. Dem Können des Lebens wird der Lebenslauf zum Lebensweg. In der Praxis sind Themen wie Glück, Sehnsucht, Gelassenheit, innere Ruhe, Weisheit, Umgang mit Affekten, Alter und Tod entscheidend²²⁸. In einer Zeit der Individualisierung und Vereinzelung werden Therapien infrage gestellt, vor allem die Psychoanalyse wird dahingehend kritisiert, dass diese nicht über die Opferrolle des Menschen hinausführt. Alle Psychologie sei an der Psyche des Einzelnen orientiert, heute bedarf es jedoch

²²⁵ Schumacher (2000). 246.

²²⁶ Godfrey differenziert als Erbe einer langen Tradition zwei Arten des Vertrauens: Das Vertrauen als Verhalten, jemand schenkt Vertrauen, und das Vertrauen als Beziehung, jemand setzt sein Vertrauen in einen anderen, es geht mit Liebe einher. Godfrey, J. A philosophy of Human Hope, 157-168.

²²⁷ Schmid, W. (1999). Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt a. Main.

drs. (2000). Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst, Frankfurt a. Main.

Achenbach, Gerd B.(2000). Das kleine Buch der inneren Ruhe. Freiburg.

drs. (2001). Lebenskönnerschaft. Freiburg.

²²⁸ Pieper, A. (2001). Glückssache. Die Kunst gut zu leben. Hamburg.

Vgl. DeBotton, A. (2002). Trost in der Philosophie. Frankfurt.; Boethius (1997). Trost der Philosophie. Frankfurt a. Main.

nötiger denn je, das Wir in den Blick zunehmen. So wird die Lebensphilosophie an die Stelle der Psychologie gesetzt, da Menschen weniger aufgrund seelischer Defekte Probleme entwickeln, sondern durch ihre subjektiven Ansichten Überzeugungs- und Glaubenssysteme, sowie (falschen) Hoffnungen. Mithilfe z. B. eines sokratischen Dialogs geht es auch darum, mutig Entscheidungen und Ziele für das weitere Leben zu treffen. Diese Form der Lebensberatung nehmen Menschen in Anspruch, die weder konfessionell gebunden bzw. irreparabel mit der kirchlichen Institution entzweit sind, noch speziell ein Problem psychologisch bearbeiten wollen. Interessanterweise stellt diese dritte Strömung²²⁹ ein Konglomerat philosophischer, psychologischer und auch theologischer Erkenntnisse, Weisheiten und Traditionen des Denkens dar, die unverzichtbar für die menschliche Seele und ihre Entwicklung geworden sind. So wird sie einerseits den Bedürfnissen der Konfessionslosen nach Spiritualität gerecht und andererseits der Suche nach psychischer Stabilität und Gelassenheit sowie Weisheit und Aufbau von Hoffnung als Grundlage der Bewältigung des Lebensweges. Aber nicht durch wissenschaftliches Wissen, sondern durch das Wissen der Weisheit. Was fehlt heutiger Seelsorge und Psychotherapie, und was ist dann das Spezifische dieser lebenspraktischen Philosophie? Eine wesentliche Erkenntnis aller ist: „Sterben ist das untrügliche Zeichen unserer Abhängigkeit. Unsere Abhängigkeit ist das untrügliche Fundament unserer Hoffnung“²³⁰. Achenbach beschreibt den Weg des Menschen als „Lebenskönnerschaft“ und grenzt sich damit von dem Begriff der Lebenskunst ab. Für ihn dient die Tradition der Tugenden²³¹ und Weisheit als Erfahrungswissen als Grundlage, dass der Mensch sich auf seinem Lebensweg bewähren kann. Die eigentlichen Themen, wie rechter Sinn, Glaube, Hoffnung und Liebe stehen noch aus und werden in seinem Entwurf nur erwähnt. Lebenspraktisch ist es z. B. möglich, sich in ein „Cafe für Sokrates“²³² in Berlin zu setzen und Philosophie für jedermann zu erleben bzw. selbst zu diskutieren. Oder einen Philosophen gegen ein Honorar zu „mieten“ und philosophierend auf einem gemeinsamen Weg das Lebensthema bis zur akzeptablen Sichtweise und Lösung, zu reflektieren. Es bleibt abzuwarten, inwieweit dieser dritte Weg eine andere Form des Zugangs zum heutigen Menschen und seinen ewigen Fragen nach Glaube, Liebe, Hoffnung darstellt.

2. 7 Zusammenfassung: Was trägt die Philosophie zum Verständnis der Hoffnung bei?

Zunächst wurde die Hoffnung im 18. und 19. Jahrhundert als Triebkraft der geschichtlichen Dynamik verstanden, die Kant als Weg zu einer „ethischen Gemeinschaft“ und Bloch als Weg zu einem irdischen „neuen Jerusalem“ verstand. Dieser auf ein Besseres gerichtete Fortschrittsoptimismus wurde durch den aufkommenden Nihilismus Nietzsches und später durch die existenzialistische- nihilistische Strömung abgelöst. Die Hoffnung wurde behandelt, um es mit Bildern auszudrücken, wie ein vergiftetes Geschenk, als Illusion, als Torheit und unhaltbares Versprechen sowie Vertröstung ins Jenseits, eine schöne Idee ohne konkrete Wirklichkeit. Hoffnung verkam zum billigen Trost. Dies wirkt bis heute fort. Dagegen setzte sich parallel zu der sich breit machenden Verzweiflung eine andere Strömung durch, in deren Mittelpunkt die Hoffnung steht, die

²²⁹ Mit den ersten beiden Wegen sind Seelsorge und Psychotherapie gemeint.

²³⁰ Davila, N. G. (1992). Auf verlorenem Posten. Wien. 36.

²³¹ vgl. Comte- Sponville, A. (1996). Ermutigung zum unzeitmäßigen Leben. Reinbeck.

²³² Sautet, M. (1999). Ein Cafe für Sokrates. Philosophie für jedermann. Düsseldorf.

den Menschen trägt. „Die Mehrheit der zeitgenössischen Philosophen der Hoffnung geht davon aus, dass der Akt der Hoffnung und das Objekt der Hoffnung ebenso sehr eine Angelegenheit des einzelnen wie der Gemeinschaft sind...Tatsächlich aber ist die Hoffnung nie ein vorrangiges Thema in der Philosophiegeschichte gewesen: wenn man sich mit ihr beschäftigte, geschah dies im allgemeinen „en passant“; dies gilt auch für die meisten Denker heute“²³³. Fasst man die Ansätze der Hoffnungsphilosophie zusammen, so eröffnen sich zwei Perspektiven: Die eine besagt, dass man ohne Hoffnung nicht leben könne. Sie ist die Grundgeborgenheit des Menschen. Aus der Hoffnung heraus entstehen alle „gehobenen Gefühle“²³⁴, die der Angst und Verzweiflung gegenüber stehen. Die andere Perspektive dagegen verdächtigt die Hoffnung, eine billige Flucht zu ermöglichen und damit das Hier und Jetzt zu gefährden. Letztere Perspektive wird das Wesen der Hoffnung nicht wirklich erfassen. So verbindet die Philosophie Hoffnung mit dem Emotionsfeld Erwartung - Sehnsucht -Hoffnung als ein Kontinuum, wobei immer mehr Offenheitsgrade dazukommen: „Die Erwartung kann sehr eingengt sein und mit weniger oder mehr Sehnsucht durchsetzt immer mehr zu Hoffnung werden“²³⁵. Bis heute gibt es keinen Versuch, die verschiedenen philosophischen Denkströmungen unseres Jahrhunderts., die sich mit Hoffnung auseinandersetzen, zusammenzustellen. Der Großteil der Untersuchungen berücksichtigt entweder nur Veröffentlichungen eines Sprachgebietes, eine eigenständige philosophische Richtung oder konzentriert sich überwiegend auf Marcel und Bloch.

²³³ Schumacher (2000). Rechenschaft über die Hoffnung. 10.

²³⁴ Kast, V. (1991). Freude Inspiration Hoffnung. Olten. 10.

²³⁵ drs. 175.

3. Psychologische und Medizinische Perspektive²³⁶

„Hoffnung und Zuversicht können sehr nützliche Affekte sein und viel zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit beitragen“ (Stahl, 1695)

Die Forderung, der Arzt solle den (Schwer-) Kranken Hoffnung machen oder diese ihm nicht nehmen, durchzieht die Geschichte der Medizin. Wie ein Arzt allerdings einem Leidenden Hoffnung vermitteln kann, wird kaum ausgeführt. Lange Zeit wurde von frühen medizinpsychologischen Autoren die Sichtweise Descartes' 1649 übernommen und die Hoffnung den Leidenschaften zugeordnet. Zunehmend wurde sie jedoch unter anderen Gesichtspunkten betrachtet. So erfasst Stahl 1695 die Wirkung der Hoffnung bereits als Affekt. Hoffnung und Zuversicht seien sehr nützliche Affekte und tragen viel zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit bei. Diese Sichtweise ist von Zückert 1764 spezifiziert worden, indem er die physischen Auswirkungen beschreibt. Freude und Hoffnung führen als angenehme Leidenschaften zur Verbesserung des Leibeszustands, sie bewirken eine angenehme Reizung der Nerven und bringen das Blut in Wallung. Dadurch werde die Durchblutung der Peripherie angeregt, die Absonderung der Säfte befördert sowie der Körper leichter gemacht. In der weiteren Entwicklung interpretiert Gesenius 1786 Hoffnung als Erwartung einer Freude und verweist auf die negativen Affekte der Hoffnungslosigkeit, die vor den Kranken zu verbergen seien sowie auf die Sensibilität, die Kranke für non - verbale Signale entwickeln. Schließlich bezieht Lenhossek 1804 als erster explizit motivationale Aspekte ein: „Der Gemüthsaffekt der Hoffnung erregt das Begehungsvermögen [...] zu Thätigkeiten, d. h. die Hoffnung ist (der einzige) Impuls der Handlungen“²³⁷. Interessanterweise unterscheidet er verschiedene Arten von Hoffnung in Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit, mit der das Gewünschte eintreffen kann.

So ist Vertrauen durch einen höheren Grad von Hoffnung gekennzeichnet, die Zuversicht hingegen von sicherer Überzeugung geprägt. Zutrauen steht in Verbindung mit berechtigter Hoffnung und Vertrauen auf andere Personen. Von Feuchtersleben 1845 dagegen richtet den Blick auf eine überdauernde Disposition, Hoffnung zu entwickeln. Diese Disposition versteht er als eine Offenbarung der innigsten psychischen Lebensenergie. Es finden sich damit erste Ansätze in der Medizingeschichte, Hoffnung in ihrer affektiven Auswirkung, als Motiv, als Disposition zu betrachten. Für Hufeland 1860 ist Hoffnung die Grundlage und „unentbehrliches Erfordernis“

²³⁶ vgl. Lipps, B. & Huppmann, G. (1998). Zur Medizinischen Psychologie der Hoffnung. Vortrag beim Kongress der Dt. Gesellschaft für Medizinische Psychologie in Hamburg. 4. - 6. 6. 1998.

Ebenso den Überblick zur Medizingeschichte der Hoffnung von: Huppmann, G. (2000). Frühe Medizinische Psychologie der Hoffnung: Von Descartes (1649) bis v. Feuchtersleben (1845). Mainz.

Vgl. Stahl, G. E. (1695). Über den mannigfaltigen Einfluß von Gemütsbewegungen auf den menschlichen Körper. (lateinisches Original übers. in J. Steudel & R. Zaunick (Hrsg.), Sudhoffs Klassiker der Medizin, Band 36, Georg Ernst Stahl. Leipzig. 1961.

Descartes, R. (1649). Ueber die Leidenschaften der Seele. (lateinisches Original übers. von J. H. v. Kirchmann, Rene Descartes philosophische Werke, 2. Aufl., Leipzig. 1891.

Zückert, J. F. (1764). Medicinische und moralische Abhandlungen von den Leidenschaften. Berlin.

Gesenius, W. (1786). Medizinisch - moralische Pathematologie oder Versuch über die Leidenschaften und ihren Einfluß auf die Geschäfte des körperlichen Lebens. Erfurt.

²³⁷ Lenhossek, M. (1804). Untersuchungen über Leidenschaften und Gemüthsaffekten, als Ursachen und Heilmittel der Krankheiten. Pesth. 11.

für Zufriedenheit und Seelenruhe und somit für ein langes Leben: “Wer hoffen kann, der verlängert seine Existenz nicht bloß idealisch, sondern wirklich physisch durch die Ruhe und Gleichmüthigkeit, welche sie gewährt“²³⁸. Erstaunlich bleibt, dass dieses „unentbehrliche Erfordernis“ kaum ein Gegenstand weiterer Medizinforschung wurde²³⁹.

3.1 Die tiefenpsychologische Perspektive

Die Tiefenpsychologie beschäftigte sich nur in Ansätzen mit der Frage der Hoffnung. Sie finden sich in der weiteren psychologischen Forschung kaum berücksichtigt. Interessanterweise wurde auch von der Humanistischen Psychologie die tiefenpsychologische Perspektive der Hoffnung nicht aufgegriffen und weiterentwickelt. Frankls Logotherapie ist zwar sinnorientiert: „Unser Zeitalter ist das einer existenziellen Frustration“²⁴⁰. Doch entwickelte er keinen spezifischen Hoffnungsbegriff, vielmehr ist Ziel seiner Therapie die Entfaltung eines Willens zum Sinn. Begreift man Hoffnung als sinnorientiert, so setzt sich Frankl mit seinem gesamten Lebenswerk²⁴¹ damit auseinander, allerdings ausschließlich aus der Perspektive der Hoffnungslosigkeit, des Sinnverlustes, der Verzweiflung. Im Gegensatz zur Tiefenpsychologie haben andere Schulen keinen nennenswerten Beitrag zum Gegenstand Hoffnung geleistet.

²³⁸ Hufeland, C. W. (1860). Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. (8. Aufl.). Berlin. 14; vgl. Feuchtersleben, E. von (1845). Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Wien.

²³⁹ Am ehesten wird die Hoffnung heute innerhalb der Palliativmedizin thematisiert.

Ansohn, E. (1978). Die Wahrheit am Krankenbett. Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe. München.

Aulbert, E. (Hrsg.) (1993). Bewältigungshilfen für den Krebskranken. Stuttgart.

Aulbert, E. & Niederle, N. (Hrsg.) (1990). Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. Stuttgart.

Husebo, S. & Klaschik, E. (1998). Palliativmedizin. Berlin.

Niederle, N. & Aulbert, E. (Hrsg.). (1987). Der Krebskranke und sein Umfeld. Stuttgart.

²⁴⁰ Frankl, V. E. (1990). Der leidende Mensch. München. 14.

²⁴¹ ders. (1991). Das Leiden am sinnlosen Leben. Wien.

3.1.1 Freuds Affektbegriff²⁴²

Für Freud waren Affekte von Anfang an ein existenzieller Ausdruck menschlichen Lebens. Er besaß die bildliche Vorstellung vom „eingeklemmten Affekt“, der zu neurotischen Störungen führt, wenn er nicht abregiert werden kann. Ziel der Psychoanalyse ist es „die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abregierten Vorstellung dadurch (aufzuheben), dass sie dem eingeklemmten Affekt derselben den Ablauf durch die Rede gestatte und (sie) zur assoziativen Korrektur (bringt), indem sie dieselbe ins normale Bewusstsein zieht²⁴³. „Affektloses Erinnern ist fast immer völlig wirkungslos“²⁴⁴. Das Wesen des Affekts bestimmt sich nach Freud folgendermaßen: „Ein Affekt umschließt erstens bestimmte motorische Innervationen oder Abfuhrer, zweitens gewisse Empfindungen, und zwar von zweierlei Art, die Wahrnehmungen der stattgehabten motorischen Aktionen und die direkten Lust- und Unlustempfindungen, die dem Affekt, wie man sagt, den Grundton geben...Bei einigen Affekten glaubt man...zu erkennen, dass der Kern, welcher das genannte Ensemble zusammenhält, die Wiederholung eines bestimmten bedeutungsvollen Erlebnisses ist. Dieses Erlebnis könnte nur ein sehr frühzeitiger Eindruck von sehr allgemeiner Natur sein...“²⁴⁵. Freud behandelt vor allem (negative) Affektzustände, wie Angst, Trauer und Schmerz. Er versteht die Affekte als „Reproduktionen alter, lebenswichtiger, eventuell vorindividueller Ereignisse...“²⁴⁶.

²⁴² Die wichtigsten Erörterung der Affekte Freuds findet sich in der Traumdeutung (1900); Studienausgabe, Bd. 2, 444-69. Eine weitere Erörterung dieser Frage findet sich in: Das Ich und das Es (1923), Bd. III, 288 ff. Eine noch klarere Darstellung des Wesens der Affekte gibt Freud in der 25. seiner Vorlesungen (1916-17), Studienausgabe Bd. 1, 382-3, sowie in: Hemmung, Symptom und Angst (1926), Studienausgabe, Bd. 6, 273-4. Zur aktuellen Diskussion von Freuds Affektbegriff und seiner Triebtheorie vgl. Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Stuttgart. 9-64. Das Wort Affekt taucht im klinischen Bezugsrahmen bei Freud in vier verschiedenen Kontexten auf: „1. Einmal sprechen wir von Zuständen, die wir mit Begriffen wie Scham, Schuld oder Stolz kennzeichnen. Diese Gefühle setzen verinnerlichte Strukturen voraus und können teilweise als der Niederschlag von realen Beziehungen verstanden werden...2. Im zweiten Umfeld wird der Begriff Affekt als Folge von Trieben und/oder kognitiven Prozessen verstanden. In Anlehnung an Freuds Überlegungen (1915) werden hier Empfindungen der Lust-Unlustreihe als Affekte bezeichnet und mit der Vorstellung von Spannungsveränderungen verknüpft...Dieser Affektbegriff hat keine direkten Verbindungen zu Beziehungen, es sei denn, man gehe davon aus, dass gehemmte Personen auf bestimmte Arten von Beziehungen verzichten... Der dritte Kontext entspricht dem der traumatischen Affekte. Auch hier wird häufig der Begriff „traumatische Angst“ verwendet...Ein Zustand vollständiger Hilf- und Hoffnungslosigkeit mit einem „Wissen“ um die Unlösbarkeit der Bedrohung und einer emotional-kognitiven Entdifferenzierung der erlebenden Person. Solche Zustände dienen nicht der Regulierung anderer Prozesse, sondern sind charakteristisch für Zusammenbrüche der inneren Regulierung, aber auch der Beziehungsregulierung...4. Der vierte Kontext, in dem der Begriff Affekt verwendet wird, ist stärker beziehungsorientiert. Wenn wir an Zustände wie Freude, Wut, Ekel, Angst, Trauer, Interesse, Verachtung denken, gehen wir davon aus, dass sie, wenn sie sicht- und /oder hörbar werden, ganz ungewollt mit anderen spezifische Wirkungen hervorrufen. So gibt es etwa Affektansteckung...oder komplementäre Reaktionen...Solche Überlegungen werden häufig unter dem Stichwort Übertragung abgehandelt.“ Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2, 26/27.

²⁴³ Freud, S. (1895a). Studien über Hysterie. G. W. Bd. 1. Frankfurt a. Main, 97.

²⁴⁴ drs. 85.

²⁴⁵ Freud Studienausgabe Bd. 1, 382/383.

²⁴⁶ drs. Bd. IV, 274.

Freuds Sichtweise der Affekte ist vor allem von Melanie Klein und Winfried Bion aufgenommen und weiterentwickelt worden²⁴⁷. Freud selbst konzentrierte sich ausschließlich auf den Affekt der Angst.²⁴⁸ Im gesamten Werk Freuds findet sich deshalb Hoffnung nicht als eigenständiger Begriff, sondern er nähert sich diesem eher über die Beschreibung von Defiziten. In der Tiefenpsychologie entsteht somit der Begriff Hoffnung aus ihrer Abwesenheit, der Hoffnungslosigkeit und Angst. Schon Fromm schreibt erstaunt im Bezug auf Freuds Hoffnungs begriff: “[...] dass trotz der Popularität von Freuds Theorien sein Begriff des Unbewussten so wenig auf derartige emotionale Phänomene angewandt wird“²⁴⁹. Die Wirkung der Psychotherapie beruht nach Freuds Ansicht auf einem „Zustand der gläubigen Erwartung“²⁵⁰ des Kranken, der dem Zweck der Heilung dient. Es ist sein Verdienst, die Zusammenhänge zwischen seelischer und körperlicher Befindlichkeit zu betonen und die einseitige Betrachtung des Menschen aufzuheben. “Anhaltende Affektzustände - depressiver Natur wie Kummer, Sorge, Trauer wirken krankhaft verändernd. Umgekehrt sieht man unter dem Einfluss freudiger Erregungen, des Glückes, den ganzen Körper aufblühen“²⁵¹. Freud ist davon überzeugt, dass alle Seelenvorgänge, auch die Denkvorgänge affektiv sind „[...] und kein einziger von ihnen entbehrt der körperlichen Äußerungen und der Fähigkeit, körperliche Vorgänge zu verändern [...]“. Die Vorgänge des Willens und der Aufmerksamkeit sind gleichfalls imstande, die leiblichen Vorgänge tief zu beeinflussen und bei körperlichen Erkrankungen als Förderer oder als Hemmungen eine große Rolle zu spielen“²⁵². Er zeigt großes Interesse an dem seelischen Zustand der Erwartung. Der Zustand, “die hoffnungsvolle und gläubige Erwartung ist eine wirkende Kraft, mit der wir streng genommen bei allen unseren Behandlungs- und Heilungsversuchen zu rechnen haben [...]“. Die gläubige Erwartung, mit welcher er (der Kranke) dem unmittelbaren Einfluss der ärztlichen Maßregel entgegenkommt, hängt einerseits von der Größe seines eigenen Strebens nach Genesung ab, andererseits von seinem Zutrauen, dass er die richtigen Schritte dazu getan hat, also von seiner Achtung vor der ärztlichen Kunst überhaupt, ferner von der Macht, die er der Person seines Arztes zugesteht, und selbst von der rein menschlichen Zuneigung, welche der Arzt in ihm erweckt hat“²⁵³. Offensichtlich stehen auch hier die Erwartung und das Vertrauen in enger Beziehung zur Hoffnung. Ein zweiter wesentlicher Aspekt liegt in dem von Freud postulierten Dreierschritt: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten und zielt auf das Freiheits- und Hoffnungspotential des Menschen. Es wird deutlich, dass der Erinnerungs- und Entwicklungsaspekt wichtige Auswirkungen auf Hoffnung haben. Erikson, von Freud beein-

²⁴⁷ Klein, M. (1962). Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart.

Bion, W. R. (1967). Second Thoughts. Selected papers on psychoanalysis. London.

Vgl. zum Thema: Psychoanalyse und Affekt: Kutter, P. (2001). Affekt und Körper. Neue Akzente der Psychoanalyse. Göttingen.

²⁴⁸ Für Krause sind Affekte „die psychischen Repräsentanzen von hierarchisch organisierten, aus dem Körperinnern und durch externe Reize aktivierbaren zielorientierten Motivsysteme. Diese Motivsysteme sind die Nachfolger der Instinkte. Affekte steuern die Objektbeziehungen, aber auch andere nicht soziale Handlungen in motivspezifischer Weise“. Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2, 49.

²⁴⁹ Fromm, E. (1991). Die Revolution der Hoffnung. (2. Aufl.). München. 23.

²⁵⁰ Freud, S. (1942). Über Psychotherapie. in: Gesammelte Werke Band 5. A. Freud (Hrsg.). Frankfurt a. Main. 14.

²⁵¹ Freud, S. (1942). Psychische Behandlung. in: Gesammelte Werke. Band 1. A. Freud (Hrsg.). Frankfurt a. Main. 295.

²⁵² drs. (1942). 296.

²⁵³ drs. (1942). 297/301.

flusst, integrierte anders als dieser Hoffnung in sein tiefenpsychologisches Entwicklungsmodell. Für Freud gibt es den Vertrauensbegriff, aber im Grunde kein Hoffen.

3.1.2 Erikson

Das epigenetische Modell von Erikson versteht Hoffnung als frühesten Entwicklungsschritt, sozusagen als Ergebnis der Erfahrung von Grundvertrauen versus Grundmisstrauen²⁵⁴. Sie wird als Ausdruck des erlebten Vertrauens beschrieben. Verfügt ein Mensch über Urvertrauen, dann hat er auch jeweils mehr Hoffnung. Je weniger jemand Urvertrauen besitzt, umso weniger Hoffnung wird von ihm entwickelt²⁵⁵. So ist Vertrauen die Basis der Hoffnung. Wahrgenommene Hoffnung greift somit auf früheste vorbewusste Erinnerung zurück, die verbunden ist mit gelungenen, lebensstärkenden Begegnungen. „Hoffnung ist für ihr Beginnen angewiesen auf die erste Begegnung des neuen Wesens mit vertrauenswürdigen mütterlichen Personen“²⁵⁶. Die so entwickelte Hoffnung entwirft das darin erfahrene Vertrauen in die Zukunft und behauptet das Unabgeholte der Vergangenheit ebenso wie die Ambivalenzen und gegenteiligen Erfahrungen. So definiert Erikson: „Hoffnung als eine erwartungsvolle Sehnsucht, ein Ausdruck, der sehr wohl in Einklang steht mit einer vagen Getriebenheit, die Erfahrungen durchläuft, welche wiederum bestimmte Erwartungen weckt“²⁵⁷. Die Entwicklung von Hoffnung, Treue und Fürsorge sind für Erikson menschliche Stärken oder Ich - Qualitäten, die aus den Phasen der Kindheit, der Adoleszenz und des Erwachsenenalters hervorgehen. Hoffnung als früheste entwickelte Grundstärke aus der Auflösung der Antithese Vertrauen versus Mißtrauen ist gleichzeitig die Wurzel der Ich-Entwicklung. „Das Gefühl der Ich-Identität ist also die angesammelte Zuversicht des Individuums, das der inneren Gleichheit und Kontinuität seines Wesens in den anderen Augen entspricht“²⁵⁸. Es ist sein Anliegen, Hoffnung als Beziehungs- und Entwicklungsprozess der frühen Kindheit und kumulativen Erfahrung innerhalb der Gesellschaft zu beschreiben²⁵⁹.

Seine Beobachtungen haben ergeben, dass ein Kind in verschiedenen Zusammenhängen Vertrauen zu entwickeln beginnt, indem es Rückhalt findet. Auf dieser „basic trust“ beginnt der Mensch zu lernen, worauf und auf wen er vertrauen kann. Hoffnung gründet sich im Vertrauen, das auf die Gegenwart angelegt ist und dadurch kann die Zukunft entworfen werden. In der Hoffnung wird der Wirklichkeit Vertrauen geschenkt. Die kurze Analyse verdeutlicht den Zusammenhang von Erinnerung - Erwartung - Sehnsucht, die in Hoffnung münden. Es zeigt sich in Eriksons Sichtweise, dass Erwartung und Sehnsucht als wesentliche Vorstufen von Hoffnung zu begreifen sind. Die Wurzeln bzw. Quellen der Hoffnung liegen in intrapersonalen, interpersonalen und sozial/milieubedingten Erfahrungen. Erikson hat darauf verwiesen, dass erste Erfahrungen von Ein-

²⁵⁴ Erikson, E. H. (1988). Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt a. Main. Eine bisher noch nicht erforschte Fragestellung ist: In welchem Zusammenhang Hoffnung und derzeitige Bindungstheorien bzw. Bindungsstile stehen? Vgl. Bowlby, J. (1984). Bindung. Frankfurt a. Main; Ross, T. (2004). Bindung, Selbstregulation und Religion. In: WzM, 56.Jg. (1). 86-97; Krause, R. (1998). Die Entwicklung von Beziehungen, Kognitionen und Strukturen. In: Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle. Stuttgart. 153-218.

²⁵⁵ Erikson, E. H. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. Main.

²⁵⁶ drs. (1971). Einsicht und Verantwortung. Frankfurt a. Main. 100.

²⁵⁷ drs. (1988). 75/76.

²⁵⁸ drs. (1957). Kindheit und Gesellschaft. Zürich: Pan. 256.

²⁵⁹ drs. (1988) vgl. auch: Erikson, E. H. (1975). Der junge Mann Luther. Frankfurt a. Main.

heit, Nähe und Vertrauen die ontogenetische Wurzel der Hoffnung und des Glaubens bilden²⁶⁰. So wird Hoffnung letztlich Teil der Identität ein Aspekt, der von Jung aufgegriffen wurde.

3.1.3 Jung

Jung siedelt die Hoffnung im Selbst des Menschen an. In der Definition des Selbst drückt sich die Idee aus, dass wir uns im Unterbewussten voraus sind und von dort her Grund zum Hoffen haben. Das Selbst wird als „Grund und Ursprung der individuellen Persönlichkeit“ begriffen und umfasst „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“²⁶¹. Der gesamte Individuationsprozess ist unbewusst im Menschen angelegt und kann als verdeckte Vision und Sehnsucht erlebt werden. Die Jungsche Schule hat die Dimension der Zukunft, den Erwartungsaspekt in Symbolen sehr ernst genommen²⁶². Auch bei Jung finden sich beides, der Erinnerungs- und der Erwartungsaspekt. Emotionen drücken unser Unterbewusstes aus, und sie zeigen sich in Komplexen und Archetypen, die den jeweiligen Emotionen zugrunde liegen. „[...] bei der Emotion der Hoffnung kann man von der Wirkung des Archetypus des ‚göttlichen Kindes‘ sprechen, welches als Heilsbringer gesehen wird. Nicht der Aspekt des Unzerstörbaren, auch nicht der Aspekt des Einverstandenen - Seins mit dem Leben steht dabei im Vordergrund, sondern der Aspekt des Heranwachsenden, des Erlösenden, des Tragenden. In diesem Zusammenhang kann Jesus als Symbol des ‚göttlichen Kindes‘ Beispiel sein“²⁶³. Der Kranke braucht nach Jung: Glaube, Hoffnung, Liebe und Erkenntnis zum Leben, diese sind „vier höchste Errungenschaften menschlichen Strebens“²⁶⁴. Es ist möglich, sich ihnen zu nähern. Es gibt Wege, die in das Erleben führen. Diese Wege sind „ein Wagnis, das den unbedingten Einsatz der ganzen Persönlichkeit fordert“²⁶⁵. Für Jung ist es, im Gegensatz zu Bloch, dem Menschen nicht möglich, Hoffnung zu lehren noch zu lernen, denn sie ist „an eine menschlicher Willkür entzoge-

²⁶⁰ vgl. dazu Petermann, F. (1996). Psychologie des Vertrauens. Göttingen.

Gennerich, C. (2000). Vertrauen. Ein beziehungsanalytisches Modell-untersucht am Beispiel der Beziehung von Gemeindegliedern zu ihrem Pfarrer. Bern.

Fowler beschreibt in einem fiktiven Gespräch mit Erikson die Entwicklung der menschlichen Hoffnung so:

„Man sagt nicht zuviel, wenn man behauptet, dass die ersten tiefen Erfahrungen des Kindes von Wechselbeziehungen (oder ihrem Misslingen) in dem ersten Jahr seines Lebens die Grundlagen für das Verhältnis von Vertrauen und Misstrauen legen, das die Art und Weise bestimmt, wie es den Problemen der folgenden Stufen begegnen wird. Darüber hinaus übt wahrscheinlich die Qualität der ersten Wechselbeziehungen des Kindes eine paradigmatische oder prägende Kraft auf die Art und Weise aus, in der es an zukünftige Beziehungen herangehen wird. Wenn das Verhältnis von Vertrauen und Misstrauen günstig ist, dann entsteht die Tugend oder Ichstärke, die wir Hoffnung nennen“ in: Fowler, J. W. (2000). Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn. Gütersloh. 74.

Fowler ist überzeugt, dass im Säuglingsalter –auf der Vorstufe eines undifferenzierten Glaubens, „die Samen des Vertrauens, des Mutes, der Hoffnung und der Liebe in einer undifferenzierten Weise verschmolzen (sind) und kämpfen mit dem Gefühl der Bedrohung durch Verlassenwerden, mangelnde Verlässlichkeit und Entbehrungen in der Umwelt des Säuglings“. drs. 138. Die spätere Glaubensentwicklung besitzt hier bereits ihre Grundlage.

²⁶¹ Jung (1958). Gesammelte Werke. 16. § 414.

²⁶² Kast (1990). Die Dynamik der Symbole. Olten. 17 – 44.

²⁶³ Kast (1991). Freude Inspiration Hoffnung. Olten. 182.

²⁶⁴ Jung. (1997). Psychologie und Religion. München. 117.

²⁶⁵ drs.

ne, irrationale Bedingung geknüpft, nämlich an das Erlebnis²⁶⁶. Dabei formuliert Jung, es habe niemand eine Beziehung zu sich selbst, wenn er nicht auch eine zu seinen Mitmenschen habe, d. h. auch die Entfaltung von Emotionen ist eingebunden in gelebte Beziehungen²⁶⁷. So wird deutlich, wie die Individuation ohne Symbiose einseitig bliebe, ebenso die Vereinzelung in der Angst ohne ein Verbundensein mit der Emotion der Hoffnung. Sie ist für das Verständnis des menschlichen Wesens genauso wichtig wie Angst und Trauer. Leider führt Jung nicht aus, welche affektiven Auswirkungen zur Hoffnung gehören, und so bleibt sein Begriff von Hoffnung ebenfalls unpräzise. In seiner Theorie wird Hoffnung implizit auf die Fähigkeit des Selbst bezogen, steuernd und fördernd auf den psychischen Wachstums- und Individuationsprozess Einfluss zu nehmen.

3.1.4 Fromm

„Einer der Hauptgründe, dass eine solche Verwirrung über den Begriff Hoffnung herrscht, ist der, dass man nicht zwischen bewusster und unbewusster Hoffnung unterscheidet“²⁶⁸. Fromm versucht eine Psychologie der Hoffnung zu entwerfen. Hoffnung ist für Fromm „ein Zustand des Seins [...], die Bereitschaft zu einem intensiven, aber noch unverbrauchten Tätigsein“²⁶⁹. Sie ist eine psychische Begleiterscheinung des Lebens, des Wachstums und Ausdruck der Dynamik menschlichen Geistes. Hoffnung drückt sich aus in einer Erfahrung, die im engen Zusammenhang zum Glauben steht, verstanden als eine Gewissheit der Vision und nicht im Blick auf ein bestimmtes Endergebnis. So ist Glaube ohne Hoffnung unmöglich und Hoffnung könnte nicht ohne Glauben bestehen. Fromm versteht darunter das Vertrauen in sich und andere, als ein Gefühl der Gewissheit über das Ungewisse, die Fähigkeit, Erwartungen flexibel zu halten und sich nicht von der Absolutheit des Hier- und Jetzt beeinflussen zu lassen. Sie ist eng verbunden mit Mut und Furchtlosigkeit, der Seelenstärke (fortitudo). „Zu Anfang haben wir alle Hoffnung, Glauben und Seelenstärke - es sind die unbewussten, nicht-gedanklichen Eigenschaften“²⁷⁰. Sobald das Leben beginnt, ist Hoffnung eingebunden in die soziale und kulturelle Umwelt, die ihrerseits das Hoffnungspotential vergrößern oder blockieren, sogar zerstören kann. Für Fromm besitzt die kulturell und religiös vermittelte Hoffnung immer individuelle Relevanz und ebenso die individuelle Hoffnung eine gesellschaftliche. Er grenzt seinen Hoffnungs-begriff ab von Einstellungen und Optimismus. Den spirituellen bzw. transzendenten Erfahrungsprozess von Hoffnung zu charakterisieren, war einerseits sein Anliegen. Weiter sieht er eine enge Verbindung zwischen Hoffnung und Handlung. Hoffnung ist ein Seinszustand mit der inneren Bereitschaft zu intensiver, aber noch nicht verausgabter Aktivität. Und das dritte Wesensmerkmal der Hoffnung ist nach Fromm ihre Liebe zum Leben, auch im Sinne eines Potentials, Änderungen zum Besseren herbeiführen zu wollen.

²⁶⁶ drs. 116.

²⁶⁷ Jung. (1958). GW, 16. § 445.

²⁶⁸ Fromm, E. (1991). Die Revolution der Hoffnung. (2. Aufl.). München. 23.

²⁶⁹ drs. 26.

²⁷⁰ drs. 34.

Zusammenfassung:

Tiefenpsychologisch gibt es einige theoretische Ansätze, es lässt sich allerdings kein integratives theoretisches Modell dafür finden²⁷¹. Viele Jahrzehnte haben gerade die „gehobenen Emotionen“, wie Freude und Hoffnung innerhalb psychologischer Forschung kaum Beachtung gefunden. So äußert sich Hoffnung aus der frühen tiefenpsychologischen Sichtweise als Affekt und Kognition (Freud bezieht sich auf Vertrauen und Erwartung), Entwicklung und Verhalten (Erikson), Persönlichkeit und Selbst (Jung), sowie In - Beziehung - Treten (Fromm). In der weiteren Entwicklung der Tiefenpsychologie wird Hoffnung von einigen Vertretern „als affektiv-kognitive Interaktion“ definiert²⁷². Ein Affekt allgemein wird als Gemütsbewegung mit hoher Intensität erlebt und verstanden. Äußere soziale Reize und Körperimpulse lösen ihn aus. Heutige Definitionen verweisen auf die kognitiven, emotionalen und interaktionalen Aspekte gegenüber Sozialpartnern. Affekte beeinflussen die Steuerungs- und Motivationssysteme des Einzelnen und tragen zur Entwicklung der gesamten Persönlichkeit bei. Sie haben einen unaufhörlichen Einfluss auf unser Denken²⁷³, Fühlen und Verhalten und spiegeln unsere Beziehungen wider. Insofern können sie als elementare reaktive Antworten verstanden werden.

Die bisherigen Quellen besitzen zweifellos einen heuristischen Wert. Allerdings bleibt die mangelnde Überprüfbarkeit der Aussagen der bisher dargestellten Disziplinen ein Defizit und führt zu den Fragen heutiger empirischer psychologischer Forschung, wobei das Konzept Hoffnung innerhalb der Allgemeinen und Klinischen Forschung differenziert betrachtet werden muß. Diese Unterscheidung ist deshalb unabdingbar, da sich die allgemeinspsychologischen Ansätze mit dem Wesen des theoretischen Konstruktes Hoffnung befassen, während sich die Klinische Forschung eher mit der empirischen Bestimmung der Hoffnungsinhalte auseinandersetzt. Damit wird aber noch nicht die Frage beantwortet, welche Klärung und Hilfe Hoffnung in einer Krankheitserfahrung haben kann. Dieser Lebensbezug wird im Blick behalten werden.

3.2 Forschungsansätze innerhalb der Allgemeinen Psychologie

3.2.1 „Hoffnung als Motiv“ - Motivationspsychologie

Es besteht in der Motivations-, Emotions- und Lernpsychologie ein weitgehender Konsens darüber, dass der Mensch bzw. die Lebewesen solche Verhaltensweisen bevorzugen, die als

²⁷¹ vgl. Ulich (1984). Psychologie der Hoffnung.; Schnoor (1988). Psychoanalyse der Hoffnung.

²⁷² Es war Izard, der 1981 ein kategoriales System der Affekte aufstellte und z. B. neben Freude, Überraschung oder Schreck, Trauer, Gram oder Kummer, Wut, Zorn, Ekel, Feindseligkeit, Aggression, Angst, Scham, Schuld die Hoffnung „als affektiv-kognitive Interaktion“ konzeptualisierte in: Izard, C. E. (1981). Die Emotionen des Menschen. Weinheim. 235.

Ich verweise weiter auf die Forschungsarbeiten von Peter Kutter, der sich mit den Affekten als elementarer Substanz des Lebens und den Leidenschaften aus psychoanalytischer Sicht beschäftigt hat. In seiner Systematik der Affekte ist die Hoffnung als Vitalitätsaffekt nicht berücksichtigt. Kutter, P. (2001) Affekt und Körper, 38ff. drs. (1980b). Über die Rolle der Affekte. Psychoanalyse 1, 188 –201. drs. (1994). Liebe, Haß, Neid, Eifersucht – Eine Psychoanalyse der Leidenschaften. Göttingen.

²⁷³ vgl. Ciompi, L. (1999). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen.

lustvoll erlebt werden, also mit positiven Affekten in Verbindung stehen. Verhaltensweisen, deren Konsequenzen als unlustvoll erlebt werden, werden eher vermieden. Insbesondere die neobehavioristische orientierte Motivationspsychologie hat auf diesen Lust-Unlust-Mechanismus zurückgegriffen. „Das grundlegende Postulat dieses Ansatzes besagt, dass jede zeitlich vorweggenommene Veränderung eines emotionalen Zustandes hin zum Lustvollen positiv motivierende Eigenschaften besitzt...Affektwandel wurde damit zum eigentlichen motivierenden Sachverhalt“²⁷⁴. Wie schon ausgeführt, bekam für Freud das Lustprinzip die Funktion eines Regulativs für das gesamte psychische Geschehen. „Die Antizipation eines solchen Affektwechsels stellt den eigentlichen Kern eines Anreizmechanismus dar und kann durch Erwartungsempfindungen vom Typ der Hoffnung und vom Typ der Furcht abgebildet werden“²⁷⁵. In der weiteren motivationspsychologischen Theoriebildung wurde man diesem Sachverhalt gerecht, „indem man zwei voneinander unabhängige motivationale Tendenzen, eine „Aufsuchen“- und eine „Meiden-Tendenz“, in Rechnung stellte und hierbei auch wieder dispositionelle Unterschiede in der Motivausstattung, etwa durch die Unterscheidung von „Hoffnungs- und Furcht-Motiven“, berücksichtigte²⁷⁶. Die neuere Motivationsforschung hat diese Differenzierung aufgegriffen und postuliert unterschiedliche Formen der Handlungsregulation für Fälle, in denen es primär um die Erlangung eines positiven Ziels oder die Vermeidung eines negativen Ziels geht. Innerhalb der Motivationspsychologie berücksichtigt die Leistungsmotivationsforschung das „Motiv Hoffnung“²⁷⁷. Allerdings bezieht es sich ausschließlich auf die Beschreibung, was Men-

²⁷⁴ Hilgard, E. R. (1963). Motivation in learning theory. In: S. Koch (Ed.), Psychology. A study of science (Vol. 5) (pp. 253-283). New York. 265; McClelland et al. (1953). The achievement motive. New York.

²⁷⁵ Schneider, K. & Schmalz, H.-D. (2000). Motivation. Stuttgart. 21.

²⁷⁶ Atkinson, J.W. & Feather, N. T. (1966). A theory of achievement motivation. New York.

Heckhausen, H. (1963). Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation. Meisenheim.

McClelland, D. C. (1985). Human motivation. London.

²⁷⁷ Einen guten Überblick dazu bieten Schneider & Schmalz (2000). 22.

In Atkinsons (1966) Modell des leistungsmotivierten Verhaltens (Risikowahl-Modell) werden die Leistungsmotive oder überdauernden motivationalen Tendenzen, Erfolg zu suchen (ME) bzw. Mißerfolg zu vermeiden (Mm), mit Situationsparametern multipliziert. Letztere beziehen sich auf die Erwartung des Erfolgs (Wahrscheinlichkeit, We), die Erwartung des Mißerfolgs (Wm), den Anreiz des Erfolgs (Ae) und den Anreiz des Misserfolgs (Am). Daraus ergibt sich die aktuelle Tendenz des Leistungsverhaltens (RT):

$$RT = (Me \times Ae \times We) + (Mm \times (-Am) \times Wm).$$

Nach Heckhausen (1989). Motivation und Handeln, werden Erfolgs-, Mißerfolgs- und Netto - Motivation getrennt gemessen, indem einzelne Inhalte von TAT - Geschichten als Anzeichen für „Hoffnung auf Erfolg“ bzw. „Furcht vor Misserfolg“ bewertet werden. Es wird außerdem zwischen aktueller und generalisierter Leistung unterschieden.

Vgl. dazu auch die neueren Forschungsarbeiten von Rheinberg, F. (1994). Motivation. Heidelberg.

Weiner entwickelte 1994 mit seiner Attributionstheorie ein hilfreiches Modell, um die wahrgenommenen Ursachen, external und internal, für Erfolg und Mißerfolg zu berücksichtigen. In klassischen Erwartungs - mal - Wert - Modellen dagegen wird die jeweils stärkste motivationale Tendenz aller in einer Situation angeregten Motive direkt in eine Handlung umgesetzt. Vgl. Weiner, B. (1994). Motivationspsychologie. Weinheim. In neueren Handlungstheorien z. B. Kuhl, J. (1983). Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin, bedeutet diese Umsetzung einen mehrstufigen Prozess der Intentionbildung und Handlungskontrolle, die die Handlungsrealisierung gegen konkurrierende Intentionen abschirmt.

Schließlich ist für Asendorpf, J. B. (1996). Psychologie der Persönlichkeit. Berlin, der Handlungsoptimismus bzw. -pessimismus ein gemeinsamer Faktor der Handlungsüberzeugungen eines Menschen, die sich in Erwartungs- und Handlungskontrolle sowie im Attributionsstil ausdrücken.

schen motiviert, ihre Ziele zu erreichen, mit denen sie Hoffnung verknüpfen. Das Leistungsmotiv kann als das empirisch am besten untersuchte Motiv angesehen werden. Die Motivationspsychologie, speziell die Leistungsmotivationsforschung wurde eine wichtige Grundlage empirischer Forschung zum Gegenstand der Hoffnung. Bekannteste Vertreter dieser Richtung sind Stotland 1969, Averill, Catlin und Chon 1990, sowie Snyder, Harris, Anderson et. al. 1991²⁷⁸. Insgesamt gibt es heute in der Motivationsforschung die Übereinstimmung, dass aus der Vielfalt menschlicher Motive von drei Motivklassen auszugehen ist: einem Anschluß- Macht- und Leistungsmotiv²⁷⁹. Diese setzen sich wiederum jeweils aus Furcht- und Hoffnungskomponenten zusammen. Zu jedem Motiv gehört eine aufsuchende und eine vermeidende Komponente, so dass sechs Motivklassen zu unterscheiden sind: Das Anschlussmotiv ist verbunden mit der Hoffnung auf Anschluss und einer Furcht vor Zurückweisung, das Machtmotiv hofft auf Kontrolle und fürchtet den Kontrollverlust, das Leistungsmotiv ist verknüpft mit Hoffnung auf Erfolg und Furcht vor Misserfolg²⁸⁰. Es wird deutlich, dass es innerhalb der Psychologie ausschließlich um einen immanenten Hoffnungs begriff geht.

3.2.2 Hoffnung als „affektiv-kognitive Interaktion“ - Emotionspsychologie

Die menschliche Emotionalität ist eines der großen Themen humanwissenschaftlicher Forschung. Menschliches Verhalten, das nicht in irgendeiner Weise mit dem Bereich der Gefühle in Beziehung steht, ist kaum vorstellbar. Die Alltagserfahrung weist darauf hin, dass Emotionen zentrale Phänomene unseres Lebens sind. Sie sind alltägliche Phänomene, mit Ereignissen verbunden, die persönlich bedeutsam sind, und stehen mit unserem Handeln in enger Beziehung. Umso erstaunlicher ist, dass der heutige Forschungsstand im Blick auf Hoffnung ein Desiderat darstellt. Hoffnung wird zwar als eine zentrale Grundempfindung des Menschen bezeichnet, aber wie sie ihren affektiven Ausdruck findet und welche Auswirkungen dieser wiederum auf die Kognitionen eines Menschen hat, ist bisher wenig erforscht. In der Psychologie unterscheidet man drei Komponenten der Hoffnung:

„-eine emotionale Komponente, Gefühle von Kraft, Mut, Vertrauen und Zuversicht;

Innerhalb der Motivationspsychologie wird Affekt und Emotion von einigen Autoren nicht unterschieden, sondern als austauschbar verwendet. z B. Heckhausen (1989) Motivation und Handeln. Berlin. 441.

Heckhausen (1989) versteht Hoffnung als „Erwartungsemotion“, 46.

Für Maslow entwickelt sich Hoffnung im Sinne eines „Interesse an der Zukunft“ aufgrund der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse und sie beinhaltet für ihn das Gegenteil vom Verlust der Moral, der Apathie und Anhedonie in: Maslow, A. H. (1994). Motivation und Persönlichkeit. Hamburg. 106.

Innerhalb behavioristischer Lerntheorien wird Hoffnung als konditionierte Reaktion auf die Signalisierung eines bevorstehenden erwünschten Ereignisses interpretiert und damit vorrangig auf die Steuerung des Verhaltens bezogen.

²⁷⁸Vgl. Stotland, E. (1969). The psychology of hope. San Francisco.

Averill, J. R., Catlin, G. & Chon, K. K. (1990). Rules of hope. New York.

Snyder, C. R. et. al. (1991). The will and the ways : Development and validation of an individual difference measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 570 –585.

²⁷⁹ Kehr, Hugo M. (2002). Souveränes Selbstmanagement. Ein wirksames Konzept zur Förderung von Motivation und Willensstärke. Weinheim. 53-54.

²⁸⁰ drs. 57.

-eine motivationale Komponente des Sich –behaupten -Wollens, Nicht –aufgeben -Wollens;
-eine kognitive Komponente des Sich– auf- die– Zukunft- Beziehens, Auf – positive– Ziele-
Konzentrierens²⁸¹.

Hoffnung ist eng verknüpft mit dem Bewusstsein der Kontinuität der eigenen Person in der Zukunft, auch durch Krisen. Sie dient als Puffer gegen Resignation und Verzweiflung und ist eine Voraussetzung für aktive Bewältigungsversuche bei Belastungen. Allgemein wird die Hoffnung in Situationen der Beeinträchtigung oder Gefährdung zentraler Ziele und Lebensbezüge als relevant verstanden. Wie aufgezeigt stammten erste Definitionsversuche aus der Psychoanalyse, die sich auf die affektive Komponente des Vertrauens als Grundlage der Hoffnung beziehen²⁸². In phänomenologischen Ansätzen²⁸³ wird Hoffnung als Gefühlsregung des Bezogenseins auf die Zukunft interpretiert, die der Verwirklichung des Lebens-, Bedeutungs- und Sinnwerten, auf die das menschliche Dasein angelegt ist, dient. Hoffnung ist identisch mit Lebenswillen, der den Augenblick ertragen lässt. Izard²⁸⁴ sieht im Rahmen einer Differentiellen Emotionstheorie Hoffnung als eine Interaktion zwischen der Grundemotion Interesse/Aufgeregtheit und einer positiven Erwartung. Er verweist auf das spezifische Ausdrucksverhalten in Form eines gespannten wachen Gesichtsausdrucks und offenen Augen. Bei starker sehnsüchtiger Hoffnung scheinen zusammengezogene Augenbrauen typisch zu sein. Izard konzeptualisiert „Hoffnung als affektiv-kognitive Interaktion“²⁸⁵. Nach Izard sind Emotionen Oberbegriffe von Stimmungen. Welche Emotionen und Stimmungen Hoffnung begleiten bzw. zu ihr führen, nennt er in seinem Modell nicht. Hoffnung wird insgesamt als positive Erregung verstanden, auf eine ruhige, warme Art erlebt und erfahren²⁸⁶. Diese aktiviert weitere positive Emotionsfelder. Zentral für die Hoffnung ist gleichzeitig ihre kognitive Komponente, die sich in positiven Zukunftsvorstellungen ausdrückt. Dazu gehört die Zuversicht, Wege zu gehen, diese Ziele zu erreichen. Hinsichtlich der Physiologie gibt es Vermutungen über die Stimulierung des Immunsystems, außerdem sind im Zusammenhang mit Interesse und Aufgeregtheit zusammenhängende physiologische Veränderungen wie ein Anstieg der neuronalen Aktivität und der Stimulierung der linken Gehirnhälfte²⁸⁷ beschrieben worden. Insgesamt stellen die physiologischen Korrelate der Hoffnung jedoch ein wissenschaftliches Defizit dar. In der experimentell und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Emotionspsychologie werden drei Subsysteme unterschieden: Erleben, Ausdruck und Physiologie²⁸⁸. Untersuchungen an klinisch erkrankten Personen konnten verschiedene Subsysteme finden, die relativ unabhängig in einer Parallelverarbeitung agieren. Aufgrund ihrer hohen Eigenständigkeit werden sie Module genannt, z. B. das motorisch expressive Modul, das kulturinvariante und

²⁸¹ Ulich, D. (1984). Psychologie der Hoffnung. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3, 375 -385. Zitat: 381.

²⁸² Schnoor sieht in der Hoffnung einen Ausdruck der Lebenstrieb auf libidinöser Basis.

Schnoor, H. (1988). Psychoanalyse der Hoffnung. Heidelberg.

²⁸³ Lersch, Ph. (1970). Aufbau der Person. München.

²⁸⁴ Izard, C. E. (1981). Die Emotionen des Menschen. Weinheim.

²⁸⁵ drs. 235.

²⁸⁶ vgl. Davitz, J. R. (1969) The language of emotion. New York.

²⁸⁷ vgl. Schneider & Schmalz (2000). 83ff.

²⁸⁸ Buck, R.(1983). Emotional development and emotional education in: R. Plutchick und H. Kellermann (Hrsg.). Emotion. Theory, research and experience. Vol. 2: Emotions in early development (pp. 259-292). New York.

bedeutungstragende Zeichen in der Körperperipherie mobilisiert, auf der hedonistischen Seite z. B. Freude, Interesse, Neugier, Hoffnung. Es handelt sich um:

1. Ein physiologisches Modell, welches sich auf die teilweise Aktivierung bzw. Deaktivierung des autonomen und endokrinen Systems bezieht.
2. Ein willkürmotorisches Modul, das in der Körpermuskulatur ein Verhalten anbahnt.
3. Ein Modul der Situationswahrnehmung; in einer episodenhaften Grundstruktur ist das Subjekt mit einem Objekt in einer Szene verknüpft, in der eine emotionsspezifische Interaktion stattfindet. Lazarus versteht dabei die menschliche Hoffnung als phylogenetisch vorgegebenes Kernbeziehungsthema²⁸⁹.
4. Ein Modul der Wahrnehmung der Körperprozesse, die Interozeption.
5. Ein Modul für die Semantik der Affekte²⁹⁰.

Als Affekt wird dann die Mobilisierung der drei körperlichen Module verstanden²⁹¹. Er ist im Wesentlichen mit dem limbischen System verbunden. Die Aktivierung geschieht über eine direkte Schaltung des Thalamus zur Amygdala²⁹². Diese Sichtweise deckt sich mit Lazarus' Modell des primary appraisal²⁹³. Selbstreflexive Emotionen wie Hoffnung, Stolz, Scham, Schuld kann man nach Lazarus durch die Verbindung des primären mit dem sekundären Appraisal oder dem Coping erklären. Im sekundären Appraisal entscheidet die Person, welche Mittel sie zu haben glaubt, um mit den emotionalen Kernbeziehungsthemen, also dem primären Appraisal, umgehen zu können²⁹⁴.

²⁸⁹ Lazarus (1991) *Emotion and adaption*. New York.

²⁹⁰ Vgl. die Ausführungen zur modernen Sichtweise der Affektivität des Menschen von Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Band 2, 27-38.

²⁹¹ Basch, M. F. (1976). The concept of affekt. A re-examination. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 759-777; Noy, R. C. 1982. A revisia of the psychoanalytic theorie of affect. *The Annual of Psychoanalysis* 10, 139-186.

²⁹² LeDoux, J. (1995). Emotion. Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209.

²⁹³ drs. (1993). From psychological stress to the emotions. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-121.

²⁹⁴ Lazarus (1991) folgend kann man zwei Formen des Copings unterscheiden, ein emotionsfokkuiertes Coping und ein Coping, das die in den ratiomorphen Kernbeziehungsthemata aktivierten Personen -und Umgebungsverbindungen in der Realität zu ändern versucht. Die Vorstellung ist die, dass die rein emotionsspezifischen Copingverfahren auf Dauer Abwehrcharakter haben und diejenigen Copingmechanismen, die die Realität der Kernbeziehungsthemen erfolgreich verändern, wachstums- und gesundheitsfördernd seien.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion und adaption*. New York.

drs. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

Weitere Literatur zur Emotionspsychologie:

Ulich, D. & Mayring, Ph. (1992) *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart.

Otto, J. - H.; Euler, H. A. & Mandl, H. (Hrsg.) (2000) *Emotionspsychologie*. Ein Handbuch. Weinheim.

Meyer, W.-U.; Schützwohl, A. & Reisenzein, R. (Hrsg.) (2001) 2. Aufl. *Einführung in die Emotionspsychologie*. Emotionstheorien von Watson, James und Schachter. Bd. I. Bern.

drs. (1999) *Evolutionarypsychologische Emotionstheorien*. Bd. II Bern.

Servan-Schreiber, D. (2004). *Die neue Medizin der Emotionen*. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. München.

Zusammenfassung

Innerhalb der Allgemeinen Psychologie finden sich verschiedene theoretische Ansätze und Definitionen, die bisher nicht in ein Modell von Hoffnung integriert worden. In der Allgemeinen Psychologie wird Hoffnung unterschiedlich definiert und zwar als kognitive-affektive Interaktion nach Izard, als Einstellung und Motiv nach Heckhausen, oder als Persönlichkeitsmerkmal nach Witte. So charakterisiert Witte Hoffnung als: „Erwartung eines gewünschten oder des Ausbleibens eines unerwünschten Ausganges zukünftiger Ereignisse. Sie ist auf Vorgänge bezogen, die noch nicht abgeschlossen sind, und erfasst die Ausgänge wertende Zukunftserwartung (Bewertung). Durch die Vorwegnahme zukünftiger Ereignisse leitet sie auch das Verhalten an (Motiv). Menschen lassen sich danach unterscheiden, ob sie vorwiegend positive Ausgänge oder negative befürchten (Persönlichkeitsmerkmal)“²⁹⁵. In neuesten Ausgaben psychologischer Wörterbücher finden sich allgemeine Definitionen, die den wissenschaftlichen Ansprüchen kaum genügen oder diese völlig vernachlässigen²⁹⁶. Meistens verweisen die Autoren auf die Leistungsmotivation, denn Hoffnung ist vor allem im Rahmen der Motivationspsychologie speziell in der Leistungsmotivation untersucht worden unter dem Gesichtspunkt: Hoffnung als Motiv²⁹⁷. Auf dieser Grundlage entwickelten sich heutige Theorieansätze. „Einmütigkeit herrscht über die verschiedenen Lager hinweg eigentlich nur in einem Punkt: Der Zustand der gesamten Emotionsforschung ist desolat und stark verbesserungsbedürftig“²⁹⁸. So werden die verschiedenen Ansätze in der Emotionspsychologie entweder als Hindernisse einer möglichen Entfaltung der weiteren Forschung oder als Aufgabenbeschreibung dargestellt.

3.3 Einzelne Forschungsansätze

Auf der Grundlage der Sprachphilosophie wird in der theoretischen Arbeit von Hemann²⁹⁹ die Verwendung des Wortes „Hoffnung“ im normalen Sprachgebrauch und in alltäglichen Situationen untersucht, um aufbauend auf diesen Ergebnissen ein psychologisches Modell zu ent-

²⁹⁵ Witte, E. H. (1996). Lexikon der Psychologie Bd. 2, 885. W. Arnold (Hrsg.). Augsburg.

Ulich (1984) versteht Hoffnung insgesamt als eine notwendige Grundkategorie der Psychologie. Aus unterschiedlichen Arbeitsgebieten der Psychologie entwickelt er fünf psychologische Bestimmungsmerkmale von Hoffnung: Interesse, Identitätsbewußtsein, Vertrauen, Selbstbehauptung und psychophysische Unterstützung. Damit wollte er Hoffnung als einen Forschungsgegenstand begründen und unterschiedliche Ansätze integrieren. Dies ist nicht gelungen.

²⁹⁶ z. B. in Dorsch Psychologisches Wörterbuch (1998) Hartmut Häcker & Kurt H. Stapf (Hrsg.). Bern, findet sich keine Definition des Begriffs der Hoffnung. Im Wörterbuch Psychologie (2000, 23. Aufl.) wird Hoffnung definiert als „Bezeichnung für eine positive, auf Zukünftiges gerichtete Qualität des Erlebens, die man als emotionale Einstellung ansehen kann. Ihre Kennzeichen sind vor allem Vorstellungen der Erreichbarkeit von Zielen im Zusammenhang mit Bedürfnissen und Wünschen, das vorwiegend angenehme Gefühle und eine positiv, freudig getönte Stimmungslage“ hervorruft in: Wörterbuch Psychologie (2000). Werner Fröhlich (Hrsg.). München. 224.

²⁹⁷ vgl. Lexikon der Psychologie. (1996). Bd. 2 Arnold; Eysenck & Meili (Hrsg.) Augsburg. 885.

²⁹⁸ Vogel (2000). Spielraum der Gefühle. 28, Anm. 46.

²⁹⁹ vgl. Hemann, H. (2001). Eine Psychologische Konzeption der Hoffnung mittels sprachphilosophischer Fundierung und Methodik. Marburg; siehe ebenfalls Einleitung dieser Arbeit.

werfen, welches sicherstellt, dass das, was die Psychologie erforscht und worüber sie Aussagen trifft, wirklich Hoffnung meint. Will man in der Psychologie die Hoffnung untersuchen, muss man als Grundlage wissen, was Hoffnung ist. Die Psychologie ist eine empirische Wissenschaft, welche die Welt und ihre Sachverhalte erforscht und daraus Folgerungen zieht. Wie kann die Psychologie sicherstellen, dass ihr empirisches Konzept der Hoffnung entspricht?³⁰⁰ Wie schon erwähnt, untersucht Hemann mithilfe der Methoden der Sprachphilosophie, wann die Sprachgemeinschaft von Hoffnung spricht, und stellt entsprechende Kriterien für ein psychologisches Konzept der Hoffnung auf. Woran kann sich die Psychologie orientieren, die Hoffnung untersuchen will? Sie „kann sich am Alltagsgebrauch des Begriffes orientieren, da hier das Konzept schon vorhanden ist...denn in der Anwendung der Psychologie, der Therapie und Beratung hat es der Psychologe mit Menschen zu tun...Diese besitzen das Alltagskonzept der Hoffnung und wenden es an“³⁰¹. Die Sprachphilosophie fragt nicht nach den Mitteln und Wegen, sondern, welche Bedingungen erfüllt sein müssen im Hinblick auf: Er/Sie hofft darauf... Der Sprachgebrauch des Menschen bietet eine theoretische Basis für die Begriffsbildung und Konzepte der Psychologie. So definiert sich Hoffnung als „eine situative Haltung, mit der jemand für einen anderen oder für dich selbst glaubt, dass ein bestimmtes, wichtiges aber unsicheres Ereignis, das diesen etwas angeht, mit einer gewissen subjektiven Wahrscheinlichkeit zwischen Null und Eins eintritt oder eingetreten ist“³⁰². Es wird deutlich, Hoffnung ist zunächst nichts Empirisches, sondern die Hoffnungskonzeption beruht auf dem subjektiven Vorverständnis eines Wissenschaftlers. Dies wird im Folgenden aufgezeigt.

3.3.1 Das Hoffnungsmodell von Stotland und Snyder

Anhand der Entwicklung der Begriffsgeschichte und erster empirischer Forschungen zum Gegenstand Hoffnung wird deutlich, wie mühsam und uneinheitlich sich beides gestaltete. In den 50-er und 60-er Jahren bestand zunächst Konsens über folgende Hoffnungsdefinition: „Hoffnung konzentriert sich auf persönliche positive Erwartungen, um ein Ziel zu erreichen“³⁰³. Stotland legte 1969 die erste empirisch fundierte psychologische Monographie zum Konzept Hoffnung vor. Er definiert Hoffnung „als Erwartung, ein gewünschtes Ziel zu erreichen, wobei die Wahrscheinlichkeit dessen zumindest größer als Null sein müsse“³⁰⁴. Seine Befunde basieren auf Untersuchungen an psychiatrischen Patienten. Er beschreibt Hoffnung als motivationalen Aspekt. Stotlands Grundthese lautet: „Die Motivation eines Organismus, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, ist z.T. eine positive Funktion der von diesem wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit

³⁰⁰ vgl. in dieser Arbeit Teil III.2.3; Faktorenanalyse der Hoffnungsskalen von Herth und Snyder auf dem Hintergrund der Frage: Messen die Skalen wirklich das, was sie vorgeben?

³⁰¹ Hemann, H.18. Hemann versteht seine Arbeit als Grundlagenarbeit für die wissenschaftliche Psychologie.

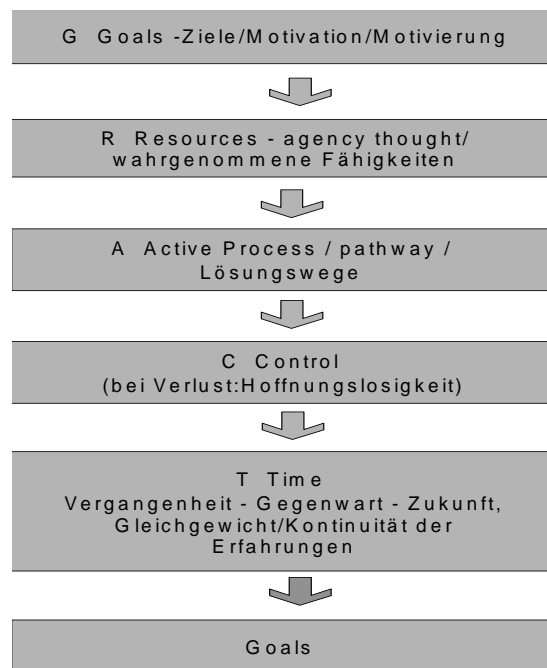
³⁰² drs. 121. Sein Konzept erinnert stark an Atkinsons Risiko-Wahl-Modell und die Sichtweise der Motivationspsychologie.

³⁰³ Irving, L. M.; Snyder, C. R. & Crowson, J. J. (1998). Hope and Coping with Cancer by College Women. In: Journal of Personality. Vol.66. (2) Malden. 195-214. Zitat: 3.

Sie war die Basis für Jerome Frank, der „Hoffnung als vermittelten Mechanismus“ interpretierte, ein Jahrzehnt lang untersuchte, später aber seine Forschungen abbrach, in: Snyder (1998). 1.

³⁰⁴ Stotland, E. (1969). The psychology of hope. San Francisco: Jossey Bass. 7. (Übers. d. Verf.)

der Zielerreichung und der wahrgenommenen Wichtigkeit dieses Ziels³⁰⁵. Ist der Wert des Erhofften nur groß genug (z. B. Genesung), kann folglich selbst eine äußerst geringe Eintrittswahrscheinlichkeit ausreichen, um die Hoffnung aufrechtzuerhalten. Bedeutende Ziele mit großer Wahrscheinlichkeit der Erreichung (großer Hoffnung) erzeugen einen positiven Affekt wie Freude; bedeutende Ziele mit geringer Wahrscheinlichkeit der Erreichung (geringerer Hoffnung) erzeugen Angst. Stotlands Theorie verknüpft Affekt und Kognition als Ausdruck von Hoffnung. Im Weiteren knüpft Snyder an diese Forschungen an. Zunächst versteht er „Hoffnung als überbrückendes Konzept“ und definiert sie: „als Erwartung, ein erwünschtes Ziel zu erreichen“³⁰⁶, ebenfalls auf der Basis von Untersuchungen an psychiatrischen Patienten. 1991 entwickelt er und weitere Autoren eine Hoffnungsskala (SNHS), der folgende erweiterte Definition von Hoffnung zugrunde liegt: „Hope is defined as the process of thinking about one goals along with the motivation to move toward (agency) and the ways to achieve (pathways) those goals“³⁰⁷. So charakterisiert er Hoffnung als kognitives Gefüge (Zielsetzung), welches sich aus zwei Komponenten zusammensetzt: (1) aus dem Gefühl, erfolgreich zielgerichtet handeln zu können (agency), und (2) aus der Zuversicht, erfolgreiche Lösungswege einschlagen zu können (pathway). Beide Komponenten stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und bleiben über Zeit und Situationstyp hinweg konstant. Der motivationale Hoffnungsprozeß nach Snyder kann folgendermaßen dargestellt werden:



Modell 2: Der motivationale Prozeß nach Snyder

³⁰⁵ drs.

³⁰⁶ Snyder (1998). 2/3.

vgl. Snyder, C. R. et. al. (1991). The will and the ways : Development and validation of an individual difference measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570 –585.

³⁰⁷ Snyder, C. R. et. al. (1996), Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 356. vgl. drs. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York.

drs. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, research, and applications* (pp. 3-21). Orlando.

Snyders Hoffnungstheorie bezieht sich allein auf einen kognitiven Prozess der Hoffnung³⁰⁸. Mit Hilfe des Akronyms GRACT lassen sich die einzelnen Komponenten identifizieren. Hoffnung geht mit Zielen (G=Goals) einher, die den Hoffenden motivieren sollen. Diese Ziele müssen allerdings insofern realistisch sein, als das subjektiv Erhoffte und Gewünschte mit dem objektiv Möglichen in Einklang stehen muß. Außerdem ist Hoffnung von den jeweiligen Möglichkeiten/Mitteln (R=Ressources) abhängig. Diese können physischer, emotionaler oder sozialer Art sein. Hoffnung ist ein aktiver Prozeß (A=Active Process), innerhalb dessen der Hoffende kontinuierlich, wenn auch in kleinen Schritten, auf das Ziel hinarbeitet, bzw. die vorliegende Situation bewältigt. So erfordert dieser aktive Prozess innere Stärke und das Gefühl, den eigenen Weg unter Kontrolle (C=Control) zu haben³⁰⁹. Geht diese Kontrolle verloren und mündet sie in Hilflosigkeit, so kann Hoffnungslosigkeit entstehen³¹⁰. Hoffnung ist ein erlernter Prozess; sie basiert auf Zeit (T=Time) und einem Bewusstsein für die eigene Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, wie von Bloch und Erikson schon aufgezeigt. Es ist das Verdienst von Snyder, Hoffnung als kognitiven, motivationalen Prozess in den Mittelpunkt seiner Forschung gestellt zu haben. Seine Hope-Skala findet sich in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen. Inwieweit Snyder allerdings eher Erwartung hinsichtlich positiver Ziele definiert und auch misst und damit Hoffnung nicht vollständig erfasst, wird zu überprüfen sein.

3.3.2 „Rules of hope“

Eines der wichtigsten Werke der 90-er Jahre „Rules of hope“, ist von Averill, Catlin und Chon 1990³¹¹ veröffentlicht worden. Hoffnung wird von den Autoren als eine „emotion of the mind“ interpretiert, bestehend aus einer affektiven und einer kognitiven Komponente. Die Hoffnungsinhalte lassen sich anhand der folgenden drei Dimensionen, (1) Wichtigkeit, (2) Wahrscheinlichkeit des Eintretens und (3) persönliche und situative Kontrolle beschreiben.

Die Autoren untersuchten implizite Alltagstheorien von Psychologiestudierenden, um die Entstehung von Hoffnung zu ergründen. Hierbei gehen sie im Sinne der Theorie der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit³¹² davon aus, dass es sich bei der Wirklichkeit (Realität) um eine soziale Konstruktion handelt, deren Bedeutung von allen Akteuren geteilt wird (Konsens). Eine Analyse ihrer Fragebogen-Daten ergaben vier Hoffnungsregeln (rules of hope), welche die Befragten anwendeten, um das Entstehen von Hoffnungen zu steuern:

³⁰⁸ Ähnlich wie Snyder postulieren Farran, C. J.; Wilken, C. S. & Popovich, J. M. (1992). Clinical assessment of hope. *Iusses in Mental Health Nursing*, 13, 129-138, eine kognitive Hoffnungsstruktur, gehen aber im Gegensatz zu ihm von einer Mehrdimensionalität des Konstruktes aus.

³⁰⁹ vgl. Averill et al. (1990); Stotland, (1969), ebenso: Pruyser, P. W. (1968). *A dynamic psychology of religion*. New York.

³¹⁰ Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München.; Beck, A. T. (1963). *Thinking and Depression*. *Archives in General Psychiatry*, 9, 324 - 333.

³¹¹ Averill, J. R., Catlin, G. & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. New York.

³¹² z. B. Glaserfeld v., E. (1996). *Wege des Wissens. Konstruktivistische Erkundungen durch unser Denken*. H. R. von Fischer (Hrsg.). Heidelberg.

- (1) Vorsichtsregeln: Hoffnung sollte eine realistische Vorstellung, d. h. das Erhoffte nicht zu unrealistisch sein.
- (2) Moralische Regeln: Erhofft werden sollten nur Objekte, die gesellschaftlichen und/oder sozialen Normen nicht widersprechen.
- (3) Prioritätsregeln: Ein Hoffnungsobjekt sollte von vitalem Interesse sein; ist die Bedeutung groß genug, können auch Vorsichts- und moralische Regeln außer Kraft gesetzt werden (z. B. Genesung bei schwerer Krankheit).
- (4) Handlungsregeln: Menschen, die hoffen, sollten bereit sein, auch entsprechende Handlungen zu vollziehen; erhofft werden in der Regel nur Dinge, über die zumindest teilweise persönliche Kontrolle besteht.

Insgesamt bilden die einzelnen Ansätze in der Motivationspsychologie eine Grundlage der Entwicklung des Hoffnungsbegriffes innerhalb der Allgemeinen Psychologie.

Hoffnung wird zumeist rein kognitiv und zielorientiert definiert, wie auch die einzelnen Ansätze zeigen. Allerdings gibt es keine einheitliche Hoffnungsdefinition. Weitere Komponenten, wie die affektive, relationale oder transzendente Komponente von Hoffnung, werden demgegenüber fast immer vernachlässigt. Einem multidimensionalen Konstrukt von Hoffnung wird dieser Ansatz nicht gerecht.

3.4 Das Konzept der Hoffnung in der Klinischen Forschung

Im Gegensatz zur Allgemeinen Psychologie beschäftigt sich die Klinische Forschung vorrangig mit der empirischen Beschreibung der Hoffnungsinhalte. Im deutschsprachigen Raum nahmen sich erst in den letzten Jahren vereinzelte Forscher dieses Themas an³¹³. Wiederum finden sich verschiedene Versuche, Hoffnung zu interpretieren, während sich ein theoretischer Konsens im Blick auf die Struktur von Hoffnung bildete.

1. Die Hoffnungsstruktur

Verschiedene Wissenschaftler, wie Marcel, 1962; Godfrey, 1987 und Miller 1992³¹⁴, entwickelten als Ergebnis ihrer Studien folgende Hoffnungsstruktur:

- (1) unangefochtene Hoffnung = elementar, ungeprüft, ursprünglich und fundamental und
- (2) angefochtene Hoffnung = spezifisch, überprüft, entwickelt, ultimativ und belastbar.

³¹³ z. B. Faller, H.; Schilling, H. & Lang, H. (1994). Ergebnisse der Mehrebenenforschung über emotionale Belastung und Hoffnung bei Krebskranken. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2: 309-319; Lipps und Huppmann (1998). Dagegen untersuchten hauptsächlich Pflegewissenschaftler und klinische Psychologen in den U. S. A. dieses Thema: z. B.: Brown, P. (1989). The concept of hope: Implications for care of the critically ill. *Critical Care Nurse*, 9 (5), 97-105; Herth (1989); Obayuwana, A. & Carter, A. (1982). The anatomy of hope. *Journal of the National Medical Association*, 74 (9), 229-234; Groopman, J. (2004). The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness. Harvard, und ebenso zunehmend Wissenschaftler aus nordischen Ländern, wie: Busch C. J. (1998). Hoffnungslosigkeit und Hoffnung. In: S. Kaasa (Hrsg.). *Palliative Behandlung und Pflege*. Nordisches Lehrbuch. Oslo.; Kaasa, S. (1999). *Hap. Tidsskrift for Den norske laegeforening* (Zeitschrift der Norwegischen Ärztevereinigung, Übers. d. Verf.). Nr. 9/1999; 119; 1313 - 5. Ich danke Herrn S. Brand für die Übersetzung.

³¹⁴ Godfrey, J. J. (1987). *A philosophy of human hope*. Dordrecht.; Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. (2nd ed.) Philadelphia; vgl. Engelhardt, D. von (1986). *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur der Patienten*. Heidelberg.

Die Autoren postulieren eine generalisierte (unangefochtene Hoffnung) und spezifische Hoffnung (angefochtene Hoffnung), die dadurch charakterisiert sind, dass die generalisierte Hoffnung als eine Disposition in Lebenskrisen stabil bleibt, während die spezifische Hoffnung als ein Zustand verloren gehen kann.

2. Dimensionen von Hoffnung

In der weiteren Erforschung der Hoffnungsstruktur des Menschen beschreiben Dufault und Martocchio 1985³¹⁵ auf der Grundlage ihrer Untersuchungen an terminal erkrankten Menschen ebenfalls zwei Sphären (Gegenstandsbereiche) von Hoffnung, die sich auf sechs Dimensionen wiederfinden lassen. Sie konzeptualisieren Hoffnung als eine Disposition (generalisierte Hoffnung) sowie einen Zustand (spezifische Hoffnung), die sich affektiv, kognitiv, konativ, affiliativ, temporal und kontextuell ausdrücken (siehe Abbildung 1). Ob jeweils negative oder positive Gefühle vorherrschen, hängt von der wahrgenommenen Eintretenswahrscheinlichkeit des Erhofften ab. Inwieweit sich allerdings wirklich Hoffnungsdimensionen und nicht eher verschiedene Aspekte von Hoffnung abbilden, wird bisher zu wenig diskutiert.

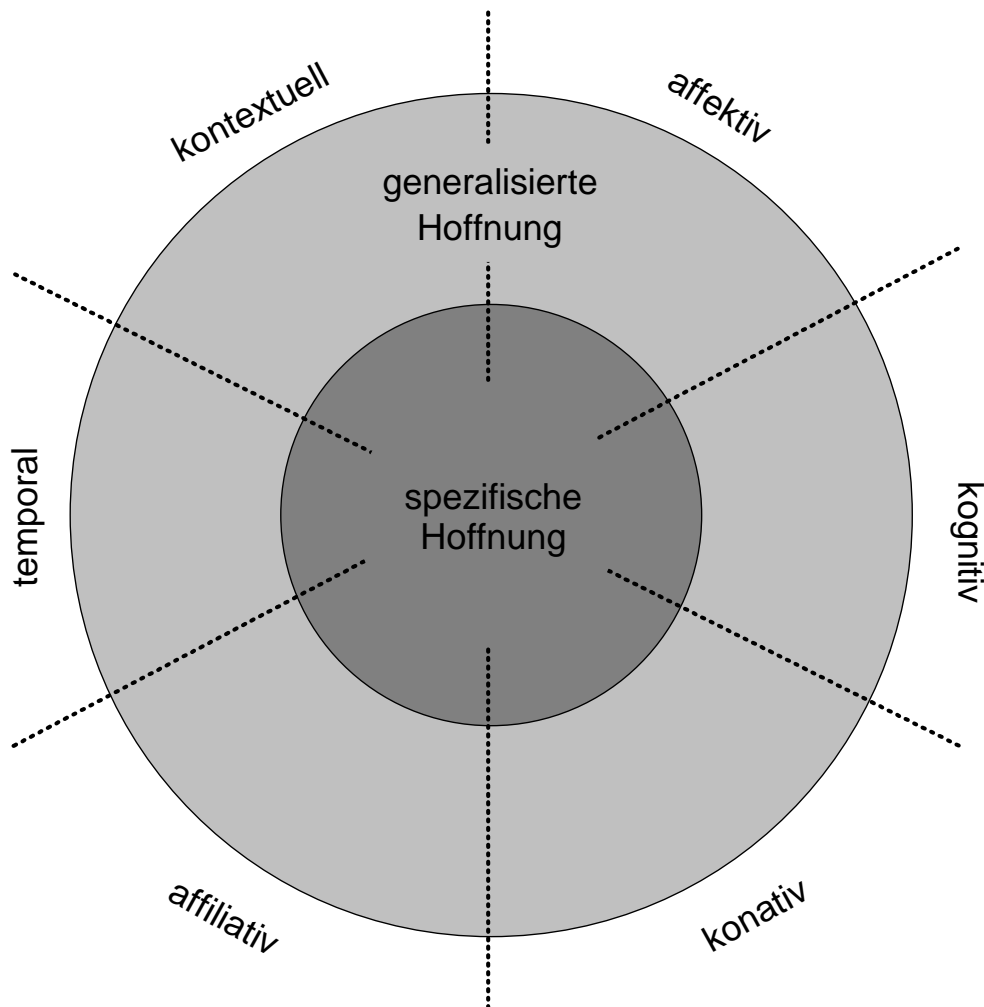


Abbildung 1: Sphären und Dimensionen der Hoffnung, Dufault & Martocchio (1985) nach Lipps und Huppmann (1998)

³¹⁵ Vgl. Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20 (2), 379 – 391.

3.4.1 Hoffnung als Multidimensionales Konstrukt.

Das Modell von Farran, Herth und Popovich - Grundelemente und Definition

Aufbauend auf den genannten empirischen Untersuchungen in der Motivationspsychologie und in der Klinischen Forschung konzipierten schließlich Farran, Herth und Popovich ihr multidimensionales Konstrukt Hoffnung, welches den Stand heutiger Wissenschaft zusammenfassen soll. Das Wissen über das Konstrukt Hoffnung stützt sich im wesentlichen auf drei theoretische Quellen: (1) den Existenzialismus (Philosophie/Theologie), (2) die Entwicklungspsychologie (Erikson) und (3) die Motivationspsychologie (Stotland).

Die von Herth entwickelte Hoffnungsskala (HHS, 1991) und der Hoffnungsindex (HHI, 1992) basieren auf den beschriebenen Hoffnungsdimensionen von Dufault und Martocchio³¹⁶.

So verstehen die genannten Autorinnen Hoffnung als eine Qualität des Fühlens, des Denkens und Verhaltens und In-Beziehung-Tretens. Aus der Perspektive der Gefühlsqualität wird Hoffnung als etwas, das über die Emotionen hinausgeht, beschrieben und als treibende Kraft, die wirkt, selbst wenn die Chancen schlecht stehen. Als Qualität des Denkens bezieht sich Hoffnung auf innere Standfestigkeit und die Zuversicht, dass eine Befürchtung nicht zur Gewissheit wird³¹⁷. Falls aber diese Befürchtung Gewissheit wird, wirkt die Hoffnung als kreativer Prozess, sich Alternativen im Umgang mit ungünstigen Umständen auszudenken³¹⁸. Auf das Denken und Verhalten bezogen, erweist sich Hoffnung als ein aktiver Prozess (Snyder). Hoffnung kann sowohl ein zeitlich begrenzter mentaler Zustand als auch ein Persönlichkeitszug sein (Averill, Catlin und Chon, 1990). Als ein Zustand verkörpert sie die Ziele und Gefühle, die eine Person momentan im Hinblick auf eine bestimmte Situation oder im Blick auf ihre weitere Zukunft besitzt. Als Persönlichkeitszug stellt Hoffnung eine relativ beständige Form der Lebenseinstellung bzw. -philosophie dar, und wird daher weniger von den Wechselfällen oder Krisen des Lebens beeinflusst (Dufault und Martocchio, 1985; Godfrey, 1987; Marcel, 1962). Diese generalisierte Hoffnung sollte es Menschen ermöglichen, mit Situationen umzugehen, in denen ihre Bedürfnisse nicht befriedigt werden und sie ihre Ziele nicht erreichen. So ist nach Farran, Herth und Popovich Hoffnung ein multidimensionales Konstrukt und folgendermaßen definiert:

³¹⁶ Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), 67-72.

Vgl. Herth, K. A. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquire für Nursing Practice*, 5 (1), 39-51.

Herth, K. A. (1992). An abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

Farran, C. J., Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness*. Thousand Oaks.

Farran, C. J., Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1999). *Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für die Pflegeforschung und Praxis*. Wiesbaden.

Weiterführende Artikel: Herth, K. A. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), 1431-1441.

Benzein, E. & Savemann, B.-I. (1998) One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 35. 322-329.

Adams & Partee (1998). *Hope: The critical factor in recovery*. New York.

³¹⁷ vgl. Korner, J. N. (1970). Hope as a method of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34 (2), 134-139.

³¹⁸ vgl. Lynch, W. F. (1965). *Images of hope: Imagination as healer of the hopeless*. Baltimore.

„Hoffnung ist eine essentielle menschliche Erfahrung. Sie äußert sich als eine bestimmte Art des Fühlens, des Denkens, des Verhaltens und des Umgangs mit sich selbst und der Welt, in der man lebt. Hoffnung ist veränderlich in der Zielrichtung; sie kann weiterbestehen, auch wenn das erhoffte Objekt oder der ersehnte Handlungserfolg ausbleibt“³¹⁹.

Die Stärke dieser Definition ist, dass sie die Multidimensionalität von Hoffnung berücksichtigt, den emotionalen Prozess aber, die Gefühlsqualität selbst, beschreibt sie nicht, ebenso wenig die transzendente Dimension der Hoffnung. Letzteres findet sich in dem Hoffnungsindex von Herth berücksichtigt.

3.4.2 Medizinische Perspektive am Beispiel der Onkologie/Strahlentherapie

Es besteht keine Frage in der gemeinsamen Überzeugung von Wissenschaft und klinischer Praxis, dass die Hoffnung für Menschen, die an Krebs erkranken, eine wesentliche Rolle spielt, erst recht, wenn diese Erkrankung progredient und terminal verläuft³²⁰.

Kleeberg beobachtete als Onkologe einen Vier-Phasen-Zyklus von Hoffnung, den die meisten unheilbar Krebskranken durchleben: (1) Hoffnung auf Heilung (2), Hoffnung auf Lebensverlängerung (Lebensqualität), (3) Hoffnung auf Besserung und (4) Hoffnung auf Geborgenheit, Trost und Begleitung³²¹. In jeder Phase ist die Hoffnung verbunden mit dem subjektiven Belastungsempfinden und zwar dergestalt, dass die gelungene Hoffnungsanpassung sich in einem geringeren subjektiven Belastungsempfinden ausdrücken kann. Somit könnte die Hoffnung eine Copingstrategie des Krebskranken in der jeweiligen Erkrankungsphase sein, die von der Forschung bisher vernachlässigt wurde. Schon Weisman war als erster davon überzeugt: „Hoping is coping“³²². Empirische Belege dafür finden sich bisher allerdings kaum. In der neuesten deutschsprachigen Literatur zu diesem Thema wird Hoffnung, wenn ihr überhaupt ein Kapitel gewidmet ist, überwiegend als Erfahrungsprozess in der Auseinandersetzung mit krankheitsbedingten Belastungen beschrieben³²³. Entweder erfolgt dies aus der Sicht der Betroffenen selbst, als Teil ihrer Lebensqualität, oder im Blick auf die Aufklärung des Patienten durch den Arzt³²⁴. Das subjektive Belastungsemp-

³¹⁹ Farran, Herth & Popovich (1999). 6.

³²⁰ z. B. Keitel, H. (1998). Man darf dem Patienten nicht die Hoffnung nehmen. Vortrag anlässlich des 2. Kongresses der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin am 12.9.1998; Schlömer, U. & Klusmann, D. (1995). Hoffnung bei Strahlentherapiepatienten mit infauster Prognose. *Strahlentherapie und Onkologie*. 171: 385-389.

³²¹ Kleeberg, U. R. (1998). Hoffnung erhalten bei unheilbar Krebskranken. *Medizinische Klinik*, 93, 322-327. München.

³²² Weisman, A. D. (1979). *Coping with cancer*. New York. 32.

Vgl. dazu die Untersuchungen von Glock, E. (2001). *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten: Zur Spezifität und Stabilität von Coping-Prozessen bei Brustkrebspatientinnen, Hodenkrebspatienten und Lymphonpatienten*. Marburg.

³²³ die von Meerwein und Bräutigam (1998) herausgegebene „Einführung in die Psychoonkologie“ (5. Aufl.) Bern, spart den Begriff Hoffnung ohne Äquivalent vollständig aus!

³²⁴ z. B. Aulbert, E. (Hrsg.) (1993). *Bewältigungshilfen für den Krebskranken*. Stuttgart.; drs. (Hrsg.) (1990). *Die Lebensqualität des chronisch Kranken*. Stuttgart.

Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen.; Heidemann, E. (1990). Prinzip „Hoffnung“ in der Aufklärung des chronisch Krebskranken. In: E. Aulbert & N. Niederle (Hrsg.) *Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken*. Stuttgart.

finden onkologischer Patienten während der Strahlentherapie ist differenziert von Faller, Schlömer-Doll und Rittweger in Verbindung mit unterschiedlichen Krankheitsbewältigungsversuchen bzw. Bewältigungsstilen untersucht worden. Belastungen und das Bewältigungsverhalten, welches aus einer Krebserkrankung entstehen kann, sind vielfältig in Studien belegt³²⁵, ihr Zusammenhang mit der Hoffnungsvariablen allerdings kaum. Als Grundlage des Verständnisses der Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen, soll die Definition von Hasenbring dienen. Ebenso wie Hoffnung wird die Krankheitsbelastung als multidimensionales Konstrukt von den Autoren definiert:

„Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen, betreffen das Ausmaß subjektiv relevanter Körperbeschwerden, Veränderungen des Körperschemas, Funktionseinschränkungen, die emotionale Befindlichkeit, Veränderungen in den sozialen Beziehungen sowie in der beruflichen Situation“³²⁶.

Eine umfassende empirische Analyse psychosozialer Belastungen und Bewältigungsstrategien von Krebspatientinnen hat Herschbach vorgelegt. Hierfür verwendet er einen speziell für Krebspatienten/innen entwickelten Belastungsfragebogen (FBK). Er untersucht 385 Mammakarzinompatientinnen und 95 Cervixkarzinompatientinnen im Verlauf der stationären Rehabilitation. Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Erkrankungsgruppen. Als besonders bedeutsam für die Vorhersage der subjektiven Belastung erweisen sich das Alter, die

-
- Herschbach, P. (1985). Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen. München.; Herschbach, P., Heinrich, G. & Oberst, U. (1994). Lebensqualität in der Nachsorge. Eine Evaluationsstudie. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 28, 241ff.
- Schlömer, U. (1994). Psychologische Unterstützung in der Strahlentherapie. Wien.
- Schlömer - Doll, U. & Doll, D. (1996). Zeit der Hoffnung - Zeit der Angst. Psychologische Begleitung von Krebspatienten. Wien.
- Tausch, A.-M. (1989). Gespräche gegen die Angst. Hamburg.
- Welk, H.-J. (Hrsg.) (1989). Zwischen Resignation und Hoffnung. Die Phase der Progredienz. Ergebnisbericht der 7. Jahrestagung der dapo e.V. in Hamburg-Rissen vom 7. - 10.6.1989.
- Yalom, Irvin (2000). Die Reise mit Paula. München, als Beispiel für einen therapeutischen Prozess. Vgl. Armstrong, L. & Jenkins, S. (2000). Tour des Lebens. Wie ich den Krebs besiegte und die Tour de France gewann. Bergisch-Gladbach. Einen guten Überblick über Selbstberichte krebsskranker Menschen findet sich bei Schuchardt, Erika (2002). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. Göttingen. Jubiläumsausgabe. 101ff. und 244ff.
- Vgl. Rittweger, J. (2000). Hoffnung und subjektives Belastungsempfinden von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie. Halle.
- Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf Literatur zum sich entwickelnden Gebiet der Psychoonkologie, z. B.
- Tschuschke, V. (2002). Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart.; Larbig, W. & Tschuschke, V. (Hrsg.) (2000). Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. München.; Wagner, R. (2003). Krebs-den Lebensfaden wiederfinden. Psychoonkologie für den niedergelassenen Arzt. Stuttgart.
- Heim, E.M. & Schwarz, R. (Hrsg.) (1998). Spontanremissionen in der Onkologie. Stuttgart: Schattauer.
- ³²⁵ vgl. Faller (1998).; Hasenbring, M. (1992). Was kann die Psychologie leisten? Der Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf von Tumorpatienten. In: W. Fichten, G. Lauth (Hrsg.): Perspektiven einer ganzheitlich-patientenorientierten Krebsbehandlung. Oldenburg. 43-61; Klauer, T. & Philipp, S.-H. (1997). Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten. In: R. Schwarzer (Hrsg.). Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch. Göttingen.; Muthny, F. A. & Haag, G. (Hrsg.) (1993). Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung. Heidelberg.
- ³²⁶ Hasenbring, M. (1994). Onkologie. In: W.- D. Gerber, H.- D. Basler & U. Tewes (Hrsg.): Medizinische Psychologie. München. 180.

Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe, die Behandlungsformen und die positive Bewertung der Lebensbeeinträchtigungen von Krebserkrankungen. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien zeigt sich, dass die Strategien Dissonanzreduktion und Sprechen mit einem Therapeuten mit der Belastungsstärke verschiedener Probleme korrelieren. Die Bewältigungsstrategien Kämpfen und Resignieren hingegen spiegeln eher generelle Haltungen wider, die insbesondere mit dem jeweiligen Alter und Familienstand der Betroffenen zusammenhängen. Die Wahl der Strategie Ablenkung oder Vermeidung hängt überwiegend von der Art der auslösenden Probleme ab. Günstige Strategien im Bezug auf die Krankheitsbewältigung sind Kämpfen und Dissonanzreduktion, ungünstig hingegen sind Resignation und Ablenkung oder Vermeidung³²⁷. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Belastungen durch eine Krebserkrankung und das Bewältigungsverhalten eng mit den Lebensbedingungen der Betroffenen zusammenhängen. Hoffnung als mögliche Copingstrategie von Krebspatienten und ihre Auswirkung auf das subjektive Belastungsempfinden kommt in dieser wichtigen Arbeit zur Grundlagenforschung nicht zur Sprache. Dagegen zeigen Studien, die Hoffnung mit dem Stress-Coping-Paradigma und einer Krebserkrankung in Verbindung bringen, drei unterschiedliche Funktionen:

(1) Hoffnung dient als Vorbedingung der Problembewältigung³²⁸, (2) Hoffnung ist eine gefühls- und problemorientierte Bewältigungsstrategie sowie kognitive Bewertungsmethode³²⁹ und (3) Hoffnung ist das Ergebnis erfolgreicher Krankheitsbewältigung³³⁰.

Irving, Snyder und Crowson (1998) untersuchten „Hope and Coping with Cancer by College Women“. In ihrer Studie testeten sie anhand einer Stichprobe von 115 gesunden Psychologiestudierenden, bei denen sie die Hoffnungsskala von Snyder et al. (1991) einsetzten, folgende Hypothesen: (1) Studentinnen mit größerer Hoffnung besitzen mehr Wissen über Krebs als Studentinnen mit geringerer Hoffnung. (2) Studentinnen mit größerer Hoffnung verfügen über mehr Bewältigungsstrategien in Bezug auf Risiko, Erkennung, Verlauf und Stadium dieser Erkrankung als Studentinnen mit geringerer Hoffnung. Die Rolle mehrerer Einflussfaktoren, wie Krebserfahrungen, Bildungsgrad und Affekt wurde im Blick auf die Hypothesen untersucht. Die erste Hypothese konnte bestätigt werden. Der Bildungsgrad nimmt keinen Einfluss auf das Ausmaß der Hoffnung. Kontakte mit an Krebs erkrankten Menschen beeinflusst die Frauen mit größerer Hoffnung in ihren Antworten nicht. Die Frauen mit geringerer Hoffnung besaßen keinerlei Kontakte zu Krebspatienten. Positive und negative Affekte haben keine Auswirkung für den Hoffnungsbegriff. Frauen mit größerer Hoffnung besitzen außerdem mehr krebsspezifische Bewältigungsstrategien als Frauen mit geringerer Hoffnung. Erstere besitzen somit eine größere Adaptionsfähigkeit. Es lässt sich sagen, dass Hoffnung, Krebserfahrung und Coping eine bisher nicht in genügendem Maße untersuchte Beziehung ist. Schumachers Studie (1990) befasst sich mit der Krankheitsbewältigung von Mammakarzinompatientinnen im Blick auf Sinnfindung, Reifung und psychische Weiterentwicklung. Ihre 30 inhaltsanalytisch ausgewerteten Tiefeninterviews zeigen, dass die entsprechenden Neuorientierungen den Frauen nicht immer bewusst sind, ebenso wenig dem Umfeld der Patientinnen. 25 Patientinnen sahen als Sinn ihrer Erkrankung eine Aufforderung zur

³²⁷ Herschbach, P. (1985). Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust- und Genitalkrebspatientinnen. München.

³²⁸ Herth (1989); Irving, L. M., Snyder, C. R. & Crowson, J. J. (1998). Hope and Coping with Cancer by College Women. In: *Journal of Personality*. Vol.66. (2) Malden, MA: Blackwell Publishers. 195-214.

³²⁹ Irving et al. (1998); Lazarus, R. S. & Folkman (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York.

³³⁰ Schumacher, A. (1990). *Sinnfindung bei Brustkrebskranken Frauen*. Frankfurt a. Main.

Veränderung ihres Lebens, bezogen auf den praktischen Alltag, im Blick auf ihr emotionales, psychisches Erleben oder eine eher transzendente Lebenseinstellung. Dies verbanden sie mit Hoffnung und gaben weniger Belastungen an als fünf Patientinnen, die keinen Sinn in dieser Erkrankung finden konnten. Weiss und seine Mitarbeiter³³¹ untersuchten Sinnerleben als ein Kriterium der Lebensqualität bei 109 HNO - Krebspatienten mithilfe einer faktoranalytischen Studie. Es handelt sich dabei um eine 2-armige multizentrische Therapie-Studie, wobei der „Therapiearm A“ eine alleinige akzelerierte Radiatio über 6 Wochen darstellt; der „Therapiearm B“ dagegen eine kombinierte Radiochemotherapie über den gleichen Zeitraum beinhaltet. Den Patienten wurden 50 Items zu fünf Themenbereichen vorgelegt:

(1) Sinnerfüllung und Sinnerfahrung, (2) Werteempfinden und Werteerleben, (3) die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Selbstreflektion, (4) positive Grundhaltung und Lebensbejahung und (5) die Qualität der sozialen Beziehungen. Erste Ergebnisse zeigen, dass das Thema Gesundheit im Kontext der Lebensqualität auf Rangplatz 1 steht. Die Themen: Sinnerfahrung, Sinnerfüllung und Wertewandel sowie soziale Beziehungen, Ziele setzen, erreichen bereits Rang 2 noch weit vor den Themen: Angstfrei Leben zu können, Hoffen auf die Zukunft zu können und den finanziellen Voraussetzungen. Das Merkmal der Beeinträchtigung durch die Erkrankung erscheint erst auf Rangplatz 6. Das ist insofern interessant, als dieses bisher den Hauptgegenstand innerhalb der Lebensqualitätsforschung von Krebspatienten darstellt. Die Gesamteinschätzung der Lebensqualität ist zeit-sensitiv und nicht signifikant zwischen beiden Gruppen. Offensichtlich bedarf es neben einer Erweiterung der Copingforschung auch einer Erweiterung der Lebensqualitätsforschung von Krebspatienten, die die Fragen nach Hoffnung und Sinn stärker einbeziehen. Filipp und Freudenberg³³² untersuchten Hoffnung im Prozess der Krankheitsbewältigung in einer Trierer Längsschnittstudie über vier Jahre. Eine Stichprobe von 332 Krebspatienten beiderlei Geschlechts im Alter von 18 -72 Jahren waren in die Untersuchung neben Herzinfarkt- und Multiple-Sklerose-Patienten einbezogen worden. Fünf Bewältigungsformen: Bedrohungsabwehr, Rumination, Suche nach Information, Suche nach sozialer Einbindung, Suche nach Halt in der Religion, wurden zu vier Messpunktzeiten erhoben, ebenso die Variable Hoffnungslosigkeit. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der später Verstorbenen und der Gruppe der Überlebenden. Die Suche nach Halt in der Religion weist in der Gruppe der später Verstorbenen einen signifikanten Anstieg auf, gleichzeitig eine signifikante Abnahme der Suche nach sozialer Nähe im Vergleich zu der Gruppe der Überlebenden. Ein signifikanter Anstieg der Hoffnungslosigkeit zeigte sich zwischen dem zweiten und vierten Messpunkt in der Gruppe der später Verstorbenen. Filipp und Freudenberg interpretieren dies als Vorboten des Todes und der emotionalen Befindlichkeit der Verzweiflung. Die Funktion der Hoffnung wird allerdings kaum diskutiert.

Deutlich wird insgesamt, dass das Phänomen Hoffnung in der klinischen Praxis seinen Platz einnimmt, allerdings empirisch kaum erforscht ist. So ist z. B. in der bisherigen Copingforschung die Krebserkrankung fast nur unter dem Gesichtspunkt der Belastung untersucht worden. Copingverhalten wurde dabei oft zu mechanistisch und reduktionistisch als Versuch der Patienten betrachtet, den krankheitsbedingten Belastungen zu begegnen, um sich, soweit möglich, dem psy-

³³¹ Weiss, M., Budach, V., Dinges, S. & Fritzsche, F. (1999). Sinnerleben als Kriterium der Lebensqualität bei Krebspatienten. In: G. Krampen (Hrsg.) Beiträge zur angewandten Psychologie. Bonn. 131ff.

³³² Filipp, S.-H. & Freudenberg, E. (1998). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Psychomedizin 10/1, 14 -17.

chischen/physischen Status quo ante wieder anzunähern. Die Frage, ob Hoffnung ebenfalls eine Copingstrategie darstellt, bleibt offen, da es keine empirischen Untersuchungen gibt.

3.4.2.1 Übersicht wichtiger quantitativer und qualitativer empirischer Studien

Im Folgenden werden wichtige qualitative und quantitative Studien der 80-er und 90-er Jahre zu Hoffnung vorgestellt. Verres³³³ untersuchte zunächst an Familienangehörigen von Krebspatienten die affektiven Konnotationen der Vorstellungen zur Krebserkrankung anhand von 83 narrativen Interviewpassagen, die sie nach dem Gottschalk- Gleser- Verfahren auswerteten.

Der Affektauswertung lagen drei Einschätzungsskalen zugrunde: (1) Angst, (2) Aggressivität und (3) Hoffnung. Angst trat insgesamt häufiger auf als Aggressivität und Hoffnung, die häufigsten Affekte in den Subskalen waren Todesangst, verdeckte nach innen gerichtete Aggressivität und Hoffnungslosigkeit (negative Hoffnung). Allerdings liegen keine Vergleichsdaten zu Krebspatienten selbst vor. Demgegenüber dokumentierten Schlömer und Klusmann (1995) 763 psychologische Gespräche mit 77 Strahlentherapiepatienten mit infauster Prognose, ihren Ärzten, sowie ihren Angehörigen im Zeitraum von 1990 bis 1993 mit Hilfe eines Textanalyseprogramms³³⁴. Sie werteten ihre Gesprächsprotokolle inhaltsanalytisch aus. Zunächst fragmentierten sie ihren Text und ordneten ihm Kategorien zu. Der Schwerpunkt ihrer Analyse lag auf dem Thema Hoffnung. Die Ergebnisse belegen eindeutig die beschriebene Ambivalenz von Krebspatienten. Patienten mit infauster Prognose leben zwischen Angst und Hoffnung. Die Hoffnung geht mit Verdrängungsmechanismen einher, die der Angstabwehr und dem psychischen Schutz der Patienten dienen. Hoffnung verhindert somit auch Resignation und reduziert die Angst. Das Spektrum, worauf sich Hoffnung beziehen kann, umfasst den behandelnden Arzt als den Wunderheiler, Krebstherapien, sowie alternative und experimentelle Therapien. Angehörige spielen in der Vermittlung alternativer Therapien eine wichtige Rolle. Daneben hoffen Patienten auf eine menschliche Begleitung in palliativer Situation. „Hoffnung ist eine emotionale Grundhaltung und eine menschliche Überlebensstrategie, die für die meisten Patienten auch angesichts des nahenden eigenen Todes lebensnotwendig ist“³³⁵. In ihrer Studie heben die Autoren den Beziehungsaspekt der Hoffnung im Blick auf das subjektive Belastungserleben heraus.

Eine weitere Studie von Klusmann widmete sich dem Hoffnungs begriff innerhalb der Strahlentherapie. Bezugnehmend auf spontan aufgeschriebene Hoffnungsbilder von Strahlentherapiepatienten, beschreibt er Hoffnung als „eine Emotion, zu der ein spezifisches Erlebensfeld gehört, ähnlich wie Liebe oder Ärger. Hoffnung wird nicht direkt erlebt, sondern in Begriffen anderer Erlebnisfelder [...]“³³⁶ gefasst. Die unterschiedlichen Metaphern, in denen Erfahrungen der Hoffnung ausgedrückt werden, betonen jeweils spezifische Aspekte und blenden andere aus. Sie bilden die kognitive Struktur einer Emotion. Klusmann kommt bei der Analyse der spontan aufgeschriebe-

³³³ Verres, R. (1986). Krebs und Angst, Subjektive Theorien von Laien über die Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin.

³³⁴ Schlömer, U. & Klusmann, D. (1995). Hoffnung bei Strahlentherapiepatienten mit infauster Prognose. Strahlentherapie und Onkologie. 171: 385-389.

³³⁵ Schlömer und Klusmann (1995). 389.

³³⁶ Klusmann, D. (1996). Hoffnung als metaphorisch aufgebautes Erlebnisfeld. unveröffentlichtes Manuskript, 1.

nen Bilder (Metaphern) von krebskranken Patienten zu folgendem Ergebnis: „Es gibt keine Essenz. Hoffnung ist eine radikale Kategorie metaphorischer Mappings [...], das Gefühl besitzt keine genuin eigenen Bilder, sondern borgt diese aus anderen, konkreteren Erlebnisfeldern aus (Reise, Gebäude usw.). Die Kategorie Hoffnung hat mehrere metaphorische Schwerpunkte, die mehr oder weniger nahe an einem emotionalen oder einem kognitiven Pol liegen. Es gibt kein Zentrum, nur eine vage bestimmte Peripherie, wo der Übergang zu anderen Erlebnisformen beginnt“³³⁷. Bisher gibt es m.E. keine wissenschaftliche Studie, die Aussagen darüber treffen kann, welche Emotionen durch Hoffnung ausgedrückt werden. Es besteht auch hier eher die Annahme, dass Hoffnung selbst keine Emotion, sondern eher eine Stimmung bzw. emotionale Grundhaltung ist, die ihren Ausdruck in positiven und negativen Affekten findet. Ferner beschreibt Klusmann ein weiteres wesentliches Merkmal von Hoffnung, auf das schon Meerwein hingewiesen hat. Im Kontext einer schweren Krebserkrankung kann eine adaptive Selbsttäuschung bzw. illusionäre Hoffnung das Leben erleichtern bzw. überleben lassen, wenn die Chancen als gering eingeschätzt werden.³³⁸ Es kommt zu einer „Mehrgleisigkeit der Psyche“, einer „innerseelischen Spaltung“, die sich in der folgenden Ambivalenz als Spannungsfeld ausdrückt. Der Patient weiß um etwas und verhält sich im nächsten Augenblick so, als hätte er es nie erfahren. Offiziell werden die Dinge in einem züversichtlichen Licht gesehen, daneben aber alle negativen Fakten mehr oder weniger bewusst registriert und sich auf das Schlimmste eingestellt. Die nicht hoffende Seite muss wenigstens genauso gut informiert sein wie die hoffende, wobei das überwiegend unbewusst geschehen soll. Sichtbar wird die Ambivalenz des Patienten als ein Versuch, zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit das Gleichgewicht zu halten. Das Resultat dieses Versuches drückt sich in Resignation, Angst oder Hoffnung aus. Die „innerseelische Spaltung“ sollte nicht als Indiz missverstanden werden, dass Krebspatienten die Wahrheit über ihren Zustand nicht wissen wollen, sondern, dass sie das Tempo der Annäherung an die Wahrheit selbst bestimmen. Die Funktion der Hoffnung besteht dann darin, die Belastungen erträglicher zu erleben, indem sie z. B. kognitiv verarbeitet werden. Schließlich untersuchte Faller mithilfe eines Mehrebenenansatzes Belastung und Hoffnung Krebskranker. Dieser Ansatz umfasst die Selbsteinschätzung der Patienten, Selbsteinschätzung der Angehörigen und Fremdeinschätzung des Patienten durch Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte und Interviewer. Damit können Daten aus insgesamt sechs Informationsquellen miteinander verglichen werden. Diese auf parallel formulierten Skalen vorgenommenen Einschätzungen besitzen gute bis sehr gute Reliabilitäten. Faller zeigt folgende interessante Ergebnisse: Außenstehende schätzen die Belastung des Patienten höher ein als dieser selbst (Angehörige, Arzt, Pflegekraft, Interviewer). Angehörige übertragen ihre eigene Einschätzung auf den Patienten. Patienten und Angehörige haben mehr Hoffnung als die Experten (Pflegekraft, Arzt, Interviewer)³³⁹. Zu schnell wird Hoffnung als Selbsttäuschung, Aufbau von Illusionen im Blick auf die Patienten interpretiert. Eine Erklärung könnte auch das Erleben der unterschiedlichen Lebenswirklichkeit und damit eines unterschiedlichen Hoffnungsverständnisses von Krebskranken und Gesunden sein. Hier bedarf es weiterer vergleichender Forschung zwischen beiden Gruppen. In seiner neuesten Untersuchung mit stationären Mammakarzinompatientinnen unter Strahlentherapie zeigen Faller et al.,

³³⁷ Klusmann (1996). 6.

³³⁸ Dass Illusionen gesund sind, zeigte schon Taylor mit ihren Studien Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161 - 1173.

Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self - deception and the healthy mind*. New York.

³³⁹ Faller (1998).

dass Angst und Depression die häufigsten komorbiden Störungen bei dieser Krebserkrankung sind, ca. 24%.³⁴⁰ Von den 77 Befragten wünschten sich 36% einen Psychotherapeuten als Gesprächspartner und 12% einen Seelsorger. 42% äußerten spirituelle Bedürfnisse.

Als ein Vertreter nordischer Forscher diskutiert Kaasa drei charakteristische Hoffnungstypen dieser Patientengruppe: (1) Hoffnung auf die Gegenwart (Tag), (2) Hoffnung in der Perspektive der Ewigkeit/Sinn und (3) Hoffnung auf einer unrealistischen Grundlage. Furcht und Angst stellen für Kaasa³⁴¹ die emotionale negative Seite der Hoffnung dar, während Ungewissheit als eine Voraussetzung für Hoffnung beschrieben wird. Die meisten Hoffnungsstudien mit Krebspatienten der 80er und 90er Jahre wurden vorrangig von amerikanischen Pflegewissenschaftlern durchgeführt. Sie untersuchten drei Themenbereiche:

(1) Wie beeinflussen Krankheitsmerkmale die Hoffnung?

Es handelt sich um die Variablen Ungewissheit, Krankheitsstadium, Behandlungsumfeld, bekannte Informationen über die Lebenserwartung und Therapieauswirkungen³⁴². Folgende Ergebnisse werden dazu berichtet:

Hoffnung korreliert negativ mit Ungewissheit, die Frauen mit Mamma- oder Cervixkarzinom in bezug auf ihre Krankheit erleben³⁴³. Patienten bleiben trotz körperlicher Nebenwirkungen während der Therapie hoffnungsvoll³⁴⁴. Patienten, die auf stationärer oder ambulanter Basis behandelt wurden, waren hoffnungsvoller als jene, deren Chemotherapie zu Hause durchgeführt wurde. Das Krankheitsstadium besitzt keinen nennenswerten Einfluss auf den Grad der Hoffnung. Beides kann Herth nachweisen. Sterbende Patienten haben einen höheren Hoffnungswert als Patienten, die sich noch in Behandlung befanden³⁴⁵. Patienten, die über ihre potentielle Lebenserwartung informiert wurden, schnitten im Hoffnungsgrad niedriger ab. Die Autoren führen allerdings nicht aus, welche Informationen gegeben wurden. Patienten, die aktiv an ihrer Behandlung mitarbeiten wollten (Coping), waren hoffnungsvoller als passive Patienten³⁴⁶. Informationsmangel führt zu Ungewissheit und Demotivation sowie geringerer Hoffnung³⁴⁷.

(2) Wie beeinflussen personenbezogene Merkmale die Hoffnung und/oder die Hoffnungslosigkeit?

Es handelt sich um Variablen wie Alter, Bildung, familiärer und beruflicher Kontext.

Folgende Ergebnisse wurden berichtet:

Patienten, die trotz Krankheit ihren familiären und beruflichen Verpflichtungen nachgingen, wiesen einen höheren Hoffnungswert auf als Patienten, die ausschließlich stationär behandelt wurden.

³⁴⁰ vgl. auch Faller, H.(1998); Olshausen, B. &Flentje, M. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. In: Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 53. Jg., Mai 2003. Stuttgart. 229ff.

³⁴¹ Kaasa (1999).

³⁴² Muthny & Haag (1993); Kaasa (1999).

³⁴³ Mishel, M. H./Hostetter, T./ King, B. & Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing*, 7, 291-299.

³⁴⁴ Zook, D. J. & Yasko, J. M. (1983). Psychologic factors: Their effects on nausea and vomiting experienced by clients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 10, 76-81.

³⁴⁵ Stoner, M. & Kaempfer, S. (1985). Recalled life expectancy information, phase of illness and hope on cancer patients. *Research in Nursing and Health*, 8, 269-274.

³⁴⁶ Cassileth, B. R. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92, 832-836.

³⁴⁷ Mishel et al. (1984).

Starke religiöse Überzeugungen wirkten sich positiv auf die Hoffnung aus. Weder Alter, noch Geschlecht scheinen sich auf die Hoffnung auszuwirken. Hinsichtlich der Bildung finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Einige Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Bildung und Hoffnung, andere weisen keine Korrelation nach. Diese Ergebnisse konnten Herth und McGill zeigen^{348/ 349}.

(3) Wie beeinflusst der Hoffnungsgrad den Gesundheitszustand und Therapieverlauf, die psychosozialen Adaptionen und die physische Funktionalität? Folgende Ergebnisse wurden berichtet: Bei älteren krebserkrankten Menschen ist Hoffnung positiv korreliert mit der Selbstaussage über den körperlichen Gesundheitszustand. Frauen, die an Mamma- und Cervixkarzinom erkrankt waren, besaßen einen höheren Hoffnungswert in Zusammenhang mit dem Grad ihrer psychosozialen Anpassung.

Insgesamt zeigt sich auch an dieser Stelle der Betrachtungen, dass die Interpretation der genannten Ergebnisse schwierig bleibt, da es keine übereinstimmenden theoretischen Ansätze und Messinstrumente gibt, an denen sich die einzelnen Studien orientieren. Ein integratives Modell der verschiedenen Hoffnungsaspekte, bzw. des Konstruktes Hoffnung als gemeinsame Forschungsgrundlage steht nicht zur Verfügung. So bleibt insgesamt der Eindruck einer zunehmenden Fülle von Arbeiten und Einzelergebnissen, die sich mit Hoffnung und ihren Auswirkungen auseinandersetzen. In den letzten Jahren ist in der Onkologie/Strahlentherapie der Faktor Hoffnung verstärkt benannt, allerdings gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige Forschungsarbeiten zu Hoffnung. Studien zu Belastungsfaktoren, Krankheitsverarbeitung bzw. Bewältigung, sowie der Lebensqualität Krebskranker überwiegen und haben diesen wichtigen Aspekt der Krankheitsbewältigung und Überlebensstrategie kaum verfolgt. Dieses Defizit regte die folgenden qualitativen und quantitativen Untersuchungen an.

3.5 Psychologische und Medizinische Hoffnungskonzepte – Übersicht

a) Vorläufer der Medizinischen Psychologie

- Stahl (1695); Zückert (1764); Gesenius (1786). „Hoffnung als Affekt“
- Lenhossek (1804). „Hoffnung als Motivation zu handeln“
- Feuchtersleben (1845). „Hoffnung als psychische Lebensenergie“
- Hufeland (1860). „unentbehrliches Erfordernis“ des Lebens

³⁴⁸ Herth (1989); McGill, J. S. (1991). Functional status as it relates with and without cancer. Birmingham: Dissertation abstracts international, 53, 771 B.

³⁴⁹ vgl. Faller et al. (1997); Schlömer & Klusmann,(1995); McGill (1991); Mishel et. al. (1984).

b) Tiefenpsychologische Ansätze

- Freud (1942). „Affekt als existenzieller Ausdruck des Lebens“, kein Hoffnungskonzept
- Erikson (1966). „Hoffnung als frühester Entwicklungsschritt aufgrund der Erfahrung von Vertrauen vs. Misstrauen“
- Jung (1958). „Der Mensch ist sich selbst im Unbewussten voraus, und hat von dort her Grund zu hoffen“
- Fromm (1968). „Hoffnung ist ein Zustand des Seins, die Bereitschaft zu einem intensiven Tätigsein“

c) Unterscheidung in:

Allgemeine Psychologie

(Erforschung des theoretischen Konstrukts der Hoffnung, ihr Wesen)

Medizinische Psychologie

(empirische Bestimmung der Hoffnungsinhalte)

Allgemeine Psychologie	
Motivationspsychologie „Hoffnung als Motiv“ -McClelland (1953); Atkinson (1966); Heckhausen (1963;1989)	Emotionspsychologie „Hoffnung als affektiv-kognitive Interaktion“ -Izard (1981)
- Stotland (1969) 1. empirisch fundiertes Hoffnungskonzept „Hoffnung ist die Erwartung, ein gewünschtes Ziel zu erreichen, wobei die Wahrscheinlichkeit dessen zumindest größer als Null sein müsse“= motivationaler Aspekt.	- Ulich (1984) „Hoffnung besteht aus einer emotionalen, motivationalen und kognitiven Komponente“.
- Obayuwana & Carter (1982) Hoffnung =state of mind, der sich aus dem positiven Ergebnis von Ich-Stärke, Religion, sozialer Unterstützung, Erziehung und ökonomischer Ausstattung ergibt“.	- Breznitz (1986) „Hoffnung entsteht aufgrund des Gefühls der Hilflosigkeit“
-Averill, Catlin und Chon (1990) Hoffnung ist eine “emotion of mind”, bestehend aus einer affektiven und kognitiven Komponente.	

-Snyder (1991; 1994)

Hoffnung ist ein „Prozeß des Nachdenkens über Ziele, zusammen mit der Motivation, sich in diese Richtung zu bewegen und den Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen“.

-Hammelstein & Roth (2001)

Hoffnung ist eine „Erwartung, dass ein prinzipiell mögliches, subjektiv positiv bewertetes Ereignis, dass durch personale und/oder situative Faktoren beeinflusst wird, in der Zukunft eintritt“.

d) Medizinische Psychologie

Die Hoffnungsstruktur:

Marcel (1962); Godfrey (1987); Miller (1992) unterscheiden

- 1.) -unangefochtene Hoffnung = elementar, ungeprüft, ursprünglich, fundamental (generalisierte Hoffnung)
- 2.) -angefochtene Hoffnung = spezifisch, überprüft, entwickelt, ultimativ, belastbar (spezifische Hoffnung)

Dufault & Martocchio (1985) konzeptualisieren Hoffnung als eine Disposition (generalisierte Hoffnung) sowie einen Zustand (spezifische Hoffnung), der sich in unterschiedlichen Aspekten ausdrückt (affektiv, kognitiv, konativ, affiliativ, temporal, kontextuell).

Farran; Herth & Popovich (1995; 1999) konzipieren ein multidimensionales der Hoffnung und definieren „Hoffnung als eine essentielle menschliche Erfahrung. Sie äußert sich als eine bestimmte Art des Fühlend, des Denkens, des Verhaltens und des Umgangs mit sich selbst und der Welt, in der man lebt. Hoffnung ist veränderlich in der Zielrichtung; sie kann weiterbestehen, auch wenn das erhoffte Objekt oder der ersehnte Handlungserfolg ausbleibt“.

3.6 Zusammenfassung: Was trägt die Psychologische und Medizinische Perspektive zum Verständnis der Hoffnung bei?

Schaut man auf die Vielfalt und Unterschiedlichkeit psychologischer Ansätze im Blick auf die Hoffnung, so liegt wohl die entscheidende Ursache darin, dass die psychologischen Empiriker als Grundlage ihrer Forschungsarbeiten an unterschiedliche Situationen gedacht haben, in denen heute von Hoffnung gesprochen wird, um diese dann entsprechend zu definieren und zu konzeptualisieren. „Snyder (1994; 1995) scheint an die Situationen gedacht zu haben, in denen wir das Hoffnungsobjekt selbst herbeiführen können; Ulich (1984) gerade an die, in denen wir das nicht

können, in denen die Herbeiführung nicht oder nur teilweise von uns abhängig ist. Breznitz (1986) scheint noch einen Schritt weiter gegangen zu sein als letzterer, er hat nicht nur postuliert, dass wir bei Hoffnung nichts machen könnten, sondern uns auch noch hilflos fühlen müssten³⁵⁰. Andere Forscher wiederum beziehen sich auf ein oder mehrere Kriterien³⁵¹, wie z. B. die subjektive Wahrscheinlichkeit und Erwartung. Hinzu kommt die Frage, ob Hoffnung über den Begriff der Erwartung zu definieren ist. Die Hoffnung eines Krebskranken auf Überleben gibt z. B. die Wichtigkeit und Tragweite schon vor, da sie subjektiv und individuell eingeschätzt werden. Das eigene subjektive Verständnis eines Wissenschaftlers spielt eine entscheidende Rolle bei seiner Konzeption. Deutlich wurde, Hoffnung ist ein multidimensionales Konstrukt, welches sich in verschiedenen Aspekten ausdrückt, die von den einzelnen Forschern schwerpunktmäßig unterschiedlich betrachtet werden.

Drei grundsätzliche Probleme durchziehen diesen Forschungsbereich:

- 1.) Die psychologischen Modelle und Definitionen sind bisher nicht im Blick darauf überprüft worden, was eigentlich die heutige Sprachgemeinschaft unter Hoffnung versteht. Wie kommt sie heute zur Sprache? Bisher wurde dieser Weg in der Forschung gegangen: Hoffnung z. B. als Erwartung, dass etwas Unmögliches geschieht, zu definieren und darauf Modell und Untersuchungen aufzubauen. Andere Forscher dagegen würden es ablehnen, dann von Hoffnung zu sprechen und wählen andere Kriterien als Grundlage.
- 2.) Weiter gibt es m. E. nach keine Überprüfung, der in vielen Studien eingesetzten Hoffnungsskalen von Snyder und Herth, ob diese wirklich Hoffnung messen.
- 3.) Die affektiven bzw. emotionalen Erlebniszustände der Hoffnung stellen bisher ein Desiderat der Forschung dar. Dies gilt ebenfalls für den transzendentalen Aspekt. In der Psychologie bezieht sich der Schwerpunkt auf das Kognitive. Ein zukünftiges Konzept der Hoffnung muss beides, die affektive und transzendente Komponente der Hoffnung, mit berücksichtigen.

³⁵⁰ Hemann (2001). 119.

³⁵¹ Einen guten Überblick dazu gibt: Hammelstein, P. & Roth, M. (2002). Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23 (2), 191-203.

4. Auf der Suche nach einem integrativen Hoffnungsmodell³⁵²

4.1 Abgrenzung der Hoffnung zu verwandten Begriffen

Ein wesentlicher Gesichtspunkt, um Hoffnung weiter zu erforschen, ist die Abgrenzung gegenüber verwandten Begriffen, wie Wunschdenken, Erwartung oder Optimismus.

4.1.1 Wunschdenken³⁵³ und Optimismus

Wunschdenken und Optimismus ähneln der Hoffnung und können dadurch mit ihr vermischt, gleichgesetzt und verwechselt werden. Umgangssprachlich werden sie häufig identisch und synonym verwendet. Miller³⁵⁴ sieht beide als Ausgangspunkt des Hoffnungsprozesses, sogar als Grundvoraussetzung für diesen. Ihre Kennzeichen und Elemente weichen aber von denen der Hoffnung ab. So definieren Farran, Herth und Popovich Wünschen „als eine Sehnsucht, ein Streben oder als ein starkes Verlangen“³⁵⁵. Der Wunsch und die Hoffnung sind nicht zu trennen von der Erwartung, einem Merkmal, das ebenfalls Ähnlichkeit mit der Hoffnung hat, wie noch zu zeigen ist. Der Wunsch ist meist konkret, die subjektive Wahrscheinlichkeit, dass das Erwünschte auch tatsächlich eintritt, ist aber geringer als bei der Hoffnung. Die affektiven, kognitiven und verhaltensorientierten Ausformungen des Wunschdenkens weichen nach der Überzeugung von Herth von denen der Hoffnung ab. Ein Mensch, der sich etwas wünscht, betrachtet die positiven Möglichkeiten, verschließt sich aber vor schmerzlichen Gefühlen, die mit einschneidenden Lebenserfahrungen einhergehen können. So kann der Wunsch einen der Pole des Abwehrkonflikts darstellen. Das Denken ist eingeschränkter, es bezieht sich auf ein Ziel. Der größte Unterschied zwischen einem Wünschenden und Hoffenden besteht in der passiven Rolle des Wünschenden. Der Wunsch unterscheidet sich von der Hoffnung hinsichtlich der realen Möglichkeit, das ersehnte Objekt tatsächlich zu erreichen. Die heutigen Erfolgsphilosophien, wie der Ansatz des positiven Denkens, laufen Gefahr, einseitiges Wunschdenken, eine unrealistische Erwartung bzw. Illusion zu sein³⁵⁶. Die Hoffnung bedarf als Voraussetzung für ihre Aktualisierung des Wunsches. Aber sie ist nicht mit ihm identisch. Sie schließt eine größere Sicherheit hinsichtlich der Verwirklichung des erhofften Gutes ein, im Gegensatz zum Wunsch, dessen Objekt eher im Bereich der Illusion liegt. Ist Wünschen eher ein umgangssprachlicher Ausdruck für Hoffen, so könnte Optimismus als formales Äquivalent bezeichnet werden. Gesunder Optimismus kommt der Hoffnung nahe, er wird flexibel, wirklichkeitsnah und aktiv³⁵⁷. Optimismus konzipiert sich nach Herth „als eine Disposition [...], bei der Bestmöglichstes erwartet wird und die positiven Aspekte einer Situation im

³⁵² Die Diskussionen erfolgen überwiegend aus psychologischer Sichtweise, da diese sich mit den modernen Begriffen unserer Zeit auseinandersetzt.

³⁵³ vgl. dazu: Winkler, K. (2003). Das Problem „Hoffnung“ zwischen Wunschdenken und exakter Phantasie. In: Grundmuster der Seele. Pastoralpsychologische Perspektiven. E. Hauschildt & J. Ziemer (Hrsg.). Arbeiten zur Pastoraltheologie. Bd. 41. Göttingen. 52-62.

³⁵⁴ Miller (1992).

³⁵⁵ Farran; Herth & Popovich (1999). 11.

³⁵⁶ Scheich, G. (1999). Mit positivem Denken zum treuen Untertan. In: Publik Forum. Zeitschrift (4). Oberursel.

³⁵⁷ Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Vordergrund stehen³⁵⁸. Die Autorinnen vertreten die Überzeugung, dass die Ziele des Optimismus konkreter sind. Was die subjektive Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens angeht, so ist diese höher als beim Wünschen und niedriger als beim Hoffen. Gegen schmerzliche Erfahrungen ist der Optimismus verschlossen. Die kognitive Komponente ist stark rational, so dass der Optimismus als Vorstufe des lernabhängigen und imaginativen Anteils der Hoffnung zu betrachten ist. „Der wesentlichste Unterschied zwischen Hoffnung und Optimismus liegt in den Zukunftserwartungen. In dieser Hinsicht ist Optimismus weniger flexibel als Hoffnung, da er ausschließlich einen positiven Ausgang in den Blickpunkt rückt“³⁵⁹.

So spielen Wunschdenken und Optimismus zwar eine wichtige Rolle als Voraussetzung eines Hoffungsprozesses. Bleiben die genannten Einstellungen längerfristig bestehen, werden sie jedoch nicht ausreichen, um sich an schwierige, lebensbedrohliche und lebensverändernde Ereignisse, wie es eine Krebserkrankung ist, anzupassen. Aus wirkungs- und sinnvollen Abwehrmechanismen gegen Ängste werden langfristig Strategien oder falsche Hoffnungen bzw. Verleugnung³⁶⁰. Zur Verdeutlichung dessen, was beide unterscheidet, sei auf die Situation von Strahlentherapiepatienten hingewiesen, in der Regel nach der Diagnosestellung, die sich, von außen betrachtet, in einer verzweifelten Situation befinden. Dennoch kann ein Mensch von einer grundlegenden Hoffnung getragen werden. In der Situation eines Sterbenden besitzt der Optimismus keinerlei Überzeugungskraft mehr. Der Optimismus erreicht die Person in ihrer existenziellen Tiefe nicht, da er sich durch eine geringere innere Beteiligung auszeichnet als die Hoffnung. Dass „ich hoffe“ unterscheidet sich grundlegend davon, dass sich alles zum Besten wendet. Der zeitgenössische Mensch lebt nach Pieper mit der Maskierung des Optimismus, um seine Verzweiflung zu verbergen. Allein die fundamentale Hoffnung kann ihn davor bewahren, in die Verzweiflung zu versinken oder sich in einen grundlosen Optimismus zu flüchten. Innerhalb der Psychologie verweist Snyder dazu auf die beiden möglichen Attributionsstile: Pessimismus und Optimismus, die in unterschiedlicher Weise die Zukunftserwartungen eines Menschen bestimmen können. „In contrast to the historical prejudice about the counterproductiveness of these concepts, research on coping and performance reveals that elevated levels of hope and optimism are quite adaptive“³⁶¹. Scheier und Carver entwickelten 1985 ein Verfahren: „The Life Orientation Test“ (LOT) zur Messung von Optimismus. Unter Optimismus verstehen sie eine allgemeine Erwartung, dass man gute Lebenserfahrungen macht. Magaletta und Oliver³⁶² konnten in ihrer Studie an 204 Psychologiestudierenden mittels LOT, Snyders Hoffnungsskala (1991) und der Self-Efficacy Scale (SES, Sherer und Maddux, 1982) zeigen, dass Selbstwirksamkeit, Hoffnung und Optimismus zueinander in Beziehung stehen, aber dennoch eigenständige Konstrukte sind, die Wohlbefinden vorhersagen können. Die Resultate der multiplen Regressionsanalyse zeigen, dass Hoffnung einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage von Wohlbefinden leistet. Ebenso gilt dies für die beiden von Snyder postulierten Komponenten von Hoffnung (agency and pathway) in folgenden Beziehungen: Wille bzw. Denken und Selbstwirksamkeit sowie Weg bzw. Handeln und Optimismus.

³⁵⁸ Farran; Herth & Popovich (1999). 12.

³⁵⁹ Scheier & Carver (1985). 45.

³⁶⁰ vgl. Averill et al. (1990).

³⁶¹ Snyder (1994). 542.

³⁶² Magaletta, P. R. & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. In: Journal of clinical psychology, Vol. 55 (5), 539-551.

4. 1. 2 Erwartung

Hoffnung wird vielfältig als eine Erwartung beschrieben³⁶³. Dieser Gedanke, dass die Hoffnung ein Erwarten von einem Zukünftigen ist, das auf der Grundlage eines rationalen Einschätzens erfolgt, durchzieht ihre Begriffsgeschichte. Sie stellt eines der wichtigsten Merkmale im Akt des Hoffens dar, beide sind auf die Zukunft ausgerichtet. Allerdings kann der Mensch nur das erwarten, was in der Zukunft aktualisiert wird, während das Erhoffte schon in der Vergangenheit und Gegenwart Wirklichkeit geworden ist. Beide unterscheiden sich im Zeitaspekt. Weiter ist der Grad der subjektiven Sicherheit hinsichtlich eines Ereignisses bei demjenigen größer, der etwas erwartet. Hoffnung zeichnet sich im Unterschied zur Erwartung durch eine größere Flexibilität, Geduld, innere Gelassenheit, andere Zeitstruktur sowie mehr Vertrauen in die Zukunft aus.

Marcel unterscheidet beide mit den Begriffen „geschlossene“ (Erwartung) und „offene“ (Hoffnung) Zeit. Dagegen findet sich in Plutchiks Modell „primärer Emotionen und primärer Dyaden“³⁶⁴ die Erwartung neben der Freude als Voraussetzung für Optimismus. Hoffnung dagegen kommt in seinem Modell nicht vor. Kast, die davon ausgeht, dass Hoffnung die Emotion ist, auf der sich „alle gehobenen Emotionen“³⁶⁵ gründen, unterscheidet Hoffnung und Erwartung folgendermaßen: „Einmal bedeutet Erwarten dieses Hoffen –auf -Etwas, da sind Erwartung und Sehnsucht verbunden. In dieser Hinsicht ist die Erwartung nah bei der Hoffnung, aber inhaltlich bestimmter als diese“. Andererseits gehört zum Erwarten dieses Hoffen, dass [...] und damit kann sie zu etwas Zwingendem werden. Wird die Erwartung enttäuscht oder auch erfüllt, dann verliert unser Dasein augenblicklich seine Gerichtetheit, die ihm die Erwartung gegeben hat, es wird spannungslos leer. Darin liegt auch der Unterschied von Erwartung und Hoffnung“³⁶⁶. Hoffnung besitzt nach Kast einen größeren Freiraum in der Offenheit für die Zukunft. Verres erwähnt und unterscheidet neben der Erwartung die Sehnsucht, beide sind Grundvoraussetzung der Hoffnung, die, wenn sie sich nicht zur Hoffnung entwickeln, starr, fixiert und einengend in einer Enttäuschung enden. Sehnsucht drängt nach Erfüllung, Hoffnung selbst kann unerfüllt bleiben, aber in einem inneren Prozess transformiert/ transzendiert werden. Dies bedeutet dann nach Verres³⁶⁷ eine besonders reife Form der Lebensphilosophie. Es kann festgehalten werden:

Auch bei verwandten Konstrukten zum Thema Hoffnung finden sich bisher nur verschiedene Definitionen und wenige empirische Arbeiten, welche die Ähnlichkeiten mit der Hoffnung schwer herausstellen lassen.

³⁶³ vgl. Roth & Hammelstein (2002).

³⁶⁴ Plutchik, R. (1980). *Emotion. A psychoevolutionary synthesis*. New York.

³⁶⁵ Kast, V. (1991). *Freude Inspiration Hoffnung*. Olten. 172.

³⁶⁶ drs. 173.

³⁶⁷ Verres, R. (1998). *Sehnsucht und Erfüllung*. Univ. HD (Hrsg.): *Sucht-Studium Generale*. Heidelberg.

4.2 Zur Polarität: Der Mensch zwischen Hoffnung und Verzweiflung

Sowohl im klinischen Bereich wie auch in der Forschung allgemein wurde im Gegensatz zur Hoffnung vorrangig die Hoffnungslosigkeit untersucht³⁶⁸. Ob allerdings eine lineare Beziehung zur Hoffnung vorliegt oder eher von zwei eigenständigen Konstrukten ausgegangen werden muss, die dialektisch verbunden sind, wird derzeit diskutiert³⁶⁹. Wie die Hoffnung repräsentiert die Hoffnungslosigkeit emotionale-, rationale- und Verhaltenskomponenten. Als Gefühl äußert sie sich in Entmutigung, Verzweiflung, als demotivierende Kraft, als Folge eines wahrgenommenen Kontrollverlustes und Hilflosigkeit, die sogar lebensverkürzende Auswirkungen haben können. Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt die Kognitionen. Der Betreffende glaubt nicht, Lösungen und Hilfe für seine Probleme zu finden, und besitzt keinerlei Erwartungen an sich selbst und andere. Diese Gefühle und Gedankengänge beeinflussen das Verhalten, welches meist als Lähmung, Handlungsunfähigkeit und Beziehungsunfähigkeit erlebt werden. Hauptkennzeichen hoffnungsloser Menschen ist ihr extremer Mangel an Artikulationsfähigkeit und Differenzierungsvermögen. Dies kann ein vorübergehender Zustand wie auch ein Persönlichkeitszug sein. Heute finden sich vier theoretische Ansätze zur Hoffnungslosigkeit:

- (1) die Existentialistische Sichtweise³⁷⁰,
- (2) das Konzept der Erlernten Hilflosigkeit³⁷¹,
- (3) die Kognitive Therapie³⁷² und
- (4) das Konzept „Locus of control“³⁷³.

Differenzierungen im klinischen Bereich und die Unterscheidung zeitlicher Diskontinuität der Hoffnungslosigkeit sind heute grundlegend für deren Einschätzung. So kann Hoffnungslosigkeit als eine Reaktion auf Verlust, die Trauer bedeutet, folgen. Klinische Depression ist oft mit ihr verbunden, die dann in Rückzug und Passivität mündet (z. B. Krebspatienten). Weiter wird Hoffnungslosigkeit im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen erfahren. Schließlich ist dieser Faktor als Prädiktor für Selbsttötung und als ein Symptom von Depression oder Suizidabsichten von Beck vielfältig in Studien untersucht. Die Frage, wie langfristig Hoffnungslosigkeit die physische und psychische Gesundheit eines Menschen beeinflusst bzw. als Persönlichkeitsmerkmal und Krankheitsprädiktor für eine Krebserkrankung infrage kommt, ist umstritten³⁷⁴. Farran, Herth und Popovich bestimmen Hoffnungslosigkeit mit folgender Definition:

³⁶⁸ vgl. Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression. Archives in General Psychiatry, 9, 324 – 333; drs. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147 (2), 190 - 195.

Nunn, K. P. (1996). Personal hopefulness: A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. British Journal of the Medical Psychology, 69, 227 - 245. ebenso: Seligman (1979).

³⁶⁹ Farran, Herth & Popovich (1995,1999); Kaasa (1999).

³⁷⁰ Frankl. (1990); Fromm(1991); Marcel (1962); Sölle & Steffensky (1995).

³⁷¹ Seligman (1979).

³⁷² Beck (1963; 1990).

³⁷³ Rotter, J. B. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80 (1), Whole No. 609,1-18.

³⁷⁴ LeShan, L. (1989). Cancer as a turning point. New York.

Stierlin, H. & Grossarth - Maticek, R. (1998). Krebsrisiken - Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. Heidelberg.

„Hoffnungslosigkeit ist eine essentielle menschliche Erfahrung. Sie verkörpert ein Gefühl der Verzweiflung und Entmutigung, ein Denken, das nichts erwartet und ein Verhalten, das durch Passivität und Unangemessenheit gekennzeichnet ist“³⁷⁵.

Es ist der Forschung der Pflegewissenschaft zu verdanken, dass heute die Beziehung zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit nicht mehr linear, sondern dialektisch definiert wird, und der Philosophie, die die Verzweiflung als Gegenpol der Hoffnung beschreibt und Hoffnungslosigkeit als Ausdruck oder Teil der Verzweiflung postuliert³⁷⁶. Ist die erlebte Hoffnungslosigkeit keinesfalls ohne Hoffnung, wie es immer wieder an onkologischen Patienten deutlich wird, so steht die Verzweiflung dem Hoffen gegenüber. Pieper unterscheidet ebenfalls zwischen fundamentaler und alltäglicher Verzweiflung und deutet diese als Vorwegnahme der Nichterfüllung. Ohne die Erfahrung gemacht zu haben, dass Verzweiflung überwindbar ist, geht der Mensch davon aus, dass alles in der Absurdität des Nichts enden wird. Die zeitgenössische Verkörperung stellt Camus` Sisyphos dar. Die Verzweiflung besteht nach Sartre „in dem Glauben, dass meine grundlegenden Ziele nicht erreicht werden könnten und dass es folglich in der Realität des Menschen ein essentielles Scheitern gebe“³⁷⁷. So kann die Verzweiflung mit einem gewissen Optimismus einhergehen und muss sich nicht notwendig gegen die alltäglichen Hoffnungen wenden. Sie leugnet allerdings die fundamentale Hoffnung und damit eine Ontologie des Werdens. Für den Theologen und Philosophen Kierkegaard³⁷⁸ ist die Verzweiflung damit „eine Krankheit zum Tode“, für Marcel „ein antizipierter Selbstmord“³⁷⁹, Jaspers redet vom Tod des noch Lebendigen³⁸⁰. So vollzieht der Verzweifelte einen radikalen Bruch mit der Existenz, eine radikale Verneinung der Zukunft und begibt sich in eine „abgeschlossene Welt“. Der Mensch wird zunehmend von der Idee der Zerstörung ergriffen, verliert seine Beziehungsfähigkeit und jegliches Vertrauen und entfernt sich damit von sich Selbst. Die Verbindung mit einem Du und der Realität ist unmöglich geworden. Pieper beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Verzweiflung, wie Nervosität, Unstetigkeit, Wechselhaftigkeit in den Entschlüssen, Gleichgültigkeit, Kleinmütigkeit, gereizte Auflehnung, Bosheit, Langeweile. Für ihn ist die Wurzel der Verzweiflung: „acedia“, die Verneinung der Würde des Individuum. Der enge Zusammenhang zwischen existenzieller Langeweile und Verzweiflung wird von zahlreichen Philosophen als Krankheit unserer Zeit betont³⁸¹. Die Situation kann umge-

Schmidt-Rathjens kommt zu einem gegenteiligen Ergebnis, als die zuvor genannten Autoren und bestreitet psychologische Faktoren als Prädiktor für eine Krebserkrankung. In: Schmidt - Rathjens, C. (1998). Persönlichkeit und Krebs: Studie zur subjektiven und objektiven Relevanz von psychologischen Faktoren bei der Krebsentstehung. Berlin. Diskutiert wird heute eher im Rahmen der Verhaltensmedizin, inwieweit persönliche Faktoren Einfluß nehmen auf die Krankheitsbewältigung und ihren Verlauf, z. B. Stockhorst, U. (2003). Krebserkrankungen. In: Ehlert, U. (Hrsg.). Verhaltensmedizin. Lehrbuch. Berlin. 327ff.

Schwarz, R. (1994). Die Krebspersönlichkeit. Mythos und Klinische Realität. Stuttgart.

³⁷⁵ Farran, Herth & Popovich (1999). 25.

³⁷⁶ Decher, F. (2002). Verzweiflung. Anatomie eines Affekts. Sprunge/Deister.

³⁷⁷ Sartre, J.-P. & Levy, B. (1991). L espoir maintenant. Lagrasse. 23.

³⁷⁸ Kierkegaard, S. (1995 - 1849). Die Krankheit zum Tode. Hamburg.

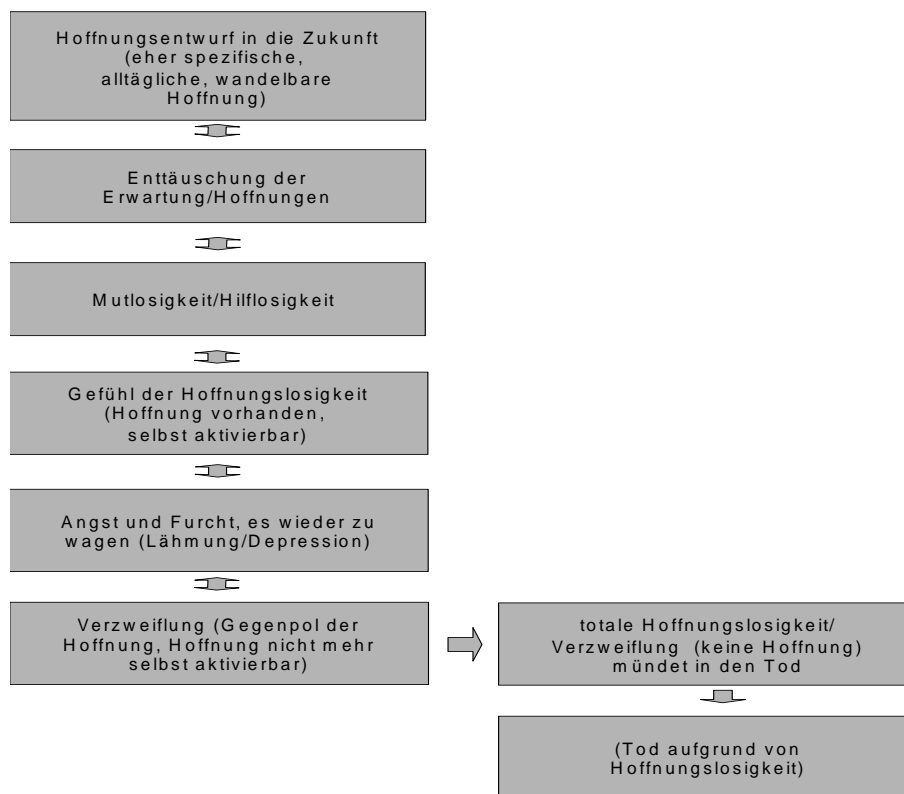
³⁷⁹ Marcel, G. (1954). Sein und Haben. Paderborn. 87.

³⁸⁰ Jaspers, K. (1963). Die Kraft der Hoffnung. In: Merkur, München (17), Nr. 181, 219.

³⁸¹ Pieper (1996). Über die Hoffnung, in: Werke, Bd. IV, Schriften zur Philosophischen Anthropologie und Ethik: Das Menschenbild der Tugendlehre, 282f. Sie drückt sich aus in einer immer tiefer reichenden Entwurzelung der eigenen Person. Sehr aufschlussreiche Studien zum Zustand des Verzweifelten bieten die psychologischen Aussagen von Revers, W. J. (1949) Die Psychologie der Langeweile. Meisenheim. 73. Der enge Zusam-

kehrt werden über eine erneute Verbindung zur Realität, aus der die Hoffnung hervorgeht, die allein fähig ist, die Verzweiflung zu heilen. So kann die Verzweiflung ohne das Dasein der Hoffnung nicht existieren, sehr wohl aber die Hoffnung als Baustein des Lebens. Jeder Mensch bewegt sich zwischen diesen beiden existenziellen fundamentalen Haltungen, der Verzweiflung und der Hoffnung. Die Freiheit, sich sowohl dem einen, wie auch dem anderen zuzuwenden, ist ihm gegeben. Der Mensch kann in der Verzweiflung versinken oder sich in der Hoffnung aufschwingen bzw. im Moment der Geschlossenheit versinken oder im Moment der Offenheit aufgehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Die Arbeiten mit onkologischen Patienten sind der praktische Beweis der Polarität von Hoffnung und Verzweiflung. Aufgrund der praktischen Erfahrungen der Autorin mit onkologischen Patienten werden im Folgenden die Stufen, die in die Verzweiflung führen können, und Möglichkeiten der Umkehrung zurück zur Hoffnung, dargestellt:



Modell 3 Stufen der Polarität von Hoffnung und Verzweiflung³⁸²

menhang zwischen existenzieller Langeweile und Verzweiflung wird von zahlreichen Philosophen als Krankheit unserer Zeit betont, z. B. Decher, F. (2002). Verzweiflung. Anatomie eines Affekts. Springer/Deister.

³⁸² Als Theoriehintergrund vgl. Schuchardt, E. (2002). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. Göttingen.

33ff. Schuchardt vergleicht als Ergebnis ihrer Forschungsarbeiten die Krisenverarbeitung des Menschen mit einem Lernweg in acht Spiralphasen.

4.3 Die Auswirkungen unterschiedlicher Auffassungen von Menschen auf das Hoffnungsverständnis - ihre Immanenz und Transzendenz

Wie die bisherigen Befunde zeigen, verbindet sich das Heilige (Transzendente) mit dem Profanen (Immanente) im Alltag des modernen Menschen und ebenfalls im Geschehen der Hoffnung. Damit werden zwei Arten von „In der Welt-Sein“, zwei existenzielle Situationen sowie Haltungen abgebildet. Die Aufgabe einer konfessionellen Zugehörigkeit bedingt nicht gleichzeitig die Aufgabe Religiosität³⁸³. Denn Religiosität stellt nach Eliade „die höchste Struktur des Bewusstseins“³⁸⁴ dar. Religiöse Erfahrungen suchen sich neue Wege und Sprachen bis hin zu Krankheitserfahrungen. Hat die Seelsorge sich von der Psychologie in den letzten Jahrzehnten viel geliehen, so diskutieren heutige Psychiatrie und Psychotherapie seelsorgerliche Aspekte³⁸⁵. „Die erste Definition des Heiligen ist; dass es den Gegensatz zum Profanen bildet“³⁸⁶. Es bleibt die wesentliche Frage: In welchem Maße kann das Profane selbst „heilig“ werden? Kann eine von Grund aus säkularisierte Existenz ohne Gott den Ausgangspunkt für eine neue Art von Hoffnung und Glauben bilden? Das Heilige manifestiert sich immer als eine Realität, die analogen Ausdrucksweisen, dies zu benennen, entspringen der Grenze menschlicher Sprache. So bedarf es der Bildersprache und Metapher, um sich der Erfahrung von Hoffnung sprachlich zu nähern. Dies umso mehr, da die Entsakralisierung des „nicht religiösen Menschen“ die moderne Gesellschaft kennzeichnet. Nichts kann beginnen, sich zu entwickeln ohne vertrauensvolle Orientierung in der chaotischen Heterogenität des Profanen. Ohne einen ontologischen festen Punkt kann das Leben in Fragmente zerbrechen. Der Mensch heute ist auf sich zurückgeworfen und bedarf der Entwicklung von Orientierungstechniken, um sich in der chaotischen Homogenität zurechtzufinden und ohne in Verzweiflung zu enden. Man kann nicht leben ohne die Öffnung zum Transzendenten, dies wird in den Hoffnungsbildern onkologischer nichtkonfessioneller Patienten deutlich, die sich unbewusst verwurzeln in der Schöpfung Gottes³⁸⁷. Niemand vergleicht Hoffnung mit einem Technischen Hilfsmittel unserer Zeit, z. B. einem Computer. Die Hoffnung dient der Abwendung des Alltags vom Chaos hin zur Struktur, von Auflösung hin zur Verwurzelung, von Finsternis und Schatten der Vergänglichkeit zu Licht und Beständigkeit. Mithilfe der Hoffnung kreierte sich der Mensch seinen Wohnort im Leben, seinen festen Punkt, von dem er das Sein entfalten kann. Die beiden Dimensionen der Hoffnung intendieren ebenso zwei Arten von Zeit: Lebenszeit und Ewigkeit. „Für den nicht religiösen Menschen hat die Zeit weder einen Bruch noch ein Geheimnis: sie ist die tiefste existenzielle Dimension des Menschen, sie ist an seine Existenz gebunden“³⁸⁸. Die ewige Gegen-

³⁸³ Obst, H. (2000). Konfessionslos? Eine neue Konfession. In: D. Cyranka & H. Obst (Hrsg.).

Mitten in der Stadt. Halle zwischen Säkularisierung und religiöser Vielfalt. Halle. 199-212.

³⁸⁴ Eliade, M. (1998) Das Heilige und das Profane. Vom Wesen des Religiösen. Frankfurt a. Main. 10.

³⁸⁵ vgl.: „Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie“. 21. Jg., 2/2003. BEB (Hrsg.) Stuttgart, die sich ausschließlich dem Thema: Psychiatrie und Religiosität widmet.

Schmidt, C. (2003). Notfall-Psychologie/Notfall-Seelsorge – die Akutversorgung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 35. Jg., 2/03. Tübingen. 253ff.

³⁸⁶ Eliade, M. (1998). 14.

³⁸⁷ siehe dazu Teil II dieser Arbeit.

³⁸⁸ Eliade (1998). 65.

wart der Hoffnung ermöglicht, die profane Zeitdauer persönlicher alltäglicher Ereignisse zu bewältigen. Kein Mensch kann leben ohne die Öffnung nach vorn. Diese Sehnsucht spiegelt sich in den zeitlosen heiligen Geschichten der Bibel wider, z. B. dem Fischfang des Petrus (Lk. 5). Der religiöse Mensch lebt von der Gewissheit ewiger Wiederkehr. „Ein moderner Psychologe wäre in Versuchung, aus einem solchen Verhalten auf die Angst vor dem Risiko zu schließen, auf eine Ablehnung der Verantwortung für eine authentische ...Existenz und auf die Sehnsucht nach einem Zustand, der als paradiesisch empfunden wird, gerade weil er embryonal, von der Natur noch nicht ganz losgelöst ist“³⁸⁹.

Der Durst nach etwas Gutem gegen die Zerstörung ist bis heute nicht gelöscht. Auf existenzieller Ebene äußert sich das in der Gewissheit, dass das Leben jeden Tag mit einem Maximum an Chancen periodisch neu beginnen kann. Der profane Mensch erlebt die Grenzen seiner Identität - einzig bedingt durch die menschliche Geschichte und als Summe seiner Handlungen in der Verzweiflung. „Für den religiösen Menschen bildet die Reaktualisierung derselben...Ereignisse die größte aller Hoffnungen: mit jeder Reaktualisierung erhält er wieder die Möglichkeit, seine Existenz zu verwandeln und dem göttlichem Modell anzugleichen...nur die ewige Rückkehr zu den Quellen des Heiligen und Wirklichen rettet in seinen Augen die menschliche Existenz vor dem Nichts und dem Tod“³⁹⁰. Die entsakralisierte zyklische Zeit enthält einen zerstörerischen Aspekt: sie wird zum Kreis, der sich zwar ewig wiederholt, aber sich unentwegt um sich selbst dreht. Die Zeit der eigenen Selbstverwirklichung erweist sich als schwankende, schwindende Spanne und möglicherweise als trügerische Hoffnung. So wird die in der Seinsweise manifestierte Hoffnung aufgrund profaner und transzendenter Erfahrung ihr Wesen unterschiedlich entfalten (z. B. im Zauber der Natur, Übergangsriten wie Namensgebung, Jugendweihe etc.). Das Sakrale bleibt heute durch Symbole übermittelt z. B. Baum, Wasser. Die Geschichte vermag die Struktur archaischer Symbole nicht von Grund auf umzuwandeln, sondern fügt ihnen neue Bedeutungen zu, ohne die Struktur zu zerstören.

Beispiel³⁹¹: Das Hoffnungssymbol einer 40jährigen nicht-religiösen Krebspatientin „Haus am Meer“: *„Das Haus steht an der Ostsee und ist aus organischen Stoffen, aus Erde gemacht. Es bietet Raum für Leben und Sterben. Es stirbt selbst und wird wieder zur Erde. Daraus kann wieder ein neues Haus entstehen. Moderne Häuser können das nicht. Sie sind aus Stahl, sie müssen gesprengt werden. Es geht nicht ohne Gewalt, dass etwas Neues entsteht. Dieses Haus besitzt etwas beruhigendes, tröstliches, es hebt mich auf und geht, wenn es Zeit ist“*(Bild 6).

Das menschliche Leben wird auch heute kaum als eine Zeit zwischen Zweifachen Nichts empfunden. Das Leben besitzt offenkundig eine Dimension mehr. Man könnte diese mit Eliade „offene Existenz“ nennen, weil es nicht auf die menschliche Seinsweise beschränkt bleibt. „Eine „weltoffene“ Existenz ...setzt den religiösen Menschen in den Stand, sich selbst zu erkennen, indem er die Welt erkennt, und diese Kenntnis ist ihm kostbar, weil sie religiös ist...“³⁹². In ihr erlebt der heutige Mensch nach Luckmann³⁹³ seine kleinen, mittleren und großen Transzendenzen. Es ist davon auszugehen, dass dies ebenfalls so für die Hoffnung erfahren wird.³⁹⁴

³⁸⁹ drs. 82.

³⁹⁰ Eliade (1998). 94/95.

³⁹¹ siehe Fall 1 Teil III dieser Arbeit.

³⁹² Eliade (1998). 146.

³⁹³ Luckmann, T. (1991). Die unsichtbare Religion. Frankfurt a. Main.

4.4. Zusammenfassung I: Hoffnung als Multidimensionales Konstrukt Integratives Theoriemodell der Hoffnung und Hoffnungsdefinition

Die bisherigen Ergebnisse der theoretischen Untersuchungen zum modernen Hoffnungsverständnis in Theologie, Philosophie, Psychologie und medizinischer Psychologie werden in einem integrativen Theoriemodell und einer Hoffnungsdefinition zusammengefasst.

Hoffnung besitzt zwei Dimensionen

1. eine fundamental/transzendente Hoffnung – Urvertrauen/Gottvertrauen
Lebenswille/Lebenskraft (objektive Hoffnung)
2. spezifisch/wandelbare immanente, alltägliche Hoffnungen (subjektive Hoffnungen)

Aspekte von Hoffnung:

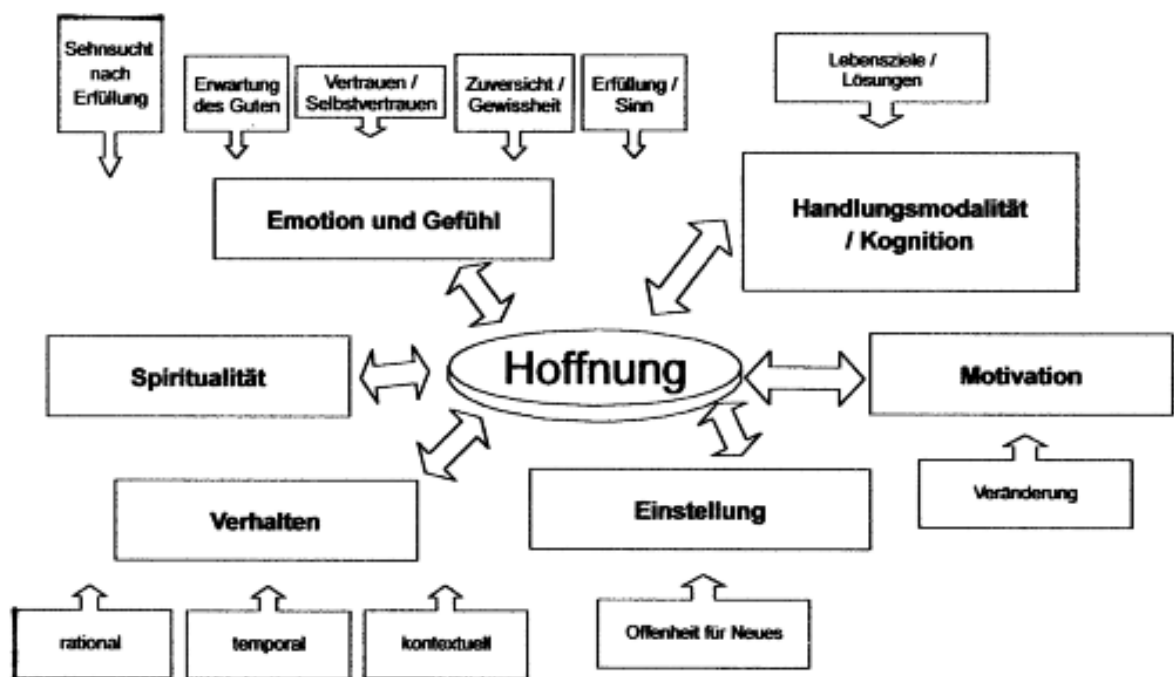


Abbildung 2: Dimensionen und Aspekte der Hoffnung, die sich wechselseitig beeinflussen

vgl. Taylor, Ch. (2002). Die Formen des Religiösen in der Gegenwart. Frankfurt a. Main.

Wogenstein, R. (1998). Hoffen können. Verträöstung oder Trost? Berlin.

³⁹⁴ Anselm Grün sieht in seinem Vortrag (2001) die Auswirkungen unserer Zeit auf den Menschen sowie Theologie und Psychologie als spirituelle Krise. Diese hat Auswirkungen auf die Hoffnung des heutigen Menschen.

Grün, A. (2001). Seelsorge und Psychotherapie. Vortrag am 22. 09. 2001. Zürich.

Wie aus dem integrativen Theoriemodell ersichtlich, besitzt die menschliche Hoffnung eine Alltagsdimension und eine transzendente Dimension, die sich in unterschiedlichen Aspekten menschlichen Lebens ausdrücken können: In einem bestimmten Verhalten, welches wiederum beeinflusst wird z. B. vom jeweiligen Lebenskontext oder Lebensalter, einer Haltung und Einstellung, die sich z. B. in Offenheit für Neues ausdrücken kann, einer Motivation, Dinge des Lebens zu verändern, Lösungen zu suchen oder auf ein Ziel hin zu handeln, wobei dies abhängig ist, von den Möglichkeiten der eigenen Fähigkeiten und Handlungsmodalitäten, sowie kognitiven Vorstellungen und Bildern der eigenen Zukunft und den damit verbundenen positiven Emotionen, wie einer Erwartung des Guten, Vertrauen und Selbstvertrauen, dass es Sinn macht und Erfüllung findet und einer Spiritualität, die sich z. B. in bildhaften Hoffnungsvorstellungen über die eigenen Lebensgrenzen hinaus äußern kann, einem Lebensziel auf Gott hin oder einem Grundgefühl von Geborgenheit und Vertrauen, dass das Leben Sinn hat und Erfüllung finden wird. Hoffnung lässt sich aufgrund der bisherigen interdisziplinären Ergebnisse folgendermaßen definieren:

Hoffnungsdefinition

Hoffnung ist ein Existenzial oder essentieller Bestandteil menschlichen Lebens, eine modale Verfasstheit mit Ausrichtung auf Zukunft. Sie gründet auf ein Vertrauen im Ergebnis von Geborgenheits- Vertrauens- und Zuwendungserfahrung. Dadurch stellt sie Lebenswillen, Lebenskraft, Selbstvertrauen und Zuversicht bereit. Hoffnung ist die Suchbewegung des Lebens nach Verwirklichung im Dasein. Sie bewährt sich in eigener Weise in jeglicher Situation im Längsschnitt des Lebens als ein Ereignis (Geschehen) und hat so wie dieses eine gerichtete Kraft. Sie endet nicht notwendig an den Grenzen des Lebens, sondern greift über diese (haltsuchend) hinaus in die Tiefe des Seins. So ist Hoffnung immer verwurzelt in transzendenten Geschehen.

Diskussion I

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigte sich mit der Entwicklung des modernen Hoffnungsbegriffs an ausgewählte Beispiele in den Disziplinen Theologie, Philosophie, Psychologie und Medizinische Psychologie. Insgesamt stellt dies den Versuch einer Bestandsaufnahme dar, den modernen Hoffnungsbegriff interdisziplinär zu betrachten. Folgende Aspekte menschlicher Hoffnung, die von den einzelnen Disziplinen benannt werden, können als Ergebnis festgehalten werden:

Hoffnung gehört in Theologie und Seelsorge ebenso zum menschlichen Leben, wie Glaube und Liebe (1. Kor. 13). Sie entwickelt sich aufgrund der Erfahrung von zuvor geschenktem Vertrauen zu Gott und Mensch und ist somit immer eine Beziehungsemotion. Menschliche Hoffnung ist ursprünglich in der Religion und in persönlichen Glaubenserfahrungen verwurzelt, sie wird einerseits im Alltag des Menschen, als Lebenswille, im Zusammenhang mit Lebenszielen sowie in menschlichen Beziehungen erfahren. Andererseits kann sie sich dabei auf Gott ausrichten. So sollte die Hoffnung weder allein auf die Transzendenz ausgerichtet sein, noch darf sie im Alltag der Lebenserfahrung fehlen. Religiöse Hoffnung ist immer alltagsrelevant.

Biblische Hoffnung beinhaltet immer beides: die immanente Alltagshoffnung und die transzendente Hoffnung (Joh. 3,36). Hoffnung wird als ein Lebensprozess verstanden, der dem Menschen im Alltag jetzt schon Freude, Gnade, Ewiges Leben, Gelassenheit, Frieden und Trost schenken

kann. Christliche Hoffnung bezieht sich einerseits auf den „mit Namen genannten“ unvertauschbaren Menschen, seine persönliche Gegenwart und Zukunft. Hoffnung ist verbunden mit den personalen Anliegen menschlicher Seele (Klgl. 3,24). Andererseits ist die Ausrichtung der Hoffnung auf (Gott) Christus bezogen (1.Tim.1,1; Kol.1,27). Der dialogische Charakter, die Beziehungseindeutigkeit wird offenbar. Der Beziehungsaspekt zu Gott wird deutlich in den Worten: „...der hoffe auf den Namen des Herrn“ (Jes. 50,10); „...ich habe dich bei deinem Namen gerufen; du bist mein“ (Jes. 43,1; 45,3.4). Dies ist die Grundlage für die Erfahrung der Heilsgeschichte Gottes mit den Menschen. Sie bedingt eine existenzielle Haltung dem Leben gegenüber.

Für Luther ist menschliche Hoffnung von Gott als persönliche Glaubenserfahrung gegeben. Sie wird dem Menschen als Kraft eingegossen (*infusa virtus*) und beruht auf Gottes Barmherzigkeit. Diese geschenkte Hoffnung ist vor aller Verzweiflung des Menschen gesetzt und kann schon deshalb nicht vom Leben und Handeln des Menschen abhängig sein. Der Mensch benötigt nach Luther diese Hoffnung zur Überwindung seiner alltäglichen Anfechtungen. Hoffen heißt für ihn dann im Alltag geradezu Gott dahaben und impliziert eine existenzielle Haltung zum Leben und zum Sterben. Die Hoffnung bewirkt Geduld und Bewährung in der alltäglichen Ungewissheit und Unsicherheit, in dem Nichtwissen, wohin das Leben führt. Sie dient gleichzeitig der Bewältigung von Lebensangst und Verzweiflung. Im Sprachgebrauch Luthers ist Hoffnung immer die Zuversicht auf das eschatologische Heil, auf das ewige Leben.

Seelsorge in der Moderne steht heute vor der Fragestellung: Wie leben Menschen mit einer alltäglichen Hoffnung, die ihre religiöse Verwurzelung verloren hat und wie gewinnen sie Hoffnung, die auch in Lebenskrisen standhält. Hier ist die Seelsorge herausgefordert, in der Beziehung zu einem Menschen, eine neue Hoffnungssprache zu finden.

Ein Ansatz der Seelsorge ist, an das anzuknüpfen, was Individuen tatsächlich glauben. Krebskranke stellen die einfache Frage: „Wie bestehe ich den nächsten Tag?“ – eine Hoffnung, die an die Grenze der Transzendenz reicht. Die Freisetzung von Hoffnung, ihre veränderte Ausrichtung und die Modifikation sind dabei wesentliche Aufgaben.

Die Philosophie betont ebenfalls, dass das Dasein ein Sein zur Hoffnung ist, der Lebenswille des Menschen untrennbar verbunden mit Glaube und Vertrauen (Kant; Pieper = fundamentale Hoffnung). Hoffnung gibt dem Menschen Lebensgewissheit sowie Lebensgeborgenheit und besteht dort, wo es Gemeinschaft gibt. „Ich hoffe auf Dich für uns“ (Marcel). Dies impliziert eine innere Einstellung und Haltung dem alltäglichen Leben gegenüber (Pieper = wandelbare Hoffnung; Marcel; Lersch; Bollnow). Der Hoffnung bedarf der Mensch, um Angst und Verzweiflung zu reduzieren. Nach Bloch ist sie lern- und lehrbar und der Mensch braucht Hoffnung, um seine Heimat zu finden und sich selbst zu transzendieren. Sie gibt ihm die Motivation zu handeln.

Innerhalb der Psychologie und Psychotherapie finden sich im Blick auf die Funktion der Hoffnung sehr unterschiedliche Ansätze: Hoffnung gehört tiefenpsychologisch zur menschlichen Persönlichkeit und ihren Fähigkeiten. Sie entwickelt sich aufgrund der Erfahrung frühester persönlicher Vertrauensbeziehungen (generalisierte, unangefochtene Hoffnung). Diese Erfahrung gibt einem Menschen Lebensvertrauen und ist eng verbunden mit der Entwicklung seines Glaubens. Die Hoffnung steuert den individuellen Entwicklungs- und Reifungsprozeß (Erikson) und umfasst Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eines Menschen. So motiviert Hoffnung einerseits zu Aktivität und Leistung, um Lebensziele (spezifische, angefochtene Hoffnungen) zu erreichen (Motivationspsychologie; Snyder), der Mensch wird in die Lage versetzt, sich Zukunftsvorstellungen zu machen. Andererseits verbinden sich damit Interesse, Neugier, Freude – positive Affek-

te des Menschen. So wird Hoffnung als kognitiv-affektive Interaktion des Menschen (Emotionspsychologie) verstanden. Diese impliziert eine existenzielle Einstellung, die in einem Verhalten zum Leben ihren Ausdruck findet.

In der medizinischen Psychologie besitzt die Hoffnung eine lebenserhaltende Funktion in Krisen und stellt eine Verbindung zwischen der Erfahrung von gesundem Leben und Krankheitserfahrung her. Hoffnung entwirft sich z. B. nach einer Krebserkrankung neu in Bildern und veränderten Lebenszielen, im Erleben positiver Emotionen, die den Umgang mit Angst und Verzweiflung erleichtern, in einem anderen Verhalten und Umgang mit sich selbst und der Welt, in der ein Mensch lebt. Ihre Funktion besteht darin, den Menschen in seiner völlig veränderten Lebenssituation Sicherheit und Geborgenheit wiederfinden zu lassen und darüber hinaus Entwicklung und Reifung zu ermöglichen. Sie beinhaltet einen Protest gegenüber den Grenzen des Lebens und dem Tod und besitzt damit die Funktion der Veränderung und Erweiterung von Lebensmöglichkeiten. Hoffnung kann dabei in Transzendenz münden.

Patientin S., 22 Jahre, Glioblastom:

„Ich will leben und wenn nicht, dann lebe ich jetzt noch. Ohne Hoffnung kann man nicht leben, in so einer Situation schon gar nicht. Hoffnung ist für mich der Strohalm des Lebens, egal, ob sie sich erfüllt oder nicht. Man wünscht sich Dinge so sehr und weiß manchmal im Innersten, dass es gar nicht möglich sein kann, trotzdem braucht man diese Vorstellung. Solange ich diese noch spüre, spüre ich auch mein Leben. Solange dieser Protest in mir lebt, sage ich: Totgesagte leben länger“ (S. 8).

II Wie kommt Hoffnung heute zur Sprache? Empirische Untersuchungen

1. Einleitung: Der Hoffnungs-begriff aus der Perspektive onkologischer Patienten³⁹⁵ sowie von Seelsorgern und Psychotherapeuten

Wie die interdisziplinäre theoretische Betrachtung zeigt, stellt die Hoffnung überwiegend ein Desiderat heutiger Forschung dar. Ebenfalls gibt es weder ein einheitliches Konzept noch eine methodische Grundlage.

Die folgenden quantitativen Untersuchungen **Teil A** haben deshalb zunächst das Ziel, die Messinstrumente zur Hoffnung mithilfe einer Faktorenanalyse³⁹⁶ zu überprüfen, inwieweit diese „Hoffnung“ messen und für die weitere Forschung einsetzbar sind. Die Überprüfung der amerikanischen Hoffnungsskalen von Herth und Snyder dient als Grundlage der quantitativen Studien, da bisher kein Messinstrument zur Erfassung der Hoffnung im deutschsprachigen Raum zur Verfügung steht, ebenfalls keine Vergleichsstudien. Teil A gliedert sich in drei quantitative und eine qualitative Untersuchung. In Untersuchung 1 ist von Interesse, welche Variablen, wie Alter, Geschlecht, Bildung, Konfession, Familienstand und Krebsdiagnose auf die Hoffnung von Ersterkrankten Einfluss nehmen. Im Vergleich zu Gesunden soll in Untersuchung 2 weiter gezeigt werden, inwiefern Krebspatienten (Ersterkrankte) im besonderen Maße unter dem Verlust von Hoffnung leiden, um diesen Aspekt in einem zukünftigen Behandlungs- und Therapiekonzept zu integrieren (vgl. Teil III). Eine weiterführende Untersuchung 3 beschäftigt sich mit der Frage, auf welche kurative und alternative Medizin sich die Hoffnung von Strahlentherapiepatienten nach einem Rezidiv heute richtet. Ebenfalls sollen beide Patientengruppen – Ersterkrankte und Rezidivpatienten hinsichtlich ihres Hoffnungsniveaus überprüft werden. In einer letzten qualitativen Untersuchung 4 mit dieser Patientengruppe (Ersterkrankte) werden mithilfe eines Interviews ihre „subjektiven Hoffnungstheorien“ erfasst und dargestellt.

Eine zweite Untersuchungsreihe **Teil B** zeigen Studien mit den Berufsgruppen Seelsorger und Psychotherapeuten (Professionelle) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (nicht-soziale Berufe) und haben zum Ziel, empirische Aussagen auf der Grundlage von Herth zu ihrem Hoffnungsniveau zu treffen. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit Persönlichkeitsmerkmale Einfluss auf die Hoffnung nehmen³⁹⁷ und diese als Prädiktoren der Hoffnung dienen können. Dazu werden die in der differentiellen Forschung gut untersuchten Merkmale des „Big five“: Extraversion, Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, die „Skala zur Lebenszufriedenheit“ und eine Skala zur Erfassung des „Selbstwert“ eingesetzt (Untersuchung 5). Ebenfalls wird mit einem Teil dieser Stichprobe die „subjektiven Hoffnungstheorien“ von Seelsorgern und Psychotherapeuten inhaltlich erfasst (Untersuchung 6).

Die Untersuchungen **Teil C** dienen der Integration beider vorheriger Forschungsstudien mit Strahlentherapiepatienten und Professionellen, die im klinischen Bereich seelsorgerlich und psychotherapeutisch tätig sind. Wie unterscheiden sich auf der Basis der Herthskala die einzelnen Gruppen

³⁹⁵ Folgende medizinische Ausdrücke werden für die einzelnen Krebserkrankungen verwendet: Mamma = Brustkrebs; Cervix = Unterleibskrebs; Rectum = Darmkrebs; Glioblastom = Gehirntumor; Bronchial –Ca = Lungenkrebs; HNO = Hals-Nasen-Ohrenkrebs.

³⁹⁶ Vgl. dazu die Ausführungen von Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Ein Lehrbuch. Berlin. 495, Kap. 15.

³⁹⁷ Zu dieser Fragestellung gibt es bisher keine Literatur bzw. Untersuchungen.

hinsichtlich ihres Hoffnungsniveaus voneinander? Was ist das Gemeinsame und wo sind die Unterschiede der „subjektiven Hoffnungstheorien“ von Strahlentherapiepatienten, Seelsorgern und Psychotherapeuten? (Untersuchung 7) Es mündet in die Frage nach der praktischen Relevanz im klinischen onkologischen Kontext und ihren Konsequenzen (III).

2. Methodik: Implizierte relevante Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellungen: Wie stellen sich heute das Hoffnungsvermögen und der subjektive Hoffnungsbe-
griff im klinisch-onkologischen Bereich dar? Die Bedeutung der Hoffnung für Strahlentherapie-
patienten (Ersterkrankte und Rezidivpatienten) sowie deren Ausprägung und der Einfluss von
unterschiedlichen Variablen sollen untersucht werden. Welche Rolle spielt die Hoffnung aus der
Perspektive von Seelsorgern und Psychotherapeuten, die im klinischen Kontext mit Patienten
arbeiten? Gibt es Persönlichkeitsmerkmale, die auf die Hoffnung Einfluß nehmen? Gemeinsam-
keiten sowie Unterschiede zwischen den Gruppen sollen dargestellt werden.

1. Hypothesen zu Teil A – Strahlentherapiepatienten

Quantitative Untersuchungen

Untersuchung 1

Hypothese 1. 1 - Messhypothese

Das Konstrukt Hoffnung wird sowohl mit der Hoffnungsskala SNHS als auch mit der Hoffnungs-
skala HHI erfasst. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen SNHS und HHI.

Hypothese 1. 2 - Diagnosehypothese

Das Hoffnungsniveau ist abhängig von der Krebsdiagnose des Patienten, wobei erwartet wird,
dass Rectumpatienten mehr Hoffnung haben als Mamma- und Cervixpatientinnen, und letzere
haben eine größere Hoffnung im Vergleich zu HNO- und Bronchial-CA Patienten sowie Gli-
oblastompatienten und anderen.

Hypothese 1. 3 - Geschlechtshypothese

Männer mit einer Krebserkrankung unterscheiden sich nicht in ihrem Hoffnungsniveau von Frau-
en, die onkologisch erkrankt sind.

Hypothese 1. 4 – Bildungshypothese

Patienten mit höherer schulischen Bildung verfügen aufgrund größeren Wissens und mehr Information zu ihrer Erkrankung über mehr Hoffnung, als Patienten mit niedrigen Abschlüssen.

Hypothese 1. 5 - Altershypothese

Das Lebensalter des Patienten übt einen Einfluss auf die Hoffnung aus. Jüngere Patienten verfügen über weniger Hoffnung als ältere Patienten.

Hypothese 1. 6 - Konfessionshypothese

Patienten mit konfessioneller Bindung (Kirchenzugehörigkeit) verfügen über mehr Hoffnung, aufgrund ihres Glaubens, als Patienten ohne konfessionelle Bindung.

Untersuchung 2

Hypothese 1. 7 – Vergleichshypothese (Patienten/Ersterkrankung und Gesunde)

Onkologische Patienten haben aufgrund ihrer Erkrankung weniger Hoffnung als die gesunde Kontrollgruppe. Hoffnung ist eine diskriminierende (unterscheidende) Eigenschaft.

Untersuchung 3

Hypothese 1.8 – Vergleichshypothese (Ersterkrankte und Rezidivpatienten)

Je nach Krankheitsstadium ergibt sich ein unterschiedlicher Hoffnungsbedarf. Es wird erwartet, dass Rezidivpatienten geringere Hoffnung haben als Ersterkrankte.

Hypothese 1. 9 – Medizinhypothese (Rezidivpatienten)

Auf der Grundlage klinischer Erfahrung wird erwartet, dass onkologische Patienten nach einem Rezidiv ihre Hoffnung neben der kurativen und palliativen Medizin auf vielfältige Maßnahmen der Alternativmedizin richten. Es wird erwartet, dass das Geschlecht und die Diagnose darauf Einfluss haben.

Qualitative Untersuchung 4

Hypothese 2,0 – Hoffnungsdimensionshypothese (Ersterkrankte)

Das theoretische Modell von Dufault und Martocchio (1985) postuliert als menschliche Hoffnungsstruktur zwei Gegenstandsbereiche von Hoffnung (generalisiert und spezifisch), die sich in verschiedenen Dimensionen (kognitiv, affektiv, relational, spirituell) ausdrücken.

Es wird erwartet, dass diese theoretische Hoffnungsstruktur und deren Dimensionalität sich auch in einer lebensbedrohlichen Situation, wie sie eine Krebserkrankung darstellen kann, wiederfinden lässt.

2. Hypothesen zu Teil B – Seelsorger, Psychotherapeuten und Kontrollgruppe (Professionelle)

Quantitative Untersuchung 5

Hypothese 2.1 – Persönlichkeitshypothese (Professionelle)

Die drei untersuchten Gruppen - Seelsorger/Psychotherapeuten/Kontrollgruppe unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale. Es wird erwartet, dass Offenheit für neue Erfahrung, Lebenszufriedenheit und der Selbstwert am stärksten zwischen den Gruppen diskriminieren.

Hypothesen 2.2 - Prädiktorhypothese

Hoffnung ist verbunden mit stabilen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Offenheit für neue Erfahrungen in einem positiven Zusammenhang. Es wird erwartet, dass diese Prädiktoren der Hoffnung darstellen und Einfluss auf das Hoffnungsniveau ausüben.

Qualitative Untersuchung 6

Hypothese 2.3 – Hoffnungsverständnishypothese

Das subjektive Hoffnungsverständnis von Seelsorgern und Psychotherapeuten unterscheidet sich. Es wird erwartet, dass Seelsorger Hoffnung inhaltlich eher mit transzendenten Vorstellungen und emotionalem Erleben verbinden, während Psychotherapeuten Hoffnung überwiegend als Kognition begreifen.

3. Integrationshypothesen Teil C – Patienten, Professionelle und Kontrollgruppen

Quantitative Untersuchung 7.1

3.1. Auf der Basis der Herth- Skala unterscheiden sich die Patientengruppen I und II, Patienten und Professionelle sowie Patienten/Professionelle von der Kontrollgruppe.

Qualitative Untersuchung 7.2

3.2. Hoffnung ist ein existenzielles, alltägliches und transzendentes Thema onkologischer Patienten, wie auch für Seelsorger, weniger für Psychotherapeuten.

3. Übersicht über das Studiendesign – Quantitative und qualitative Untersuchungen

Abbildung 3: Untersuchungsschritte

Teil A Strahlentherapiepatienten Stichprobe: Quantitative Untersuchungen	Forschungsfragen	Forschungshypothesen Quantitative Untersuchungen	Qualitative Untersuchung: Stichprobe	Forschungsfragen und Hypothesen Qualitative Untersuchungen
1. stationäre Strahlentherapiepatienten I, (Ersterkrankung) n=60 (1999/2000)	-Überprüfung der Hoffnungsskalen Snyder und Herth -der Einfluß von Alter, Geschlecht, Diagnose, Bildung und Konfession auf die Hoffnung von Strahlentherapiepatienten I	1.Mess- und Skalenhypothese 2.Diagnose,-Geschlechts,- Bildungs,-Alters,-und Konfessionshypothese	Strahlentherapiepatienten I, n=45 (1999/2000)	Hoffnungsstrukturhypothese nach Dufault & Martocchio (1985), Exploration “subjektiver Hoffnungstheorien” von Strahlentherapiepatienten zur Überprüfung der Theorie
2. Case-Control-Studie (gematcht) Strahlentherapiepatienten I, n=47 gesunde Kontrollgruppe n=47 (2001)	Differenziert bzw. unterscheidet Hoffnung als Merkmal zwischen Krebspatienten und Gesunden?	Vergleichshypothese Krank-gesund		
3. Strahlentherapiepatienten I und II (Rezidivpatienten), n=47; n=51 (2002) Strahlentherapiepatienten II n=102 (2002)	Je nach Krankheitsstadium gibt es einen unterschiedlichen Hoffnungsbedarf. Untersuchung der Hoffnung bei Alternativmedizin in Abhängigkeit von Diagnose, Alter , Geschlecht	Vergleichshypothese Ersterkrankung-Rezidiv Medizinhypothese		

Fortsetzung Abbildung 3:

Teil B Professionelle: Seelsorger; Psychotherapeuten; Kontrollgruppe Stichprobe: Quantitative Untersuchungen	Forschungsfragen	Forschungshypothesen	Stichprobe Qualitative Untersuchung	Forschungsfragen und Hypothesen
Seelsorger n=89; Psychotherapeuten n=82; Kontrollgruppe n=88 (nicht- soziale Berufe), Gesamt: n=259 (2001/02)	-Vergleich zwischen Professionellen und Kontrollgruppe im Hinblick auf die Persönlichkeitsmerkmale Big five, Lebenszufriedenheit, Selbstwert -Sind diese Prädiktoren und wie wirken sich die Persönlichkeits- merkmale auf das Hoffnungsniveau aus?	1. Persönlichkeitshypothese 2. Prädiktorhypothese	Seelsorger n=60 Psychotherapeuten n=42 (2001/02)	Exploration “subjektiver Hoffnungstheorien” von Seelsorgern und Psychotherapeuten
Teil C – Integration aller untersuchten Gruppen Quantitative Untersuchungen: Patienten I und II n=47;51 Seelsorger/ Psychothera- peuten n=89;82 Kontrollgruppen n=88;47 Gesamt: n=404	Unterscheiden sich auf der Basis der Herthskala Strahlentherapie- patienten I und II, Seelsorger, Psychotherapeuten sowie die Kontrollgruppe voneinander? 1. Vergleich zwischen Patienten I und II, Ersterkrankung vs. Rezidiv 2. Patienten vs. Professionelle 3. Patienten/Professionelle vs. Kontrollgruppe	Vergleichshypothese über alle sechs untersuchten Gruppen	Strahlentherapiepatienten I, n=45; Seelsorger n=60; Psychotherapeuten n=42 Gesamt: n=147	Integration: Qualitative Untersuchungen: -Was ist das Gemeinsame der „subjektiven Hoffnungstheorien“ von Patienten, Seelsorgern und Psychotherapeuten? -Worin unterscheiden sich die „subjektiven Hoffnungskonzepte“ der drei Gruppen voneinander?

Teil A Patientenstichprobe – Quantitative und Qualitative Untersuchungen

Teil A umfasst drei quantitative und eine qualitative Untersuchung mit zwei onkologischen Patientengruppen (Ersterkrankung I und Rezidiv II) und einer Kontrollgruppe. Beide methodischen Wege wurden gewählt, da sie sich komplementär ergänzen. Die quantitativen Untersuchungen bestimmen allgemeine Gemeinsamkeiten aufgrund ihrer Operationalisierung.

Das einzelne Individuum kann damit nicht abgebildet werden, sondern die Ausprägung bzw. das Hoffnungsniveau, der Hoffnungswert. Die qualitativen Studien dienen der inhaltlichen Bestimmung der Hoffnung und gewähren einen Eindruck über das subjektive Hoffnungsverständnis bzw. subjektive Hoffnungstheorien von Tumorpatienten. Die empirische und inhaltliche Bestimmung der Hoffnung wird durch beide Vorgehensweisen gewährleistet, wobei auch damit eine umfassende Abbildung menschlicher Hoffnung nicht behauptet werden kann. Die Befragung erfolgte in den Universitätskliniken Halle in der Klinik für Strahlentherapie. Die Strahlentherapie ist heute eine der drei wichtigsten Säulen der Krebsbehandlung. Fast 90 % aller Patienten, die heute mit Strahlen therapiert werden, leiden an einer bösartigen Krebserkrankung. Die Prognose und Überlebensrate ist bestimmt durch den Patienten selbst, den betreffenden Tumor (Stadium I -IV) und die Therapiewirkung. Die Klinik für Strahlentherapie³⁹⁸ der Martin - Luther - Universität Halle/Wittenberg verfügt über zwei Bettenstationen mit insgesamt 38 Betten, mehrere Ambulanzen und eine Tagesklinik. Das Einzugsgebiet der Klinik für diese Krankenversorgung umfasst die Regierungsbezirke Halle und Dessau, ein Gebiet mit rund 1,3 Millionen Einwohnern. So wohnten 61,7% der 60 Befragten der Untersuchung 1 in Halle/Merseburg, 38,3% lebten in Wittenberg und Umgebung bzw. anderen Orten. Jährlich werden etwa 1200 Patienten stationär, ambulant und in der Tagesklinik behandelt.

1. Untersuchung 1: Analyse von ersterkrankten Strahlentherapiepatienten

1.1 Beschreibung der Zusammensetzung der Patientenstichprobe

Für die Untersuchungen mit Ersterkrankten erfolgte die Befragung der Patienten innerhalb der ersten drei Tage nach Stationsaufnahme. Somit wurde ausgeschlossen, dass die zunehmende Belastung durch Bestrahlung und Chemotherapie sich in den Antworten und damit Ergebnissen widerspiegelt. Nur drei Patienten lehnten mit der Begründung: „*Ich habe zuviel Schmerzen*“ bzw. „*Ich bin zu erschöpft*“, ab. Einige Patienten äußerten: „*Das sind ja unsere Themen*“. Alle Patienten befinden sich das erste Mal in der Klinik für Strahlentherapie und haben schon vorher einen oder mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich, sei es wegen einer Operation oder aufgrund von Voruntersuchungen. Ebenso sind alle Patienten dieser Studie neu erkrankt. Ein hoher Prozentsatz der Patienten wird die Kombination von Bestrahlung und Chemotherapie erhalten. Durchschnittlich dauert die gesamte Therapiezeit 6 Wochen, die im Wechsel von stationär und ambulant erfolgt und u.a. davon abhängt, wie stabil der Patient physisch und psychisch während der Therapie bleibt. An der Untersuchung 1 nahmen 60 ersterkrankte stationäre Patienten der Strahlentherapie teil, davon 63,3% Frauen und 36,7% Männer mit folgendem Bildungsstand: 18,3% besaßen Abitur, 30,0% den Abschluss der 10. Klasse (POS) und 51,7% POS 8. Klasse.

³⁹⁸ Statistik der Klinik für Strahlentherapie MLU-Halle/W. 2002.

Tabelle 1: Diagnose und Verteilung:

Rectum	Mamma/Cervix	HNO/BronchialCA	Glioblastom/Andere
28,3%	16,7% 20,0%	16,7% 8,3%	5,0% 5,0%

Tabelle 2: Familienstand:

Ledig	Verheiratet/Lebensgemeinschaft	Geschieden	Verwitwet
13,3%	61,7% 5,0%	10,0%	10,0%

Die Altersverteilung lag zwischen 22 und 79 Jahren wobei 38,3% 22-49 Jahre; 31,7% 50-59 Jahre und 30,0% 60-79 Jahre alt waren. 73,3% gaben keine Konfessionszugehörigkeit an, 25,0% waren evangelisch und 1,7% katholisch. Bei 90% der Strahlentherapiepatienten wurde eine Radiochemotherapie geplant. Gleichzeitig beteiligten sich aus dieser Stichprobe 45 Patienten am Interview.

66,7% der Befragten lebten mit einem Partner

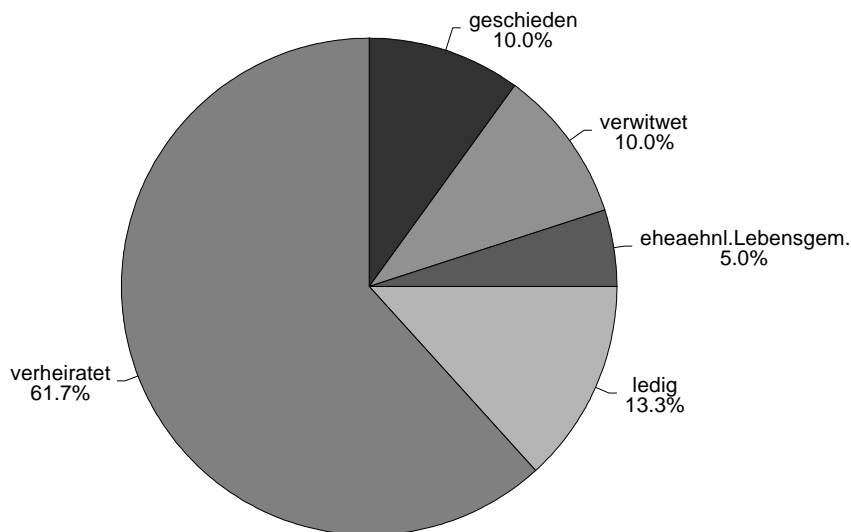


Abbildung 4: Familienstand der Befragten

26,7% Der Patienten gaben eine konfessionelle Zugehörigkeit an.

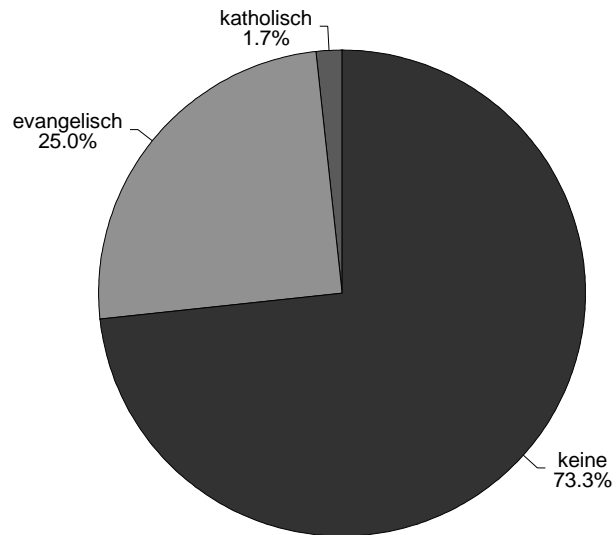


Abbildung 5: Konfessionszugehörigkeit der Befragten

Der überwiegende Teil der Patienten besaß Schulabschluss der 8. bzw. 10 Klasse und dementsprechend einen beruflich – betrieblichen Ausbildungsabschluss. Nur 18,3% hatten das Abitur und 11,7% ein Studium absolviert.

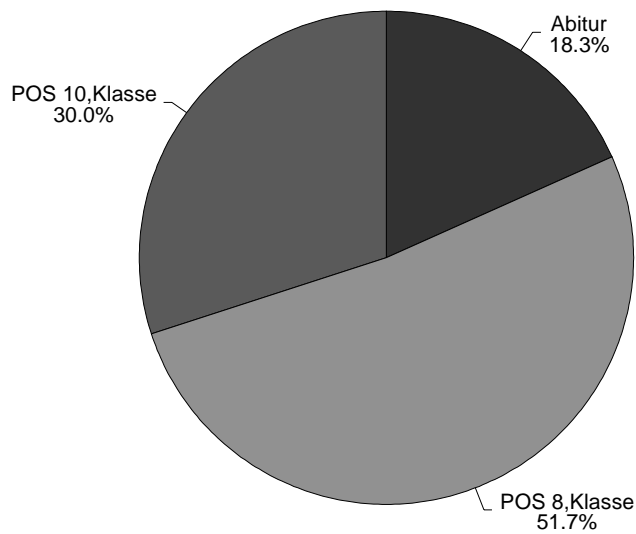


Abbildung 6: Schulabschluß der Befragten (POS = Polytechnische Oberschule)

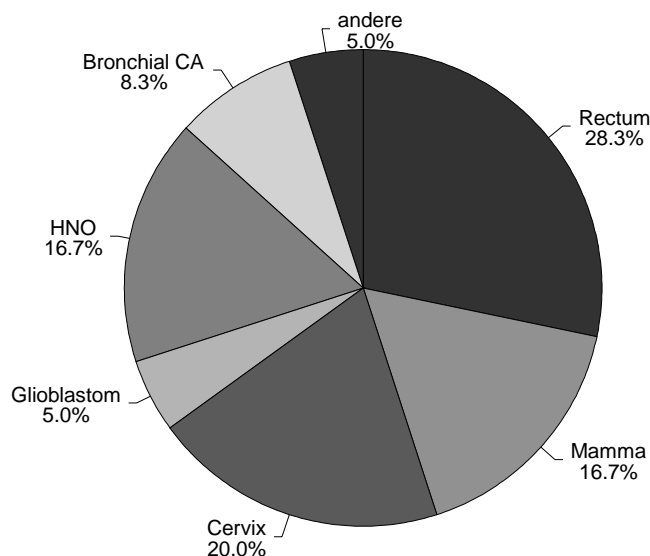


Abbildung 7: Diagnose und ihre Verteilung

1.2 Messinstrumente: Vorstellung der Operationalisierung der Hoffnung durch Herth und Snyder³⁹⁹

1.2.1 Herthscher Hoffnungsindex (HHI)⁴⁰⁰

Eine erste Studie von El- Gamel⁴⁰¹ scheint zu belegen, dass der Herthsche Hoffnungsindex 1992, sich für die wiederholte Einschätzung des Hoffnungswerts von Patienten einer onkologischen Station eignet. Der Herthsche Hoffnungsindex wurde konstruiert, um einerseits der Multidimensionalität von Hoffnung gerecht zu werden und um andererseits Untersuchungen an akut, chronisch oder todkranken Erwachsenen im klinischen Bereich zu ermöglichen. Er ist die verkürzte Version der Herthschen Hoffnungsskala (HHS) 1991. Die Hoffnungsdimensionen spirituell/transzendent, rationaler bzw. kognitiver Denkprozeß, relational und Erfahrungsprozeß sollen hierbei erfaßt werden. Der HHI (1992) besteht aus 12 Items und mit jeweils einer vierstufigen Likertskala. Die erzielten Werte können zwischen 12 und 48 liegen. Je höher die Punktzahl ist, desto größer ist die Hoffnung. Die affektive Dimension von Hoffnung wird nicht erhoben und stellt deshalb in dieser Arbeit ein besonderes Interesse dar. Eine Erststudie an einer Stichprobe aus 172 kranken Erwachsenen ergab einen hohen Cronbach - Alpha - Koeffizienten über .80 und eine ebenso hohe Retest-Reliabilität nach zwei Wochen. Im Blick auf die Kriteriumsvalidität korrelierte der HHI signifikant positiv mit seiner Vorform HHS, mit der Existential Well-Being Scale und mit der Nowotny-schen Hoffnungsskala (NHS, 1989)⁴⁰². Eine signifikant negative Korrelation wurde zur BHS⁴⁰³

³⁹⁹ Siehe Anhang: Teil A. S. 1-9.

⁴⁰⁰ Siehe Anhang: Teil A, Hoffnungsindex Herth. S. 1.

⁴⁰¹ El-Gamel, V. (1993). The usefulness of hope for a nursing assessment on the oncology unit. *Journal of Cancer*, 2, 22-30.

⁴⁰² Herth, persönliche Mitteilung vom 28. 02. 1999; vgl. Lettner, K.; Sölva, M. & Baumann, U. (1996). Die Bedeutung positiver und negativer Aspekte sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle Diagnostische Psychologie*, Vol. 17 (3), pp. 170 – 186; Nowotny, M. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), 57-61.

⁴⁰³ vgl. Beck, A. T. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147 (2), 190 - 195.

(Becksche Hoffnungslosigkeitsskala) ermittelt. Das Vorliegen der Konstruktvalidität ist ihres Erachtens durch den Umstand belegt, dass dieselben drei Faktoren wie bei der HHS extrahiert werden konnten. Sie erklärten 41 % der Gesamtvarianz der Items. Eine Faktorenanalyse bestätigt dieses Ergebnis. Das Verfahren kann Forschern und Klinikern helfen, den Hoffnungsstatus ihrer (schwerkranken) Patienten einzuschätzen und auch die Effektivität hoffnungsfördernder Strategien zu bewerten.

1.2.2 Snydersche Hoffnungsskala (SNHS)⁴⁰⁴

Die auf der Arbeit von Stotlands (1969) beruhende SNHS wurde von den Autoren Snyder, Harris, Anderson et al. (1991) entwickelt, um die Hoffnung Erwachsener erfassen zu können.

Die SNHS beinhaltet 12 Items, acht beziehen sich auf Hoffnung, vier jedoch auf andere Themenbereiche, um so die soziale Erwünschtheit der Antworten zu kontrollieren. Vier der hoffnungsbezogenen Items befassen sich mit erfolgreichem Handeln und der Frage, inwiefern der Patient in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft seine Ziele verwirklichen konnte bzw. kann, z. B. „Die Ziele, die ich mir setze, erreiche ich auch“ (Item 12). Mit Hilfe der vier Items, die sich auf Lösungswege beziehen, soll festgestellt werden, wie der Patient seine Fähigkeit bewertet, Hindernisse zu überwinden, um Ziele zu erreichen, z. B. „Wenn andere verzagen, gebe ich noch lange nicht auf, sondern suche weiter nach Lösungen“ (Item 8). Die SNHS besteht aus einer vierstufigen Likertskala und ist eindimensional angelegt. Sie erfaßt Hoffnung ausschließlich als rationalen kognitiven Prozeß. Die erzielten Werte liegen zwischen 8 und 32, je höher die Punktzahl, desto größer die Hoffnung. Eine Faktorenanalyse bestätigt die Komponenten: Denken und Handeln. Positive Korrelation zur Rosenberg Self-Esteem Scale, zum Burger-Cooper Life Experience Survey, zum LOT sowie eine negative Korrelation zur BHS belegen die Übereinstimmungsvalidität der SNHS. Die interne Konsistenz und die Retest - Reliabilität, $\alpha = .80$, genügen den üblichen Standards. Die Konvergenz und Diskriminanzvalidität sind dokumentiert, ebenso wie Belege dafür, dass die SNHS eine Vorhersage zielgerichteter Aktivitäten und erfolgreichen Bewältigungsverhalten besser ermöglicht als andere Selbsteinschätzungsinstrumente⁴⁰⁵. „Da es sich bei der SNHS um eine der kürzesten verfügbaren Meßskalen handelt, dürfte sie gut geeignet sein, um eine Grobeinschätzung der Hoffnung im klinischen Bereich vorzunehmen“⁴⁰⁶. Inwieweit die Herthsche Hoffnungsskala mit der Skala von Snyder übereinstimmt und beide Hoffnung messen, wird weiter mithilfe einer Faktorenanalyse zu überprüfen sein.

⁴⁰⁴ Vgl. Anhang: Teil A, Snydersche Hoffnungsskala. S. 2.

⁴⁰⁵ vgl. Snyder, C. R. et. al (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual difference measure of hope. 570-585.

⁴⁰⁶ Farran, Herth & Popovich (1999). 64.

1.2.3 Hauptkomponentenmodell/Faktorenanalyse

Im Weiteren soll die Überprüfung der Dimensionalität der verwendeten Hoffnungsskalen von Herth und Snyder erfolgen. Die Ergebnisauswertung des quantitativen Studienteils erfolgte mit dem SPSS - Programm. Es wird erwartet, dass die beiden Hoffnungsskalen Snyder (SNHS) und Herth (HHI) das Konstrukt Hoffnung messen und ein positiver Zusammenhang zwischen SNHS und HHI besteht (Messhypothese 1.1). Deshalb wurde zunächst eine Faktorvalidierung über die Hauptkomponentenlösung mit Varimaxrotation durchgeführt. Sie ermöglicht es festzustellen, ob neben den von den Autoren postulierten Zieldimensionen, sich weitere Fremddimensionen in den Itemsätzen befinden. Die Faktorenanalyse reproduziert, wie von Snyder et al. 1991 behauptet, zwei Faktoren, wobei der 1. Faktor 46,1% der Itemvarianz und der 2. Faktor 16,2 % erklärt. Faktor 1 bezeichnet Snyder als Denken und Faktor 2 als Handeln.

Tabelle 3: Varimax rotierter Faktorladungskoeffizienten der Hauptkomponentenlösung der Snyder Items

Items	Faktor 1	Faktor 2
V51: Mir fallen viele Möglichkeiten ein, aus einem Schlamassel wieder herauszukommen.	,78	,06
V52: Meine Ziele verfolge ich mit großer Bestimmtheit.	,75	,13
V54: Mit jedem Problem kann man auf viele Arten umgehen	,79	,17
V56: Ich sehe viele Möglichkeiten, um im Leben die Dinge zu bekommen, die mir wirklich wichtig sind.	,81	-,02
V58: Wenn andere verzagen, gebe ich noch lange nicht auf, sondern suche weiter nach Lösungen.	,75	,29
V59: Aufgrund meiner Erfahrungen bin ich für die Zukunft gut gerüstet.	,54	,39
V60: Ich habe es im Leben recht weit gebracht.	,06	,83
V62: Die Ziele, die ich mir setze, erreiche ich auch.	,15	,83
Eigenwerte	3,69	1,30
Aufgeklärte Varianz	46,1 %	16,2 %

Die Items 1 - 6 laden hoch auf Faktor 1 und die Items 7 und 8 auf Faktor 2. Somit läßt sich die vom Autor behauptete Struktur ebenfalls reproduzieren. Aufgrund der Überprüfung der internen

Konsistenz der Gesamtskala ergab sich ein Cronbach - Alpha von 0,82. Für die Teilsskala der Items 1 -6, die den 1. Faktor charakterisieren, beträgt das Cronbach – Alpha = 0,85. Diese Ergebnisse stimmen einerseits mit denjenigen von Snyder überein. Sie haben aber gleichermaßen zwei unabhängige Zieldimensionen identifiziert, so dass die von Snyder postulierte Eindimensionalität eindeutig infrage zu stellen ist. Aus Tabelle 4 sind die Itemmittelwerte der Snyderschen Hoffnungsskala ersichtlich.

Tabelle 4: Ergebnisse der Itemmittelwerte Snyder ohne Füllitems (SNHS)

Items	Mittelwerte	Standardabweichung
V51	3,15	,66
V52	3,30	,81
V54	3,38	,61
V56	3,35	,68
V58	3,30	,77
V59	3,08	,72
V60	3,07	,76
V62	3,08	,56

Bei den Items der Herthschen Hoffnungsskala identifiziert die Hauptkomponentenlösung ebenfalls drei Faktoren und somit ihre Mehrdimensionalität, wie dies die Autorin 1992 behauptet. Hierbei erfasste der 1. Faktor 36,2 % der Gesamtitemvarianz, der 2. Faktor 14,5% und der 3. Faktor 10,4% (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Varimax rotierter Faktorladungskoeffizienten der Hauptkomponentenlösung der Herthschen Items

Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
V39: Ich habe eine positive Lebenseinst.	,22	,82	-,16
V40: Ich habe kurz-, mittel -und langfristige Ziele.	,25	,78	,04
V41: Ich bin einsam.	-,03	,15	,59
V42: Am Ende jedes Tunnels sehe ich Licht.	,18	,71	,43
V43: Mein Glaube gibt mir Trost.	,21	,08	,67
V44: Ich habe Angst vor meiner Zukunft.	-,15	-,32	,73
V45: Ich erinnere mich an glückliche Zeiten.	,52	,03	,45
V46: Ich verfüge über eine tiefe innere Stärke.	,76	,15	,12

Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
V47: Ich kann Liebe Geben und nehmen.	,70	,08	-,01
V48: Ich habe eine Orientierung im Leben.	,77	,23	,12
V49: Für mich hat jeder Tag seine Möglichkeiten.	,72	,40	,01
V50: Mein Leben ist Sinn -und wertvoll.	,81	,21	,11
Eigenwerte	4,34	1,74	1,25
Varianzaufklärung	36,2	14,5	10,4

Die Items 1 und 2 laden hoch auf Faktor 2, die Items 3 - 6 auf Faktor 3 und die Items 7 - 12 auf Faktor 1. In Übereinstimmung mit Herth 1992 ließ sich der Faktor 1 als kognitiv, der Faktor 2 als relational und der Faktor 3 als spirituell charakterisieren. Die Überprüfung der internen Konsistenz der Gesamtskala ergab ein Cronbach - Alpha in Höhe von 0,80. Hingegen betrug das Cronbach - Alpha = 0,84 für die Teilskala des 1. Faktors, welche die Items 7 - 12 umfaßt. Ein affektiver Faktor bleibt unberücksichtigt.

Aus Tabelle 6 sind die Itemmittelwerte der Herthschen Hoffnungsskala ersichtlich.

Tabelle 6: Ergebnisse der Itemmittelwerte Herth (HHI)

Items	Mittelwert	Standardabweichung
V39	3,25	,77
V40	2,97	,76
V41	1,55	,93
V42	3,02	,87
V43	2,82	1,00
V44	2,17	,96
V45	3,17	,83
V46	3,10	,86
V47	3,37	,66
V48	3,22	,64
V49	3,23	,70
V50	3,25	,82

Die folgende Abbildung 8 zeigt die gesamte Verteilung der Summenwerte beider Skalen nach Snyder (1991) und Herth (1992) am Beispiel onkologischer Patienten.

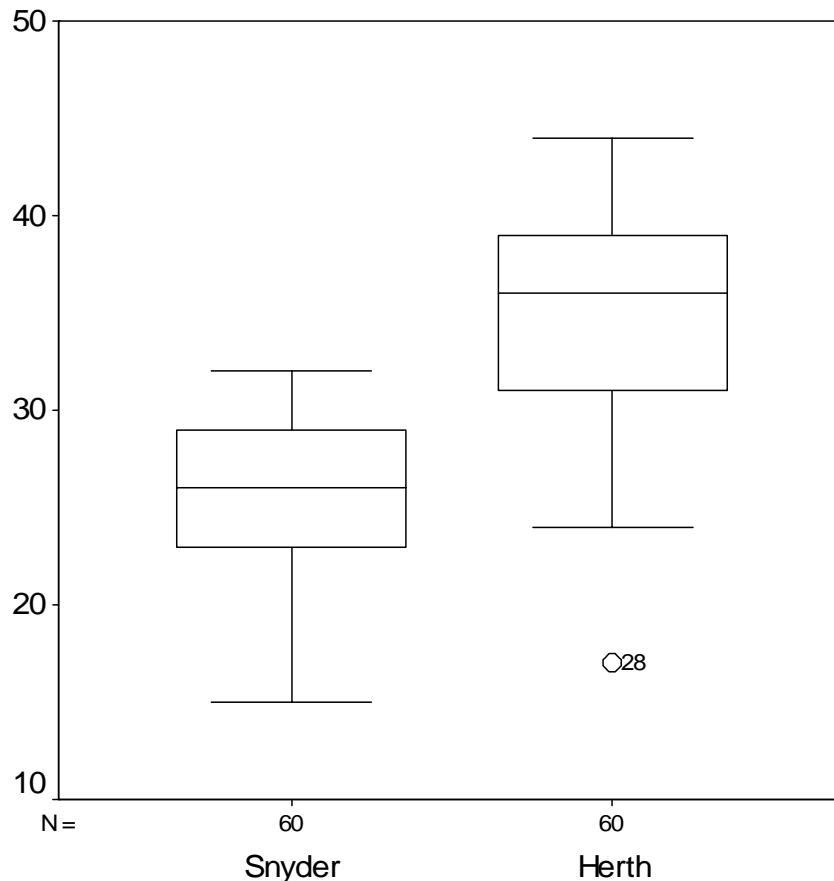


Abbildung 8: Verteilung der Hoffnungswerte nach Snyder und Herth

Ein Vergleich wird durch die unterschiedliche Anzahl der Items beider Skalen (Snyder = 8 und Herth = 12) und die daraus resultierenden unterschiedlichen Wertebereiche (Snyder 8 - 32 und Herth 12 - 48) erschwert. Um die Übereinstimmungsvalidität beider Skalen ermitteln zu können, muß von der Gültigkeit der beiden getrennten Messungen ausgegangen werden. Sie ist dann anzunehmen, wenn sich (1) die Eindimensionalität mithilfe der Faktorenanalyse für beide Skalen nachweisen läßt und (2) beide Faktoren inhaltlich dasselbe Konstrukt erfassen. Diese beiden Voraussetzungen erfüllen die beiden Skalen nicht, da sich beide Itempools als mehrdimensional erwiesen haben. Außerdem identifizierte die Faktorenanalyse in beiden Itemsätzen unterschiedliche Dimensionen. Für einen Vergleich beider Operationalisierungen eignen sich am ehesten die Items der beiden ersten Hauptkomponenten von Snyder PC1 und Herth PC1, da diese die kognitive Hoffnungsstruktur im Sinne des Vorhandenseins von Zielorientierungen erfassen. Die weiteren Dimensionen haben sich inhaltlich als nicht vergleichbar erwiesen. Aus diesen Gründen wurden zunächst aus der Hauptkomponentenlösung Faktorwerte gebildet, die explizit die unterschiedlichen Meßgenauigkeiten der Items auf den einzelnen Zieldimensionen berücksichtigen. Die Verteilung der Probanden aus Untersuchung 1 (Strahlentherapiepatienten) auf den Faktorskalen stellt folgende Abbildung in Form eines Boxplots dar.

Die Betrachtung der Verteilung ergibt, dass auf beiden Hauptkomponenten, Snyder PC1 und Herth PC1, Ausreißer mit extrem niedrigen Hoffnungswerten vorliegen (Probanden 55; 30; 31; 18; 28).

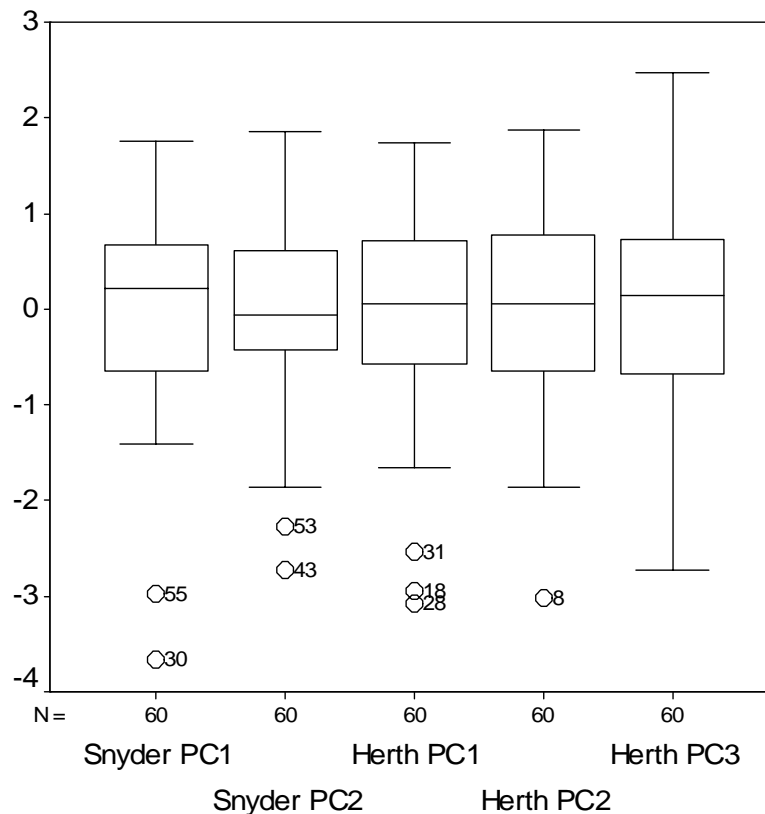


Abbildung 9: Verteilung der Faktorwerte der onkologischen Patienten

1.2.4 Übereinstimmungsvalidität der Hoffnungsskalen⁴⁰⁷

Die Überprüfung der Übereinstimmungsvalidität gliedert sich in mehrere Schritte:

Erstens wird die Korrelation zwischen den Summenwerten der Hoffnungsskalen von Snyder und Herth mit dem Ziel berechnet, deren Übereinstimmung zu ermitteln. Der zugehörige Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0,28$. Anschaulicher läßt sich die Übereinstimmung beider Skalen mithilfe des Determinationskoeffizienten r^2 beschreiben, der angibt, wie groß der Anteil der gemeinsamen Varianz beider Skalen ist. Er beträgt lediglich 7,53 %.

Zweitens wird die Übereinstimmung der Faktorskalen der beiden 1. Hauptkomponenten mithilfe der Korrelationsanalyse berechnet. Das Pearsons beträgt $r = 0,28$. Dies entspricht einem gemeinsamen Varianzanteil beider Faktorskalen von 7,78%. Die Betrachtung der Streuungen ergibt, dass 5 Extremwerte vorliegen (Probanden 30, 55, 28, 31, 18), die die Höhe der Korrelationen maßgeblich beeinflussen können. Auf eine Eliminierung der Ausreißer wurde verzichtet, da dieser Ausschluß selbst willkürlich geschieht. Sowohl die Summenwerte als auch die Faktorwerte beider

⁴⁰⁷ vgl dazu die statistischen Ausführungen von Bortz, J. (1999). 201, 746.

Hoffnungsskalen von Snyder und Herth korrelieren nur niedrig miteinander, was sich in den geringen gemeinsamen Varianzanteilen (r^2) deutlich widerspiegelt. Angesichts dieser ungenügenden Übereinstimmungsvalidität und der offenen Frage, welche Skala eigentlich Hoffnung mißt, empfiehlt es sich, weitere Auswertungen getrennt für die beiden Faktorskalen der 1. Hauptkomponente durchzuführen. Es werden hier nur die Untersuchungen mit der Skala von Herth⁴⁰⁸ berichtet, da sie drei Faktoren der Hoffnung erfasst und einem mehrdimensionalen Konstrukt eher entspricht.

Zusammenfassung

Für die Untersuchung mit Strahlentherapiepatienten wurde der HHI ausgewählt, da dieses Meßinstrument der Theorie und Praxis, d. h. der Lebenssituation eines Bestrahlungspatienten am nächsten kommen. Hingegen erweist sich neben der SNHS eine weitere in onkologischen Untersuchungen eingesetzte Skala, die Nowotnysche - Hoffnungsskala (NHS, 1989), für diesen Bereich als inadäquat, da sie eine Lebenszeit von mindestens 10 - 15 Jahren voraussetzt sowie religiöses Wissen und Orientierung. Beide Kriterien treffen auf die Patienten, die an dieser Untersuchung teilnahmen, nicht zu. Die voraussichtliche Überlebenszeit der untersuchten Krebserkrankungen liegen eindeutig unter der vorausgesetzten Lebenserwartung der NHS⁴⁰⁹. Mithilfe der Hoffnungsskala von Herth wurden die weiteren Untersuchungen mit onkologischen Patienten, gesunder Kontrollgruppe, Psychotherapeuten und Seelsorgern durchgeführt. Die gleichzeitig in Teil B verwendeten Skalen zur Lebenszufriedenheit, dem Selbstwert und der NEO-FFI sind in Deutschland mittlerweile gut validierte Messinstrumente und werden deshalb in dieser Arbeit nicht weiter beschrieben⁴¹⁰. Im Gegensatz dazu gibt es bis heute keine Hoffnungsskala für den wissenschaftlichen Gebrauch und im klinischen Bereich.

Das Ergebnis insgesamt zeigt, dass die Messhypothese 1.1 zurückgewiesen werden muß, d. h. es gibt kaum einen positiven Zusammenhang zwischen den beiden amerikanischen Hoffnungsskalen von Snyder und Herth. Auch das spricht für eine Entscheidung die Hoffnungsskala von Herth als Basis weiterzuverwenden, da sie dem theoretischen Konstrukt der Hoffnung am nächsten kommt.

1.3 Statistische Analyse der Hoffnungsunterschiede der befragten Patienten Quantitative Erhebung und Überprüfung der Forschungshypothesen

Die Vorgehensweise der ersten statistischen Analyse orientiert sich an dem folgenden Pfaddiagramm⁴¹¹, das zunächst die Wirkungen der unabhängigen Variablen auf die Hoffnung von Strahlentherapiepatienten spezifiziert.

⁴⁰⁸ vgl. dazu Herth (1992). An abbreviated instrument to measure hope: development an psychometric evaluation; weitere Ergebnisse finden sich bei Rittweger, J. (2000). Hoffnung und subjektives Belastungsempfinden von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie. Halle.

⁴⁰⁹ Schmoll, H.-J., Höffken, K. & Possinger, K. (Hrsg.) (1997). Kompendium internistischer Onkologie. Teil 2. Berlin.

⁴¹⁰ vgl. zur Messung der Lebenszufriedenheit: Lettner, K.; Sölva, M. & Baumann, U. (1996). Die Bedeutung positiver und negativer Aspekte sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden. Zeitschrift für Differentielle Diagnostische Psychologie, Vol. 17 (3), pp. 170 – 186; zur Messung des Selbstwertgefühls:

Ferring, D. & Filipp, S.-H.: Messung des Selbstwertgefühls. Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. Diagnostica, Vol. 42 (3), 1996, pp. 284 – 292; zur Erfassung von fünf Persönlichkeitsmerkmalen: Körner, A.; Geyer, M. & Brähler, E. (2002). Das NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI): Validierung anhand einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. Diagnostica, Vol 48 (1) pp. 19 – 27.

⁴¹¹ Vgl. zum Pfaddiagramm: Bortz, J. (1999). 456-462.

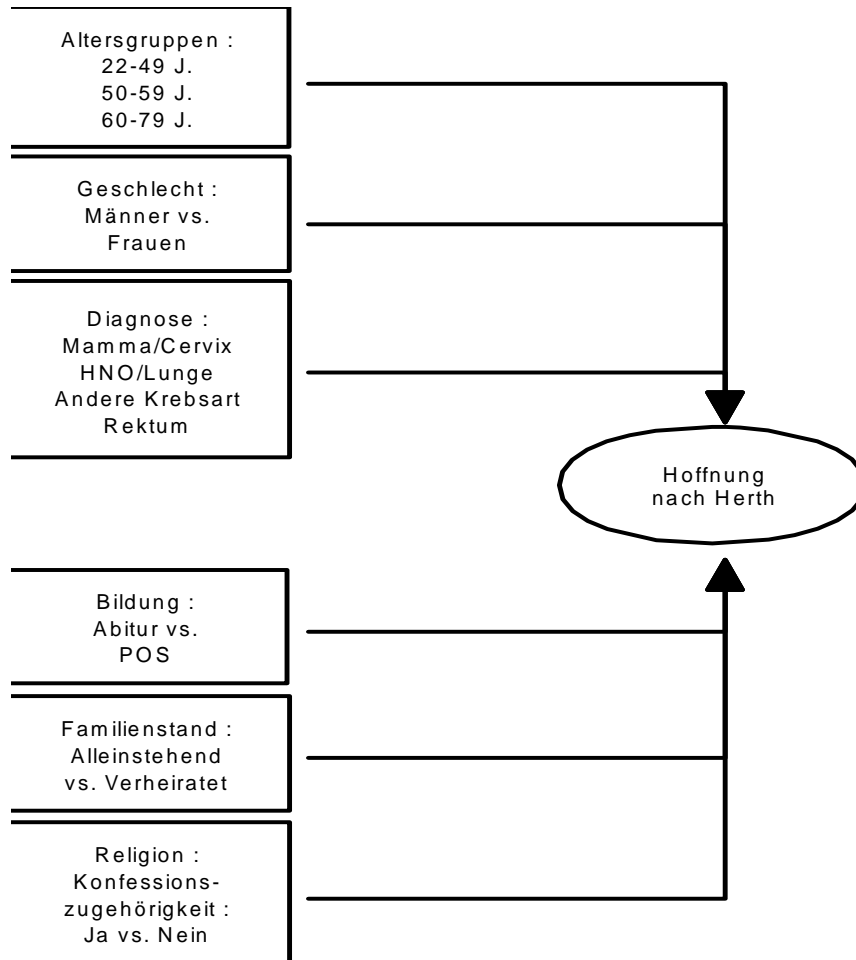


Abbildung 10: Pfaddiagramm der kausalen Einflüsse auf die Hoffnung

Zur Datenanalyse bietet sich die Durchführung einer multiplen linearen Regression⁴¹² aus drei Gründen an. Erstens ermöglicht sie die Berechnung der Effekte der Prädiktoren unter statistischer Konstanzhaltung aller anderen unabhängigen Variablen.

Zweitens fordert das Regressionsmodell nicht, dass alle Probandengruppen gleich groß besetzt sind, was in der Feldforschung im Gegensatz zum experimentiellen Design faktisch nicht gewährleistet werden kann. Drittens erlaubt die Regressionsanalyse bei der Verwendung der auf eine kategoriebezogene Kodierung (Dummykodierung) die Berücksichtigung von strukturellen Nullen bei der Modellschätzung. Dies ist erforderlich, da die Erkrankung an Mamma- oder Cervixkarzinom nur bei Frauen auftreten kann. Angesichts der großen Spannweite des Alters von 22 bis 79 Jahren, die mit unterschiedlichen Stadien im Familien- und Entwicklungszyklus einhergeht, konnte die Annahme eines linearen Effektes des Alters nicht aufrechterhalten werden. Dieser lineare Effekt unterstellt, dass die Zunahme des Alters um 1 Jahr den gleichen Einfluß unabhängig davon ausübt, ob sich das Alter von 20 auf 21, von 50 auf 51 oder von 70 auf 71 Jahre erhöht. Alle drei Übergänge markieren aber unterschiedliche Phasen im menschlichen Entwicklungszyklus, der sich nach Oerter und Montada⁴¹³ in die Abschnitte des frühen, mittleren und höheren Erwachse-

⁴¹² Vgl. Bortz, J. (1999). 173-187.

⁴¹³ Oerter & Montada (Hrsg.) (1995). Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim.

nenalters differenzieren läßt, die gleichzeitig unterschiedliche Phasen des Familien- und Berufslebens beinhalten. Auf dieser theoretischen Grundlage wurden drei Gruppen gebildet, welche die Altersgruppen 22 bis 49 Jahre, 50 bis 59 Jahre sowie 60 bis 79 Jahre umfassen. Alle drei Gruppen sind nahezu gleich stark besetzt. Die Einführung dieser Altersgruppen erlaubt es zu überprüfen, ob ein nichtlinearer Effekt vorliegt, wie er sich möglicherweise hinter den Nichteffekten des Alters in den Studien von Herth verbirgt. Da alle anderen unabhängigen Variablen nur nominales Meßniveau aufweisen, wurden sie ebenfalls dummykodiert, wobei die in dem Pfadmodell fettgedruckten Ausprägungen als jeweilige Vergleichskategorie dienen. Bei der inhaltlichen Bildung der Referenzgruppe ist zu beachten, dass erstens die in ihr vertretene Krebsart gleichermaßen Frauen und Männer betrifft und dass sie zweitens in der Stichprobe hinreichend häufig vertreten sind. Dies gilt für die Erkrankung des Rektumkarzinoms, da es sich bei letzterem um die häufigste Krebsart der Stichprobe handelt (28,3%) und sie gleichermaßen Männer und Frauen trifft. Es gilt nicht für die anderen Krebsarten der Stichprobe, die entweder ausschließlich geschlechtsspezifisch (Mamma-Ca) oder überwiegend bei Männern (HNO-Ca) auftreten. Es werden vier Gruppen von Krebserkrankungen unterschieden: (1) Mamma- und Cervixkarzinom, (2) HNO-Bronchialkarzinom, (3) Andere Krebsarten wie Glioblastom bzw. Sarkom und (4) Rektum. Der Bildungsgrad wird operationalisiert durch die Gegenüberstellung DDR-spezifischer Schulabschlüsse, 8. bzw. 10. Klasse Polytechnische Oberschule versus Erweiterte Oberschule bzw. Abitur. Die Referenzgruppe, deren Mittelwert des Hoffnungsfaktors die Regressionskonstante erfaßt, setzt sich zusammen aus Frauen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren, die verheiratet und an einem Rektumkarzinom erkrankt sind, keiner Kirche angehören und nach der achten Klasse die Schule beendet haben. Die Steigungskoeffizienten der dummykodierten Prädiktoren messen direkt die Abweichung der Gruppenmittelwerte zwischen der Referenzgruppe und derjenigen, die sich allein in dem betrachteten Merkmal von ihr unterscheidet. Beispielsweise erfaßt die Steigung der Dummyvariablen DMamma direkt die Abweichung des geschätzten Hoffnungsmittelwerts der an Mammakarzinom erkrankten Frauen im Vergleich zu den Frauen der Referenzgruppe, die an Rektum erkrankt sind.

1.4 Ergebnisse - Regression der Faktorwerte Herth auf die unabhängigen Variablen

Aufgrund der fehlenden Übereinstimmungsvalidität der Faktorskalen von Snyder (1991) und Herth (1992) beschränkt sich die folgende Datenanalyse auf die Skala von Herth⁴¹⁴.

Die Darstellung der Befunde bezieht sich auf die Überprüfung der vorgestellten Forschungshypothesen (1.2-1.6). Zur Illustration der geschätzten Gruppenmittelwerte werden diese in Form von Balkendiagrammen dargestellt. Die angegebene Merkmalsausprägung kennzeichnet die Abweichung der betrachteten Gruppe von der vorgestellten Referenzgruppe.

⁴¹⁴ Ich verweise auf die Auswertungen mit der Hoffnungsskala von Snyder auf meine psychologische Diplomarbeit (2000). Rittweger, J. (2000). Hoffnung und subjektives Belastungsempfinden von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie. Halle.

Tabelle 7: Regression der Hoffnungswerte Herths auf die unabhängigen Variablen

abhäng. Variable	B	SE B	Beta	T	alpha	Delta R ² in %
HerthPC1						
Konstante	-,06	,37		-,18	,86	
Altersgruppe						
D22-49J	-,11	,38	-,05	-,29	,77	3,93
D50-59J	,46	,37	,22	1,25	,21	
Geschlecht						
Dmann	,01	,39	,00	,02	,98	0,07
Diagnose						
Dmamma	-,44	,42	-,22	-1,05	,30	1,97
DHNOLung	-,42	,43	-,18	-,96	,34	
Dakrebs	-,13	,50	-,04	-,25	,80	
Bildung						
Dabitur	,32	,39	,13	,84	,40	0,89
Familienstand						
Dallein	,49	,32	,23	1,51	,14	4,03
Konfession Dkirche	,06	,33	,02	,17	,86	0,00

Das Modell verfügt mit einem Anteil erklärter Varianz von 11,06% über eine mäßige Anpassung. Wie dem zugehörigen F - Wert von 0,68 bei 9 bzw. 50 Freiheitsgraden und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 72% zu entnehmen ist, gilt es ebenfalls nur für diese Stichprobe und nicht für die Grundgesamtheit. Es zeigen sich deutliche Unterschiede der Hoffnungswerte bei Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen.

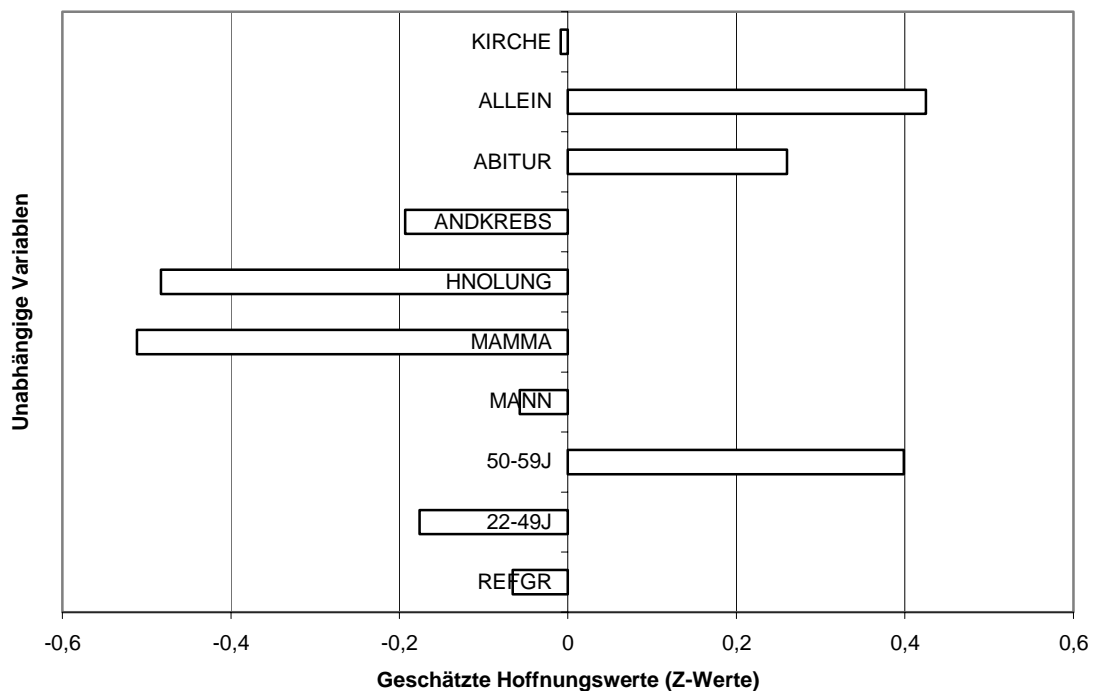


Abbildung 11: Geschätzter Gruppenmittelwert der 1. Hoffnungskomponente nach Herth (MLR; R²= 11,06%; n=60)

Nach den Ergebnissen verfügen Frauen mit Mamma- und Cervixkarzinom über den geringsten Hoffnungswert, gefolgt von HNO- und Bronchialkarzinompatienten bzw. anderen Krebserkrankungen im Vergleich zu der Referenzgruppe (Rektumpatienten). Da die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind, kann die Diagnosehypothese 1.2 nur tendenziell bestätigt werden. Patientinnen mit Abitur weisen einen höheren Hoffnungswert auf als diejenigen der Referenzgruppe mit Abschluß an der Polytechnischen Oberschule. Da die Abweichung nicht statistisch signifikant ist, kann die Bildungshypothese 1.4 nur tendenziell bestätigt werden. Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Hoffnungswerte finden (Hypothese 1.3). Dieses Ergebnis trifft ebenfalls auf Hypothese 1.5 zu, da die gefundenen Unterschiede der Altersgruppen nicht statistisch signifikant sind. Die Altersgruppe zwischen 22 - 49 Jahren besitzt einen deutlich niedrigeren Hoffnungswert als die Referenzgruppe. Patienten mit einer konfessionellen Bindung verfügen über keinen höheren Hoffnungswert als Patienten ohne konfessionelle Bindung (Konfessionshypothese 1.6). So weicht der Hoffnungswert der konfessionell gebundenen Patienten nicht bedeutsam von demjenigen der Referenzgruppe ab. Auf der explorativen Ebene zeigt sich, dass alleinstehende Frauen der Referenzgruppe über den zweithöchsten Hoffnungswert verfügen.

1.5 Zusammenfassung

Das Ergebnis der bisherigen Überprüfung der beiden in Studien eingesetzten Hoffnungsskalen von Snyder und Herth zeigt, dass die Hoffnungsskala von Herth dem bisherigen Theoriemodell der Hoffnung eher gerecht wird, als die Hoffnungsskala von Snyder. Sie dient deshalb als Grundlage der empirischen Untersuchungen dieser Arbeit.

In den weiteren Studien wird anstatt der faktorbasierten Hoffnungsskala eine einfache additive Skala von Herth verwendet. Dies geschieht aus folgenden Gründen:

1. Die faktorbasierte Skala ist stichprobenabhängig und gilt nicht universell.
2. Um die Vergleichbarkeit der Reliabilitäten sowohl mit Herth und den eigenen Substichproben zu gewährleisten, ist es erforderlich, eine ungewichtete additive Skala zu verwenden.
3. Die von Herth gewählte Operationalisierung gewährleistet eine Mehrdimensionalität der Hoffnung im Gegensatz zu Snyder, der die Hoffnung auf den kognitiven Aspekt ausschließlich reduziert.

2. Untersuchung 2 – Case-Control-Studie

2.1 Vergleich des Hoffnungs-niveaus von ersterkrankten Strahlentherapiepatienten mit einer gesunden Kontrollgruppe

Das Ziel der Untersuchung 2 besteht darin, die Annahme empirisch zu überprüfen, dass onkologische Patienten aufgrund ihrer Erkrankung weniger Hoffnung haben als die gesunde Kontrollgruppe. Es wird davon ausgegangen, dass sich das Merkmal menschliche Hoffnung zur Unterscheidung der Gruppen eignet (Vergleichshypothese 1.7).

2.1.1 Untersuchungsdesign

Im Untersuchungsschritt 1 konnte gezeigt werden, dass das Hoffnungsvermögen von Krebspatienten abhängig ist von soziodemografischen Variablen. Bei einem Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe müssen genau diese Variablen (Geschlecht, Bildung, Familienstand, Alter, Konfession) kontrolliert werden, um sich vor einem Fehlschluß zu schützen. Letzterer kann darin bestehen, entweder einen Unterschied anzunehmen, der keiner ist, oder fälschlicherweise einen Unterschied festzustellen, wo keiner ist. Beides kann auf eine unterschiedliche Verteilung der genannten Variablen der beiden Gruppen zurückzuführen sein.

Aus diesem Dilemma bieten sich zwei Auswege: Entweder werden die Variablen mithilfe eines Regressionsmodells kontrolliert oder das Design einer Case –Control -Studie gewählt.

Letzteres wurde in dieser Untersuchung angewendet. Die Grundidee der Case –Control -Studie besteht darin, dass aus zwei unabhängig durchgeführten Studien je ein Proband ausgewählt wird, die im Alter, Geschlecht, Bildung Familienstand und Konfession/ohne Konfession identische Werte haben. Es wird von gematchten (künstlichen) Paaren gesprochen. Voraussetzung ist, dass in beiden Studien, die abhängige Variable (Hoffnung) mit demselben Messinstrument erhoben wurde. Dadurch lassen sich die Unterschiede des Hoffnungs-niveaus verlässlich bestimmen, welche allein auf den Statusunterschied der Gruppen und nicht auf den Einfluß der genannten Variablen zurückzuführen sind. Der Vorteil dieses Designs besteht darin, dass auf die Probanden in Untersuchung 1 (Patientengruppe-Ersterkrankung) zurückgegriffen werden kann und nur noch die Erhebung einer externen gesunden Vergleichsgruppe erforderlich ist. Bei dieser Gruppe handelt es sich um Personen mit nicht-sozialen Berufen im Rahmen einer Bevölkerungsumfrage. Dabei wurden u. a. Skalen zu Persönlichkeitsmerkmalen (Big five, Lebenszufriedenheit, Selbstwert) und die Hoffnungsskala von Herth eingesetzt. Aus dieser Stichprobe konnten anschließend 47 befragte Gesunde ausgewählt werden, die zu 47 befragten Patienten identische Werte hinsichtlich des Alters, Geschlecht, Bildung und Konfession besaßen. Die beobachtbaren Gruppenunterschiede sind somit allein auf den Gruppenstatus gesund - krank zurückzuführen und nicht auf exogene Variablen.

2.1.2 Analyse der Gruppenunterschiede

Um die Gruppenunterschiede zu bestimmen, wurden zunächst die Mittelwerte berechnet und anschließend einem t-Test unterzogen. Letzterer dient der Überprüfung, ob die beobachteten F-Wert Unterschiede auch für die Grundgesamtheit in der Region Halle gelten⁴¹⁵.

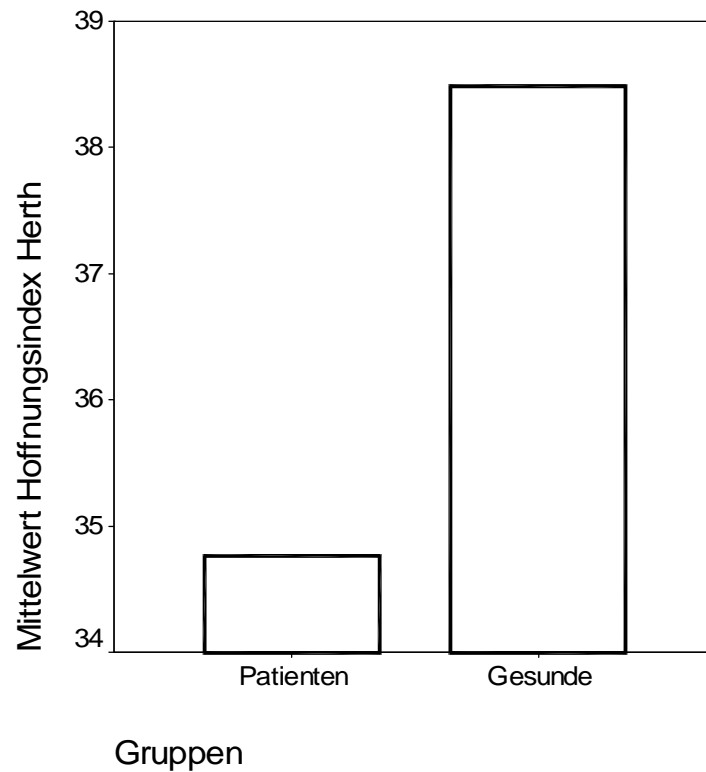


Abbildung 12: Mittelwertsvergleich Patienten vs. Gesunde

2.1.3 Ergebnisse

Wie aus Abbildung 12 ersichtlich, liegt der Hoffnungswert der klinischen Gruppe bei 34,77. Hingegen erreicht die nicht-klinische Gruppe einen Wert von 38,49. Die Differenz von 3,72 Punkten der Herthschen Hoffnungsskala ist statistisch signifikant, wie dem berechneten F-Wert von 15,07 bei 1 bzw. 92 Freiheitsgraden zu entnehmen ist. Die geschätzte Irrtumswahrscheinlichkeit für die Grundgesamtheit liegt bei 1 Promille.

⁴¹⁵ Der F-Test prüft, ob die untersuchten Gruppen sich in der Grundgesamtheit unterscheiden oder nicht. Die praktische Signifikanz fragt: Was taugt mein Modell? Die statistische Signifikanz fragt: Darf ich mit meinem Ergebnis auf die Grundgesamtheit schließen?

Tabelle 8: Varianzzerlegung der Hoffnungswerte (ANOVA)

	Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	325,798	1	325,798	15,076	,000
Innerhalb der Gruppen	1988,170	92	21,611		
Gesamt	2313,968	93			

Setzt man in der obigen Tabelle die Summe der Abweichungsquadrate zwischen den Gruppen ins Verhältnis zu der Summe der Abweichungsquadrate insgesamt, so erhält man den Anteil der durch die Gruppenbildung gebundenen Varianz des Herthschen Hoffnungsindex. In diesem Fall erklärt die Unterscheidung von Gesunden und Patienten 14,1% der Varianz des Hoffnungsni-veaus. Für eine nicht experimentelle Feldstudie ist damit der Anteil der erklärten Varianz recht hoch. Für die beiden Stichproben kann die Forschungshypothese (Vergleichshypothese 1.7) veri-fiziert werden. Es besteht bei einer Ersterkrankung mit Krebsdiagnose ein deutlich höherer Hoff-nungsbedarf, bzw. eine solche Erkrankung geht einher mit einem Hoffnungsverlust. Die sich dar-aus ergebenden klinisch-therapeutischen Konsequenzen in der Arbeit mit Strahlentherapiepatienten wird in Teil III dieser Arbeit auszuführen sein⁴¹⁶.

3. Untersuchung 3 – Rezidivpatienten und ihre Hoffnung im Blick auf kurative und alternative Therapien

Aufgrund einer langjährigen beruflichen Erfahrung mit onkologischen Patienten und der Alltags-beobachtung konnte festgestellt werden, dass sich die Hoffnung bei einer Wiedererkrankung (Re-zidiv) nicht mehr ausschließlich auf die kurative Medizin, sondern in einem hohen Maße auf al-ternative Therapieformen richtet.⁴¹⁷ Weiter zeichnet sich ab, dass Rezidivpatienten in diesem Zu-sammenhang offensichtlich besser mit ihren existenziellen Ängsten leben lernen, wobei nicht immer deutlich wird, ob sie daraus weniger oder mehr Hoffnung schöpfen als Ersterkrankte. Um dies systematisch zu erforschen, wurde eine weitere Patientenstichprobe nach einem Rezidiv er-

⁴¹⁶ Die Reliabilität im Sinne des Cronbach -Alpha liegt bei .75. Zum einen überschreitet sie damit den kritischen Wert von .7 deutlich und ist ebenfalls mit den von Herth berichteten Ergebnissen vergleichbar. Das Cronbach -Alpha ist das Maß der internen Konsistenz der einzelnen Skalen. Es trifft Aussagen über die mittlere Korrelation der Items.

⁴¹⁷ Andritzky, W. (2001). Vielfalt in der Therapie. Zur Diskussion um Therapiefreiheit, Selbstverantwortung und alternative Gesundheitskultur. In: Zeitschrift der Dt. Transpersonalen Gesellschaft e. V. J. Gruber & P. Meyer -Dohm (Hrsg.) Berlin.

Müller, U. (2003). Alternative Glaubenserwartungen in voller Blüte. In: Kerbe-Forum für Sozialpsychiat-rie, 21.Jg., 2/03. BEB (Hrsg.) Stuttgart. 23ff.

Fritz, P. et. al. (2001). Therapie mit Mistelextrakten in der Onkologie. Eine Kontroverse ohne Ende? In: Der Onkologe. 7/01. Berlin. 1247-1252.

Link, K.-H. et. al. (2000). (Hrsg.) Ernährung & Krebs. Einfluß der Diät bei der Entstehung und Behandlung von Tumorerkrankungen. Ulm.

Weiterführende Literatur: Beyersdorff, H. (2000). Ganzheitliche Krebsbehandlung. TRIAS.

Beuth von, F. (Hrsg.) (2002). Grundlagen der Komplementäronkologie. Hippokrates.

Bopp, A. (1999). Die Mistel. Heilpflanze in der Krebstherapie. Rowohlt.

Fintelmann, V. (Hrsg.). (2002). Onkologie auf anthroposophischer Grundlage. Mayer.

Nagel, G. A. (1998). Unkonventionelle Mittel in der Krebstherapie. Karger.

Auerbach, L. et al. (2002). Krebs und Komplementärmedizin. Wien.

hoben. Ziel dieser Untersuchung soll zunächst der Vergleich des Hoffnungsniveaus zwischen Ersterkrankten und Rezidivpatienten in der Strahlentherapie sein, wobei nach Hypothese 1.8 (Vergleichshypothese) erwartet wird, dass Rezidivpatienten geringere Hoffnung als Ersterkrankte haben. Andererseits interessiert sich die Exploration für die Präferenzen alternativer Therapieformen in Abhängigkeit von Diagnose und Geschlecht (Medizinhypothese 1.9).

3.1 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 102 Rezidivpatienten in der Klinik für Strahlentherapie der Universität Halle teil, 58 Frauen und 44 Männer im Alter von 19-79 Jahren (DS: 53 Jahre). 72,5% waren verheiratet, 19,6% ledig bzw. geschieden, 5,9% verwitwet und 2,0% lebten in einer Lebensgemeinschaft. Keiner der Befragten besaß Abitur oder hatte einen akademischen Abschluß (10. Klasse POS/Berufsausbildung). Von den Probanden gehörten 65,3% keiner Konfession an, 26,7% waren Mitglied der ev. und 4% der kath. Kirche, 4% gehörten zu einer anderen Glaubensgemeinschaft. Insgesamt bekannten sich 11,8% zu einem praktizierenden Glauben.

Die Diagnoseverteilung wird aus Abbildung 13 ersichtlich.

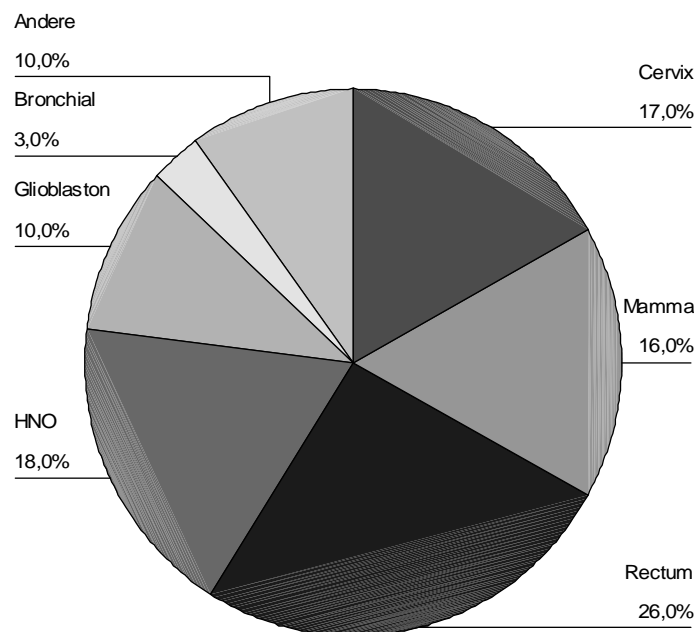


Abbildung 13: Verteilung der Krebsdiagnosen (n=100)⁴¹⁸

⁴¹⁸ Vgl. Anhang: Teil A, Tabelle 1, S. 6.

3.2 Vergleich der Hoffnungswerte von Ersterkrankten und Rezipatienten

Um beide Gruppen vergleichen zu können, wurde Herths Hoffnungsskala eingesetzt. Die Reliabilität der Messung liegt bei einem Cronbach –Alpha von .74 und ist mit den von Herth berichteten Ergebnissen vergleichbar.

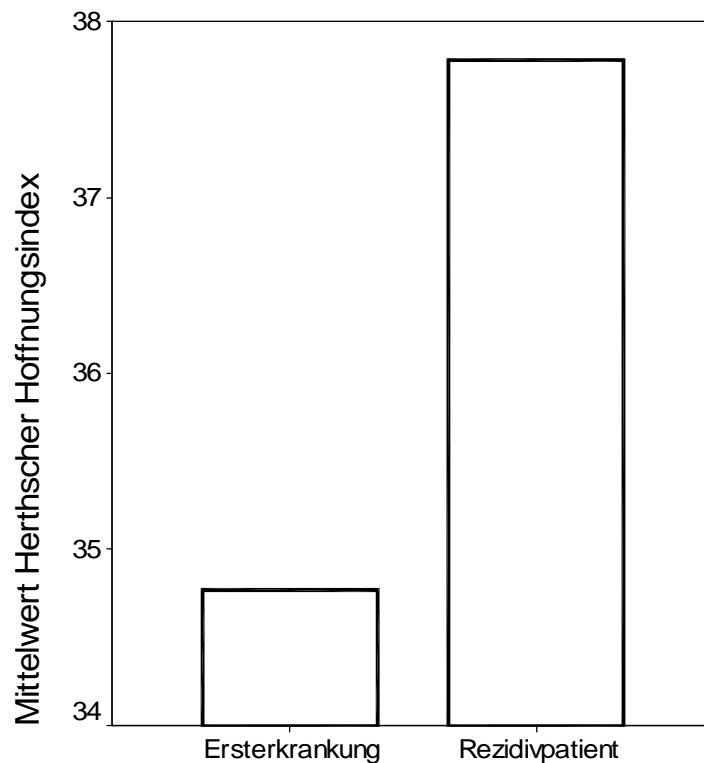


Abbildung 14: Mittelwertsvergleich Ersterkrankung vs. Rezipatienten

Wie die obige Abbildung zeigt, liegt der Hoffnungswert nach Herth bei Ersterkrankten in Höhe von 34,77 und bei Rezipatienten bei 37,78. Die Differenz beträgt 3,02 Punkte. Gemäß dem F-Wert von 7,95 bei 1 bzw. 96 Freiheitsgraden ist die beobachtbare Mittelwertsdifferenz mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1 Promille signifikant.

Tabelle 9: Varianzzerlegung der Hoffnungswerte (ANOVA)

	Quadrat-Summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	222,835	1	222,835	7,949	,006
Innerhalb der Gruppen	2691,053	96	28,032		
Gesamt	2913,888	97			

Oneway-Anova Varianzzerlegung

Dieses Ergebnis wird relativiert, wenn man die praktische Signifikanz betrachtet. Setzt man die Summe der Abweichungsquadrate der Gruppen ins Verhältnis zur Gesamtsumme, so erhält man

ein eta-Quadrat⁴¹⁹ von 7,65%. Das bedeutet, dass die Unterscheidung der beiden Patientengruppen rund 7,7% der Varianz des Herthschen Hoffnungsindex erklärt. Es gilt folglich für die Grundgesamtheit in der Region Halle. Die Vergleichshypothese 1.8 erwartet bei Rezidivpatienten ein geringeres Hoffnungsniveau und wird damit zurückgewiesen. Offensichtlich gibt es einen engen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme alternativer Therapieformen und der Hoffnung, offenbar konnten Rezidivpatienten in anderer Weise Copingstrategien und neue Hoffnung entwickeln als Ersterkrankte. Hier werfen sich weitere interessante Forschungsfragen auf.

3.3 Analyse der Präferenzen für kurative und alternative Therapien

Ziel der Analyse ist die Beantwortung der folgenden zwei Fragestellungen:

1. Welche Präferenzen haben Rezidivpatienten hinsichtlich alternativer Therapieformen im Vergleich zur kurativen Medizin?
2. Auf welche Therapieformen richtet sich die Hoffnung von Rezidivpatienten (vgl. Medizinhypothese 1.9)? Welche statistischen Zusammenhänge finden sich?

Um die Therapiepräferenzen zu erheben, wurden die drei möglichen medizinischen Standardverfahren-Operation, Chemotherapie, Bestrahlung- sowie 47 alternative Therapieformen in einem Fragebogen⁴²⁰ von der Autorin zusammengestellt und Rezidivpatienten vorgelegt. Hierbei wurden sie befragt, auf welche Behandlungs- und Therapieformen sich ihre Hoffnung richtet. Angesichts der Komplexität und Kombinationen wurde den Probanden die Möglichkeit der Mehrfachnennungen eingeräumt. Der Itempool beruht auf Selbstberichten der Patienten über von ihnen in Anspruch genommene Alternativen in Ergänzung zur kurativen Medizin. Diese lassen sich in vier Bereiche unterteilen: physisch, psychisch, sozial und spirituell.

Die Befragung verzichtete bewusst auf diese Einteilung der Items, um Artefakte zu vermeiden. Insgesamt wurden von 102 Befragten 1732⁴²¹ positive Ja-Antworten gegeben.

Im Durchschnitt suchten die Patienten 17 alternative Möglichkeiten neben der kurativen Medizin. Dies belegt allein schon ein breites Spektrum.

⁴¹⁹ Das eta -Quadrat gibt an, wieviel % der Varianz der abhängigen Variable erklärbar ist durch die Gruppenzugehörigkeit. Es entspricht dem R-Quadrat.

⁴²⁰ Vgl. Anhang: Untersuchung 3 Teil A, Fragebogen zur Alternativmedizinstudie. S. 3-5.

⁴²¹ Vgl. Anhang: Untersuchung 3 Teil A, Tabelle 3-5, S. 6-8.

3.4 Ergebnisse

Alle Patienten richteten ihre Hoffnung auf die kurative Medizin, allerdings gibt es in Abhängigkeit der Diagnose wesentliche Unterschiede.

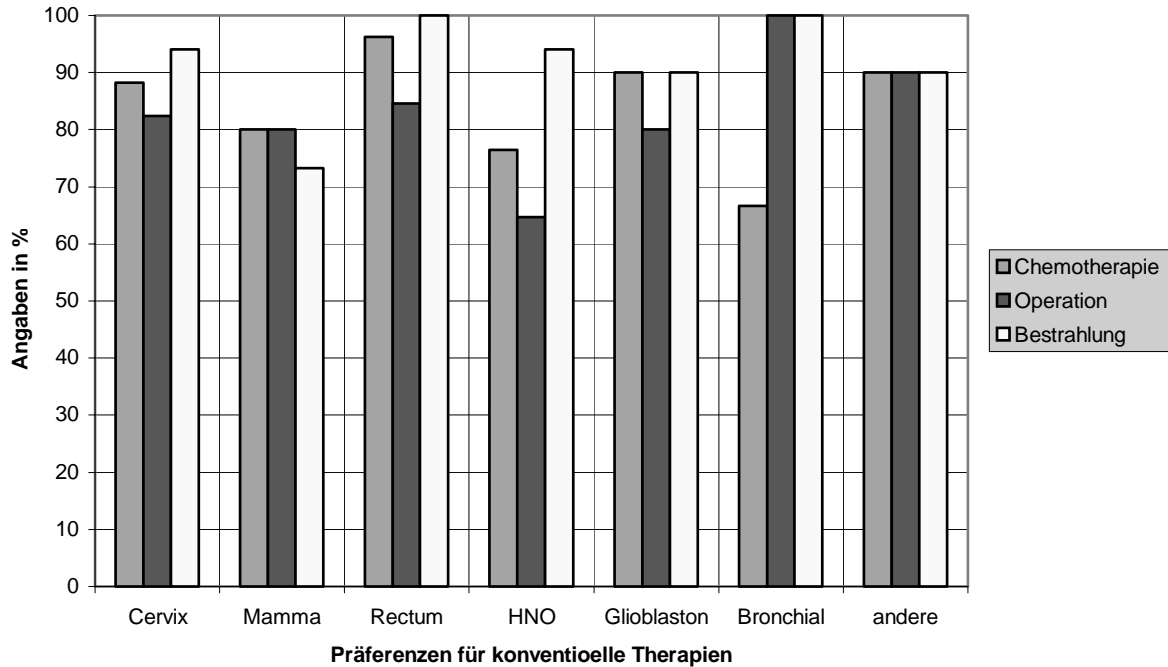


Abbildung 15: Präferenzen für konventionelle Therapie⁴²²

Wie Abbildung 15 zeigt, gründet sich die Hoffnung von Mamma- Patientinnen nur zu 80% auf Chemotherapie und Operation, auf die Bestrahlung zu 73,3%. Bei HNO-Patienten basiert die Hoffnung ebenfalls im Blick auf Chemotherapie und Operation unter 80%, Bronchial -Ca Patienten haben den niedrigsten Hoffnungswert im Blick auf die Chemotherapie, nur 66,7%.

Alle anderen Gruppen weisen Prozentwerte zwischen 80-100% auf.

Hinsichtlich der Präferenzen für alternative Therapien werden quantitative und qualitative Aspekte unterschieden, wobei die Häufigkeit berichtet wird.

⁴²² Siehe Anhang: Teil A, Tabelle 2, S. 6.

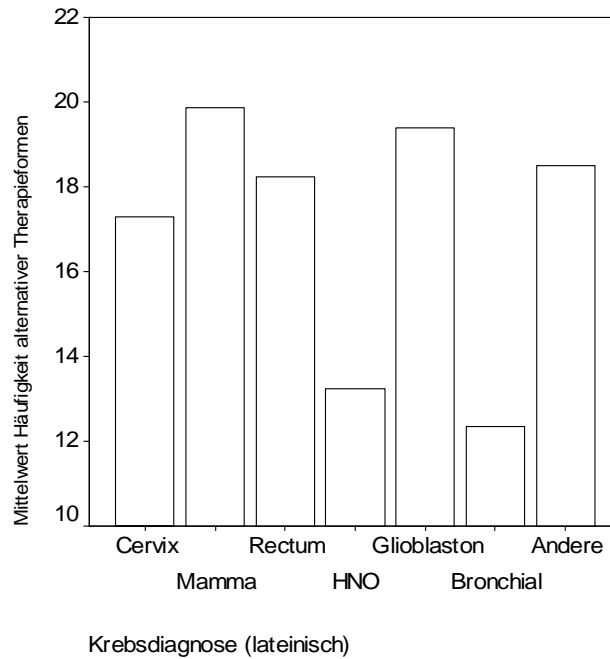


Abbildung 16: Häufigkeit alternativer Therapien in Abhängigkeit der Diagnose⁴²³

Wie aus Abbildung 16 ersichtlich, zeigen sich deutliche Unterschiede der einzelnen Patientengruppen in der Anzahl der von ihnen präferierten alternativen Therapien. Von insgesamt 47 Möglichkeiten nehmen Mammapatientinnen im Durchschnitt 19,9 in Anspruch, gefolgt von Glioblastompatienten im Durchschnitt von 19,4, Rectumpatienten im Durchschnitt von 18,2 und Cervixpatientinnen im Durchschnitt von 17,3. Die geringsten Präferenzen weisen HNO-Patienten im Durchschnitt von 13,2 und Bronchial-CA Patienten durchschnittlich 12,3 auf.

Angesichts des Spektrums von 47 Möglichkeiten und 7 Diagnosegruppen muß eine Entscheidung getroffen werden, ab welchen Prozentsatz eine Diagnosegruppe charakterisiert wird (Cut-off). Wirft man eine Münze, so beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt 50%. Daher sollte der Cut-off bei 50% liegen. Es werden nur die Therapieformen berichtet, die die 50% Grenze erreichen.

⁴²³ Siehe Anhang: Teil A, Tabelle 3, S. 6.

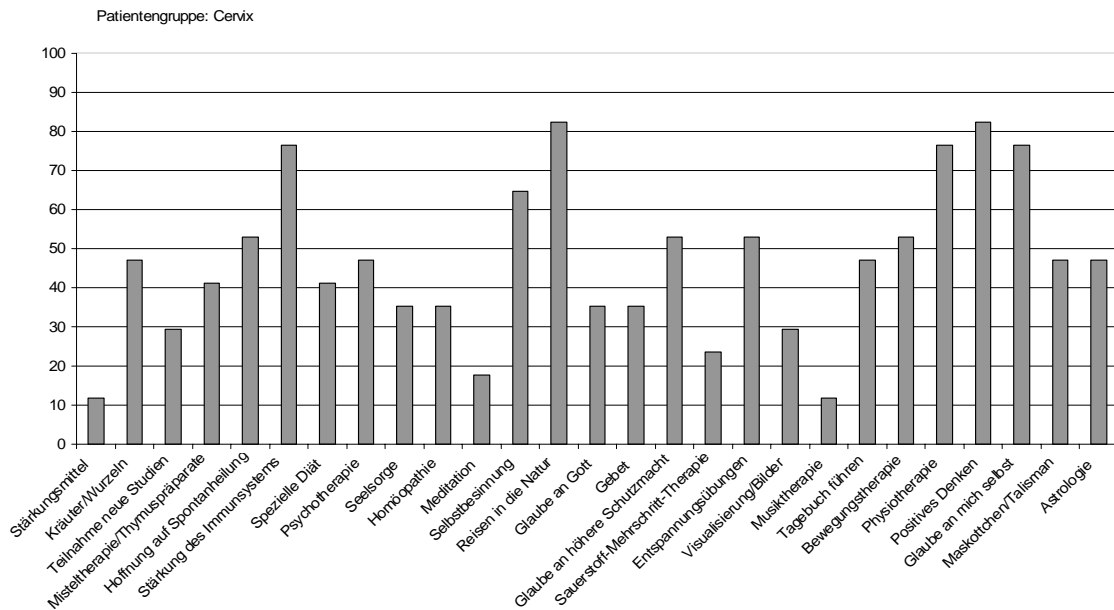


Abbildung 17a: Präferierte Alternativtherapie bei Cervix-Patientinnen⁴²⁴

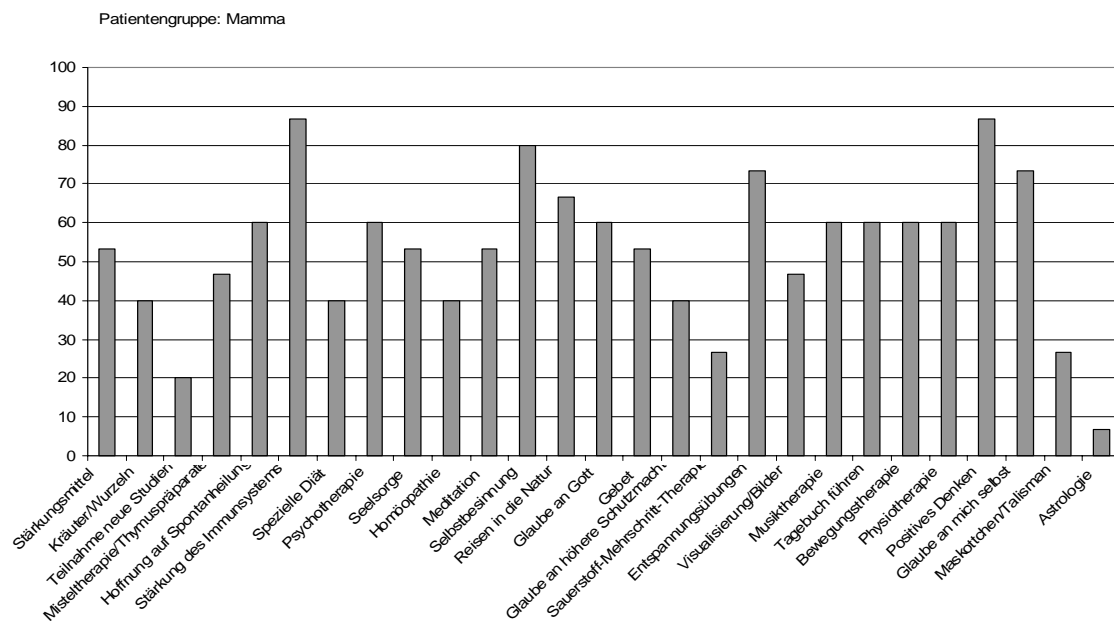


Abbildung 17b: Präferierte Alternativtherapie bei Mamma-Patientinnen

⁴²⁴ Siehe Anhang: Teil A, Tabelle 4 und 5. S. 7-8.

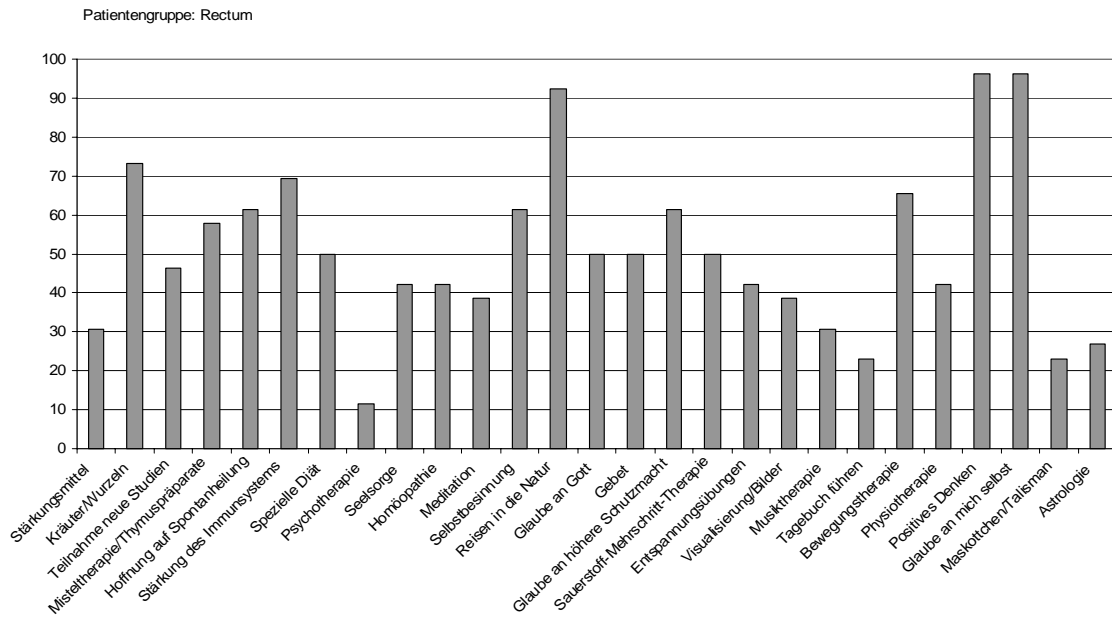


Abbildung 17c: Präferierte Alternativtherapie bei Rectum-Patienten

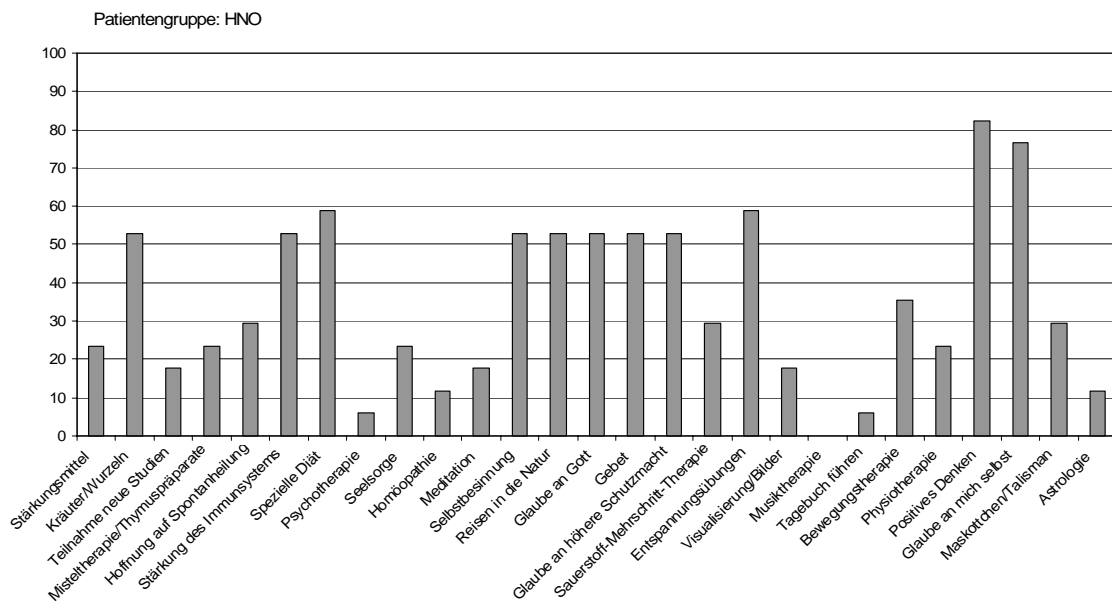


Abbildung 17d: Präferierte Alternativtherapie bei HNO-Patienten

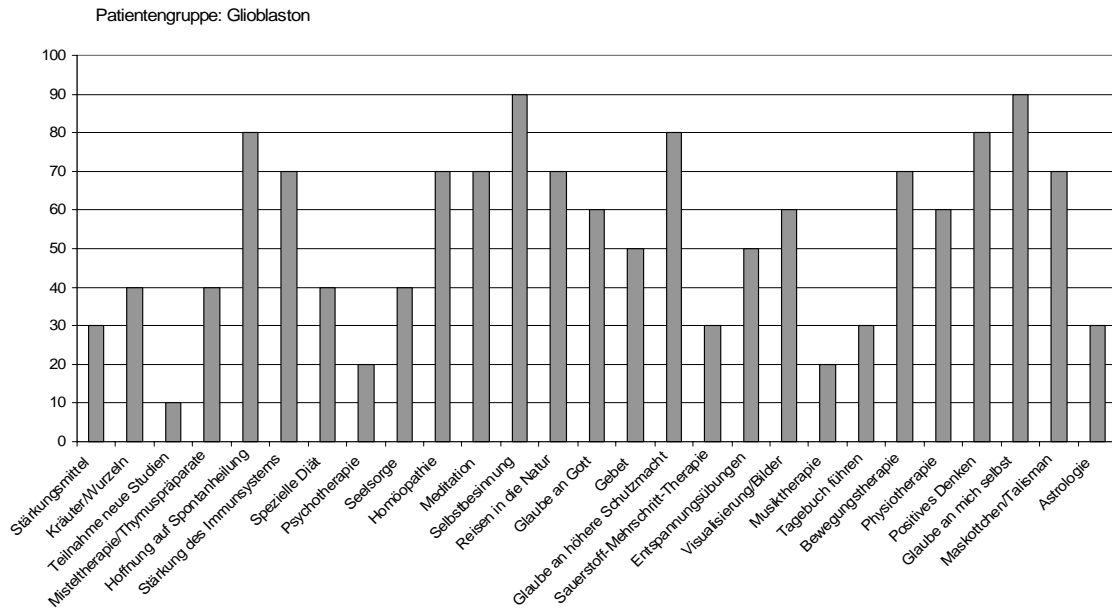


Abbildung 17e: Präferierte Alternativtherapie bei Glioblastom-Patienten

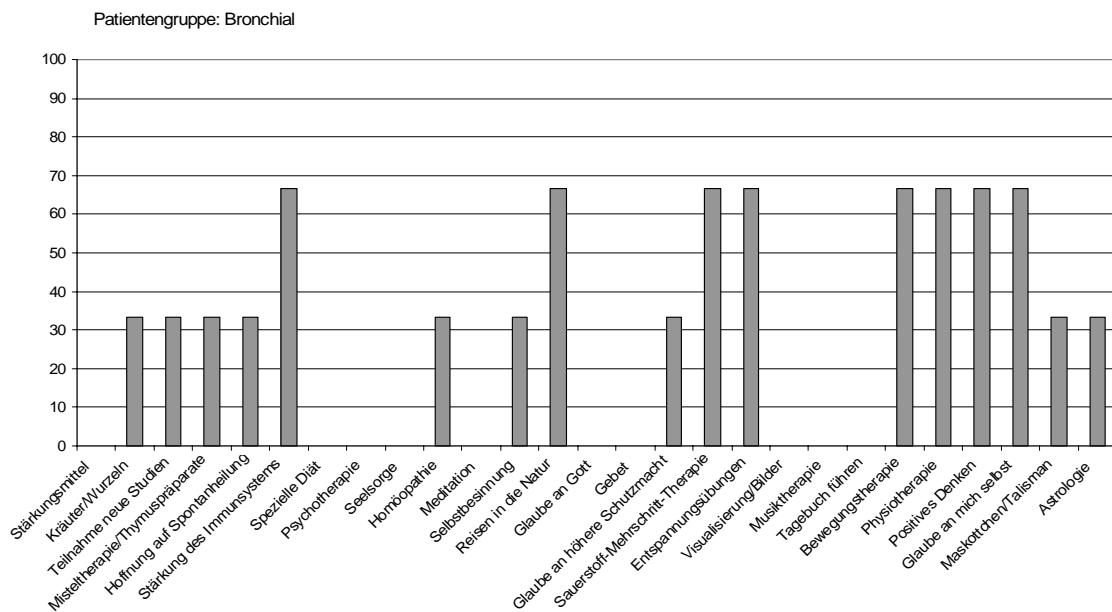


Abbildung 17f: Präferierte Alternativtherapie bei Bronchial-Patienten

Wie die Abbildungen 17 a-f und Tabelle 4 des Anhangs zeigen, richten Cervixpatientinnen ihre Hoffnung auf positives Denken, Reisen in die Natur (82,4%); Glaube an sich selbst und Physiotherapie (76,5%). Ihnen folgt mit 64,7% die Selbstbesinnung. Knapp über 50% von ihnen hoffen auf eine Spontanheilung, glauben an eine höhere Schutzmacht, nehmen Entspannungsübungen und Bewegungstherapie wahr. Mammapatientinnen schöpfen ihre Hoffnung im wesentlichen aus Positivem Denken und der Stärkung ihres Immunsystems (86,7%), der Selbstbesinnung (80%), ihrem Selbstwertgefühl, Glaube an sich selbst, Entspannungsübungen (73,3%), Reisen in die Natur (66,7%), gefolgt von Musiktherapie, Tagebuch führen, Hoffnung auf Spontanheilung, Bewegungs- und Physiotherapie, Psychotherapie zu je 60%, ihre Hoffnung auf Stärkungsmittel, Seelsorge, Meditation und Gebet richteten knapp über 50% von ihnen (53,3%). Rectumpatienten denken positiv, reisen in die Natur und nehmen Physiotherapie zu 96,2% in Anspruch, gefolgt von der Einnahme von Kräutern und Wurzeln (73,1%). Über 60% von ihnen hoffen auf die Stärkung des Immunsystems, besinnen sich auf das Wesentliche im Leben, glauben an eine höhere Schutzmacht, hoffen auf Spontanheilung. 57,7% richten ihre Hoffnung auf die Misteltherapie und 50% dieser Patienten glauben an spezielle Diäten, beten und glauben an Gott.

HNO-Patienten denken zu 82,4% positiv und glauben an sich selbst (76,5%). Über 50% von ihnen richten ihre Hoffnung auf Kräuter und Wurzeln, Stärkung des Immunsystems, spezielle Diäten, machen Entspannungsübungen, besinnen sich selbst, reisen in die Natur, glauben an Gott und eine höhere Schutzmacht und beten. Glioblastompatienten richten ihre Hoffnung fast auf das gesamte Spektrum, außer auf Stärkungsmittel, auf Kräuter und Wurzeln, neue Studien, Misteltherapie, Stärkung des Immunsystems, spezielle Diäten, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Musiktherapie, Tagebuch führen oder Astrologie. Bronchial-Ca Patienten schöpfen ihre Hoffnung zu über 60% aus der Stärkung des Immunsystems, Naturreisen, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Entspannungsübungen, Bewegungs- und Physiotherapie, positives Denken und den Glauben an sich selbst. Die Ergebnisse der letzten Gruppe: „Andere“ wird hier nicht berichtet, da sie keine homogene Gruppe darstellt.

Im Folgenden wird separat der spirituelle/psychologische Bereich betrachtet.

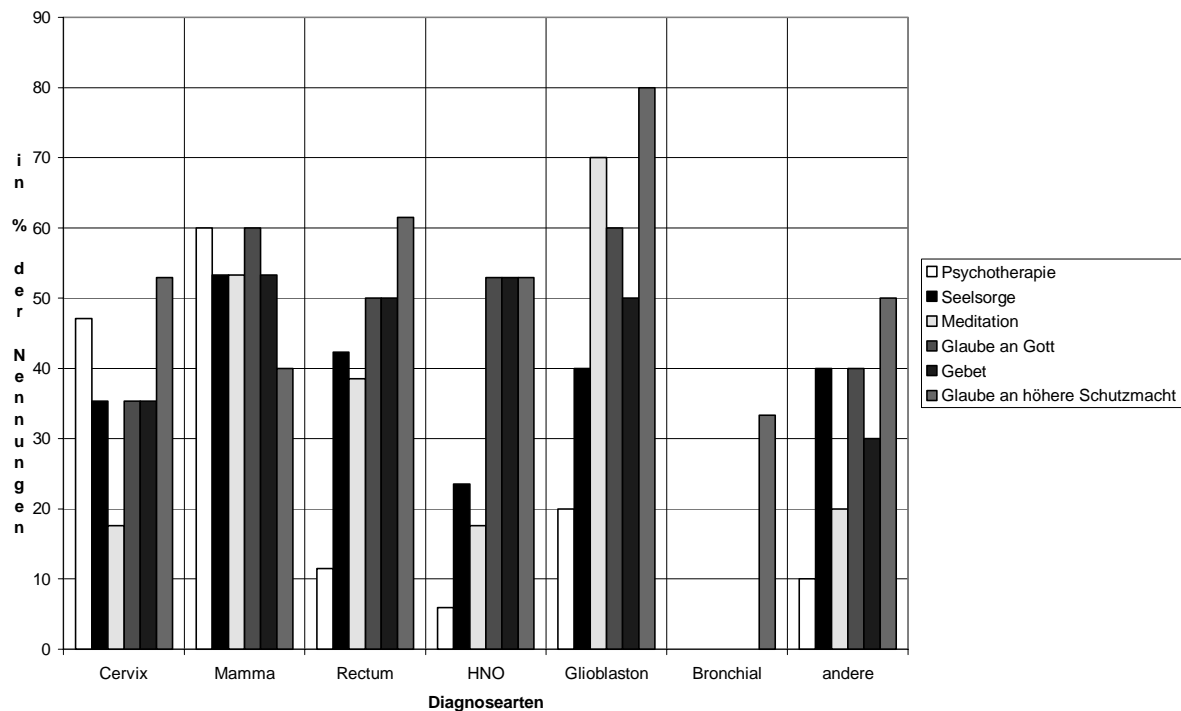


Abbildung 18: Krebsdiagnose und ihre Beziehung zum spirituellen Bereich sowie zu Seelsorge und Psychotherapie⁴²⁵

Wie Abbildung 18 zeigt, gibt es ein grundsätzliches spirituelles Bedürfnis und eine Suche nach psychischer Unterstützung in jeder Diagnosegruppe, nur in unterschiedlicher Form ausgeprägt. So nehmen Mammapatientinnen zu 60% Psychotherapie und 53,3% Seelsorge in Anspruch, Cervixpatientinnen zu 47,1% Psychotherapie und 35,3% Seelsorge, Glioblastopatienten zu 20% Psychotherapie und 40% Seelsorge, Rectumpatienten 11,5% Psychotherapie und 42,3% Seelsorge, Andere 10% Psychotherapie und 40% Seelsorge, HNO-Patienten mit 5,9% Psychotherapie und 23,5% Seelsorge. Mehrfachnennungen waren hier möglich. Im Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass das Geschlecht, das Alter, die Konfession Einfluß auf die Inanspruchnahme von alternativen Heilmethoden haben. So richten Männer eher ihre Hoffnung auf die kurative Medizin, wie Chemotherapie und Bestrahlung, alternativ auf Misteltherapie, spezielle Diäten und positives Denken. Frauen mit Mamma und Cervix dagegen schreiben Tagebuch und sind offen für Spiritualität. Patienten unter 50 Jahre hoffen auf Hyperthermie, stärken ihr Immunsystem, drücken sich künstlerisch aus, nehmen Bewegungstherapie und Physiotherapie in Anspruch. Konfessionslose (nicht religiöse) jüngere Patienten glauben an ihren Talisman und unternehmen Pilgerfahrten. Religiöse Patienten hoffen auf seelsorgerische Unterstützung, meditieren, Glauben an Gott und das Gebet. Während für Mamma und Cervix – Patientinnen die Psychotherapie/Seelsorge eine große Rolle spielt, hoffen Rektum-Patienten außerdem auf Homöopathie, Glioblastopatienten auf Maskottchen und ihren Talisman. Kunsttherapie ist für Glioblastopatienten ein wesentlicher Prädiktor für Hoffnung mit .33 (vgl. dazu Teil III). Die Ergebnisse bestätigen die Medizinhypothese 1.9.

⁴²⁵ Siehe Anhang: Teil A, Tabelle 6. S. 9.

Insgesamt wird an den Ergebnissen deutlich, wieviel Möglichkeiten Rezipienten im Gegensatz zu Ersterkrankten für sich in Anspruch nehmen, um mit ihren existenziellen Ängsten leben zu können und ihre Hoffnung zu bewahren bzw. neu zu schöpfen. Der Suche nach Alternativen liegt die existenzielle Frage nach der Hoffnung zugrunde. Dies wird bisher in Seelsorge und Psychotherapie zu wenig beachtet und aufgegriffen.

Die Hoffnung richtet sich schwerpunktmäßig auf eine psychisch/spirituelle Unterstützung.

So nehmen Mamma- und Cervixpatientinnen sowohl Seelsorge und Psychotherapie häufig in Anspruch, Rectum- und Glioblastompatienten die Seelsorge.

Damit stimmen die Ergebnisse mit neueren Forschungsergebnissen und Studien überein, die ebenfalls beschreiben, dass weit über die Hälfte der Krebspatienten sich mit komplementärer Medizin behandeln lässt⁴²⁶.

Im Folgenden wird das subjektive Hoffnungsverständnis von Krebspatienten untersucht.

4. Untersuchung 4: Interviews

4.1 Inhaltsanalyse des Interviews⁴²⁷ mit Strahlentherapiepatienten

4.1.1 Übersicht der Interraterreliabilitäten

Die Auswertung des Interviews erfolgte teilweise mit WinMax, einem computergestützten Textanalysesystem und beruht auf den Grundlagen und Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring⁴²⁸. Zur Beurteilungsübereinstimmung der Kategorien wurde ein zweiter Rater herangezogen, ebenso für die Auswertung der Antworten, die mithilfe einer fünf bzw. siebenstufigen Skala erfolgte.

Tabelle 10: Übereinstimmung der Interraterreliabilität von Strahlentherapiepatienten

	Kappa	Spearman Correlation	Pearson`s R
Hoffnungsbild: Aktiv - Passiv	,77667	,97046	,96265
Religiosität	,82770	,99013	,99421
Falsche Hoffnung: Negativ – Positiv	,85669	,97171	,97438
Hoffnungsbezug: Ästhetik	,95522	,95618	,95618
Hoffnungsbezug: Taktile	,93793	,93974	,93974

⁴²⁶ z. B. geht Weis, J. et al. (1998). Onkologie 21, von 58,4% aus. Als Gründe für die Inanspruchnahme von Alternativmedizin sieht Weis die Stärkung des Immunsystems, einen eigenen Beitrag zur Therapie leisten zu können, die Steigerung der Selbstheilungskräfte, eine Ergänzung zur Schulmedizin, die Suche nach einer ganzheitlichen Therapie, weniger aufgrund der Vermeidung oder Unzufriedenheit mit der Schulmedizin. Nach Untersuchungen von Weis et al. (1998). gaben 62% der befragten Patienten an, Mistelextrakte zu bevorzugen, gefolgt von Vitaminen (45%), Spurenelemente (40%), Immunstimulantien (28%), Enzympräparate (22%), Tees (22%), Diäten (16%) und Homöopathie (14%), 124ff. vgl. weiter Weis, J. (2002). Leben nach Krebs. Belastungen und Krankheitsbewältigung. Bern.

⁴²⁷ Alle Interviews mit Strahlentherapiepatienten, Seelsorgern und Psychotherapeuten liegen schriftlich bei der Autorin zur Einsicht vor.

⁴²⁸ Mayring, P. (1990). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. München.;
drs. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. München.

	Kappa	Spearman Correlation	Pearson`s R
Hoffnungsbezug: Physisch	1,00	1,00	1,00
Hoffnungsbezug: Psychisch	,89655	,97046	,96265
Hoffnungsbezug: Relational	1,00	1,00	1,00
Anzahl der genannten Hoffnungskategorien	,94194	,98963	,98524
Hoffnungsmomente: Aktiv – Passiv	,80263	,95505	,95428

4.2 Stichprobe

Die qualitative Untersuchung wurde mit der Stichprobe erkrankter Strahlentherapiepatienten n=45 sowie einem 1999 selbst entwickelten Interviewleitfaden durchgeführt. Von 60 Befragten nahmen 15 Probanden (8, 42 - 45, 47, 50, 52 - 55, 57 - 60) nicht am Interview teil. Diese waren überwiegend HNO-Patienten ohne oder mit Sprechkanüle bzw. Glioblastompatienten mit einer Sprachlähmung. Wie von Hypothese 2.0 behauptet, läßt sich die von den Autoren Dufault und Martocchio (1985) postulierte theoretische Hoffnungsstruktur (generalisierte und spezifische Hoffnung) und deren Dimensionalität (kognitiv, affektiv, relational und spirituell) auch in einer existenziell bedrohlichen Lebenssituation, wie sie eine Krebserkrankung darstellen kann, wiederfinden und empirisch abbilden.

4.3 Interviews zum subjektiven Hoffnungsverständnis

Der vorliegende Interviewleitfaden⁴²⁹ zum Thema Hoffnung wurde von der Autorin im ersten Halbjahr 1999 entwickelt und soll folgende Kriterien erfüllen:

- (1) Theoriegeleitet: Anhand der sehr spezifischen Patientengruppe in der Onkologie soll die von Dulfault und Martocchio postulierte Hoffnungsstruktur und deren Dimensionalität inhaltlich erfragt und damit überprüft werden. Die affektive Hoffnungsdimension wird bisher von den verwendeten Hoffnungsskalen nicht erfaßt, welches grundsätzlich ein Desiderat des Forschungsgegenstandes darstellt. Dies ist im Interviewleitfaden berücksichtigt.
- (2) Praxisgeleitet: Weiter soll mithilfe dieser qualitativen Untersuchung gezeigt werden, dass neben dem subjektiven Belastungsempfinden eines Patienten dennoch Hoffnung vorhanden ist. Sie kommt in subjektiven Hoffnungsdefinitionen und in ihrer Abgrenzung zu falscher Hoffnung sowie der Lebensphilosophie (3) zum Ausdruck. Wie kommt für sie Hoffnung zur Sprache?
- (3) Differential - psychologische Fragestellung: Schließlich wird überprüft, ob sich die klinisch beobachteten, unterschiedlichen Quellen, aus denen Krebspatienten ihre Hoffnung beziehen, empirisch abbilden lassen. Ausgegangen wird von internalen und externalen Hoffnungsquellen. In Vorinterviews mit Patienten, die sich auf Frage 1 - 5 bezogen, wurde sehr schnell deutlich, dass

⁴²⁹ Siehe Interviewleitfaden: Strahlentherapiepatienten im Anhang: Teil A, Untersuchung 4. S. 9.

der Interviewleitfaden erweitert werden mußte. Schließlich erwies sich die jetzige Version als die günstigste. Zur Dokumentation wurde ein Diktiergerät eingesetzt. Die Patienten benötigten im Durchschnitt für das Interview 42 Minuten.

Gleichzeitig wurden 60 von 89 Theologen/Seelsorger (46 Frauen, 43 Männer) und 42 von 82 psychologische Psychotherapeuten (57 Frauen, 25 Männer) zu ihrem subjektiven Hoffnungsverständnis auf dieser Basis befragt, so dass ein Vergleich zwischen onkologischen Patienten und diesen beiden Berufsgruppen möglich wird. Frage 2 und 4 wurden dahingehend verändert, dass „seit ihrer Erkrankung“ ersetzt wurde mit „in ihrem Leben“.

4.4 Ergebnisse der subjektiven Hoffnungsvorstellungen

Alle 45 Patienten besaßen eine eigene subjektive Hoffnungsdefinition, die zunächst berichtet wird, wobei die Zahl am Anfang dem Code des Patienten entspricht.

Für die Antworten der Interviewfragen wurden Beispiele ausgewählt.

Frage 1: Was verstehen Sie unter Hoffnung?

1 „Man geht mit so einem Wort einfach so um, es ist aber nicht wünschen. Wünsche kann man sich schnell erfüllen [...], dass ich nur nicht immer so für mich lebe“.

2 „Hoffnung ist Freiheit, Weite, Unabhängigkeit, Chance, die Welt zu begreifen [...], vielleicht steht man immer zunächst zwischen realistischer und falscher Hoffnung, weil man noch nicht weiß, wohin es geht. Erst in der Rückschau weiß man das [...]. Es gibt auch falsche Hoffnungslosigkeit“.

7 „Neue Hoffnung würde heißen, ich kann planen. Meine Mutter erzählte, dass ich fast gestorben wäre an einer Stoffwechselkrankheit, ich habe nur Milligrammweise zugenommen, vielleicht ist das vergleichbar mit Hoffnung“.

9 „Liebe kommt, man kann sie nicht erzwingen, sie kommt und wächst. So denke ich, muß es auch mit der Hoffnung sein“.

12 „Hoffnung - ich will meine Ziele erreichen, den Lebensmut behalten“.

14 „Man darf die Hoffnung nicht verlieren, sonst gibt man sich selbst auf. Über Verluste kommt man, wenn man sich mit den Lebendigen beschäftigt und nicht mit den Toten“.

17 „Der Himmel ist Hoffnung“.

18 „Hoffnung - ich hatte immer eine positive Lebenseinstellung, viele Ziele [...]“.

21 „Hoffnung ist für mich wie ein Erwarten auf das, was kommt und dass sich erfüllt, was ich mir vorstelle“.

23 „Wenn ich mein Haus betrete, schon wenn ich die Haustür öffne, ist das alles, was ich mit Leben und Hoffnung verbinde. Da steckt meine Mühe, Kreativität und aller Hände Arbeit drin“.

25 „[...] wie ich gedanklich mit Situationen umgehe, das ist ganz wichtig für den Erhalt der Hoffnung. Ich suche immer den Schlüssel, wo es hell ist, aber er liegt auch im Dunklen und Verborgenen. Es kann für andere Menschen auch Sinn machen, nicht mehr weiterleben zu wollen. Das ist eine Entscheidung, und die Entscheidung zum Leben und zum Sterben geht nicht ohne Hoffnung“.

26 „Hoffnung war für mich hoffen, dass es immer weitergeht, neue Ziele [...] Hoffnung ist vom Großen her, dass kein Krieg ausbricht, dass das Leben weitergeht, Alte und Kranke genauso umsorgt werden wie Gesunde, dass man sich versteht und mehr Gerechtigkeit da ist [...]. Es hat mit Wärme zu tun, dass meine Lebenswärme bleibt, ein zärtliches Gefühl [...], Ziele, die in Erfüllung gehen, das ist für mich Hoffnung“.

29 „Vielleicht ist Hoffnung erst einmal nur grundsätzlich wichtig, egal, ob sie sich erfüllt oder nicht [...] Man wünscht sich Dinge so sehr und weiß manchmal im Innersten, dass es gar nicht möglich sein kann, trotzdem braucht man diese Vorstellung“.

31 „Wenn ich mir Dinge vorstelle, die dann in Erfüllung gehen, dann kann ich sagen, das war meine Hoffnung, die hat sich erfüllt, sonst wäre es ja Trugschluß gewesen. Rückwärts redet man von Hoffnung, vorher sind es Wünsche“.

33 „Hoffnung, ja - das ist sehr vielgestaltig, von welchem Blickwinkel aus sie betrachtet wird. Dass sich etwas erfüllt, Wünsche, die ich habe, aber Hoffnung ist auch mehr. Sie ist nicht greifbar, ich kann versuchen in die Richtung zu gehen. Manchmal bedeutet das auch Schmerzen und Leid [...]. Das Wichtigste waren immer die Ziele, die ich mir gesetzt habe [...]. Hoffnung ist so selbstverständlich, erst wenn du sie vermißt, weiß man, was das ist, kommt sie in den Blick“.

34 „Hoffnung ist für mich immer in dem Moment ein Gefühl, wenn es mir nicht gut geht oder alles verloren ist, dass es wieder besser wird [...]. Hoffnung hat man immer, in guten und in schlechten Tagen, spürbar wird sie erst, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Hoffnung sind Träume und Wünsche, die den Weg mit einschließt, der auch mühsam und leidvoll sein kann“.

37 „Hoffnung ist, an die Dinge zu glauben, die man gerne machen möchte, und wenn es nicht klappt, es wieder zu versuchen. Enttäuschungen gibt es, aber sie können die Hoffnung nicht nehmen. Hoffnung braucht man zur Genesung, da muß man etwas vor sich haben. In Zeiten, in denen man sich bedrängt fühlt, muß es mehr geben als das“.

38 „Hoffnung ist, dass ich etwas verändern kann, und zwar liegt das sicherlich eher im ideellen Bereich [...]. Hoffnung ist auch dieses, dass mit dem Tod das Leben nicht zu Ende ist, egal, wie man das jetzt definieren will. Ich sehe Hoffnung als ein Stück Zukunft [...]. Es gibt keine heile, aber immer eine hoffnungsvolle Welt“.

40 „Hoffnung ist für mich aus einer bestimmten Lebenssituation, die nicht so einfach ist, eine Lösung zu finden“.

46 „Hoffnung ist etwas, was ich selbst nicht in den Händen halte, festhalten kann. Ich meine, es gibt keine Hoffnung im luftleeren Raum, sie bezieht sich immer auf etwas, was gerade im Leben sehr wichtig erscheint. Auf einen Menschen z. B., mit dem ich lebe, ein Ziel, auf Sinn vielleicht. Hoffnung ist einfach mehr als der übliche Optimismus oder das positive Denken, Hoffnung trägt“.

49 „Ich denke, wer sich mutig für einen Weg entscheidet, wird darauf manchmal sehr viel Hoffnung erst entdecken“.

Frage 2: Welche Hoffnung mußten Sie durch ihre Erkrankung aufgeben? (Verlust spezifischer Hoffnung)

Abbildung 19 zeigt die Kategorien und Häufigkeitsverteilung des Hoffnungsverlustes. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Beurteiler stimmen hinsichtlich der Kategorien überein. Strahlentherapiepatienten leiden (1) unter dem Verlust ihrer Aktivitäten (n=20), wie z. B. Sport, Sexualität, Autofahren, Reisen, Wandern, Haus- und Gartenarbeit, Hobbys, (2) dem Verlust ihres Berufes und seiner Ziele (n=14), (3) dem Verlust allgemeiner Lebensziele (n=11), wie z.B. alt zu werden, Gesundheit, Attraktivität, Autonomie, Freiheit und Sicherheit und dem Verlust von Partnerschaft und Kinderwunsch (n=7). 13 von 45 Patienten nannten keine Hoffnungsverluste, die durch ihre Erkrankung entstanden waren.

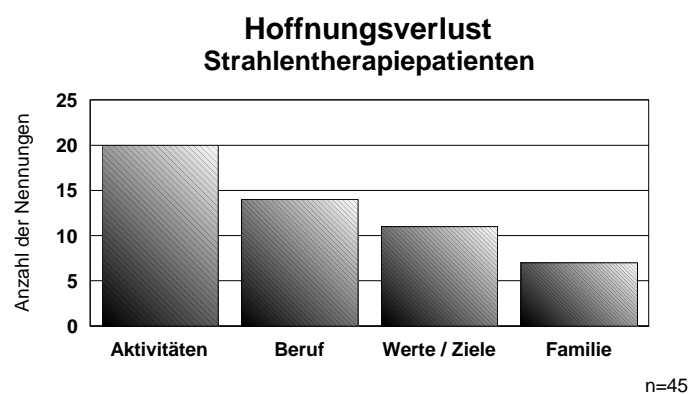


Abbildung 19: Kategorien des Hoffnungsverlustes

Beispiele:

1 „Mit der Erkrankung habe ich die Hoffnung auf eine Familie aufgegeben. Auch mein Mut zu einer Partnerschaft ist auf den Nullpunkt“.

13 „Meine Arbeit, Gesundheit, ich hatte immer mit Großraummaschinen zutun. Jetzt kann ich nicht mehr Auto fahren, ich will doch nicht vor mir selbst Angst haben“.

25 „Durch die Operation habe ich meine Attraktivität verloren, mit 27 Jahren die Brust zu verlieren, da war mein Selbstwertgefühl völlig am Boden, ging völlig den Bach runter. Von heute auf morgen hatte ich einen totalen Leistungseinbruch, ich fühlte mich wie 80 Jahre. Ich konnte mich auf meinen Körper nicht mehr verlassen. Meine Autonomie und Freiheit mußte ich aufgeben, ich war auf Hilfe angewiesen“.

31 „Meine ganze gewohnte Umgebung, meine Arbeitsstelle, auf der ich 30 Jahre arbeite, Hobbys - am Haus basteln, ich liebe Gartenarbeit [...]. Jetzt ist ein ganz anderer Rhythmus. Ob man nun hier ist oder zu Hause, man muß sich körperlich und geistig neu einstellen“.

47 „Im Moment habe ich bis auf die sechs Wochen, die ich nicht zu Hause sein kann, nichts aufgeben müssen“.

50 „Verloren habe ich eine ganze Menge, Arbeit, Sport, meine Gartenarbeit, meine innere Sicherheit und Ruhe ist das Schwierigste“.

Frage 3: Welche Hoffnung konnten Sie bewahren? (Bewahrung spezifischer Hoffnung)

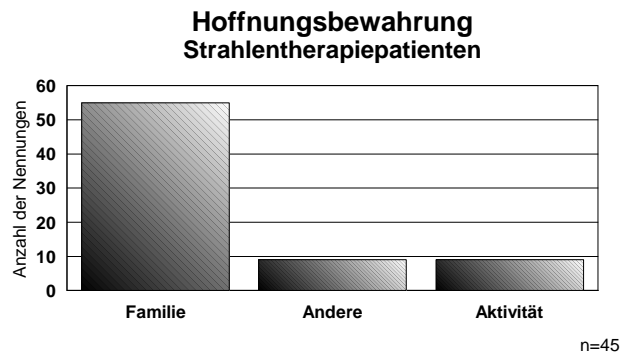


Abbildung 20: Kategorien der Hoffnungsbewahrung

Die Abbildung 20 beinhaltet folgende Kategorien: (1) Familie (n=55), wie Partner, Kinder, Enkel, (2) Andere Beziehungen (n=9), wie Freundschaften, Hund, Gott und (3) Aktivitäten (n=9), wie Chor singen, Auto fahren, Gartenarbeit, Sexualität. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Es besteht eine übereinstimmende Beurteilung. Alle 45 Patienten nannten ihre Beziehungen als wesentlich bewahrte Hoffnung.

Beispiele:

Die Spannbreite reicht von: „*Alles, ich konnte alles behalten*“ (Code 12; 23; 46) bis: „*Was ich behalte, hängt alles von der Therapie ab*“ (Code 36).

46 „*Behalten habe ich alles, was ich liebe, meine Beziehungen, meine Träume und Ziele, die sind nicht weg. Ich lerne im Moment, dass das Wesentliche des Lebens die Beziehungen sind, was ich mit und anderen Menschen lebe. Eigentlich fast merkwürdig [...], ich habe fast nichts aufgeben müssen, bis auf meine Gesundheit, die mich zwingt, anders auf meinen Körper zu achten und mit ihm zu leben*“.

51 „*Ein Herz braucht man im Leben, das einen wärmt und liebt, dann kann man fast alles überstehen, auch wenn man es nicht versteht*“.

Frage 4: Hat sich Ihre Hoffnung seit der Erkrankung verändert, ist z.B. eine neue Hoffnung dazugekommen? (Gewinn von neuer spezifischer Hoffnung bzw. Sinn)

17 von 45 Patienten gaben an, dass sie seit ihrer Krebserkrankung neue Hoffnung bzw. Sinn entwickelt haben, der häufig im Zusammenhang mit einer anderen Lebenssicht berichtet wird. Die Antworten beziehen sich teilweise auch auf das Erleben neuer Lebensqualität.

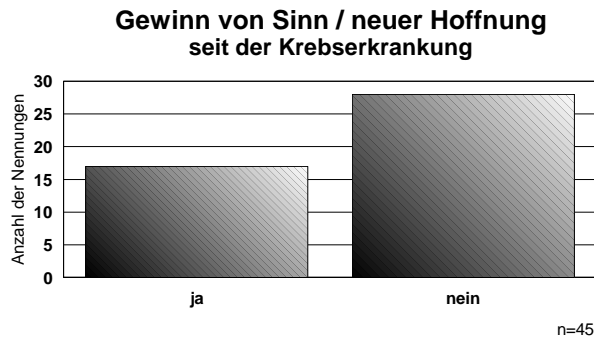


Abbildung 21: Gewinn von Sinn/ neuer Hoffnung

Beispiele:

- 1 „Ich genieße jeden Tag bewußt und hoffe, dass ich es im Trott nicht wieder verliere [...], gleichzeitig habe ich eine innere Gelassenheit entwickelt, meine Beziehungen haben sich vertieft“.
- 9 „Die Hoffnung auf Heilung“.
- 17 „Ich sehe manches mit anderen Augen“.
- 20 „Manche Tage sage ich: Mein Gott, heute ist heute, machen wir heute erst einmal das und machen wir morgen weiter. Wenn es jetzt nicht ist, dann vielleicht morgen“.
- 23 „Ich habe einen anderen Blick, ich sehe bewußter. Wenn ich morgens aufstehe, gehe ich zum Fenster, sehe in meinen Garten [...]“.
- 26 „Durch die Krankheit habe ich eine andere Lebenseinstellung, ich versuche aus jeder Situation das Beste zu machen [...]. Meine Mutter sagte früher oft zu mir: `Guck mal die Gänsblümchen, jedes hat ein lustiges Gesicht`. Daran muß ich jetzt oft denken“.
- 30 „Ich koste die Zeit aus, hier weniger, aber in der Normalität. Es gibt einen Spruch, der hängt bei mir: „Kaufet die Zeit aus“. Das ist ein wahres Wort“.
- 33 „Den Frühling habe ich dieses Jahr viel intensiver erlebt, meine Partnerschaft“.
- 38 „ Ja, ich denke ja. Das Bewußtsein, dass das Leben endlich ist und dass man die Beziehungen intensiver lebt [...]. Überhaupt ist das Gras dieses Jahr grüner und die Blumen bunter und unser Haus noch mehr Zuhause“.
- 46 „ Das kann ich so sagen. Ich werde nach dieser Zeit nicht mehr dieselbe Frau sein. Es ist ein totaler Einschnitt, der schmerzt und hoffen läßt. Ich verstehe das erste Mal, wie wir, wie ich täglich von tausenden Dingen selbstverständlich leben, sie einfach voraussetzen. Das geht morgens los, mit dem Frühstück, allen Hilfsmitteln [...] “.
- 47 „ Jeden Tag, den man erlebt, soll man genießen. Alles, was sich bietet, dem soll man aufgeschlossen gegenüber sein, auch bittere Erfahrungen, dann schmeckt das Leben hinterher wieder umso süßer“.
- 51 „Dass vieles, was früher sehr wichtig war, jetzt völlig nebensächlich wird“.

Frage 5: Wenn Sie Ihre Hoffnung mit einem Bild oder Symbol beschreiben, wie würde es aussehen? (generalisierte Hoffnung) Mit welchen Gefühlen verbinden Sie Ihre Hoffnung? (kognitiv-affektive Dimension)

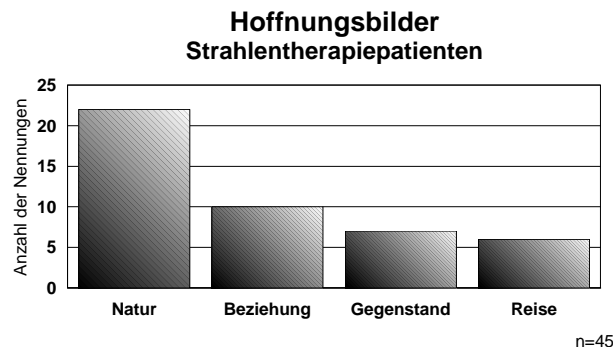


Abbildung 22: Häufigkeiten der Bildkategorien

Die erste Kategorie Natur (n = 22) bezieht sich z. B. auf Hoffnungsbilder wie Möwe im Sturm, Kiefernbaum, Sonnenaufgang, Regenbogen, Berge, Garten mit Blumen. Innerhalb der zweiten Kategorie Beziehungen (n = 10) wurden z.B. Sohn, Gott, Familie, Engel, Mutter genannt. Die dritte Kategorie Gegenstände (n= 7) bezog sich auf Bilder wie Farben, Haus, Kerze, offene Tür und Kategorie Reisen/unterwegs sein (n= 6) auf Schiff, Zeltplatz, Reisen. Alle Patienten nannten ein Hoffnungsbild, welches unabhängig von ihrer spezifischen Situation durch die Frage aktiviert werden konnte und oft lebensgeschichtlich eingebunden war. Ferner besaßen 19 Patienten ein aktives und 18 Patienten ein eher passives Hoffnungsbild.

Beispiele:

1 Meer in Bewegung

„Das Bild hat ganz ganz schwarze Wolken und dahinter einen offenen Himmel mit viel Licht am Horizont. Die See ist fürchterlich stürmisch, alles in Bewegung. Es ist ein extremer Kontrast. Ich hoffe, dass die schwarzen Wolken weniger werden, so in dicke, weiße Wolken“.

2 Möwe im Sturm

„Eine Möwe hat es schwer, loszufliegen, sie kommt schlecht hoch, braucht einen langen Anfahrtsweg. Entweder sie tippelt lange über das Meer oder sie klammert sich an einen Mast, dann läßt sie sich in den Wind fallen und wird getragen, dann ist sie völlig frei. So sehe ich das für mich“.

7 Sonnenblume

„Hoffnung, die sehe ich als eine Sonnenblume, als großen Feuerball, überall voll Licht und Wärme und wenn alles grünt und blüht. Im Frühjahr gehe ich voll auf, bloß gut, daß es jetzt in diese Zeit gefallen ist, im Winter - nicht auszudenken. Jetzt habe ich manchmal den Gedanken, ich bin gar nicht krank, wenn ich auf einer Sonnenbank sitze“.

46 Regenbogen

„Mir fällt da sofort der Regenbogen ein. Ich bin gläubig und der Regenbogen ist ein Zeichen für vieles. Einmal, dass ich glaube, dass Gott und mein Leben verbunden sind, ich eingebunden bin und dann entsteht ein Regenbogen aus der Verbindung von Sonne und Regen. Ich denke, das ist

ein Zeichen für mein Leben, ich liebe viel Wärme und ich habe auch viel geweint. Wenn ich mir dann vorstelle, dass aus beiden so schöne Farben werden, dann ist das für mich meine Lebenshoffnung“.

26 *Farben-gelb, rot, grün*

„Es hat mit Wärme zutun, dass meine Lebenswärme bleibt, ein zärtliches Gefühl dafür. Wenn ich Kälte spüre, spüre ich wenig Hoffnung. Welche Farben würde ich nehmen? Warme Töne, gelb, rot, grün würde ich für mein Bild nehmen, alle leuchtenden Farben. Eine Wiese mit Klatschmohn und mich da reinlegen und sagen: Oh, ist das schön! Die Sonne scheint und ich würde es riechen, es wäre rundum alles warm, ich fühle mich wohl. Ich würde mich ausziehen und so, wie Gott mich geschaffen hat, reinlegen“.

35 *Kerze*

„Das Hoffnungssymbol ist für mich die Kerze. Ich zünde täglich mir beim Essen eine Kerze an. Es war das Symbol gegen die Gewalt in der Wende. Das habe ich nicht vergessen. Die Kerze ist wie ein Lebenslicht, sie brennt, sie verbrennt alle ihre Energie und Reserven. Ich stelle oft eine Kerze in das Fenster, das bedeutet für mich Frieden und für die Menschen, die vorbei gehen, einen Augenblick Licht und Wärme“.

11 *Schiff - weißer Strand*

„Schiff - einen riesigen Dampfer mit Sonnendeck und Pool, es ist meine Vorstellung von totaler Entspannung, von Erfüllung, Glück - oder ein weißer Strand mit Palmen“.

12 *Sohn*

„Wissen Sie, ich hatte einen Traum, ich saß als alte Frau mit weißen Haaren in einem hohen Lehnstuhl, vor mir mein erwachsener Sohn mit zwei spielenden Kindern auf einer grünen Wiese, im Hintergrund eine Frau. Das hat mich unglaublich getröstet, ich bin im Alter nicht allein“.

17 *Gott ist Hoffnung*

„Dass ich auf Gott vertraue, Gott ist Hoffnung. Ich bete jeden Morgen Psalm 23. `Der Herr ist mein Hirte, mir wird nichts mangeln, er weidet mich auf einer grünen Aue und führet mich zum frischen Wasser, und ob ich schon wanderte im finsternen Tal, fürcht ich kein Unglück, dein Stecken und Stab trösten mich`“.

29 *Kind nach schwerer Geburt*

„Ich hatte eine sehr schwere Geburt, als ich meine Kleine nach vielen Stunden dann endlich in den Armen halten konnte, war das ein Glücksgefühl, wie ich es noch nie gespürt habe. Vielleicht ist das jetzt mit der Krankheit auch so. Es ist manchmal unerträglich und ich sehe auf die Uhr und die Zeit vergeht hier nicht. Ich konnte aufstehen, schreien, ich will nicht mehr, meine Geduld ist zu Ende und dann weiß ich, dass ich nicht anders um meine Gesundheit kämpfen kann. Wenn ich hier gesund rausgehe, dann ist das wirklich wie eine zweite Geburt für mich. Aber bis dahin werde ich auch noch viel leiden. Freud und Leid sind wahrscheinlich nicht zu trennen, auch bei der Hoffnung nicht“.

37 *Bild mit schützendem Engel*

„Ja, ich habe ein Bild. Da waren unsere Kinder ganz klein, und meine Mutter hat uns ein Bild geschenkt. Man sieht ein morsche Brücke und zwei Kinder, die Hand in Hand langsam darüber gehen, ein kleiner Junge und ein größeres Mädchen. Darüber ist schützend ein Engel, der seine Arme weit ausbreitet. Das Bild tröstet mich, ich fühle mich geborgen, aufgehoben, alles kommt zur Ruhe. Ich sage, alles kann mir genommen werden, aber das Bild nicht“.

39 *Familie mit drei Generationen*

„Für mich ist das eine Landschaft mit freudigen Menschen, die sich bewegen, und ich bin da dabei. Wir haben ein Reiseziel vor Augen. Ich bin in einer Reisegesellschaft und viel unterwegs“.

Es wurden vier Emotionen: Freude, Vertrauen, Trauer und Angst sowie dazugehörige Stimmungen der Hoffnung gefunden. Stimmungen zu Angst nannten die Probanden nicht. Hypothese 1. 2, die erwartet, dass Hoffnung eine affektive Komponente besitzt, die sich in Emotionen sowie Stimmungen ausdrückt, konnte bestätigt und an dieser Stichprobe differenziert dargestellt werden. Mehrfachnennungen waren möglich.

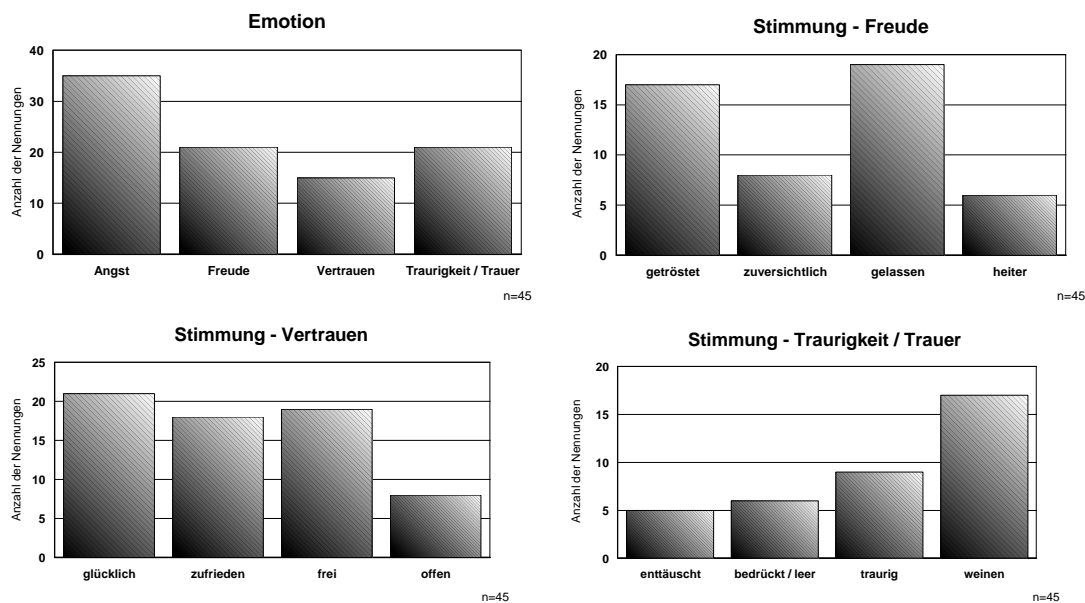


Abbildung 23: Klassifikation von Emotionen und Stimmungen der Hoffnung

Frage 6 und 8: Was sind für Sie jetzt Momente von Hoffnung? Auf welche Menschen, Dinge oder Erfahrungen bezieht sich Ihre Hoffnung? (Hoffnungsbezug, relationale Dimension).

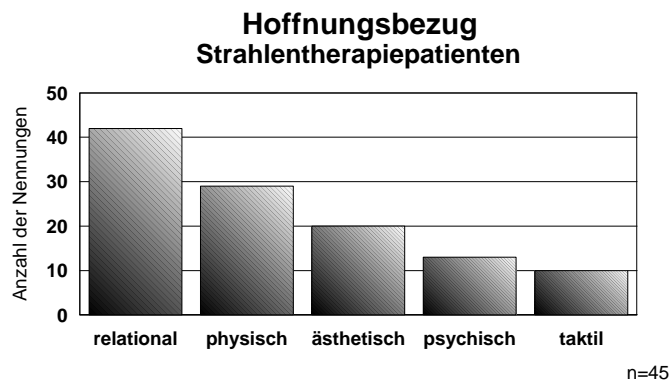


Abbildung 24: Hoffnungsbezug

Aus Abbildung 24 sind die Kategorien des Hoffnungsbezugs und deren Häufigkeitsverteilung ersichtlich. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Beurteiler stimmen überein. Die erste Kategorie relational (n=42) bezog sich auf Kinder, Enkel, Partner, Freundschaften, Gott, Bettnachbarn oder Kollegen. Als zweithäufigste Kategorie wurde das physisches Wohlbefinden (n=29), wie z. B. Kraft spüren, spazieren gehen, mit dem Hund laufen, Therapie gut vertragen, schmerzfrei fühlen, Tagesrhythmus leben, jeden Tag trainieren, genannt. Ebenso spielt eine ästhetische Atmosphäre (n= 20), wie z. B. Musik, Blumen und Pflanzen, Bilder, Ruhe, Stille eine wichtige Rolle. Psychisches Wohlbefinden (n=13) wird in Verbindung mit Bettnachbarn, guten Erinnerungen, Urlaubsfotos, beten, sonnen, malen und kreativ sein genannt. Die fünfte Kategorie taktil (n=10) bezog sich auf Berührung, wie Freundin umarmen, mit Enkelin kuscheln, Umarmung, Hand in Hand gehen, Hund rumschleppen.

Beispiele:

1 „Freundschaften sind sehr wichtig. Meine Mutter auch, aber da will ich mich abgrenzen“.

3 „Wenn ich mal kurz nach Hause darf, mein Zimmer, meine Musik, meine Katze, die hat so ein weiches Fell. Gestern hat mich hier eine Freundin besucht, wir haben viel gelacht und waren gegenüber Eis essen, das war toll“.

4 „Wenn meine Enkeltochter an mein Bett kommt und mit mir kuschelt, da bin ich glücklich“.

6 „Ich hoffe ganz stark, dass mir die Therapien helfen. Ich bin überzeugt, dass es eintrocknet“.

21 „Wenn ich aufstehe und die Sonne scheint, bin ich lebenslustig [...]. Und natürlich mein Neffe, das ist mein Ein und Alles [...]“.

46 „Ich richte meine Hoffnung auf die Therapie und den Arzt. Mein Glaube hilft mir auch das durchzustehen [...]“.

56 „Ich hoffe täglich, dass es besser wird, dass ich keine Schmerzen bekomme. Auch habe ich einen süßen Hund, der wartet auf mich [...]. Ihn schleppe ich viel rum“.

Frage 7: Haben Sie eine religiöse Hoffnung? (spirituelle Dimension)

26,7% der 60 Befragten gaben eine konfessionelle Zugehörigkeit an. Aber nur 8,3% davon waren nach eigenen Angaben praktizierende Christen. Dagegen besaßen 64,4 % der 45 Patienten, die am Interview teilnahmen, ein religiöses Hoffnungsmodell.

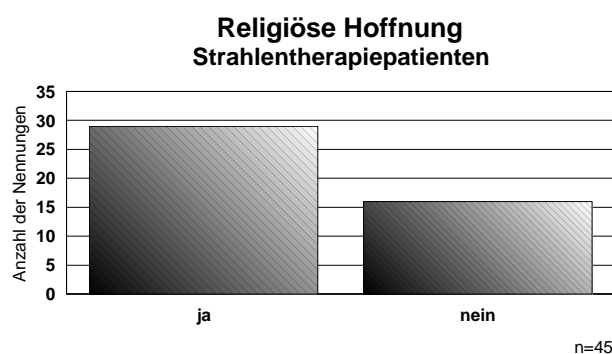


Abbildung 25: Religiöse Hoffnungsmodelle

Beispiele:

- 1 „Wenn ich bete und bitte, dann um Kraft und Geduld. Ich habe immer ein Lied [...] geliebt: `Von guten Mächten wunderbar geborgen, erwarten wir getrost, was kommen mag, Gott ist mit uns am Abend und am Morgen und ganz gewiß an jedem neuen Tag`“.
- 2 „Wenn ich mein Leben so nachvollziehe, dann gibt es Situationen, da kann Gott es nur gesteuert haben, wie ein guter Steuermann das Schiff“.
- 3 „Ich glaube, Gott ist für alle Menschen da“.
- 7 „Glaube ist etwas anderes, seit ich krank bin, ist das alles für mich Gebet. Ich bete so oft ich kann, da komme ich zur Ruhe, da ist Jemand“.
- 9 „So wie das Weltall unendlich ist, ich mir keine Grenze vorstellen kann, so kann ich mir auch nicht vorstellen, dass der Tod die letzte Grenze ist. Wenn ich mal sterbe, erlebe ich nichts mehr, wie ich es jetzt erlebe. Umso wichtiger ist die Hoffnung, dass es mehr gibt, das etwas bleibt“.
- 24 „Ich glaube, dass Gott mir beisteht, ich lese in der Bibel [...]. Ich bete jeden Tag: `Von allen Seiten umgibst du mich und hältst deine Hand über mir`. Manchmal spüre ich das, manchmal weniger“.
- 26 „O, Gott, hilf mir, habe ich schon oft gebetet. Wenn einem nichts weh tut, geht man weder zum Arzt noch zu Gott. Ich würde immer sagen, Glauben ist sehr wichtig. Allein, dass ich glaube, dass ich morgen früh wieder aufstehe, das ist so etwas wie Hoffnung“.
- 31 „Ich denke immer, dass wir nicht die Einzigsten im Universum sind. Andere Lebewesen existieren auch noch. Man weiß es nicht, ich denke es“.
- 32 „Es ist ein bißchen eine zweifelhafte Sache. Der Atheist sagt: Mit dem Tod ist alles Schluß. Das Leben mache ich selbst. Aber irgendwie ist das auch wenig“.
- 34 „Ich denke schon [..], dass es eine Kraft gibt, die mehr ist als meine alltägliche Kraft [...]. Es gibt so etwas wie Bewahrung, und es hat auch alles seinen Sinn [...]. Der liebe Gott hat da in mein Lebensrad eingegriffen. Ich hatte dabei viele, viele Schutzengel“.
- 46 „Mir ist wichtig, dass ich das Gefühl habe, es gibt mehr als dieses Leben. Ich habe den Eindruck, vieles, was heute von Bedeutung ist oder eine Rolle spielt, hängt auch mit dem verlorenen Glauben zusammen [...]“.

14 Aussagen wurden als sehr religiös eingeschätzt und 10 Aussagen als weniger religiös.

Frage 9: Gibt es für Sie eine falsche Hoffnung oder was würden Sie darunter verstehen?

Alle Patienten besaßen eine Art Definition von falscher Hoffnung in Abgrenzung zu ihrer subjektiven Hoffnungsdefinition. Diese bezieht sich vorrangig auf die Aufklärung. „Die Ärzte sollen mir keine falschen Hoffnungen machen“ (Code 13).

Beispiele:

- 2 „Falsche Hoffnung, es gibt auch falsche Hoffnungslosigkeit“.
- 3 „Ich will, dass mir die Ärzte die Wahrheit sagen, aber so, dass ich damit leben kann“.

11 „Falsche Hoffnung, das ist, wenn die Ärzte sagen: `Das kriegen wir schon wieder hin`, aber ganz genau wissen, es stimmt nicht. Das ist doch schon Lüge“.

16 „Wenn ich genau weiß, es wird so oder so ablaufen und der Arzt tut mir mit irgendetwas die Augen zukleistern. Ich habe eine Lebenszeit so oder so und mache mir mehr Hoffnungen, als Zeit da ist“.

32 „Ich muß der Wahrheit ins Auge sehen. Ein X vor das U machen, das ist falsche Hoffnung. Ich erwarte das erstere von den Ärzten“.

40 „Falsche Hoffnung, die können einem nur andere machen, selber nicht“.

56 „Falsche Hoffnung kann ich mir nur machen, wenn ich selber keine Hoffnung habe, dann brauche ich die Hoffnung anderer, und das kann sich als falsch erweisen“.

Aus Abbildung 26 ist ersichtlich, ob die Patienten falsche Hoffnung eher negativ (n=22), neutral (n= 13) oder positiv (n=10) bewerten.

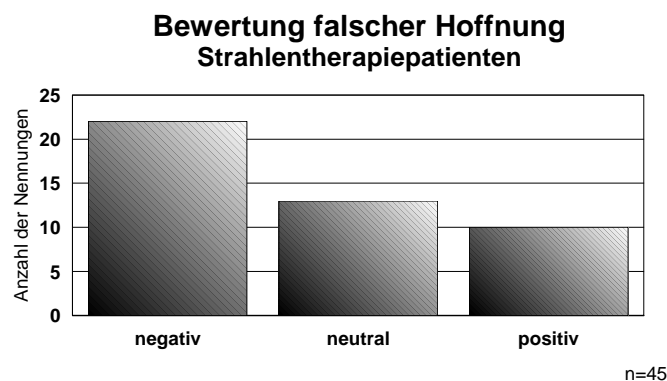


Abbildung 26 : Bewertung von falscher Hoffnung

Frage 10: Welche Lebenseinstellung haben Sie derzeit? (Lebensphilosophie)

Alle 45 Patienten äußerten ihre derzeitige Lebenseinstellung, welche sich in der folgenden Kategorisierung zusammenfassen lässt:

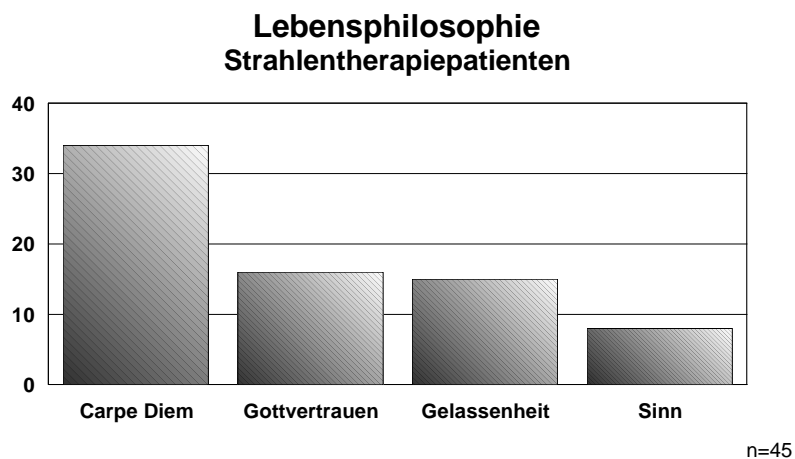


Abbildung 27: Lebensphilosophie

Beispiele:

1 *“Alles ist sehr stürmisch in Bewegung, über mir ist zum Glück der ruhige Horizont, sonst hätte ich Angst unterzugehen“.*

2 *“Meine Lebensmaxime ist, lebe jetzt, koste den Tag und die Zeit aus“.*

7 *“Sorge nicht, es genügt, dass jeder Tag seine Plage hat“.*

9 *“Ich sehe die Zukunft gelassen, es kann auch anders kommen“.*

10 *“Ich glaube heute, dass ich mit jeder Situation umgehen kann“.*

11 *“Ich sage nur, das Leben ist wie Sonne, Mond und Sterne“.*

12 *„Ich habe sieben Jahre Arbeitslosigkeit überstanden, da werde ich auch diese Zeit überstehen“.*

14 *„Mit dem, was ich hatte, war ich zufrieden [...], ich nehme, was kommt“.*

15 *„Der Mensch denkt, Gott lenkt“.*

17 *“Wer Gott vertraut, der hat auf keinen Sand gebaut“.*

18 *„Man kann aus jeder Lebenssituation etwas machen“.*

20 *„Der Baum treibt immer wieder aus. Es findet sich immer wieder ein Weg.*

Obwohl eine Pflanze kraftlos sein kann, grünt sie durch Beton“.

22 *“Lebt euer Leben, solange ihr könnt“.*

25 *“Für mich gilt da immer das Bild vom halbvollen bzw. halbleeren Glas.*

Je nachdem, wie ich es bewerte, so werde ich das Leben leer oder halbvoll erleben“.

26 *“Man muß auch im Leben zurückstecken können. Es gibt erfülltes Leben trotz vieler unerfüllter Wünsche“.*

27 *“Ich denke, dass letztlich alles seinen Sinn hat“.*

29 *“Man muß alles tun, und dann gibt es einen Punkt, da muß man es aus der Hand geben“.*

30 *“Achte alles, auch das Kleinste, was dich umgibt“.*

38 *“Jeder Mensch sollte die Kraft entwickeln, im Hier und Jetzt zu leben.*

Wählt aus, was ihr lebt, welche Beziehungen und welchen Glauben, das ist wichtig“.

46 *“Vielleicht habe ich die Hoffnung, erst einmal Mensch, weiter Mitmensch zu sein“.*

48 *„Vielleicht so, halte dich offen für jeden Tag und für das, was er bringt [...].*

Es schützt vor Enttäuschungen und Bitterkeit“.

Zusammenfassung

Bei den Befragten läßt sich eine generalisierte Hoffnung (Frage 5) und spezifische Hoffnung (Frage 2, 3, 6 und 8) empirisch abbilden, ebenso vier Dimensionen von Hoffnung: kognitiv und affektiv (Frage 5), relational (Fragen 6 und 8) und teilweise spirituell/religiös (Frage 9). Alle Patienten besaßen eine subjektive Hoffnungsdefinition, die sie auch von falscher Hoffnung abgrenzen. Neben Hoffnungsverlusten (n=31), die die Patienten auf ihre Erkrankung zurückführten, berichteten auch 17 von 45 Probanden von neuem Hoffnungsgewinn bzw. Sinn seit ihrer Erkrankung. Alle Patienten besaßen eine Lebensphilosophie (transformierte Hoffnung, Verres, 1997). Die Ergebnisse der qualitativen Studie zeigen, dass sich die von Dufault und Martocchio (1985) postulierte menschliche Hoffnungsstruktur und deren Dimensionalität auch in einer existenziell bedrohlichen Lebenssituation, wie sie eine Krebserkrankung darstellen kann, finden läßt und erhalten bleibt. Eine Einschätzung der gesamten Antworten auf die Fragen 1 -10 mithilfe einer

sechsstufigen Skala: Internal - External ergaben folgende Ergebnisse.⁴³⁰ Von 45 Patienten (Probanden 1, 3, 4, 7, 9, 10, 17, 26, 29) schöpfen 9 ihre Hoffnung überwiegend aus internalen Hoffnungsquellen, wie z. B. Glaube⁴³¹, Stille, Erinnerung. Sie unterscheiden sich von den Patienten, die ihre Hoffnung überwiegend aus externalen Quellen beziehen (n= 36), z. B. Therapie, Arzt, Besuch. Die Übereinstimmung der Interraterreliabilität liegt bei einem Kappa von 0,76557. Patienten mit überwiegend internalen Hoffnungsquellen nannten mehr Hoffnungsgewinn bzw. Sinnfindung seit ihrer Erkrankung. Innerhalb der Patientengruppe lassen sich zwei Hoffnungsquellen differenzieren, eine externale und eine internale, kann somit bestätigt werden. Dies gilt ebenfalls für Hypothese 1. 4: Patienten, die ihre Hoffnung aus internalen Quellen schöpfen, beziehen mehr Hoffnungsgewinn bzw. Sinn aus ihrer Erkrankung als Patienten mit externalen Hoffnungsquellen.

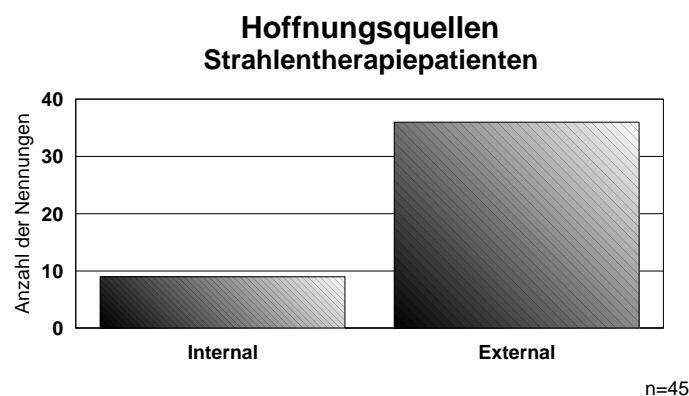


Abbildung 28: internale und externale Hoffnungsquellen

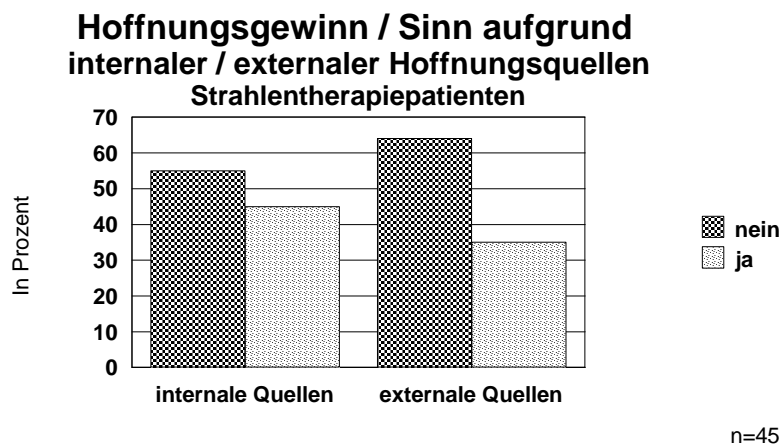


Abbildung 29: Hoffnungsgewinn bzw. Sinn aufgrund internaler und externaler Hoffnungsquellen

⁴³⁰ Zur inhaltsanalytischen Auswertung und Kategorienbildung: siehe Rittweger, J. (2000) Anhang der Diplomarbeit: Hoffnung und subjektive Belastungserfahrung von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie. Halle.

⁴³¹ Glaube kann an dieser Stelle nicht einseitig als „internale Quelle“ interpretiert werden, er ist immer auch external – extra nos, vgl. z. B. Philipper 2. 5-11.

Diskussion Teil A

Wie die Untersuchung 1 bisher zeigt, verfügen die Skalen von Herth und Snyder über eine hohe interne Konsistenz, ohne jedoch das Konstrukt Hoffnung überhaupt valide zu messen. Auch die Überprüfung des übereinstimmenden 1. Faktors der beiden Skalen ergab keinen nennenswerten positiven Zusammenhang. Da beide Messinstrumente derzeit einzeln in Hoffnungsstudien eingesetzt werden, ist fraglich, ob sie ihr eigentliches Ziel, Hoffnung zu untersuchen, überhaupt erreichen. Da beide Skalen nur einen geringen positiven Zusammenhang aufweisen, ist es faktisch nicht möglich, die Studien und ihre Ergebnisse zu vergleichen. Wie schon die theoretischen Ergebnisse in Teil I darlegen, gibt es weder in der allgemeinen noch in der klinischen psychologischen Forschung einen Konsens, was Hoffnung eigentlich ist. Auch dadurch sind bisher einheitliche tragfähige Operationalisierungen ausgeschlossen. Allein durch die Gleichsetzung von kognitiver Zielorientierung und Hoffnung, wie Snyder (1991) dies getan hat, läßt sich die Hoffnung als theoretischer Begriff inhaltlich kaum bestimmen. Legt man das bisherige theoretische Wissen zu einem Konstrukt der Hoffnung (Teil I) zugrunde, so muss von einer Mehrdimensionalität der Hoffnung ausgegangen werden, die sich kognitiv, relational, spirituell und affektiv ausdrücken. Selbst weiterführende Konzeptionen, wie diejenige von Farran/Herth & Popovich 1995 und 1999 lassen die Verknüpfung der einzelnen Subdimensionen (kognitiv, relational und spirituell) noch unbefriedigend, bzw. vernachlässigen die affektive Komponente völlig. Insgesamt läßt der empirische Forschungsstand zum Gegenstand Hoffnung derzeit mehr Fragen offen als er selbst beantworten kann. Die Herthsche Hoffnungsskala kommt dem theoretischen Hoffnungskonstrukt am nächsten. Aus diesem Grund und um eine Vergleichbarkeit der durchgeführten sechs Untersuchungen zu garantieren, wurde sie als empirische Forschungsgrundlage dieser Arbeit eingesetzt. Die Ergebnisse der Untersuchungen 1-4 in Teil A, die sich mit Einflussvariablen auf das Hoffnungsniveau sowie den subjektiven Hoffnungstheorien bei Ersterkrankten und Rezipienten beschäftigten, erlauben folgende Aussagen, die die weitere Diskussion befruchten können.

In Untersuchung 1 besitzen alleinlebende Frauen der Altersgruppe 60 - 79 Jahre die höchsten Hoffnungswerte. Eine Erklärung dieses Ergebnisses kann sich auf Geschlechtsunterschiede beziehen. Frauen leiden mehr als Männer unter der Trennung ihrer sozialen Beziehungen, wie z. B. von Kindern oder ihrem bereits verstorbenen Partner. Alleinlebende Frauen ab 60 Jahre haben offensichtlich diese Trennung schon vollzogen. Männer dagegen leiden stärker als Frauen unter erlebtem Leistungsverlust. Zweitens nehmen Bildung und das Alter Einfluß auf die erlebte Hoffnung. Die niedrigsten Hoffnungswerte fanden sich in der jüngsten Altersgruppe 22 - 49 Jahre der Patienten. Eine Ursache könnte darin liegen, dass jüngere Patienten größere Schwierigkeiten haben, ihnen entsprechende Bewältigungsstrategien zu entwickeln als ältere Patienten, die aufgrund vergangener Lebenskrisen diese schon entwickeln mußten bzw. auf Erfahrungen zurückgreifen können. Drittens übte die Konfessionszugehörigkeit keinen Einfluß auf das Hoffnungsniveau aus. Der geringe Prozentsatz konfessioneller Bindung kann dafür Ursache sein. Andererseits zeigen die qualitativen Ergebnisse, dass 64,4 % der 45 Patienten, die am Interview teilnahmen, ein religiöses Hoffnungsbild (vgl. Ergebnisse Frage 5 und 7) besaßen, dies verweist auf ein großes spirituelles Bedürfnis als „Anker“ hinsichtlich existenzieller Ängste.

Patienten, die an Glioblastom oder Sarkom erkrankt waren, besaßen die niedrigsten Hoffnungswerte, gefolgt von HNO - und Lungenkarzinompatienten. Hierbei könnte auch das Wissen über die Prognose bzw. Lebenszeit spielen. Die höchsten Hoffnungswerte besaßen Mamma - und Cer-

vixkarzinompatientinnen. Offensichtlich reichen Unterschiede, wie z. B. in der Diagnose und der damit verbundenen Überlebenszeit aus psychologischer Sicht zur Erklärung jedoch nicht aus. Insgesamt belegt die Case –Control –Studie – Untersuchung 2, dass Patienten nach einer Krebsdiagnose im Vergleich zu Gesunden unter einem großen Hoffnungsverlust leiden. Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit, die Unterbrechung von Lebenszielen, spezifischen Hoffnungen, wie Aktivitäten, Beruf, Werte/Ziele sowie familiären Beziehungen, die im Interview berichtet wurden (vgl. Ergebnisse Frage 2) stehen offensichtlich damit im Zusammenhang. Entscheidend zur Gewinnung neuer Hoffnung sind nach Aussagen der Patienten im Interview (vgl. Ergebnisse Frage 3, 6 und 8) tragfähige Beziehungen, aus denen neue Hoffnung geschöpft werden kann. Dies stellt an die Berufsgruppen der Seelsorger und Psychotherapeuten im klinischen Kontext hohe Anforderungen, nicht zuletzt, weil aufgrund des gesellschaftlichen Kontexts immer mehr Patienten, die ohne ein tragfähiges soziales Netz inzwischen leben, klinisch oder palliativ behandelt werden müssen. So ergibt sich für diese Arbeit häufig eine Langzeitbetreuung, wie Teil III (Fall I und II) zeigen wird. Die Begleitung ist überwiegend geprägt von einem Prozeß der Ambivalenz zwischen Hoffnung und Verzweiflung, mit dem sich der professionelle Helfer ebenfalls auseinandersetzen hat. Dabei sind die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien der an Krebs erkrankten Menschen, zu berücksichtigen, wie z. B. nach einer Wiedererkrankung die Inanspruchnahme alternativer Medizin. Inwieweit die Alternativmedizin nicht so etwas darstellt wie säkularisierte religiöse Hoffnung, bleibt zu fragen? Bisher völlig unbeachtet in der Wissenschaft ist die Funktion der Hoffnung im Sinne einer Angstreduktion geblieben, also einer Copingstrategie, wie die Ergebnisse im Interview (vgl. Frage 4), dem Gewinn von neuem Sinn und einer anderen Lebenshaltung, interpretiert werden können. Wie die Ergebnisse in Untersuchung 3 überraschenderweise zeigen, haben Rezidivpatienten im Vergleich zu Ersterkrankten Krebspatienten eine wesentlich größere Hoffnung. Einmal offenbart sich hier die Hoffnung als eine Bewältigungsstrategie, die weiter wissenschaftlich diskutiert und erforscht werden sollte. Der Wirkungszusammenhang zwischen Krebserfahrung, Hoffnung und Coping erfordert weitere Untersuchungen. Im Weiteren scheinen die unterschiedlichen Hoffnungsquellen (internal und external), auf die sich Menschen beziehen können, in der Bewältigung der Krankheitsbelastung eine Rolle zu spielen. So führen internale Hoffnungsquellen eher dazu, dass Patienten eine andere Lebenssicht, neue Hoffnung bzw. Sinn entwickeln können, wie die Ergebnisse des Interviews zeigen. Nicht zuletzt scheinen Rezidivpatienten aufgrund ihrer Vorerfahrungen und deren Bewältigung sowie einer Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten, die sie inzwischen in Anspruch nehmen, ihre Hoffnung zu aktivieren. Auch besteht die Annahme, dass diese einen anderen Umgang mit existenziellen Ängsten und Bedrohungen ermöglichen und die Hoffnung dadurch erhalten bleibt. Wie gezeigt werden konnte (Untersuchung 3), besteht eine Vielfalt und Komplexität der einzelnen Patientengruppen in der Inanspruchnahme alternativer Therapien und Unterstützungsmöglichkeiten, auf die sich die Hoffnung von Patienten richtet und diese erhält. Vom medizinischen Standpunkt her ist unter diesem Gesichtspunkt eine einseitige Bewertung weniger angebracht. Eindeutig klassifizieren die Patienten im Interview (Ergebnisse Frage 9) falsche Hoffnung mit einer ungenügenden Aufklärung ärztlicherseits, keinesfalls mit alternativer oder Komplementärmedizin. Der Bedarf an seelsorgerlicher und psychotherapeutischer Unterstützung in allen Patientengruppen verweist noch einmal auf die praktisch relevante Fragestellung (Teil III): Wie kann in diesem klinischen Kontext Hoffnung aktiviert bzw. rekonstruiert werden mit Hilfe einer seelsorgerlichen Begleitung bzw. psychotherapeutischen Interventionen? Wie angenommen, dass die Hoffnung zur Persönlichkeit eines Men-

schen gehört und folglich jeder Mensch mehr oder weniger eine Hoffnungskompetenz im Wechselspiel des Lebens besitzt, bietet sich hier ein wesentlicher Ansatzpunkt zur klinischen Intervention an. Sie hat zum Ziel, die Hoffnungskompetenz des Patienten zu stärken, z. B. über die Aktivierung eigener Hoffnungsvorstellungen und Hoffnungsbilder, die den Patienten auch in Krisen tragen (vgl. Ergebnisse: Interview Frage 5). Andererseits könnte dies ebenfalls bedeuten, dem Patienten zu helfen, seine Krankheit sinnhaft umzudeuten und ihm somit die Chance zu eröffnen, Kontrolle, Selbstwert und Lebenssicherheit wiederzuerlangen. Wie die Ergebnisse des Interviews (Untersuchung 4) zeigen, bleibt die Hoffnungsstruktur und deren Dimensionalität auch in einer hoffnungslosen Situation bzw. Perspektive erhalten, wie sie eine Krebserkrankung darstellen kann. Deshalb sollte innerhalb der klinischen Praxis mehr auf das subjektive Hoffnungsverständnis eines Patienten und dessen Funktion geachtet sowie dazu weitere Studien durchgeführt werden. Nicht zuletzt, weil die tragende Hoffnung im Unterschied zur spezifischen Hoffnung nicht verloren geht und bei Aktivierung eine wesentliche emotionale Öffnung geschieht. So erlebten Patienten neben ihrer Verzweiflung, Trauer und Ängsten im Zusammenhang mit ihrem Hoffnungsbild Freude, Vertrauen, Trost, Zuversicht, Gelassenheit, Glück, Zufriedenheit, Offenheit, Freiheit. Diese affektive Komponente der Hoffnung ist bisher ein Desiderat in der Forschung (vgl. Interview: Frage 5).

Vielversprechend erscheinen insgesamt Ansätze, die von der Bedeutung einer lebensbedrohlichen Erkrankung für die Überzeugungssysteme des ursprünglich gesunden Menschen ausgehen und darauf aufbauend dessen Versuche beschreiben, sich an die so einschneidend veränderten Lebenssituation anzupassen. Diese Ansätze werden auch eher dem von Gerdes 1989 geäußerten Anspruch gerecht, die Existenz Erfahrung von Krebspatienten in den Mittelpunkt der psychoonkologischen Forschung zu stellen.

Teil B Professionelle: Seelsorger und Psychotherapeuten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe

Quantitative und Qualitative Untersuchungen

5. Untersuchung 5: Persönlichkeitsmerkmale und Hoffnungsniveau

5.1 Analyse von Persönlichkeitsmerkmalen und ihrem Einfluß auf das Hoffnungsniveau

Wie die Patientenbefragung in Teil A gezeigt hat, gibt es in fast allen Gruppen ein großes spirituelles Bedürfnis sowie ein Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung. Im klinischen Kontext sind heute dafür speziell ausgebildete Seelsorger und Psychotherapeuten (Psychoonkologen) die Hauptansprechpartner. Im speziellen Arbeitsbereich der Onkologie gibt es die Integration dieser beiden Berufsgruppen in den klinischen Alltag erst seit der Wende.

Charakteristisch für die neuen Bundesländer ist eine über Generationen tradierte Säkularisierung der Gesellschaft. Erkennbar ist dies am geringen Grad konfessioneller Bindung⁴³². Die Lösung von einer kirchlichen Mitgliedschaft und der damit verbundenen Traditionen kann dazu führen, dass Menschen ihr spirituelles Grundbedürfnis alternativ stillen bzw. psychotherapeutische Angebote nutzen, die die Seelsorge weitgehend abgelöst haben. Angesichts dieser gesellschaftlichen Entwicklung wird sich im weiteren mit den beiden Berufsgruppen Seelsorger und Psychotherapeuten gleichberechtigt auseinandergesetzt, die beide für sich in Anspruch nehmen, Menschen in Krisen und auf ihrem Weg zu neuer Hoffnung zu begleiten. Hierbei richtet sich das quantitative Forschungsinteresse auf zwei Schwerpunkte:

Unterscheiden sich beide Gruppen Seelsorger und Psychotherapeuten in ihrem Hoffnungsvermögen und wie wirken sich allgemeine Persönlichkeitsmerkmale auf ihr Hoffnungsniveau aus? Gibt es Persönlichkeitsmerkmale, die sich als Prädiktoren für die Hoffnung eignen (vgl. Hypothesen 2.1 Persönlichkeitshypothese und Hypothese 2.2 Prädiktorhypothese)? Um beide Akademikergruppen sowohl im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsmerkmale und ihr Hoffnungsvermögen realistisch einschätzen zu können, dient eine Kontrollgruppe zur Überprüfung, bestehend aus einer Stichprobe der Normalbevölkerung mit nicht-akademischen Berufen. Damit ist ein Vergleichsmaßstab gegeben. Wie bereits in Teil A bedürfen die quantitativen Untersuchungen einer qualitativen Ergänzung. So wurden aus dieser Stichprobe Seelsorger und Psychotherapeuten zu ihrem

⁴³² Wie die interessante Statistik des Kirchenkreis Halle zeigt, vollzog sich die Entwicklung der ostdeutschen Kirchenmitgliedschaft wie in einem Brennglas. 1950 waren noch über 80% der Bevölkerung in Ostdeutschland evangelisch und etwa 11% katholisch. Innerhalb von nur zwei Generationen sank der Anteil auf weniger als ein Drittel: 1989 waren nur noch 24% evangelisch und 4,5% katholisch. In derselben Zeit verzehnfachte sich der Anteil der Konfessionslosen von 7% auf etwa 70%. Mit der Einführung des Kirchensteuereinzugssystems kam es nochmals zu einer Austrittswelle. In Halle verminderte sich der Anteil der Evangelischen Christen von 82% auf 8,6% im Zeitraum von 1954 bis 1998. In Halle-Neustadt, einem Neubaugebiet von 90 000 Einwohnern gibt es heute 4% Evangelische Christen. Fehlende finanzielle Mittel führten in den vergangenen 10 Jahren zu einer Reduzierung der Mitarbeiterstellen-Pfarrer, Kantoren, Katecheten, um knapp 60%, Tendenz steigend. Heute gibt es in Halle 30 Kirchen, 27 Gemeinden mit insgesamt 23.100 Gemeindegliedern. Die Seelsorge hatte sich einzustellen in einer säkularisierten Zeit, bzw. Seelsorge wird zunehmend zur Seelsorge an Konfessionslosen, wie sie sich ständig in der Klinik ereignet. Die Statistik ist über den Kirchenkreis Halle erhältlich.

Vgl. Schneider – Flume, G. (2000). Gott in der Zeit, in: Zeitschrift für Theologie und Kirche 97. 343-361.

drs. (1998). Glaube in einer säkularen Welt, in: Neue Zeitschrift für Systematische Theologie 40. 80-90.

Ziemer, J. (2004). Weltlichkeit und Spiritualität. Seelsorge unter den Bedingungen der Säkularität. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen. 21-37.

subjektiven Hoffnungsverständnis/Theorien mit dem Interviewleitfaden zur Hoffnung befragt (vgl. Hypothese 2.3 Hoffnungsverständnis-hypothese). Es wird erwartet, dass Seelsorger aufgrund ihres Glaubens eher mit einem Konzept der Hoffnung verbunden sind als Psychotherapeuten.

5.2 Untersuchungsdesign⁴³³

Insgesamt nahmen an dieser Untersuchung 259 Probanden teil: 89 Seelsorger, davon 46 Frauen, 43 Männer im Pfarramt oder überwiegend in der Sonderseelsorge tätig. Kriterium der Teilnahme war eine Ausbildung für die Sonderseelsorge der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP); 82 psychologische Psychotherapeuten in eigener Praxis oder in der Klinik tätig (88% tiefenpsychologisch und 12% verhaltenstherapeutisch ausgebildet), davon 57 Frauen und 25 Männer und 88 Personen der Kontrollgruppe verschiedener nicht-sozialer Berufe, davon 55 Frauen und 33 Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 42.5 (SD=9,5; Range:26-71 Jahre).⁴³⁴

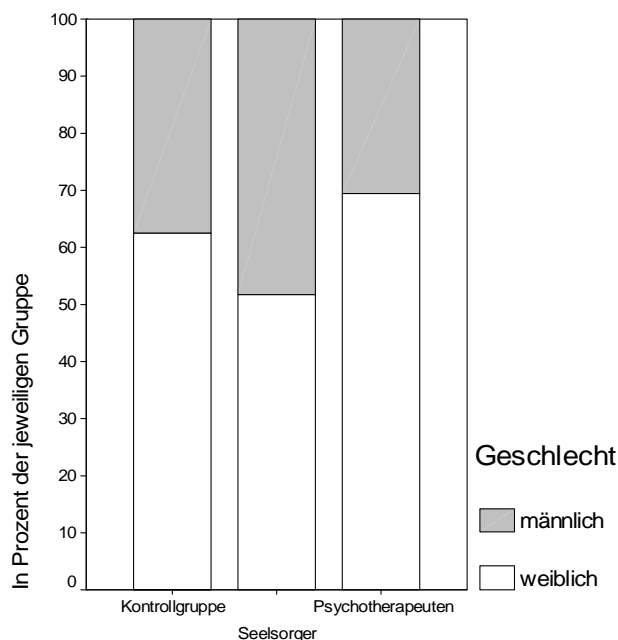


Abbildung 30: Geschlechterverteilung der befragten Gruppen

⁴³³ Dieses Untersuchungsdesign berücksichtigt nicht die Berufsgruppe der Ärzte, dies ist für die weitere Forschung eine interessante Fragestellung.

⁴³⁴ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabelle 7 und 8. S. 10.

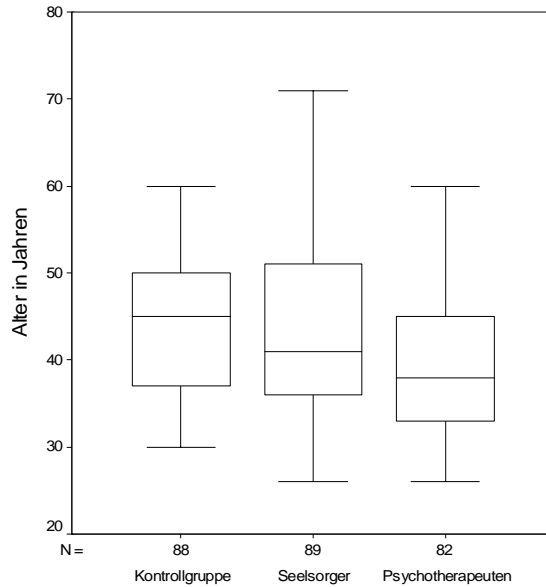


Abbildung 31: Altersverteilung der befragten Gruppen

In der Gruppe der nicht-sozialen Berufe haben 90% 10. Klasse POS (Realabschluß), während in den Gruppen der Seelsorger und Psychotherapeuten 95-99% Abitur besaßen.⁴³⁵ Die Seelsorger gehören zu 98%, die Psychotherapeuten zu 11,4% der ev. Kirche an. 2% der Seelsorger und 1% der Psychotherapeuten sind Mitglieder der katholischen Kirche.⁴³⁶

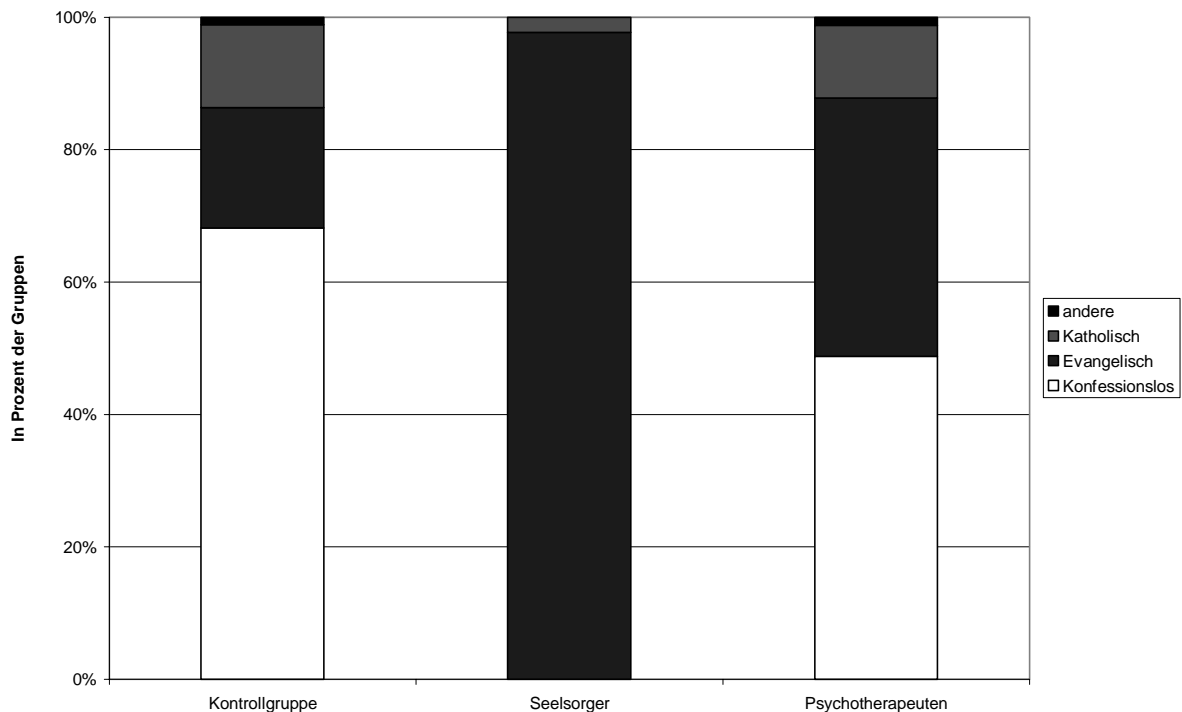


Abbildung 32: Konfessionszugehörigkeit der befragten Gruppen

⁴³⁵ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabelle 9. S. 10.

⁴³⁶ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabelle 10 und 11. S. 11.

Von den Seelsorgern waren 77,5% verheiratet, von den Psychotherapeuten 54,3% und den Probanden der Kontrollgruppe 75%. In einer festen Partnerschaft leben 10,1% der Seelsorger, 4,5% sind ledig und 7,9% waren geschieden. Dagegen lebten in der Gruppe der Psychotherapeuten 22,2% und der Teilnehmer der Kontrollgruppe 6,8% in einer festen Partnerschaft. 9,9% der Psychotherapeuten und 9,1% der Probanden aus der Kontrollgruppe sind ledig. 13,6% der Psychotherapeuten und 9,1% der Probanden der Kontrollgruppe waren geschieden.⁴³⁷

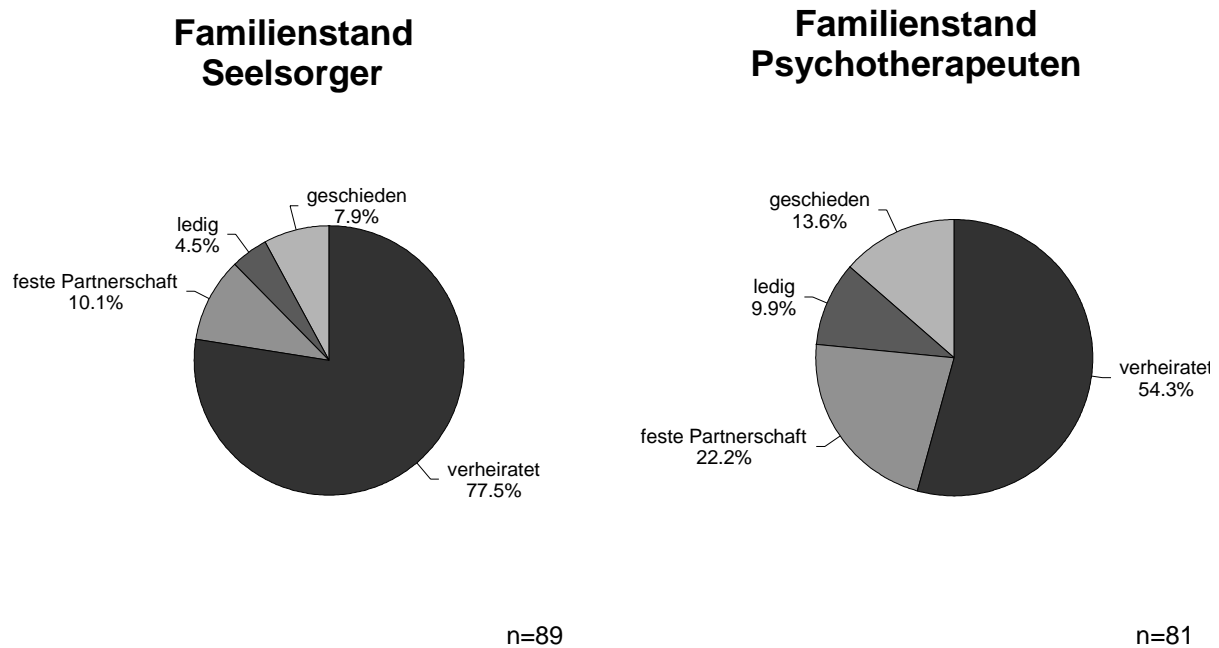


Abbildung 33: Familienstand von Seelsorgern und Psychotherapeuten

Die Befragung wurde in der Region Halle 2000/2001 durchgeführt. Es handelt sich nicht um eine Zufallsauswahl, sondern die Probanden wurden einzeln, in Seelsorgekonventen bzw. Fortbildungsveranstaltungen, untersucht. Die Auswahl der beiden befragten Berufsgruppen ist repräsentativ für die Region Halle. Aus der Stichprobe nahmen 60 von 89 Seelsorgern und 42 von 82 Psychotherapeuten am Interview teil, deren Befunde anschließend berichtet werden.

5.3 Erhebungsinstrumente

Es wird angenommen, dass Hoffnung hoch mit unterschiedlichen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Offenheit für neue Erfahrung, Selbstwertgefühl und Lebenszufriedenheit korreliert und diese sich als Prädiktoren für Hoffnung eignen können (vgl. Hypothese 2.2). Neben der Herthschen Hoffnungsskala wurden deshalb ein Persönlichkeitsfragebogen, der NEO-FFI, eine Skala zur Lebenszufriedenheit und dem Selbstwert eingesetzt.⁴³⁸ Wird davon ausgegangen, dass Hoffnung ein Grundbestandteil menschlicher Persönlichkeit darstellt, so ist zu klären, mit welchen anderen Per-

⁴³⁷ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabelle 12. S. 11.

⁴³⁸ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Fragebögen. 12-18.

sönlichkeitsmerkmalen sie im Zusammenhang steht und wie sich diese gegenseitig beeinflussen, wie z. B. Extraversion, Offenheit für neue Erfahrung, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit. Die Differentielle Psychologie stellt ein Instrument zur Erfassung dieser genannten Merkmale bereit, das in der allgemeinen Bevölkerung weitgehend erprobt ist. Deshalb wird dieses Instrument nicht weiter beschrieben. Um die Komplexität menschlicher Persönlichkeitsstruktur zu erfassen, reichen diese fünf Dimensionen nicht aus, es wurden zusätzlich zwei weitere Merkmale erhoben, von denen erwartet wird, dass sie einen wesentlichen Zusammenhang mit Hoffnung darstellen: die Lebenszufriedenheit und der Selbstwert eines Menschen. Letztere wurden mit zwei Skalen erhoben, die ebenfalls eine gute Validität und Reliabilität aufweisen und in einer Vielzahl von Untersuchungen erprobt sind.

5.4 Analyse von Persönlichkeitsmerkmalen und ihrem Einfluß auf das Hoffnungsniveau von Seelsorgern und Psychotherapeuten

Die Analyse⁴³⁹ setzt sich aus zwei Schritten zusammen:

1. Die Überprüfung der Hypothese 2.1 – Persönlichkeitshypothese (Professionelle), dass die drei untersuchten Gruppen - Seelsorger/Psychotherapeuten/Kontrollgruppe sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden. Es wird erwartet, dass Offenheit für neue Erfahrung, Lebenszufriedenheit und der Selbstwert am stärksten zwischen den Gruppen diskriminieren. Als statistisches Modell bietet sich zur Überprüfung der Hypothese 2.1 die logistische Diskriminanzanalyse an.⁴⁴⁰
2. Die Überprüfung der Hypothese 2.2 – Prädiktorshypothese, dass Hoffnung verbunden ist mit stabilen Persönlichkeitsmerkmalen, wie Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Offenheit für neue Erfahrungen in einem positiven Zusammenhang. Es wird erwartet, dass diese Prädiktoren der Hoffnung darstellen und Einfluß auf das Hoffnungsniveau ausüben. Zum Test der Prädiktorshypothese 2.2 wird das lineare Regressionsmodell verwendet.⁴⁴¹

Zunächst wird mithilfe der klassischen Itemanalyse überprüft, wie genau die Items ihre jeweilige Zieldimension abbilden. Hierbei stützt sich die Bewertung auf den von Cronbach entwickelten Reliabilitätskoeffizienten α . Ebenfalls wird untersucht, inwieweit die vorgegebenen Persönlichkeitsdimensionen jeweils für sich genommen zur Unterscheidung der Gruppen geeignet sind.

⁴³⁹ Siehe dazu die deskriptive Statistik im Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabelle 13-15. S. 19-20.

⁴⁴⁰ Zum statistischen Grundprinzip der Diskriminanzanalyse vgl. Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Lehrbuch. 585ff, Kap. 18.

⁴⁴¹ Zum statistischen Grundprinzip der Regressionsanalyse vgl. Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Lehrbuch. 173ff, Kap. 6.

Tabelle 11: Bestimmung der Messgenauigkeit und Diskriminanzfähigkeit der Skalen

NEO-FFI-Skalen	Cronbachs-Alpha >.70	eta-Quadrat in %
Neurotizismus	.77	2,21*
Extraversion	.72	,66
Offenheit für neue Erfahrung	.72	21,06*
Verträglichkeit	.62	2,97*
Gewissenhaftigkeit	.84	6,79*
Selbstwert	.79	7,33*
Lebenszufriedenheit	.82	4,20*
Herths Hoffnungsindex	.74	-

Legende *) signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit < .05

Wie aus Tabelle 11 hervorgeht, überschreiten alle Merkmale, außer der Skala für Extraversion, den von Cronbach vorgeschlagenen kritischen Schwellenwert 0,70 für die Reliabilität der Messung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeitsmerkmale zuverlässig gemessen wurden. Um weiter zu bestimmen, wie stark diese Merkmale zwischen den Gruppen diskriminieren, ist es sinnvoll, eine einfaktorielle Varianzanalyse zu rechnen⁴⁴². Sie erlaubt es zum einen zu bestimmen, wieviel Prozent der Varianz des jeweiligen Merkmals durch die Gruppenzugehörigkeit erklärt wird (eta-Quadrat-Koeffizient). Mithilfe des F-Tests wird zum anderen überprüft, ob das Ergebnis ebenfalls für die Grundgesamtheit gilt. Insgesamt zeigt sich, dass von den sieben betrachteten Persönlichkeitsdimensionen sich die Gruppenmittelwerte der Seelsorger, Psychotherapeuten und Kontrollgruppe signifikant voneinander unterscheiden, wobei die Dimension Extraversion eine Ausnahme darstellt.

Als Maßstab der Gruppenunterschiede dient der eta-Quadrat-Koeffizient. So zeigt sich, dass Offenheit für neue Erfahrung am stärksten mit 21,06% zwischen den Gruppen diskriminiert.

Mit einem deutlichen Abstand folgen der Selbstwert mit 7,33%, die Gewissenhaftigkeit mit 6,79% sowie die Lebenszufriedenheit mit 4,2%. Einen deutlich geringeren Einfluß üben der Neurotizismus mit 2,21% und die Extraversion mit 0,66% aus.

5.4.1 Ergebnisse der Diskriminanzanalyse

Um der Komplexität menschlicher Persönlichkeit gerechter zu werden, wird als nächster Schritt eine Diskriminanzanalyse durchgeführt.⁴⁴³ Das Ziel dieses Verfahrens besteht darin, die Gruppenzugehörigkeit der Befragten aus ihren Messwerten der einzelnen Persönlichkeitsdimensionen vorherzusagen. Je besser ein Merkmal die spezifische Gruppenzugehörigkeit der Seelsorger, Psychotherapeuten und Kontrollgruppe vorhersagt, desto stärker unterscheiden diese sich im Hinblick auf

⁴⁴² Siehe Bortz, J. (1999). Kap. 7 und 12.

⁴⁴³ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabellen 16-20. S. 21-22.

das betrachtete Merkmal. Zusätzlich werden als sozio -demographische Variablen das Alter und das Geschlecht der Befragten kontrolliert. Gemessen an den Standards McFaddens⁴⁴⁴ eignen sich die betrachteten Merkmale in hinreichendem Maße, um die Gruppenzugehörigkeit vorherzusagen. Im Durchschnitt weist die logistische Diskriminanzanalyse rund 60% der Befragten ihrer tatsächlichen Gruppe zu. Der zugehörige Test zeigt, dass dieses Ergebnis auch für die Grundgesamtheit gilt.

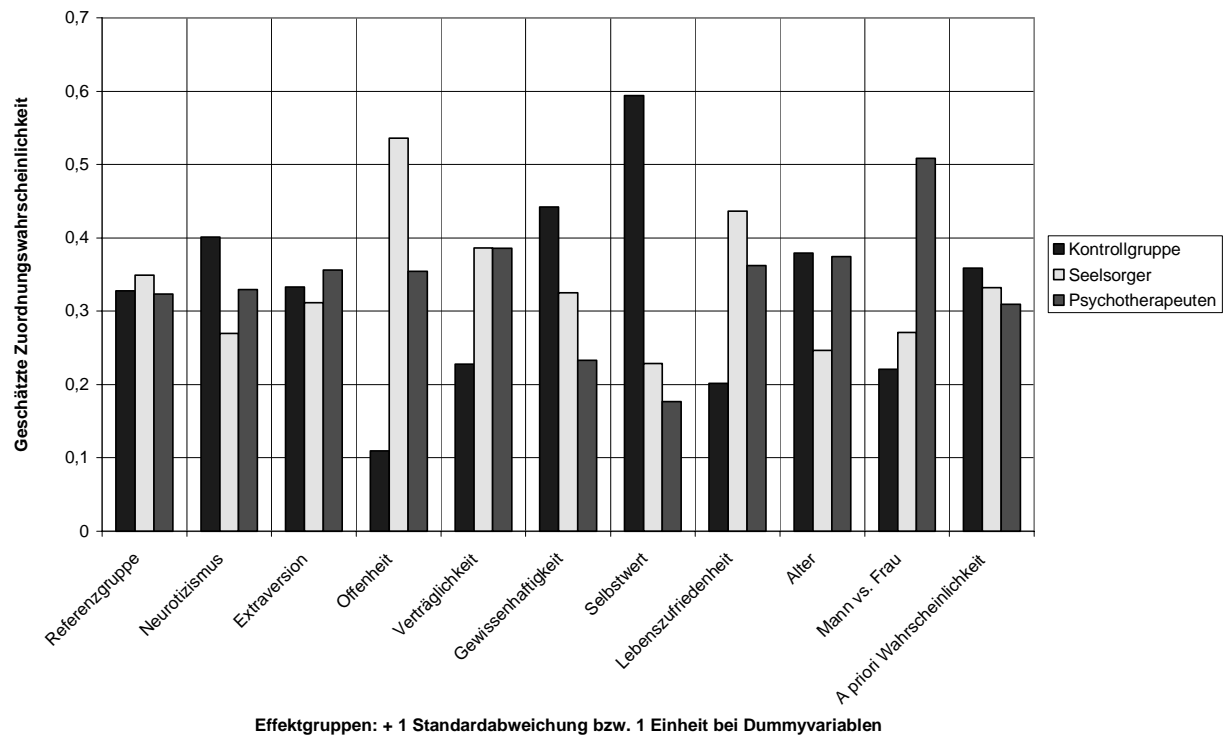


Abbildung 34: Geschätzte Zuordnungswahrscheinlichkeiten der einzelnen Gruppen

In Abbildung 34 werden die geschätzten Zuordnungswahrscheinlichkeiten der einzelnen Gruppen dargestellt. Die mit A priori- Wahrscheinlichkeit bezeichneten Balken entsprechen den Prozentanteilen der einzelnen Gruppen der Gesamtstichprobe. Die Referenzgruppe setzt sich zusammen aus Frauen der Kontrollgruppe im Durchschnittsalter und mit durchschnittlichen Persönlichkeitsmerkmalen. Um die Effekte der einzelnen Persönlichkeitsmerkmale vergleichen zu können, wird ein gemeinsamer Maßstab benötigt. Hierzu bietet sich die Standardabweichung an. Bei ihr handelt es sich um die durchschnittliche Abweichung vom jeweiligen Mittelwert. Daher eignet sich besonders als ein einheitlicher Maßstab für den Vergleich der Effektstärken. Die Höhe der Balken entspricht der Zuordnungswahrscheinlichkeit der Gruppen, wenn das betrachtete Merkmal um eine Standardabweichung zunimmt⁴⁴⁵.

Die Merkmale Offenheit für neue Erfahrungen und Selbstwert diskriminieren am stärksten zwischen den drei betrachteten Gruppen. Seelsorger sind im Durchschnitt stärker durch die Merkmale Offenheit für neue Erfahrung, einen niedrigen Selbstwert und eine hohe Lebenszufriedenheit cha-

⁴⁴⁴ McFadden, D. (1979). Quantitative methods for analysing travel behaviour of individuals: some recent developments. In: Hensher, D.A.&Stopher,P.R. (eds). Behavioural travel modelling. London. 279-318.

⁴⁴⁵ Siehe zur Standardabweichung die Ausführungen von Bortz, J. (1999). 42ff.

rakterisiert. Mit den Psychotherapeuten teilen sie ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit, Offenheit und Verträglichkeit. Im Gegensatz zu den Seelsorgern zeichnen sich Psychotherapeuten durch ein höheres Ausmaß an Neurotizismus und Extraversion aus. Die Männer aus der Gruppe der Psychotherapeuten sind im Durchschnitt älter als die Frauen dieser Gruppe. Hingegen charakterisieren die Kontrollgruppe hohe Werte auf den Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Selbstwert. Die Persönlichkeitshypothese 2.1 kann damit als bestätigt gelten. Da sich die drei Gruppen hinsichtlich der Merkmale signifikant unterscheiden, müssen bei der Vorhersage des Hoffnungsvermögens die beschriebenen Persönlichkeitsunterschiede berücksichtigt werden.

Im zweiten Schritt soll überprüft werden, wie sich die Persönlichkeitsmerkmale und die soziodemografische Variablen auf die Vorhersage des Hoffnungslevels auswirken (Prädiktorhypothese 2.2). Hierzu wurde ein multiples lineares Regressionsmodell geschätzt, welches erlaubt, die Einflussstärken der einzelnen Merkmale auf das Hoffnungsniveau zu bestimmen.⁴⁴⁶ Das Modell erklärt insgesamt 38,3% der Varianz des Hoffnungsvermögens. Dieser Effekt gilt ebenfalls für die Grundgesamtheit, wie dem F-Wert von 13,93 bei 11 bzw. 247 Freiheitsgraden zu entnehmen ist. Die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt bei 1 Promille. Somit verfügt dieses Modell über eine sehr gute Grundlage, um Aussagen treffen zu können. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse des Regressionsmodells wurden die erwarteten Hoffnungswerte für die einzelnen Gruppen berechnet und als Balkendiagramm dargestellt.

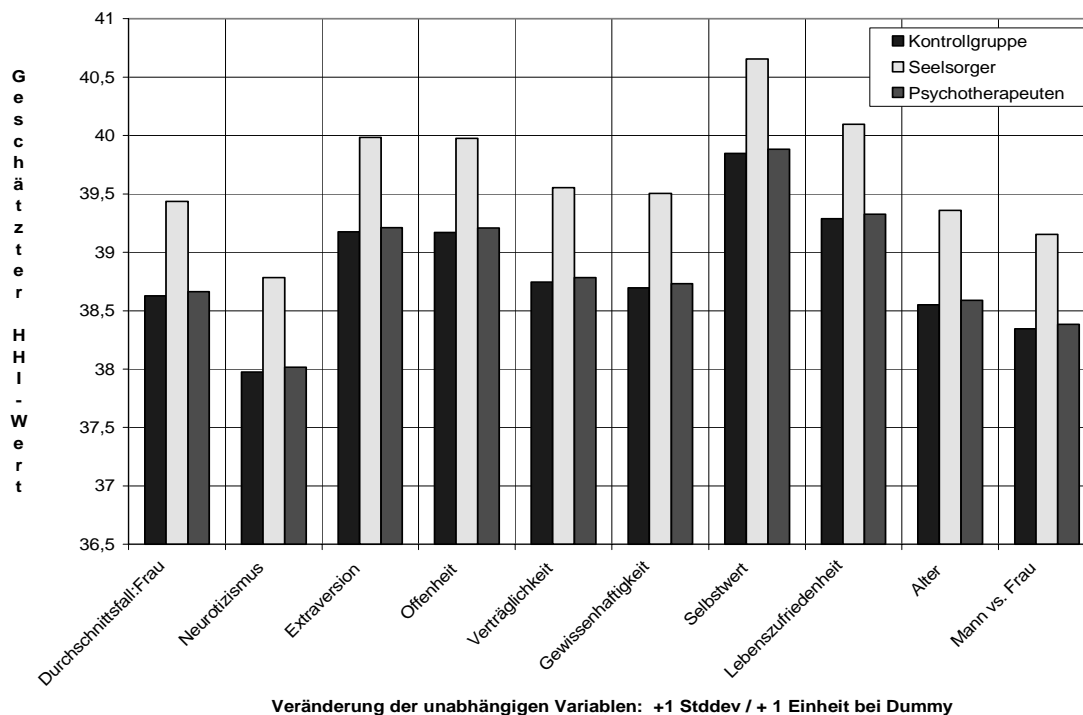


Abbildung 35: Geschätzte Hoffnungswerte der einzelnen Gruppen

⁴⁴⁶ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 5, Tabellen 21-24. S. 22-24.

5.4.2 Ergebnisse der Regressionsanalyse

Wie in Abbildung 35 ersichtlich ist, besteht die Vergleichsgruppe erneut aus den Frauen der Kontrollgruppe im Durchschnittsalter mit durchschnittlichen Persönlichkeitsmerkmalen. Seelsorger verfügen im Durchschnitt über einen um 0,81 höheren Hoffnungswert als die Vergleichsgruppe. Hingegen weichen die Psychotherapeuten nur unwesentlich von der Kontrollgruppe ab. Beide Abweichungen sind statistisch nicht signifikant. Nimmt das Merkmal Neurotizismus um eine Standardabweichung zu, so sinken die Hoffnungswerte der drei Gruppen gleichermaßen im signifikanten Maße. Hingegen steigen die Hoffnungswerte signifikant in allen drei Gruppen, wenn das Merkmal Extraversion zunimmt. Diese Zunahme der Hoffnungswerte gilt ebenfalls für das Merkmal Offenheit für neue Erfahrung. Hingegen üben weder die Verträglichkeit noch die Gewissenhaftigkeit einen bedeutsamen Einfluß auf das Hoffnungsniveau aus. Hingegen zeigt sich beim Selbstwert, dass sich die Hoffnung in allen drei Gruppen signifikant erhöht. Dies gilt ebenfalls für die Lebenszufriedenheit, aber in deutlich geringerem Maße. Weder das Alter noch das Geschlecht üben einen Einfluß auf das Hoffnungsniveau der drei untersuchten Gruppen aus. Es zeichnet sich insgesamt eindeutig ab, dass die Persönlichkeitsmerkmale am stärksten das Hoffnungsniveau beeinflussen, während die Gruppenzugehörigkeit und die soziodemografischen Variablen nur einen geringfügigen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten. Während letztere nur 1,2 bzw. 0,1% erklären, entfallen 36,9% der Varianzaufklärung des Hoffnungsniveaus auf die betrachteten Persönlichkeitsmerkmale.

Somit kann die Prädiktorhypothese 2.2 als bestätigt gelten. Wie sie behauptet hat, eignen sich die Persönlichkeitsmerkmale: Die Offenheit für neue Erfahrung, der Selbstwert, die Lebenszufriedenheit und das Merkmal der Extraversion zur Vorhersage der Hoffnungsunterschiede in positiver Richtung. Hingegen verringert der Neurotizismus die Hoffnung, während die Merkmale Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit zur Vorhersage des Hoffnungsniveaus wenig geeignet sind. Die festgestellten Unterschiede des Hoffnungsvermögens sind weniger der spezifischen Gruppenzugehörigkeit der Befragten als ihren Persönlichkeitsunterschieden auf den betrachteten Dimensionen geschuldet. Diese Persönlichkeitsunterschiede hat bereits die Diskriminanzanalyse für die professionellen Helfergruppen eindeutig herausgearbeitet. Bei den Patientenstichproben ist auf den Einsatz der Persönlichkeitsfragebögen aus ethnischen Gründen verzichtet worden, da aufgrund ihres Umfanges diese Erhebungsinstrumente während der onkologischen Behandlungssituation ein zusätzliches Belastungsmoment darstellen. Es ist aber zu erwarten, dass die Hoffnungsunterschiede der Patientengruppe ebenfalls durch Persönlichkeitsmerkmale erklärt werden können. Aufgrund ihrer sozio -demographischen und sozio -ökonomischen Zusammensetzung entsprechen sie am ehesten der untersuchten Kontrollgruppe. Daher sollten zukünftige Untersuchungen onkologischer Patienten ebenfalls die dargestellten Persönlichkeitsmerkmale außerhalb der klinischen Behandlungsphase erheben und sie zur Erklärung ihres Hoffnungsvermögens heranziehen. Aus dem Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und Hoffnungsvermögen ergeben sich interessante weitere Fragestellungen und praktisch relevante Konsequenzen für die klinische Praxis. Wie z. B. schöpfen Patienten wieder mehr Hoffnung, wenn Seelsorger und Therapeuten an ihrer Offenheit für neue Erfahrung, dem Selbstwert, ihrer Lebenszufriedenheit sowie dem Neurotizismus arbeiten?

6. Untersuchung 6: Interviews

6.1 Inhaltsanalyse des Interviews⁴⁴⁷ mit Seelsorgern und Psychotherapeuten

Mit dieser Untersuchung soll nach dem subjektiven Hoffnungsverständnis von Seelsorgern und Psychotherapeuten gefragt werden.

6.2 Übersicht der Interraterreliabilitäten

Tabelle 12: Übereinstimmung der Interraterreliabilität Seelsorger/Psychotherapeuten

	Kappa	Spearman Correlation	Pearson`s R
Hoffnungsbild: Aktiv – Passiv	,76667	,98046	,95265
Religiosität	,84780	,99113	,98521
Falsche Hoffnung: Negativ – Positiv	,84769	,98164	,97576
Hoffnungsbezug: relational	,95722	,94657	,94657
Hoffnungsbezug: sozial	,93346	,94321	,95432
Hoffnungsbezug: Werte	,80012	,90234	,76578
Hoffnungsbezug: spirituell	,88755	,96876	,96321
Hoffnungsbezug: emotional	1,00	1,00	1,00
Anzahl der genannten Hoffnungskategorien	,95436	,99123	,98965
Hoffnungsmomente: Aktiv – Passiv	,81453	,94505	,94321

6.3 Stichprobe

Insgesamt nahmen 60 von 89 Seelsorgern am Interview teil:

Code: 1-10, 15-19, 24, 27, 30,31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 50, 51-55, 57, 60, 61, 63, 66, 68-85, 90.

Ebenso fanden sich 42 von 82 Psychotherapeuten zu einem Interview bereit. Code:

1,2,4,6,7,8,10,14,16,19,21,22,23,26,30,34,35,36,37,40,41,42,45,50,51,53,54,55,59,60,63,68, 69,70,72,74,75,77,78,80,81,82.

⁴⁴⁷ Siehe Anhang: Teil B Untersuchung 6, Interviewleitfaden: Seelsorger/Psychotherapeuten. 25.

6.4 Ergebnisse der subjektiven Hoffnungsvorstellungen von Seelsorgern und Psychotherapeuten

Für die Antworten der Seelsorger und Psychotherapeuten auf die Interviewfragen wurden Beispiele exemplarisch ausgewählt.

Frage 1: Was verstehen Sie unter Hoffnung? - subjektive Hoffnungsdefinition von Seelsorgern

Code 2 „ Darauf vertrauen können, dass ich eine Zukunft habe, das Leben offen steht, dem ich Sinn abgewinnen kann und dass ich darum grundsätzlich bejahen kann“.

Code 4 „ Unter Hoffnung verstehe ich ein vertrauensvolles Ausgestreckt -Sein in die Zukunft, die Erwartung, dass im unbekanntem Land vor mir, Neues Gutes entstehen wird. Dabei gründet sich meine Hoffnung in Gott und seinen Verheißungen“.

Code 5 „Hoffnung ist etwas, was ich selbst nicht in den Händen halte, festhalten kann. Ich meine, es gibt keine Hoffnung im luftleeren Raum, sie bezieht sich immer auf etwas, das gerade im Leben sehr wichtig erscheint. Auf einen Menschen, mit dem ich lebe, ein Ziel, auf Sinn vielleicht. Hoffnung ist einfach mehr als der übliche Optimismus oder das positive Denken... Hoffnung kann auch wehtun, wenn sie nicht erfüllt wird, deswegen muß ich sie trotzdem nicht aufgeben, vielleicht war es nur der falsche Zeitpunkt oder ich hatte zu wenig Geduld. Ich merke erst jetzt, was für mich eigentlich Hoffnung ist, im Alltag wird das vielleicht ganz schnell verwechselt mit Wünschen, mit Dingen, die dann in so einer Lebenssituation doch nicht tragen. Ich frage mich jetzt häufig, was trägt mich eigentlich weiter, in einer Zeit, wo alles offen und unsicher ist. ..was gibt es da eigentlich als Gegengewicht?“

Code 6 „Die Hoffnung ist für mich, wie ein Hinausschauen über das, was wahrnehmbar ist“.

Code 7 „Hoffnung ist ein Ausdruck der Lebenskraft, ist eine dem Leben innewohnende Kraft. Ohne Hoffnung ist die Lebenskraft bald aufgebraucht, endet mein Lebenswille. Ziel und Bild meiner Hoffnung kann sich ändern, die H. aber ist Lebenswille“.

Code 8 „Sie ist eine geistliche Gabe, die dem Leben Ziel und Trost gibt“.

Code 9 „Hoffnung ist, was mich innerlich am Leben hält, mich motiviert, stärkt und zuversichtlich macht. Sie lebt nicht ständig in mir, bewahrt mich auch nicht vor Traurigkeit und Verdruß, doch blitzt sie wieder auf und scheint nicht zu verlöschen. Sie ist keine Garantie, aber es ist schön und ermutigend, wenn sie wieder aufblitzt und zurückkommt“.

Code 16 „Hoffnung ist für mich die Erwartung einer positiven Veränderung in der Zukunft, die ich teils selbst beeinflussen kann, teils abwartend entgegenkommen lassen kann. Es ist auch eine grundsätzliche erwartungsvolle Offenheit für das, was in Zukunft kommen wird“.

Code 17 „Ich bin mir nicht im Klaren, wieweit Hoffnung mehr eine Kraft des Hoffens meint oder mehr das inhaltliche Gebilde dessen, worauf man hofft. Für mich würde ich eher das erste annehmen: Hoffnung ist eine bestimmte Kraft, mich der noch nicht gewordenen Zukunft zu stellen und damit zu rechnen, diese Zukunft auch mitgestalten zu können, also nicht nur Opfer zu sein. Diese Kraft ist was sehr Elementares und hat wenig mit meinem Verstand zu tun“.

Code 27 „ Hoffnung ist der Glaube, dass sich etwas Bestimmtes verbessert.“

Code 31 „ Hoffnung bedeutet, dass die Dinge und vor allem Menschen und ihre Situationen nie so unabänderlich sind, wie sie erscheinen.“

Code 33 „Meine Hoffnung und meine Hoffnungen leiten sich von dem ersten Glied jener Trias aus 1. Kor. 13, 13 her, dem Vertrauen auf Gott. Ich hoffe darauf, dass er immer wieder in Entwicklungen und Prozesse eingreift, wobei klar ist, dass dies in anderen Dimensionen, als wissenschaftlich nachweislich und erlebbar, geschieht. Ich hoffe, dass Gott immer wieder Menschen bewegt, zu Einsicht, Umkehr, Sachlichkeit und Liebe, zu Wahrnehmung und Verantwortung zu gelangen. Hoffnung ist also eine Erscheinungsform meines Gottvertrauens, das sich auf die Person Jesu bezieht. Natürlich gibt es für mich in den tausend Alltäglichkeiten Hoffnung, auch auf das Eintreffen bestimmter Wahrscheinlichkeiten“.

Code 41 „Hoffnung ist für mich eine Kraft, die mich – ohne Garantien – vertrauen lässt, dass das Leben stärker ist als der Tod, dass es sich lohnt, dass Neues wachsen kann, wenn es zerstört wird.“

Code 46 „Hoffnung ist für mich gleichzeitig Lebensgrund und Lebensmittel. Sie ist das Wesen und wesentlich, dass ich jeden Tag wieder aufstehe und weitermache, dafür, dass ich anderen Menschen neu begegnen kann, bei denen ich keine Hoffnung spüre. Hoffnung steckt an. Es gibt Zeiten, da muß man für andere mithoffen. Da ist Hoffnung eine Energie, die von Mensch zu Mensch strömt“.

Code 48 „Hoffnung ist für mich ein Gefühl...“

Code 54 „Hoffnung ist wie der ‚Stern von Bethlehem, plötzlich ist sie da, schon nicht mehr erwartet, wenn der Kampf für das Gute bleibt, H. kommt aus Gottes Hand. Hoffnung ist grundsätzlich ein Antrieb zum Leben“.

Code 60 „Hoffnung ist der Motor des Lebens, sie ist Sinngeber all unseres Tuns, unsichtbare Medizin gegen Depression und Verzweiflung, ein Stück meines Ziels zu Gott“.

Code 68 „Hoffnung bedeutet, an einen positiven Ausgang glauben, gewiß sein, dass alles umgeben und durchdrungen ist von Gott“.

Code 72 „Das Warten, das Sehnen auf bzw. nach einem Zustand oder Ereignis, welcher ohne oder bedingt durch mein Zutun eintreffen möge. Hoffnung ist mit positiven Emotionen besetzt, eine passive Aktivität des Erwartens, für mich eng mit Glauben verbunden“.

Code 78 „Hoffnung ist etwas in die Zukunft gerichtetes, tiefes Wünschen, dass sich Umstände oder Ereignisse einstellen und erfüllen, sowie das gleichzeitige Vertrauen darauf, dass es sich so fügt wie erhofft. Hoffnung tröstet, ermutigt, begeistert und begleitet mich.

Hoffnung heißt festhalten und doch auch wissen, dass es nicht nur von mir abhängt, ob sie sich erfüllt, so schließt es auch loslassen mit ein. Es bedarf meinerseits eines Öffnens, eines offen seins nach außen hin und ebenso Gelassenheit, jedoch keiner Gleichgültigkeit.

Hoffnung stellt für mich ein weites Spannungsfeld dar, sie ist wie ein weit gespannter Bogen, aber auch wie zwei Pole. Hoffnung bringt mich in die Situation der Empfangenden, aber auch Gebenden, sie zeigt mir gleichzeitig meine Grenzen auf“.

Code 79 „Hoffnung ist die Überzeugung, dass das Sinnhafte überwiegt und sich durchsetzt. Hoffnung geht über das selbst gestaltete Leben hinaus. In der Welt ist die Realität der Maßstab der Hoffnung, ob sie sich erfüllen kann, die christliche Hoffnung lässt sich aber mit dieser Realitätsbeschreibung nicht einfangen“.

Code 81 „Hoffnung ist für mich das Dennoch und Trotzdem im Leben. Es zeigt sich an Ostern: neues Leben, neue Anfänge, Umkehr, andere Möglichkeiten sind möglich: „Siehe, ich mache alles neu“.

Code 82 „*Hoffnung ist die positive Kraft in mir, die in Erwartung auf ein Ereignis mich zum Guten stimuliert*“.

Code 84 „*Hoffnung ist die Kraft weiterzugehen, der Aufstand gegen Sinnlosigkeit und Verzweiflung, der Glaube an die Liebe, auch wenn alles dagegen spricht, festzuhalten an dem, was noch aussteht an Verheißungen Gottes, mit Visionen leben und in Erwartung sein*“.

Subjektive Hoffnungsdefinitionen von Psychotherapeuten

Code 1 „*Hoffnung ist der Glaube an eine über 50% Wahrscheinlichkeit des Eintreffens eines angestrebten Ergebnisses oder Ereignisses. Ich weiß, dass es eintreten wird....Hoffnung hat immer Zukunftsdimension, bewegt sich nur als Idee im Hier und Jetzt, raubt damit evtl. Energie für das Jetzt. Sie unterscheidet sich zu Wünschen, Träumen, Wissen*“.

Code 2 „*Hoffnung ist der Glaube an zukünftige Ziele*“.

Code 4 „*Hoffnung ist eine positiv gerichtete, aktivierende Emotion*“.

Code 8 „*Sie ermöglicht das Erleben der Sinnhaftigkeit, der Weiterentwicklung*“.

Code 10 „*Hoffnung ist ein Weg, ein ganz spezifischer, für jeden Menschen und von außen nicht beurteilbar. Es ist wie eine Entwicklung aus dem kindlichen Hoffen in ein verwirklichendes Sein, verlässlich, aber meist nicht das, was ich meine, sondern tiefergründig.*

Die Verzweiflung ist meist die Voraussetzung, in der Erfahrung von Grenzen wird sie sichtbar, spürbar, erlebbar als Gefühl“.

Code 16 „*Hoffnung ist ein Gegensatz zur Verzweiflung, begreift man, wenn man das Gegenteil erfährt, es ist Aufbruch, Aktivitätspendend, Euphorie-emotionale Ebene, Schub von Erneuerung nach einem Stillstand oder betäublicher Erfahrung*“.

Code 19 „*Hoffnung ist eine Einstellung, das, was in der Zukunft kommen wird, ist positiv, darauf zu vertrauen, dass es gut wird*“.

Code 21 „*Hoffnung ist ein tiefes Gefühl auf eine ausreichend gute Kraft in mir und um mich, die überleben und leben möglich macht. Es ist ein Gefühl, ein Gedanke, dass das Leben Wärme und Geborgenheit schenken wird, Liebe, mich immer wieder begleitet und mich froh stimmt, mir Kraft gibt, in schlechten Zeiten durchzuhalten, ein Gefühl, dass es wieder anders werden wird, ein Vertrauen wieder zu finden, das mir gut tut, Geschenke des Lebens zu sehen und annehmen zu können. H. hat auch etwas mit erinnern zu tun, dass es so etwas wie Glück, Zufriedenheit und Zugehörigkeit gegeben hat, die H. auf die Wiederkehr dieser Empfindungen*“.

Code 22 „*Hoffnung ist die (göttliche) Möglichkeit für den Menschen, die Unvollkommenheit dieses Lebens zu überbrücken, z. B. großes Leid. Es ist ein elementarer Wert, weil das Leben unvollkommen ist, muß etwas dagegen entworfen werden. H. ist nicht vom Menschen entwickelt*“.

Code 34 „*Sie ist ein Grundgefühl, es wird schon weitergehen, dass es gut ausgeht, es wird, es ist da, ohne dass es klare Worte hat, wie es erlebt wird. Es ist das Gegenteil von Verzweiflung*“.

Code 42 „*Die Erwartung einer Wendung in die von mir gewünschten Richtung. Ich nenne es Hoffnung, auch wenn ich keinen Ansatzpunkt dafür habe. Es ist ein Moment der Überraschung, des nicht Vorhersehbaren. Hoffnung kommt aus meiner Einsicht, dass der Blick in die Zukunft nicht einsehbar, planbar ist, das ist auch ein Grund zu hoffen*“.

Code 45 „*Hoffnung bedeutet weiter einen Plan zu haben, gewisses Maß an Gewissheit, Erinnerung, dass es schon schwierige Situationen gegeben hat, aber auch Vertrauen auf die eigenen*

Fähigkeiten und Unterstützung auf Mitmenschen, dass alles, wie es im Moment ist, einen Sinn hat“.

Code 53 „ Hoffnung definiere ich als die Zuversicht, dass sich im Leben immer eine positive Alternative finden lässt und man in schwierigen Zeiten auch in der Lage ist, kleine Anzeichen lebenswert zu finden“.

Code 55 „Hoffnung ermöglicht es mir, dass hinter Unverständlichem ein tiefer Sinn liegt, es ist gelebte Sehnsucht, wenn ich es in meine Hände nehme und versuche, es zu verwirklichen. Ich unterscheide, was Hoffnung ist, wie Kraft, Motivation, Lebenswille, Energie, und Hoffnungsinhalte“.

Code 60 „ Hoffnung ist eine Ausrichtung mit Herz und Sinnen auf einen Weg, der gut weitergeht.“

Code 68 „ Das kann ich nur umschreiben, Hoffnung bezieht sich auf das, was noch kommt, positiv getönte Erwartungen, eine freundliche Stimmungslage, anregend. Es ist unbestimmter, wie ein fester innerlicher Glaube- eine ruhige Gewissheit. Es wird schon werden. Im Grunde ist sie nicht zu erschüttern, etwas Heiles, mit den inneren Fähigkeiten und Möglichkeiten verbunden, etwas zu bewältigen und auszuhalten“.

Code 69 „Hoffnung ist ein Glaube, persönliche Ziele verfolgen und erreichen zu können, bzw. die Überzeugung, auch schmerzhaft und versagende Lebenserfahrungen als sinnhaft verarbeiten zu können“.

Code 75 „Der Glaube an die Veränderbarkeit/Veränderungsmöglichkeit der Situation und das Vertrauen auf den Sinn des aktuell Erlebten und noch nicht Verstandenen, auf zukünftiges Verstehen“.

Code 78 „Hoffnung ist das Vertrauen, dass es einen guten Ausweg gibt, den ich noch nicht kenne, dass eine Lösung sich findet. Es ist eher eine grundsätzliche Haltung, ein Grundvertrauen, kein vordergründiger Optimismus, dass sich die Dinge gut entwickeln in der Summe des Lebens. Das Gegenteil der Hoffnung ist die Verzweiflung, Angst, diese sind nicht identisch mit Verlusten“.

Code 80 „ Die innere Kraft, die ich brauche, um der Zukunft ohne zuviel Ängste entgegenzugehen“.

Code 82 „H. bedeutet, einen Ausblick haben, mit Veränderbarkeit, Entwicklung, mit Selbstvertrauen, Vertrauen, das es sich richtet, weniger an äußeren Kriterien ausgerichtet, sondern eher in einem wohnend. Sie gibt Energie, erfüllt“.

Frage 2: Welche Hoffnung mussten Sie in Ihrem Leben aufgeben? (Verlust spezifischer Hoffnung)

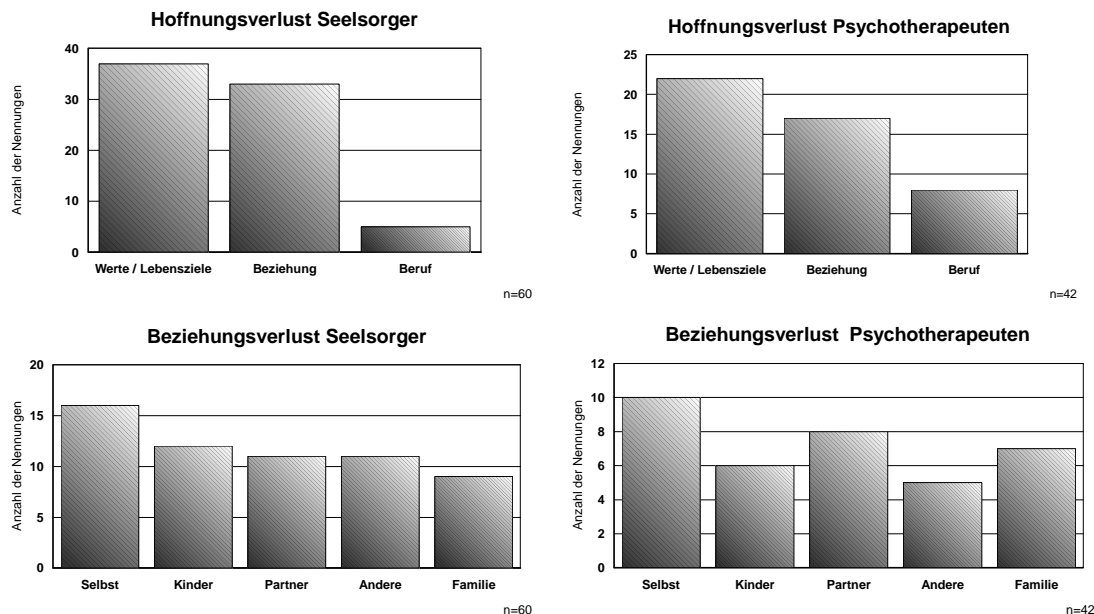


Abbildung 36: Kategorien des Hoffnungsverlustes

Abbildung 36 zeigt die Kategorien und Häufigkeitsverteilung des Hoffnungsverlustes. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich. Die Beurteiler stimmen hinsichtlich der Kategorienzuordnung überein. Seelsorger und Psychotherapeuten nannten übereinstimmend drei Bereiche, in denen sie ihre Hoffnung aufgeben mussten. Die erste Zahl der genannten Häufigkeit bezieht sich im weiteren immer auf die Antworten der Seelsorger und an zweiter Stelle auf die der Psychotherapeuten: (1) Werte und Lebensziele (n=37; n=22), (2) Beziehungen (n=33; n=17) und (3) im Blick auf den Beruf (n=5; n=8).

Beispiele: (1) Werte und Lebensziele - Seelsorger

Code 3: ... „Menschen sich aus eigener Kraft verändern können“.

Code 6 ... „die Lebensentwürfe der Realität entsprechen und auch standhalten“.

Code 30 ... „auf mehr Fachkompetenz und Mitmenschlichkeit“.

Code 31... „Menschen nicht durch Versprechungen und Werbung manipulierbar sind“.

Code 41 ... „ich die Welt verändern kann, der Mensch kein Egoist ist.“

Code 50... „die Kirche eine Idealgemeinschaft wäre.“

Code 61 ... „der Mensch durch Technik besser wird.“

Code 78 .. „allein der Wille zählt.“

Code 81 ... „die DDR einen eigenen Weg geht“.

Beispiele: Werte und Lebensziele - Psychotherapeuten:

Code 10 ... „der Mensch gut ist und der Glaube an die Wissenschaft“.

Code 22 ... „die Hoffnung auf Vollkommenheit“.

Code 34 ... „es eine anhaltende Zufriedenheit gibt“.

Code 37... „der Mensch und die Natur in Harmonie sind“.

Code 70 ... *“das Leben so wird, wie erträumt“*.

Code 77 ... *“auf eine gerechte Anerkennung der Lebensleistung“*.

Code 81... *“Krieg, Zerstörung ein Ende haben, aus Fehlern gelernt wird“*.

Code 82 ... *“es ein Leben ohne Aussichtslosigkeit gibt“*.

Die Werte und Lebensziele bezogen sich auf die gesellschaftlichen, sozialen und persönlichen Hoffnungen.

Beispiele: (2) Beziehungen – Seelsorger

Code 2 ... *“die Hoffnung auf integere Menschen in kirchenleitenden Gremien“*.

Code 4 .. *“meine Ehe...“*.

Code 16 ... *“die Hoffnung auf ein leibliches Kind“*.

Code 37... *“auf die Entwicklung mit dem Partner“*.

Code 51 ... *“wie meine Vorbilder zu werden“*.

Code 57... *“Gott meine Lebenslücken füllt“*.

Code 83... *“die Zuwendung der Mutter zu bekommen“*.

Beispiele: Beziehungen - Psychotherapeuten

Code 4 ... *“die Hoffnung auf Liebe und Ehe“*.

Code 23.. *“auf eine unverkrampfte Partnerbeziehung“*.

Code 35... *“auf eigene Kinder“*.

Code 51... *“meinen Vater wiederzusehen“*.

Code 72 .. *“auf eine Familie und dauerhafte Beziehung“*.

Beispiele: (3) Beruf – Seelsorger

Code 32 ... *“sich eine Festanstellung ergibt“*.

Code 44... *“beruflich ein Sprachkunstwerk zu schaffen“*.

Code 72... *“nicht arbeitslos zu werden“*.

Beispiele: Beruf – Psychotherapeuten

Code 6 ... *“die Hoffnung auf eine außergewöhnliche Leistung“*.

Code 22... *“beruflich zu entwickeln, was ich mal erträumt habe“*.

Code 74 .. *“beruflich Karriere zu machen“*.

Insgesamt wird deutlich, dass sich auch die „Wende“⁴⁴⁸ in einem Werteverlust und Beziehungsverlust bei Seelsorgern und Psychotherapeuten darstellt. Diese wird als Hoffnungsverlust erlebt. Ein Vergleich mit westdeutschen Kollegen an dieser Stelle wäre sicher interessant und weiterführend.

⁴⁴⁸ Zu diesem Thema verweise ich auf folgende Arbeiten: Meulemann, H. (1996). Werte und Wertewandel. Zur Identität einer geteilten und wiedervereinten Nation. Weinheim; Zeichen der Zeit (1998). Wertewandel. Heft 1, 52. Leipzig; Gensicke, T. (1995). Stimmungs- und Wertewandel in den neuen Bundesländern. Halle; Heller, P. (1995). Veränderungen von Werthaltungen und Lebenszielen und veränderten Anforderungen an die Sozialpolitik. Halle; Scherer-Rath, M. (2000). Herausforderung für die pastorale Beratung und Begleitung von Menschen in Lebenskrisen. Münster; Schneider, I. K. (1998). Erziehung unter dem Einfluß konträrer Weltanschauungen. Dichte biographische Beschreibung. Weinheim; Beyer, H.-J. (1997). Jugend in Ostdeutschland. Befinden, Wünsche, Probleme. Köln.

Frage 3: Welche Hoffnung konnten Sie behalten? (Bewahrung spezifischer Hoffnung)

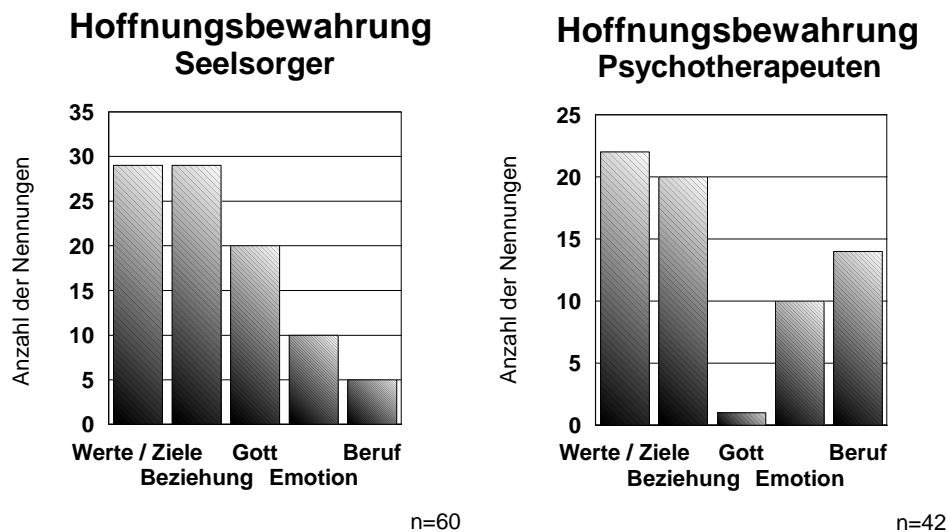


Abbildung 37: Kategorien der Hoffnungsbewahrung

Mehrfachnennungen waren zugelassen. Die Rater stimmten in der Kategorienwahl überein. Die erste Zahl nach dem Code bezieht sich auf die Seelsorger, die zweite immer auf die Psychotherapeuten. Seelsorger und Psychotherapeuten nannten übereinstimmend vier Bereiche, in denen sie ihre Hoffnung bewahren konnten: Werte und Ziele (n=29;22) sowie Beziehungen (n=29;20), Emotionen (n=10;10) und Beruf (n=5;14), wobei es hier unterschiedliche Prioritäten gab. Die Seelsorger benannten außerdem ihre Gottesbeziehung (n=20;1).

Werte/Ziele und Beziehungen sind identisch, für Psychotherapeuten standen Berufsziele und sinnerfüllte Arbeit an dritter Stelle, für die Seelsorger ihre Gottesbeziehung. Letztere spielte für Psychotherapeuten keine Rolle (n=1). Die Bewahrung von positiven Emotionen im Zusammenhang mit Hoffnung wurde übereinstimmend genannt, wie Vertrauen, Liebe, Dankbarkeit, Geborgenheit, Freude, Glück, Zufriedenheit, Offenheit.

Die Beziehungen bezogen sich ausschließlich auf die familiären Beziehungen, wie Kinder, Partnerschaft, Eltern und die Beziehung zu sich Selbst.

Hinsichtlich der Werte und Ziele nannten sowohl Seelsorger und Psychotherapeuten die Hoffnung auf Lebenssinn (z. B. Code 18; 70), die Hoffnung auf Gerechtigkeit (z. B. Code 40; 37), dass das Leben gut wird und erfüllt (Code 51; 10), die Hoffnung auf Veränderung, Wachstum; Reifung (Code 15; 77), die Hoffnung neue Wege zu finden und Anfänge (Code 10; 82). Seelsorger nannten dazu die Hoffnung auf Frieden (z. B. Code 27).

Frage 4: Hat sich Ihre Hoffnung im Leben verändert? (Gewinn von Sinn/neuer Hoffnung?)

Sowohl 98 % der befragten Seelsorger, wie auch 92,3% der Psychotherapeuten sind davon überzeugt, dass die Hoffnung sich entwickelt als ein Lebensprozeß und Wandel, der abhängig ist vom Lebensalter, Lebensereignissen, der eigenen Hoffnungskompetenz, der Fähigkeit der Anpassung an das Leben, den eigenen Glaubensüberzeugung sowie der Zeitgeschichte bzw. gesellschaftlichen Ereignissen.

Frage 5: Wenn Sie Ihre Hoffnung mit einem Bild oder Symbol beschreiben, wie würde es aussehen? (generalisierte Hoffnung) Mit welchen Gefühlen verbinden Sie Ihre Hoffnung? (kognitiv-affektive Dimension)

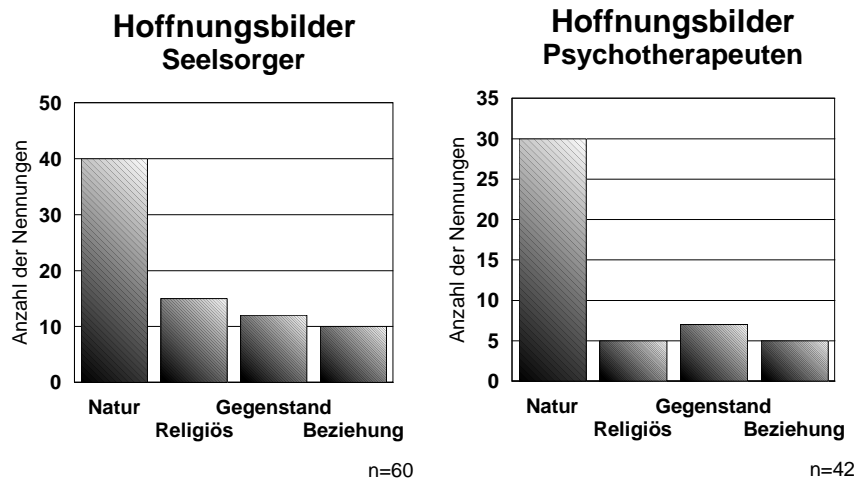


Abbildung 38: Kategorien der Hoffnungsbilder

Mehrfachnennungen waren zugelassen. Die Rater stimmen in der Beurteilung der Kategorien überein. Die erste Zahl nach dem Code bezieht sich auf die Seelsorger, die zweite immer auf die Psychotherapeuten. Seelsorger und Psychotherapeuten nannten übereinstimmend vier Bildkategorien: Natur (n=40;30), religiöse Hoffnungsbilder (n=15; 5), einen Gegenstand, mit dem Hoffnung verbunden ist (n=12;7) und Beziehungen (n=10;5), wobei die Natur-Hoffnungsbilder die größte Übereinstimmung zeigt.

Beispiele: Hoffnungsbilder Theologen:

Natur:

Code 3 „Sonnenstrahl, der aus dunkler Wolke bricht“

Code 33 „erstes Grün nach dem Winter, sanfter Regen nach Trockenheit“

Code 69 „die Bärenraupe – und geht und geht und kommt doch an“.

Code 71 „ein Graureiher, der sich erhebt“

Religiös:

Code 2 „Regenbogen und die Taube mit dem Ölzweig nach der Sinnflut“

Code 8 „Jerusalem, der neue Himmel und die Erde“

Code 53 „die Abendmahlsgemeinschaft“

Code 83 „Emmauserzählung“

Gegenstand:

Code 7 „eine Kerze“

Code 44 „mein Haus, auf das ich zulaufe“

Code 45 „mein Klavier“

Beziehung:

Code 18 „mein schlafendes Kind“

Code 40 „menschliche Gemeinschaft“

Beispiele: Hoffnungsbilder Psychotherapeuten:

Natur:

Code 14 „das warme Rot in einer Wiese“

Code 34 „blauer Himmel, Weite, Horizont“

Code 59 „eine große starke Kastanie“

Code 70 „ein frei fliegender Vogel“

Gegenstand:

Code 1 „ein Mandala in den Spektralfarben von außen nach innen“

Code 63 „blaue Farbe“

Code 81 „eine Spirale“

Beziehung:

Code 10 „ein umarmender Mensch“

Code 36 „lachendes Gesicht“

Code 55 „haltende Hände“

Religiös:

Code 22 „helles Grab und Engelperscheinung“

Code 26 „Ostern“

Code 35 „Wo Gott eine Türe zuschlägt, öffnet er ein Fenster“

Übereinstimmung zur affektiven Komponente der Hoffnung:

Mit welchen Gefühlen wurden die genannten Hoffnungsbilder verbunden. Eine Analyse ergibt folgendes Bild:

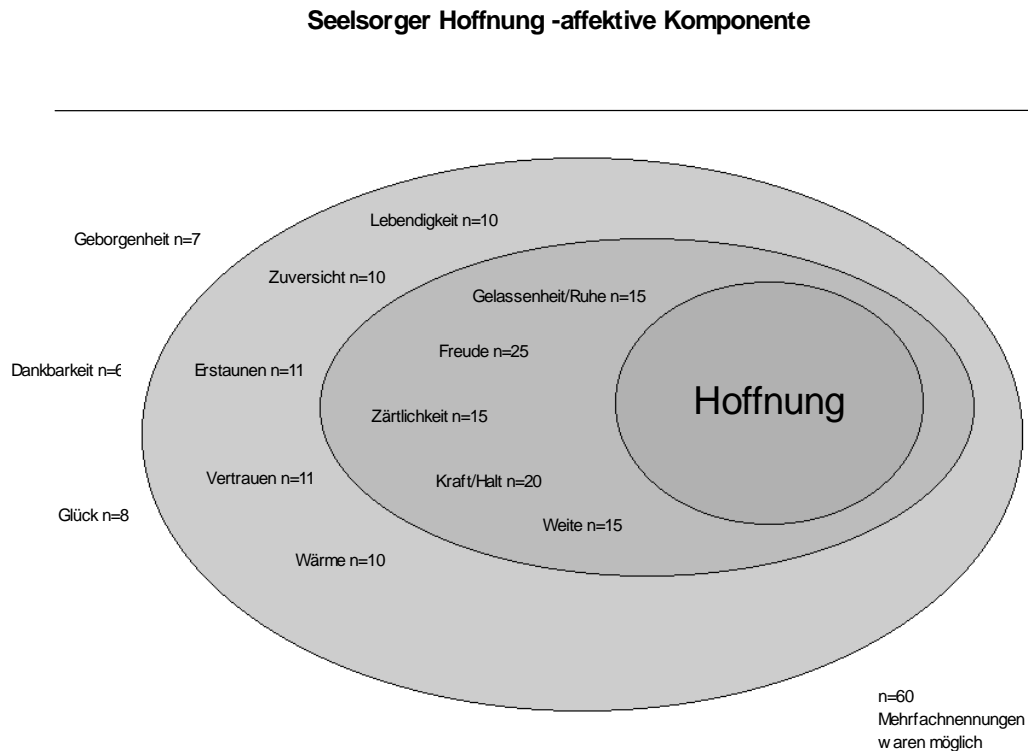


Abbildung 39: Affektive Komponente der Hoffnung (Seelsorger)

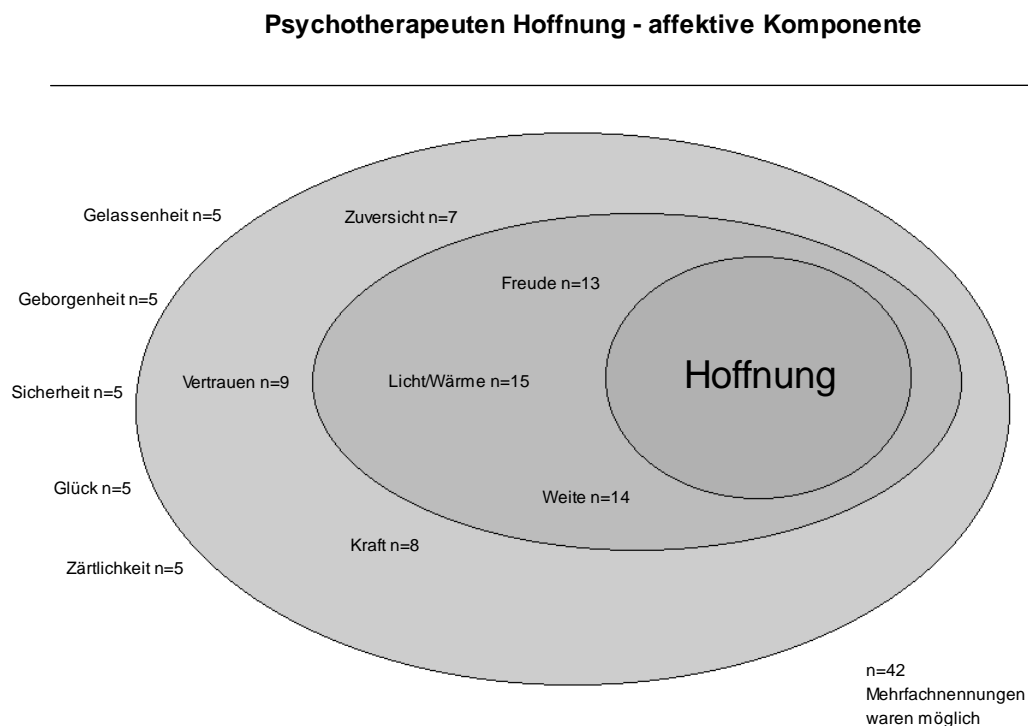


Abbildung 40: Affektive Komponente der Hoffnung (Psychotherapeuten)

Wie aus Abbildungen 39 und 40 ersichtlich ist, verbinden Seelsorger und Psychotherapeuten Hoffnung mit folgenden Affekten-Emotionen:

Freude (n=25 Seelsorger; n=13 Psychotherapeuten), Weite (n=15; n=14), Licht/Wärme (n=10; n=15), Vertrauen (n=11; n=9), Zuversicht (n=10; n=7), Kraft (n=20; n=8), Glück (n=8; n=5), Zärtlichkeit (n=10; n=5), Gelassenheit (n=15; n=5), Geborgenheit (n=7; n=5).

Seelsorger nannten außerdem noch die Gefühle von Lebendigkeit, Erstaunen und Dankbarkeit, Psychotherapeuten das Gefühl der Sicherheit in Zusammenhang mit dem Erleben von Hoffnung

Frage 6 und 8: Was sind für Sie jetzt Momente der Hoffnung? (gegenwärtige spezifische Hoffnung) Auf welche Menschen, Dinge, Erfahrungen bezieht sich ihre Hoffnung? (relationale Dimension)

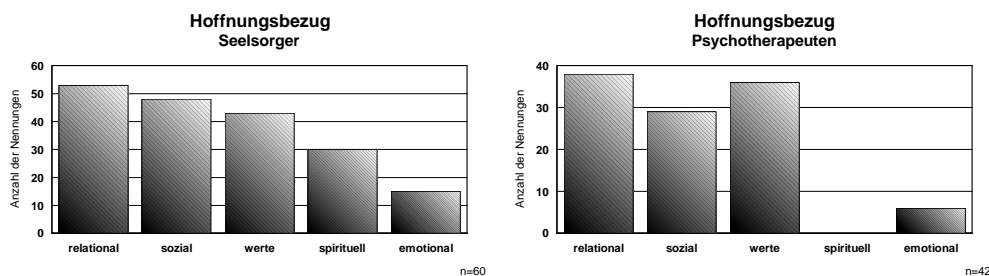


Abbildung 41: Hoffnungsbezug

Mehrfachnennungen waren möglich. Die Rater stimmen in der Beurteilung der Kategorien überein. Die erste Zahl nach dem Code bezieht sich auf die Seelsorger, die zweite immer auf die Psychotherapeuten. Seelsorger nannten übereinstimmend 5 Kategorien, während die Psychotherapeuten sich auf vier Kategorien bezogen.

Seelsorger und Psychotherapeuten richten ihre Hoffnung auf ihre familiären (n=53; 38), sozialen Beziehungen (n=48; 29), ihre Wertvorstellungen (n=43; 36), auf Gott (n=30; 0) und die Erfahrung von Emotionen (n=15; 6), wie Glück, Liebe, Freude, Geborgenheit, Vertrauen, Zufriedenheit. Für Psychotherapeuten stehen die familiären Beziehungen ebenfalls an erster Stelle, gefolgt von ihren Wertvorstellungen und sozialen Beziehungen, während nur wenige die Erfahrung positiver Emotionen nannte, die mit den von Seelsorgern genannten übereinstimmen. Die Beziehung zu Gott spielte keine Rolle.

Frage 7: Haben Sie eine religiöse Hoffnung? (spirituelle Dimension)

Alle interviewten Seelsorger bejahten ein religiös/biblisches Hoffnungsbild. 18 von 42 Psychotherapeuten verneinten dies dagegen. Letztere nannten keine biblischen Hoffnungsbilder, wenn doch, bezogen diese sich inhaltlich eher auf C. G. Jung. Es kann von der Sinnhaftigkeit des Lebens gesprochen werden, der Sehnsucht, aufgehoben zu sein, ein Teil des Ganzen, eine Energie, dass Gott das Gute im Menschen darstellt und es einen Grund geben muß für das eigene Dasein.

Seelsorger bezogen sich auf biblische Bilder wie das Reich Gottes, Regenbogen, LK. 15, der verlorene Sohn, die Hoffnung auf die Auferstehung, auf Gottes Verheißungen, wie Frieden und Gerechtigkeit, Offenbarung 21, die Emmausgeschichte oder Fischzug des Petrus.

Frage 9: Gibt es für Sie eine falsche Hoffnung oder was würden Sie darunter verstehen?

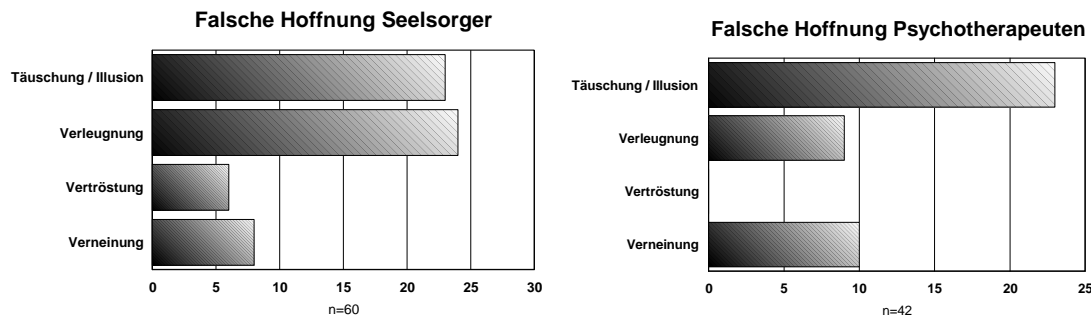


Abbildung 42: Falsche Hoffnung

Mehrfachnennungen waren möglich. Die Rater stimmen in der Beurteilung der Kategorien überein. Die erste Zahl nach dem Code bezieht sich auf die Seelsorger, die zweite immer auf die Psychotherapeuten. Seelsorger nannten übereinstimmend 4 Kategorien, während die Psychotherapeuten sich auf drei Kategorien bezogen.

Seelsorger und Psychotherapeuten verstehen falsche Hoffnung in erster Linie als Täuschung/Illusion (n=23; 23) und Verleugnung (n=24; 9). Dagegen verneinten einige von ihnen, dass es überhaupt eine falsche Hoffnung gibt (n=8;10). Seelsorger interpretieren falsche Hoffnung auch als Vertröstung (n=6;0).

Frage 10: Welche Lebenseinstellung haben Sie derzeit?

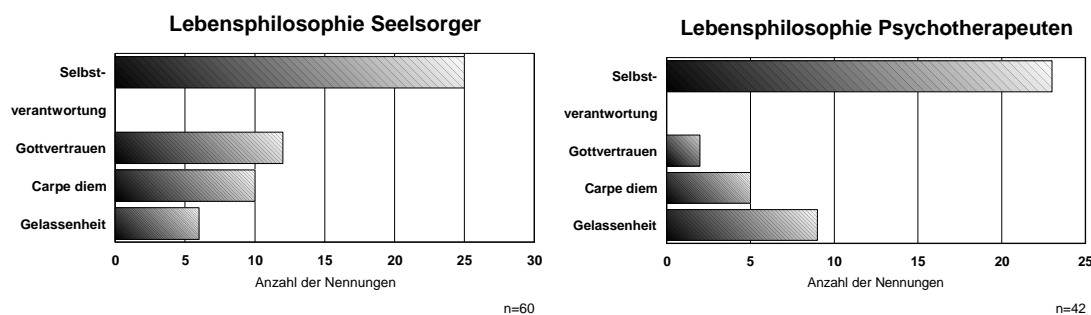


Abbildung 43: Lebensphilosophie

Die Rater stimmen in der Beurteilung der Kategorien überein. Die erste Zahl nach dem Code bezieht sich auf die Seelsorger, die zweite immer auf die Psychotherapeuten. Seelsorger und Psychotherapeuten nannten übereinstimmend 4 Kategorien.

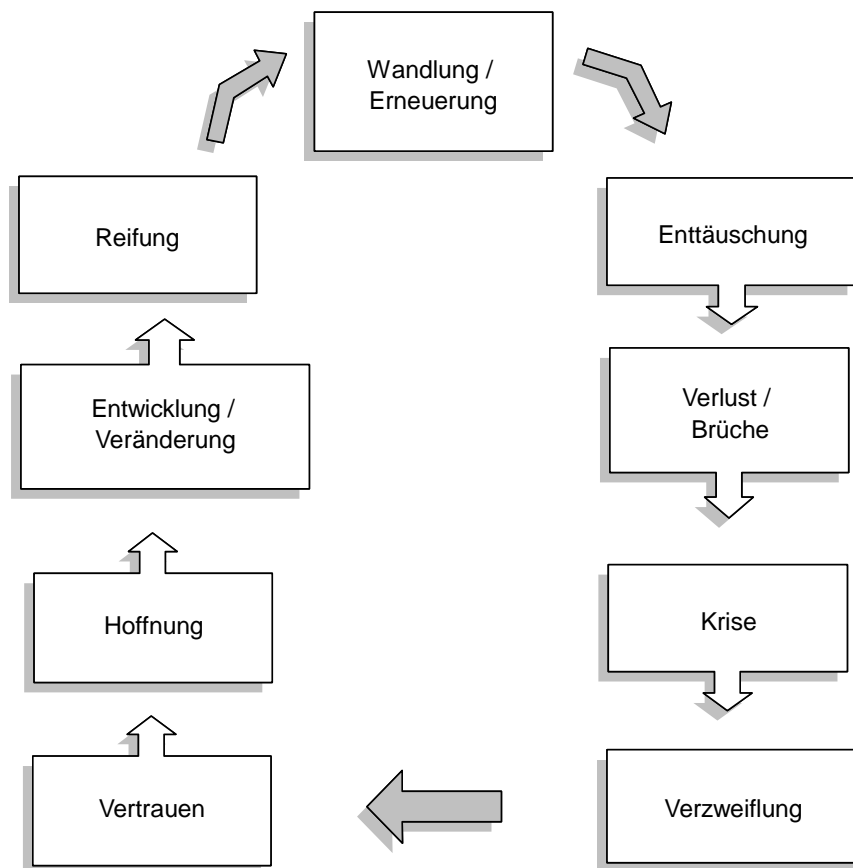
Sie verbinden ihre Lebenseinstellung und Hoffnung in erster Linie mit der Übernahme von Selbstverantwortung (n=25; 23), Gottvertrauen (n=12; 2), Carpe diem (n=10; 5) und Gelassenheit (n=6; 9).

Diskussion Teil B

Die Ergebnisse in Untersuchung 5 mit den beiden Berufsgruppen Seelsorgern und Psychotherapeuten zeigen einen engen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Hoffnungsniveau, während eine Gruppenzugehörigkeit oder soziodemografische Variablen, wie Alter und Geschlecht, kaum einen Einfluß auf die Hoffnung haben. Die Merkmale Offenheit für neue Erfahrung, der Selbstwert, Lebenszufriedenheit und Extraversion beeinflussen Hoffnung positiv, während Neurotizismus sie verringert und Gewissenhaftigkeit sowie Verträglichkeit keinen Einfluß auf die Hoffnung nehmen. Seelsorger und Psychotherapeuten sind identisch, was die Merkmale Offenheit für neue Erfahrung und Lebenszufriedenheit anbetrifft, sie unterscheiden sich im Merkmal Extraversion und auch dem Selbstwert. Hier liegen die Werte bei der Gruppe der Psychotherapeuten eindeutig höher. Insgesamt gibt es keinen signifikanten Unterschied im Blick auf das Hoffnungsniveau der beiden Berufsgruppen, wengleich die Psychotherapeuten auch hier tendenziell deutlich höhere Werte haben. Wie bereits beschrieben, wurden aus forschungsethischen Gründen die untersuchten Persönlichkeitsmerkmale in den Patientenstichproben nicht mit erhoben. Man kann allerdings davon ausgehen, dass die gefundenen Prädiktoren für Hoffnung auch für diese Gruppe zutreffen, da die Patienten vor ihrer Erkrankung und auch danach eine gesunde Persönlichkeitsstruktur besitzen. Interessanterweise liegen auch bei der inhaltlichen Bestimmung der Hoffnung, den subjektiven Hoffnungstheorien, zwischen Professionellen und Patienten keine großen Differenzen vor. Ist davon auszugehen, dass es oft keinen direkten Zugang zu der Hoffnung eines Menschen gibt, so sind die Erkenntnisse dieser Untersuchung besonders wichtig. Können Menschen wieder mehr Hoffnung schöpfen, wenn an Persönlichkeitsmerkmalen wie Offenheit für neue Erfahrung, Lebenszufriedenheit, ihrem Selbstwert und der Extraversion gearbeitet wird? Davon ist auszugehen. Allerdings besteht bisher kein Wissen darüber, welche der genannten Merkmale bei einer Krebserkrankung zunächst verloren gehen? In der praktischen Arbeit der Klinik und den daraus resultierenden Erfahrungen geht eine Krebserkrankung zunächst mit dem Verlust von Selbstwert, Lebenszufriedenheit, Offenheit für neue Erfahrung und einem daraus resultierenden Rückzug einher. In der seelsorgerlichen und therapeutischen Arbeit wird besonders darauf zu achten sein.

Betrachtet man die Ergebnisse der Interviews von beiden Gruppen, so ist folgendes festzuhalten: Als Hoffnungsverlust geben Seelsorger wie auch Psychotherapeuten in Ostdeutschland an erster Stelle Werte und Lebensziele an, die häufig in Verbindung mit der Wende genannt werden, gefolgt von Beziehungsverlusten wie Trennung und Scheidung, Verlust von Kindern und von beruflichen Zielen (vgl. Ergebnisse: Interview Frage 2). Auf der anderen Seite konnten sich beide Gruppen Werte/Ziele und Beziehungen bewahren, mit denen sie Hoffnung verbinden. In der Frage nach der Verbindung zwischen Hoffnung und Gott unterscheiden sich die beiden Gruppen voneinander (vgl. Ergebnisse: Interview Frage 3), während es bei den genannten Hoffnungsbildern eine hohe Übereinstimmung gibt (vgl. Ergebnisse: Interview Frage 5). Alle Seelsorger nannten im Interview (Frage 7) ein religiöses/biblisches Hoffnungsbild, während knapp ein Drittel der

Psychotherapeuten dies verneinen oder stattdessen im Jungschen Sinne ihrer Spiritualität Ausdruck geben. So kann zunächst festgestellt werden, dass Hoffnung sowohl für Seelsorger wie auch für Psychotherapeuten inhaltlich eng verknüpft ist mit Wertvorstellungen und Lebenszielen sowie mit Beziehungen, die mit spezifischen Alltagshoffnungen gleichgesetzt werden können. Dies ergibt sich auch aus der Analyse der Ergebnisse des Interviews von Fragen 6 und 8. Für Seelsorger ist im Unterschied zu Psychotherapeuten das Konzept der Hoffnung gleichfalls eng mit ihren transzendenten Vorstellungen und Bildern verbunden. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Seelsorger in ihrer Arbeit eher beidem Raum geben, der spezifischen alltäglichen Hoffnung des Patienten und seiner transzendenten Hoffnung. Wie aus den Untersuchungen in Teil A hervorgeht, haben onkologische Patienten ein großes spirituelles Bedürfnis. Seelsorger selbst verbinden das Gefühl der Hoffnung in erster Linie eng mit der Erfahrung von Gelassenheit und Ruhe, Freude, Zärtlichkeit, Kraft/Halt und Weite, Psychotherapeuten dagegen mit Freude, Licht/Wärme und Weite. Hinsichtlich der affektiven Komponente gibt es im emotionalen Erleben Unterschiede in beiden Gruppen (vgl. Interview: Ergebnisse Frage 5). Auf der Grundlage der Interviewfrage 4 kann von einem Phasenzyklus der Entwicklung von Hoffnung ausgegangen werden.



Modell 3: Phasenzyklus der Entwicklung von Hoffnung⁴⁴⁹

Seelsorger und Psychotherapeuten sehen einen engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung von Hoffnung sowie dem Alter, die empirischen Befunde dagegen zeigen keinen Einfluß des Al-

⁴⁴⁹ Als theoretischen Hintergrund vgl. dazu die Krisenspirale von Schuchardt in: Schuchardt, E. (2002). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. Fazit aus Lebensgeschichten eines Jahrhunderts. Jubiläumsausgabe. Göttingen. 33-49.

ters auf das Hoffnungsniveau. Es ist allerdings von unterschiedlichen Hoffnungsbezügen im Laufe des Lebens auszugehen.

Tabelle 13: Hoffnung und Lebensphasen⁴⁵⁰

Kindheit	eher externale und transzendente Hoffnungen (Umwelt, andere Menschen, global)
Jugendzeit	eher immanente, globale Hoffnungen, evt. transzendente Hoffnungen (Umwelt, weltbezogen, selbstbezogen)
Erwachsenenalter	eher immanente, internale, alltägliche, individuelle Hoffnungen, evt. transzendente Hoffnungen (Beziehungen, Ziele, selbstbezogen)
Alter	eher immanente und transzendente Hoffnungen

Insgesamt wird an diesen beiden Berufsgruppen und hinsichtlich der Frage nach der Hoffnung deutlich, wie stark in unserer Generation eine Trennung zwischen Immanenz und Transzendenz erfolgt ist, deren Konsequenzen für die Seele des heutigen Menschen noch nicht absehbar ist. So ist die Berufsgruppe der Seelsorger inzwischen zuständig für die Transzendenz (der Hoffnung) und der Psychotherapeut für die Immanenz (der Hoffnung). Beides wird allerdings von Patienten nicht getrennt, wie noch zu zeigen ist (Teil C). Um dies zu verdeutlichen, werden Antworten auf die Frage nach der Unterscheidung heutiger Seelsorge und Psychotherapie im Blick auf die Hoffnung von Psychotherapeuten abschließend wiedergegeben:

„Die Theologie gibt klare feste Antworten, diese können Halt geben, für Kinder ist das gut. Die Psychologie gibt indirekte Antworten, dient zur Reflexion, dies ist im Erwachsenenalter angemessener“ (Code 3).

„Es gibt seit 50 Jahren einen Verlust an verwurzelter Religiosität des Menschen auch aufgrund einer defizitären Seelsorge. Die vorgegebene Moral kann der Mensch nicht erfüllen, da muß er hoffnungslos werden. Psychotherapie bemüht sich um Offenheit, nicht wertend, den Prozeß des Menschen zu verstehen und offen zu sein für das, was kommt“ (Code 10).

„Ein Psychotherapeut sollte auch ein Seelsorger sein, die Bearbeitung des Defizitären steht im Vordergrund, es gibt andere Methoden als die der Seelsorge, die religiöse, geistige Ebene kann immer mehr Raum erhalten, die Seelsorge sorgt dafür zuwenig, sondern stärkt heute eher das Selbstvertrauen, der Mensch sucht aber nach Religiösem und ist nicht nur mit dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt zufrieden, er braucht neben dem handfesten, nachweisbaren die spirituelle Tiefe“ (Code 14).

⁴⁵⁰ Als theoretischen Hintergrund vgl. Allport, G. W. (1949). Persönlichkeit. Eine psychologische Interpretation. Stuttgart; drs. (1950). The individual and his religion: A psychological interpretation. New York., mit seiner Unterscheidung von intrinsischen und extrinsischen Glauben sowie die Entwicklungsstufen von Piaget: Montada, L. (1995). Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets. In: Oerter & Montada. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. Weinheim. 518ff.

„Ich verstehe Psychotherapie als wertneutral, eigene Stärken und Ressourcen zu aktivieren, eine ständige Eigenverantwortlichkeit ist nicht durchhaltbar. Psychotherapie wurde zunächst als Ersatz entwickelt für die Medizin und Theologie, beide hatten nicht mehr Leib und Seele im Blick, sondern ein Entweder - oder! Der gesellschaftliche Umbruch, die Vereinzelung und Säkularisierung stärkte die Sehnsucht nach existenzieller persönlicher Zuwendung, die Gemeinschaft, soziale Netze lösen sich auf, ein Außenstehender wird gesucht und gebraucht.

Die gesellschaftlichen Bedingungen zwingen zur Vereinzelung, aber der Mensch unterwirft sich ihnen auch. Das Bedürfnis nach Anbindung steht der drohenden Entwurzelung entgegen.

Therapie heißt Anbindung und Entlastung! Aber es bleibt die Distanz und keine nahe Verbindung, dies entspricht auch unserer Gesellschaftsform und ihren Beziehungen. Dies ist ein Konflikt. Kontaktbedürfnisse werden über den Therapeutenkontakt, aber er ist auch ein Umweg, heute gestillt. Psychotherapie wird im Bereich der Medizin angesiedelt, der Mensch als krank interpretiert. Seelsorge dagegen ist nicht wertneutral, Glaube wird als Fremdhilfe angeboten und positive Orientierung. Seelsorge besitzt zusätzlich das Angebot spiritueller Antworten, sie lebt für spezielle Menschengruppen, aber kaum für den Einzelnen. Theologie ist heute reduziert auf die Wissenschaft und eine spezielle Fachterminologie. Seelsorge und die Sprache der Menschen muß erst erlernt werden. In der Gesellschaft wird inzwischen unterschieden: Pfarrer und Seelsorger. Auch die Beratungsstellen sind ein Ausdruck, dass Theologie und Seelsorge getrennt sind. Es wird aber so nicht postuliert. Theologie steht immer in der Gefahr, sich mit ihrer Zeitgeschichte zu verbünden, in der Weise, dass sie kein Gegenüber für den einzelnen Menschen mehr ist“ (Code 26).

„Die Psychotherapie ist ein Ausdruck für die Entwicklung einer konfessionslosen psychischen Betreuung, in der die Eigenbestimmtheit betont wird. Die Reduzierung und verloren gegangene Glaubensbindung förderte diesen Prozeß. Religion wurde zunehmend als Behinderung menschlicher Entwicklung erlebt, nicht als Sicherheit und Geborgenheit. In dieser Zeit verzichtet man dadurch auf eine entscheidende Stärkung. Die Seelsorge reduziert sich überwiegend auf die Stärkung des Gottvertrauens“ (Code 40).

„Die Seelsorge will Antworten geben, bedingt von ihrem Gottesbild, sie vermittelt Glaubenssätze und Glaubenserfahrungen. Psychotherapie dagegen will keine Antworten geben, arbeitet an den individuellen Antworten des Patienten. Es gibt heute eine moralische Befreiung der Seelsorge, die mit der Kirche identifiziert ist. Legitime Aufgaben des Seelsorgers sind die Bewältigung belastender Lebensereignisse, Trauerarbeit, Krankheitsbewältigung, Glaubensgespräche und Sinnstiftung, dies bedarf keiner Therapie“ (Code 46).

„Drei Generationen sind davon geprägt, dass Kirche und Glaube nicht sein darf. Ich glaube nur, was ich sehe und anfassen kann“, ist der spirituellen Dimension gewichen. Da passt der „konfessionslose“ Psychotherapeut besser. Beide vertreten unterschiedliche Zugänge zum Menschen in ihrem Menschenbild und ihren wissenschaftliche Methoden: Der Psychotherapeut die wissenschaftlichen Methoden, Strukturveränderung als Ziel, Kontakt, unterschiedliche Therapien. Der Seelsorger teilt eher das Leid, Fürsorge, schwingt emotional mit, verbalisiert, gewährt Haltung und Trost, will weniger verändern“ (Code 48).

„Der jeweilige ideologische Hintergrund und das Menschenbild ist unterschiedlich. Psychotherapie ist aktiv, sieht den Menschen als aktiv Handelnden, selbst gestaltend, intrinsisch, der sein Leben in die Hand nimmt, es fehlt der, der es schon richten wird, der Vater. Seelsorge ist eher passiv, Regeln werden vorgegeben, der Seelsorger ist nicht integriert in die Forschungsmethoden, es gibt z. B. keine Evaluation seiner Gespräche“ (Code 56).

„Seelsorge ist begrenzt auf die Dimension des Glaubens, keine Diagnostik, das christliche Menschenbild ist sehr defizitär: Mensch ist schlecht, sündig, triebhaft...eine höhere Instanz wacht. Der bedingungslose Altruismus lässt sich selbst und das Doppelgebot der Liebe vergessen. Das Herz ist weit und man selber hackt sich...Es gibt eine grenzenlose Güte, die nicht stimmt. Aggressionen stehen immer in Gefahr der Sanktionierung, ebenso Sex, negative Gefühle, Egoismus, Wut z. B. Die Doppelmoral des Glaubens hat wohl zur größten inneren Zerstörung des Menschen geführt. Das ist die Sünde. Psychotherapie ist auch ein Gegenentwurf dazu, Diagnostik und differenziertere Gesichtspunkte sollen Auskunft geben, welche Stärken und Defizite der einzelne Mensch hat? „Du darfst auch mal lügen, Du darfst auch Deine Eltern mal zum kotzen finden“. So, wie du bist, ist es erlaubt! Erst dann kann Veränderung einsetzen“ (Code 62).

„Psychotherapie beruht auf die Anwendung kontrollierbarer Methoden, stärkere Ausrichtung auf den Menschen, was in ihm ist, sie sucht nach individuellen Antworten, gibt weniger vor. Inzwischen zeigt sich ein verändertes Menschenbild, dass alles machbar und steuerbar ist. Die Verantwortung aktiv zu beeinflussen für die eigene Lebensgestaltung, Geschehenlassen, Erwarten, Geduld ist zunächst unproduktiv, aber notwendiges Mittel. Das seelsorgerliche Anliegen der Meditation, den Lebenslauf lassen, sind in einer Leistungsgesellschaft eher negativ besetzte Sichtweisen. Es gibt aber die tätige und die erwartende Hoffnung, hier finden sich fließende Übergänge, sie werden wahrgenommen und nicht wahrgenommen“ (Code 70).

„Im Blick auf die Seelsorge klaffen die gehörte Botschaft und die Lebensrealität oft weit auseinander. Die Leute merken: Es ist ein Placebo! Fertige Antworten und die Reduzierung der Lebensprobleme allein auf die Glaubensgewissheit führt zum Ausstieg des Glaubens. Mit der Aufklärung, der Priorität wiss. Erkenntnisse, der massiven Enttäuschung der Nachkriegszeit: Wo war Gott?, dem gesellschaftlichen Phänomen einer Individualisierung, locker, schön, leicht und cool zu sein, wird Gott scheinbar überflüssig, wenn Glauben undifferenziert und bagatellisiert beschrieben wird. Da fühlt sich der Mensch nicht ernst genommen. Hier bekommt Psychotherapie mit ihrem Handwerkzeug direkten individuellen Beziehungsangeboten und Ressourcenaktivierung ihren Platz“ (Code 73).

„Es zeigt sich der generelle Trend seit 50 Jahren hin zur Technik, Naturwissenschaft, Beweise haben den Glauben abgelöst, ebenso gibt es den Verlust der Autoritätshörigkeit, Menschen sind eher autonom, unabhängiger entwickelt und lehnen fertige Antworten, Festlegungen, wenig kritisches Hinterfragen, eingeengte Offenheit, Nichtübereinstimmung im emotionalen Umgang ab. Die Sprache ist oftmals nicht die Sprache der Zeit und der Menschen. Die Psychologie hat sich auf das Ich konzentriert in einem naturwissenschaftlichen Rahmen, aber die Sinnsuche und Spiritualität des Menschen ersetzt sie nicht. Die Grenze der Psychologie ist, dass sie eine Zugehörigkeit

und Halt nicht geben kann. Was ist gesund und was ist gestört? Darauf gibt sie keine Antwort. Auf gesellschaftlich politischer Ebene nimmt sie keinen Einfluß“ (Code 87).

Welche Fragen ergeben sich daraus?

Es wird deutlich, wie entscheidend das Hoffnungsbild auf das Selbst - und Gottesbild von Seelsorgern und Psychotherapeuten Einfluß nimmt und umgekehrt. Es besteht eine wechselseitige Beziehung. Diese beeinflusst ebenfalls die berufliche Tätigkeit und Identität.

Der Ausschnitt der Antworten macht deutlich; es ist ein Glaubwürdigkeitsproblem, die größere Kompetenz wird der Psychologie zugeschrieben, vor allem bei Fragen von psychischen Störungen und Krankheitsbildern. Aus der Sicht der Psychotherapeuten geben Seelsorger zu viele fertige, distanzierte Antworten, die eigenen Schwierigkeiten gehen unter, werden nicht spürbar oder bleiben unbearbeitet. Die Abgrenzung zur Transzendenz bzw. die Reduzierung der heutigen Theologie und Seelsorge darauf, wird deutlich. Transzendenz und Immanenz sind heute getrennte Welten, auch im Blick auf das Hoffnungsverständnis. Für die Seelsorge bleibt die Entwicklung der Psychologie eine kritische Anfrage an die eigene Praxis. Für die Psychologie bleibt die Seelsorge kritischer Spiegel für die Gefahr einer Ausgrenzung und überwiegende Verdrängung einer Gottesbeziehung. Von zwei unterschiedlichen Betrachtungsebenen muß dabei ausgegangen werden:

1. Den eigenen persönlichen Überzeugungen, kompetenterer Gesprächspartner zu sein für den Menschen heutiger Zeit und
2. wie verstehen Psychotherapeuten in der Unterscheidung zu Seelsorgern ihre Berufsrolle und Identität bei der Begegnung mit Menschen, die sie nach der Hoffnung fragen?

Teil C Integration der Untersuchungen Teil A und Teil B

7. Untersuchung 7

7.1 Analyse der Gesamtstudien – Patientengruppe, Professionelle, Kontrollgruppen

Bisher wurden in den Teilen A und B Patientengruppen und Professionelle (Seelsorger/Psychotherapeuten) jeweils untereinander und getrennt mit Kontrollgruppen verglichen sowie ihre subjektiven Hoffnungstheorien dargestellt.

Das Ziel dieser letzten Untersuchung besteht darin, alle Gruppen auf der Basis der Herthskala miteinander zu vergleichen. Hierbei soll zunächst Hypothese 3.1 überprüft werden, die Folgendes besagt: Auf der Basis der Herthskala unterscheiden sich die Patientengruppen I und II, Patienten und Professionelle sowie Patienten/Professionelle von der Kontrollgruppe im bedeutsamen Ausmaß.

7.2 Ergebnisse der quantitativen Analyse

Für die quantitative Analyse wurde ein Gesamtdatensatz erstellt, der neben dem Hoffnungsindex das Alter und das Geschlecht der Befragten enthält. Um die behaupteten Gruppenunterschiede zu überprüfen, wurde eine einfaktorische Varianzanalyse berechnet, deren Ergebnis als Balkendiagramm dargestellt wird.⁴⁵¹

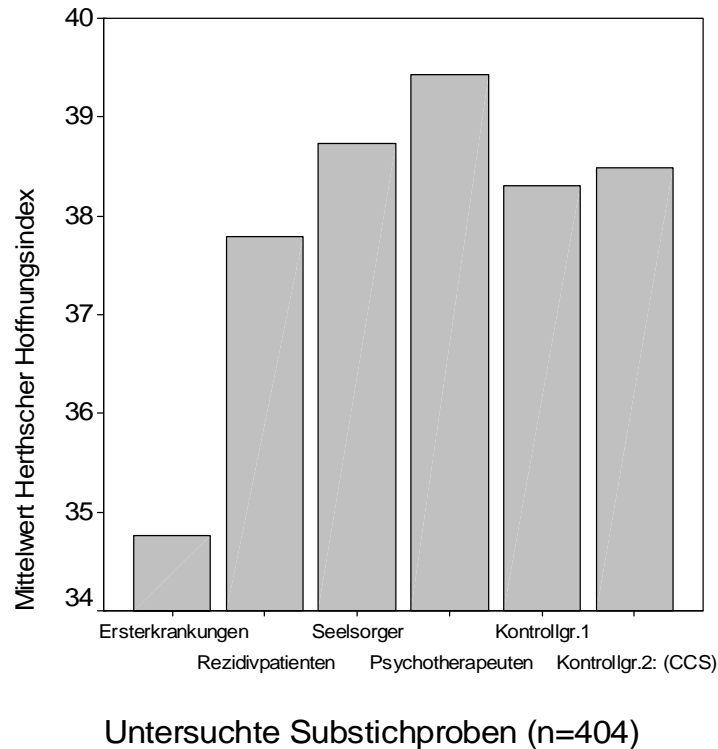


Abbildung 44: Mittelwerte der Herthschen Hoffnungswerte der untersuchten Gruppen

Wie aus Abbildung 44 ersichtlich, sind statistisch bedeutsame Gruppenunterschiede vorhanden, wobei die Gruppenbildung insgesamt 8,52% des Hoffnungsindex erklärt. Mit einem Mittelwert von 34,77 weisen die Ersterkrankten den geringsten Hoffnungswert aller befragten Gruppen auf. Die Mittelwertsdifferenz ist zu allen Gruppen statistisch signifikant. So übersteigt auch der Hoffnungswert der Rezidivpatienten signifikant den Hoffnungswert der Ersterkrankten. Er liegt aber deutlich niedriger gegenüber den gesunden Professionellen, Seelsorgern und Psychotherapeuten und der Kontrollgruppe. So ist nur die Abweichung zwischen Rezidivpatienten und Psychotherapeuten statistisch signifikant. Das Hoffnungsniveau zwischen den beiden Berufsgruppen unterscheidet sich nicht, ebenfalls nicht mit den Kontrollgruppen. Hypothese 3.1 kann somit nur teilweise verifiziert werden. Wichtige relevante Merkmale, wie der Big five, der Selbstwert, die Lebenszufriedenheit konnten nicht berücksichtigt werden, da diese nicht für die Patientengruppen erhoben wurden. Das Ergebnis bedarf deshalb einer vorsichtigen Interpretation, um es nicht zu überschätzen. In zukünftigen Untersuchungen ist es zwar wünschenswert, die Skalen der verwendeten Persönlichkeitsmerkmale mit Strahlentherapiepatienten zu erheben. Allerdings ist dies kaum forschungsethisch zu vertreten, da sie zusätzlich neben einer schon nicht zu umgehenden Fülle an

⁴⁵¹ Siehe Anhang: Teil C Untersuchung 7, Tabellen 25-27. S. 26.

medizinischer Diagnostik weiter belastet würden. Es wäre sehr sinnvoll, die wissenschaftliche Hoffnungsforschung so voranzutreiben, dass ein deutschsprachiges Messinstrument zur Hoffnung im klinischen Bereich eingesetzt werden kann, um besonders mit den Patienten zu arbeiten, die sehr geringe Hoffnungswerte aufweisen. Es zeichnet sich zunächst ab, dass Ersterkrankte im besonderen Maße seelsorgerlich und psychotherapeutisch zu unterstützen sind.

7.3 Ergebnisse der qualitativen Analyse

Wie von Hypothese 3.2 behauptet, ist die Hoffnung ein existenzielles, alltägliches und transzendentes Thema onkologischer Patienten, wie auch für Seelsorger, weniger für Psychotherapeuten. Die Ergebnisse des Interviews zeigen insgesamt, dass im Gegensatz zu den beiden befragten Berufsgruppen, Strahlentherapiepatienten an erster Stelle Aktivitäten, mit denen sie Hoffnungen verbunden haben, aufgeben mussten, neben Berufs- und Lebenszielen sowie familiären Beziehungen aufgrund von Trennung. Gerade aber an die Beziehungen werden nach Ausbruch der Erkrankung die größten Hoffnungen herangetragen, während andere Ziele und der Beruf zunächst völlig zurücktreten. Erstere richten sich auf familiäre Beziehungen, Freundschaften, Arbeitskollegen, medizinisches Personal und Klinikpersonal sowie die Glaubensbeziehung. Gleichzeitig wird ein intensives Erleben des Tages im Sinne des *Carpe diem* von der überwiegenden Zahl der Patienten berichtet. Seelsorger und Psychotherapeuten dagegen interpretieren Hoffnung als lebenslangen Prozeß, der sich in erster Linie auf Wert- und Zielvorstellungen sowie Beziehungen richtet. Seelsorger und Patienten teilen neben diesen alltäglichen, spezifischen Hoffnungen auch die transzendente Hoffnung auf Gott. Interessanterweise findet sich eine große Übereinstimmung hinsichtlich der Hoffnungsbilder in allen drei Gruppen. Überwiegend sind es Bilder der Natur. Patienten unterschieden sich von Seelsorgern und Psychotherapeuten in der Kategorie: Reisen. Die Bilder erinnern an das Hoffnungsbild Luthers von der Lebensreise in einem Wagen mit vier Rädern, die die Affekte Trauer und Freude, Angst und Vertrauen symbolisieren. Diese Affekte wurden ebenfalls in Verbindung mit der Hoffnung nur von Patienten genannt. Freude stand in Verbindung mit Trost, Gelassenheit, Zuversicht und Heiterkeit; Vertrauen mit Glück und Zufriedenheit, Freiheit und Offenheit. Seelsorger und Psychotherapeuten nannten keine Angst und Trauer in Verbindung mit Hoffnung, im Gegensatz zu Patienten, sondern: Freude, Kraft/Halt, Weite, Zärtlichkeit, Ruhe, Gelassenheit, Wärme, Vertrauen, Glück und Geborgenheit. Identisch für alle drei Gruppen sind: Freude, Offenheit/Weite, die an das Persönlichkeitsmerkmal: Offenheit für neue Erfahrung erinnern, Gelassenheit/ Ruhe sowie Vertrauen, welche eine wesentliche Grundlage für Lebenszufriedenheit und Hoffnung darstellen. Positive Emotionen wurden ebenfalls noch einmal von den beiden Berufsgruppen genannt aufgrund der Frage, worauf sich ihre Hoffnung richtet. Alle drei Gruppen nannten an erster Stelle die Beziehungen. Patienten sind in besonderer Weise auf das Wiedererlangen eines physisch/psychischen Gleichgewichts angewiesen, z. B. über Ästhetik und Berührungen. Seelsorger (100%) und Patienten (64,4%) teilen in hohem Maße ein religiöses Hoffnungsbild, welches sich auf den biblischen Gott bezieht, während Psychotherapeuten (57,14%) eher im Sinne von Jung antworten. Die subjektive Überzeugung, was unter falscher Hoffnung verstanden wird, geht auseinander. Für Patienten bezieht sich diese eindeutig auf eine mangelnde Aufklärung: „Die Ärzte sollen mir keine falsche Hoffnung machen“. Seelsorger und Psychotherapeuten stimmen darin überein, dass Falsche Hoffnung als Täuschung/Illusion sowie

Verleugnung interpretiert wird, bzw. es diese gar nicht gibt, sondern Hoffnung immer da ist. Seelsorger sehen im Unterschied zu den beiden anderen Gruppen dieses Phänomen auch als Vertröstung an, wobei im Sinne von Marxs Kritik an eine einseitige jenseitige Hoffnungsauslegung der Theologen gedacht werden muß. Schaut man auf die Lebenseinstellung in Verbindung mit Hoffnung, so stimmen die Gruppen darin überein, dass dies etwas zu tun hat mit Carpe diem und Gelassenheit. Seelsorger und Patienten verbinden ihre Hoffnung im Leben mit Gottvertrauen. An erster Stelle steht für die beiden Berufsgruppen die Selbstverantwortung. Diese aber ist aufgrund der praktischen Erfahrung mit Patienten nach einer Krebsdiagnose oft ein mühsamer Aufbauprozess.

Fazit: Hoffnung richtet sich in erster Linie bei Patienten auf Beziehungen im umfassendsten Sinne, familiär, sozial, religiös/spirituell. Daraus ergeben sich positive Emotionen. Dies teilen sie eher mit Seelsorgern, die ihr Hoffnungskonzept auf die immanente und transzendente Seite der Hoffnung richten. Psychotherapeuten sind eher auf spezifische Hoffnungen des Lebens. Hoffnung lässt sich demnach wesentlich als eine Beziehungsemotion auffassen. Dies führt in die praktische Begegnung zwischen Patienten und den beiden Berufsgruppen. Wie gestaltet sich die beiderseitige Hoffnung innerhalb der Beziehung? Wie gehen die Professionellen mit Menschen um, die zu ihrer Hoffnung kaum Zugang finden?

Als Zusammenfassung der Interviews werden in einem Modell die gefundenen Voraussetzungen und Inhalte der Hoffnung dargestellt:

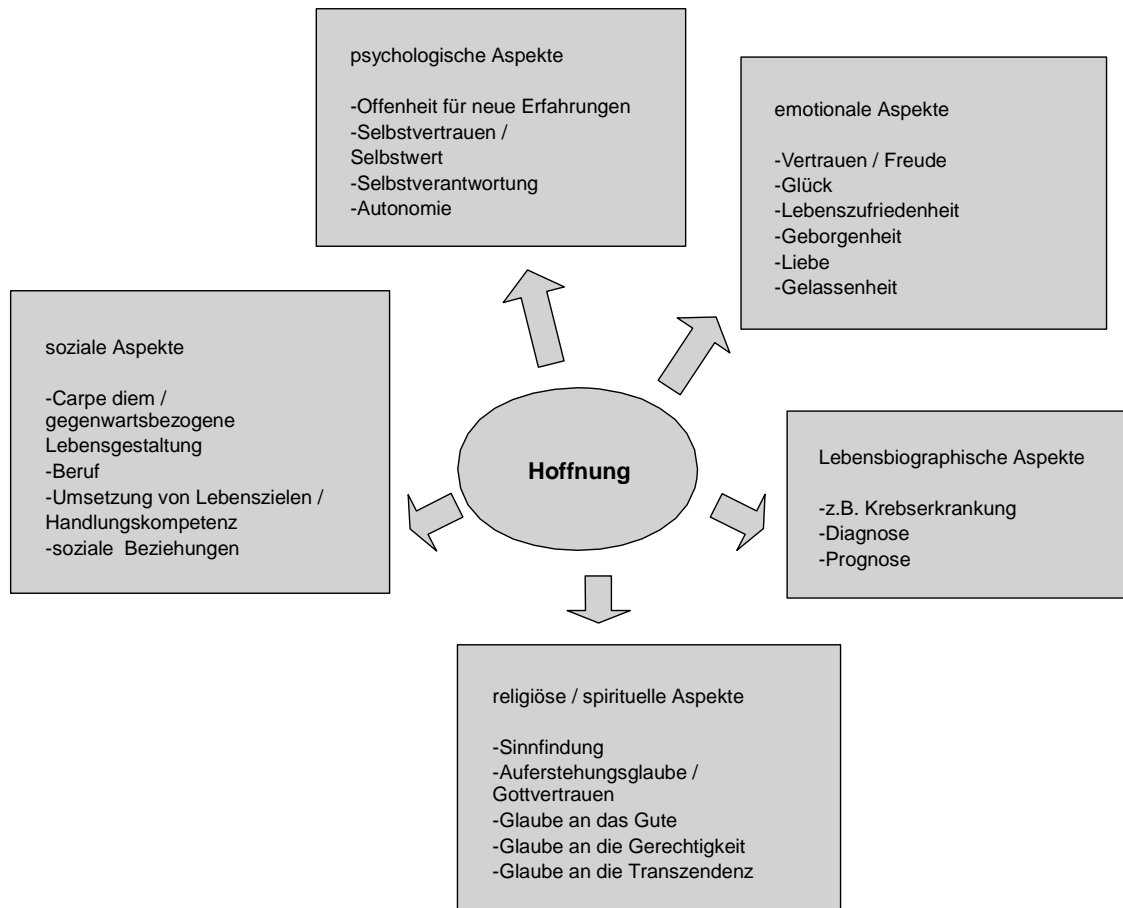


Abbildung 45: Voraussetzung und Inhalte der Hoffnung

Wie aus Abbildung 45 ersichtlich, bezieht sich Hoffnung auf emotionale, soziale, psychologische, religiös/spirituelle und lebensbiographische Aspekte. Es ist einmal davon auszugehen, dass diese in einer Wechselwirkung mit der Entwicklung und Ausprägung der Hoffnung eines Menschen stehen und eine Erklärung bieten können, warum sich Menschen unterschiedlich hoffnungsvoll erleben und darin unterscheiden. Hier bedarf es weiterer Forschung. Andererseits kann ein Aspekt wie z. B. der soziale als sehr hoffnungsvoll von einem Patienten erfahren werden, ein anderer Aspekt dagegen kaum. Seelsorge und Psychotherapie haben dies zu berücksichtigen. Welche Aufgabenbestimmung ergibt sich daraus? Welche Hoffnung trägt den Menschen, wenn erst einmal das Gefühl der Hoffnungslosigkeit überwiegt? Eine Modifikation der Hoffnung wird sich als hilfreich erweisen.

Diskussion Teil C

Die Integration und Vergleichbarkeit der sechs Untersuchungen wurden möglich aufgrund der einheitlich gewählten Methode. Das Ergebnis unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit, onkologische Patienten in der Strahlentherapie seelsorgerlich und psychotherapeutisch zu unterstützen und sie auf ihrer Suche nach neuer Hoffnung zu begleiten. Dies gilt im besonderen Maße für Ersterkrankte. Wie gezeigt werden konnte, wird die Frage nach der Hoffnung für Patienten zu einem existenziellen Thema, welches sich alltäglich spezifisch hinsichtlich verschiedener Lebensziele, Beziehungen, Aktivitäten, emotionaler Befindlichkeit sowie spirituellen Bedürfnissen ausdrücken kann. Die Hoffnung impliziert die eigene Haltung zum Leben bzw. zum Überleben. Das Konzept der Hoffnung ist mit Seelsorgern enger verbunden als mit Psychotherapeuten und wird von beiden mehr oder weniger unterschiedlich inhaltlich gefüllt. Dies liegt allein begründet in der Hoffnung selbst. Offensichtlich gibt es keine Hoffnung ohne Transzendenz, so wie es keine Hoffnung gibt, die nicht auch im Alltag verwurzelt ist. Offensichtlich überwiegt in der Psychotherapie bis heute der Schwerpunkt auf der Arbeit im Hier und Jetzt. Eine Selbstarbeit an der Wiedergewinnung der Hoffnung schließt die Verzweiflung und Angst nicht aus. Sie kann in eine emotionale positive Öffnung führen, wie die Ergebnisse des Interviews zeigen. Seelsorge wiederum hat die Aufgabe, sich nicht zu reduzieren auf die transzendente Seite und andererseits dieser auch entsprechend Raum zu geben. Wie ist ihre praktische Relevanz? Seelsorgerliche Möglichkeiten und psychotherapeutische Interventionen, die onkologische Patienten unterstützen können, ihre alltägliche und transzendente Hoffnung wieder zu entdecken, bzw. neu zu schöpfen, werden im dritten Teil dieser Arbeit vorgestellt.

8. Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse II und praktisch relevante Fragestellungen

Hoffnung ist zunächst für alle Gruppen eine Beziehungsemotion (Familie, Freunde, Andere, Gott), wie die Ergebnisse der qualitativen Untersuchungen zeigen. Sie entwirft sich weiter in Zielvorstellungen, die eng verbunden sind mit eigenen Wert- und Lebenseinstellungen sowie Verhalten/Aktivitäten, die zum Erfolg führen. Dazu drückt sich die Hoffnung bildhaft aus und ist mit positiven Emotionen, wie Vertrauen, Freude, Glück, Lebenszufriedenheit, Liebe, Geborgenheit oder Gelassenheit verbunden. Damit bestätigt sich die kognitiv-affektive Interaktion der Hoffnung. Weiter findet sich in allen drei Gruppen mehr oder weniger die Zweidimensionalität der Hoffnung. So wird Hoffnung einerseits verbunden mit dem Alltag: „Carpe diem“, einer gegenwartsbezogenen Lebensgestaltung, der Umsetzung von Lebenszielen in Verbindung mit Handlungskompetenz und Selbstverantwortung. Andererseits drückt sich ihre Transzendenz religiös oder spirituell bildhaft aus: wie Sinnfindung, Gottvertrauen, Auferstehungsglaube, Glaube an das Gute, die Gerechtigkeit, der Glaube an die Transzendenz. Der biblische Mensch und der heutige Mensch sind offensichtlich gleichermaßen auf eine Hoffnung angewiesen, die sie im Alltag und in eine (himmlische) Zukunft trägt. In diesem Grundbedürfnis gibt es auch keinerlei Unterschied zwischen Gesunden und Kranken. Sie unterscheiden sich jedoch im Blick auf die Erfahrung mit der Hoffnung. Exemplarisch dafür steht das Hoffnungsbild einer Reise, welches nur von Patienten genannt wurde. Ihre menschlichen Beziehungen und ihre Glaubensbeziehung wurden in erster

Linie mit einer Hoffnungsbewahrung in Verbindung gebracht. Angesichts einer zunehmenden Vereinzelung und Vereinsamung im gesellschaftlichen Kontext kann davon ausgegangen werden, dass dies gleichzeitig mit einer Verringerung von Hoffnung einhergeht. So findet sich in den Aussagen von Krebspatienten einerseits, dass der Erhalt und die Wiedergewinnung ihrer Hoffnung von der „Berührung“ menschlicher und göttlicher Nähe abhängig ist und andererseits ihre Angst und Trauer von Freude und Vertrauen der Hoffnung gelindert wird. Verluste von Zielen und beruflichen Aktivitäten, die wesentliche Hoffnungsrichtungen sind, können dadurch erträglich gestaltet werden. Umso deutlicher wird an dieser Stelle die Bedeutung einer seelsorgerlichen und therapeutischen Beziehung mit ihrer dreifachen Ausrichtung: Sie ermöglicht dem Patienten seine neue Hoffnungssprache zu finden; sie setzt dadurch Hoffnung wieder frei; sie hilft dem Patienten Hoffnung zu modifizieren. Oftmals berichten Patienten als erstes über ein anderes positives emotionales Erleben. Auch der Gesunde erfährt in Laufe des Lebens Hoffnungsverluste, wie die beiden untersuchten Berufsgruppen berichten. Ihre Bewältigung und das Finden neuer Hoffnung sind nach ihrer Sicht abhängig von dem Finden neuer Werte/Ziele im Leben und von tragenden Beziehungen. Wird davon ausgegangen, dass die große Krise unserer Zeit die der spirituellen Art ist, dann besitzt sie Auswirkung auf das Erleben heutiger Hoffnung und auf den Umgang mit ihr. In Krisenzeiten benötigt der Mensch Orte für seine Hoffnungsentwicklung. Hier beginnt sofort ein Konflikt: Alles spirituell/geistlich lösen zu wollen, bedeutet, sich zu wenig der Realität des Alltags zu stellen. Alles therapeutisch lösen zu wollen bedeutet, die Transzendenz zu leugnen, dass das Leben und die Hoffnung nicht machbar sind, sondern geschehen. Der Weg der Hoffnung zu Gott führt durch die eigene schmerzliche Wirklichkeit und Realität des Alltags und nicht daran vorbei. Seelsorge und Theologie stehen dabei oft in der Gefahr, der Psychologie und Psychotherapie die Glaubensdimension abzusprechen. Die Psychotherapie reduziert überwiegend die Aufgabe der Seelsorge auf die Transzendenz und Spiritualität des Menschen. Doch beides leiht sich voneinander Wesentliches, sobald die Einseitigkeit spürbar wird und ist nicht gegeneinander auszuspielen. Beide Berufsgruppen verbinden mit dem Leben ein hohes Maß an Selbstverantwortung, bei den Seelsorgern verbunden mit Gottvertrauen, mit einer Gelassenheit im Alltag. Für die Psychotherapeuten ist das Leben eng verbunden mit einer Gelassenheit im Alltag und das Gottvertrauen ist nur im ganz geringen Maße im Blick. Diese Haltung, eine Selbstverantwortung für das eigene Leben zu entwickeln, wird heute in Seelsorge und Psychotherapie stark an die Menschen weitergegeben. Hoffnung intendiert gleichzeitig immer auch das Andere; Leben geschieht und entzieht sich menschlichen Planen und Zielvorstellungen. Dies wird durch die Erfahrung einer Krebserkrankung besonders deutlich. Seelsorge und Therapie hat dies zu berücksichtigen. Nicht zuletzt scheint gerade der Verlust von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung von erst-erkrankten Krebspatienten sich einschneidend auf ihr Hoffnungserleben auszuwirken, wie die empirische Untersuchung im Vergleich zu Rezidivpatienten zeigt. Offensichtlich tragen nicht nur gefundene Bewältigungsstrategien (Coping) im Laufe der Erkrankung zur neuen Hoffnung bei, sondern ebenfalls die Wiederaufnahme von Selbstverantwortung und einer Möglichkeit zu Handeln, wie die Alternativmedizinstudie mit Rezidivpatienten zeigt. Dabei ist nicht zu übersehen, dass sowohl Seelsorge als auch Psychotherapie in hohem Maße in Anspruch genommen werden. Einerseits dienen beide zur psychischen Stabilisierung nach einer Erkrankung, aber zugleich auch, um einen Weg von der Verzweiflung zur Hoffnung zu finden. Dies scheint auch zu erklären, warum sich gerade bei Krebserkrankten die spirituell/religiöse Frage oft unvermittelt stellt oder als ein Durchbruch zu einer anderen Erfahrungsdimension erlebt wird.

Wie schon festgehalten, erscheinen seelsorgerliche und psychotherapeutische Ansätze vielversprechend, die von der Bedeutung einer lebensbedrohlichen Erkrankung für die Überzeugungssysteme des ursprünglich gesunden Menschen ausgehen und darauf aufbauend dessen Versuche beschreiben, sich an die so einschneidend veränderte Lebenssituation anzupassen. Seelsorge und Psychotherapie sollten die Existenz Erfahrung von Krebspatienten verstärkt in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen; ihren Verlust von Hoffnung, der in die Verzweiflung mündet und ihre Versuche der Wiedergewinnung von Hoffnung, die weiteres Leben ermöglichen. Die untersuchten Berufsgruppen selber unterscheiden sich in ihrem Hoffnungsvermögen kaum, abgesehen von ihrer unterschiedlichen Ausrichtung, was die alltägliche und transzendente Hoffnung betrifft. Die Gruppe der Psychotherapeuten gibt eine größere Hoffnung an als die Seelsorger. Wie erste empirische Untersuchungen zeigen, scheint das Hoffnungs erleben von Persönlichkeitsmerkmalen abhängig zu sein, die ein Mensch besitzt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Merkmale Offenheit für neue Erfahrung, der Selbstwert, Lebenszufriedenheit und Extraversion die Hoffnung positiv beeinflussen, während Neurotizismus sie verringert und Gewissenhaftigkeit sowie Verträglichkeit keinen Einfluß auf die Hoffnung nehmen. Soziodemographische Variablen haben, wie z. B. Alter oder Geschlecht keinen Einfluß auf Hoffnung. Es bleibt die Frage offen, ob Menschen wieder mehr Hoffnung schöpfen können, wenn an Persönlichkeitsmerkmalen wie Offenheit für neue Erfahrung, Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Extraversion gearbeitet wird? Davon ist auszugehen. Bisher gibt es dazu keine Untersuchung im onkologischen Bereich. In der praktischen Arbeit und den daraus resultierenden Erfahrungen geht eine Krebserkrankung zunächst mit dem Verlust von Selbstbestimmung und daraus resultierend häufig mit einem Verlust von Selbstwert und Lebenszufriedenheit einher. Dieser Prozeß kann in einen Rückzug münden. In der seelsorgerlichen und therapeutischen Arbeit wird besonders darauf zu achten sein, nach entsprechenden neuen inneren Ausdrucksmöglichkeiten (Extraversion) zu suchen und die Offenheit für neue Erfahrungen zu fördern. Welchen Wertmaßstab besitzt ein Mensch selber im Blick auf sein Dasein als Kranker? Hängt der eigene Selbstwert an der Gesundheit? Bedingen sich Selbstwert und Lebenszufriedenheit wechselseitig? Inwieweit besitzt die Hoffnung eines Menschen dann Einfluß auf sein Selbst -und Gottesbild? Diese Fragen haben praktische Relevanz. Die empirischen Untersuchungen in Teil II münden in die Frage nach der praktischen Konsequenz und erhalten dadurch ihren Wert. Die vorgestellten Fallbeispiele sowie das seelsorgerliche und psychotherapeutische Handeln möchten Anregungen für die klinische Praxis beider Berufsgruppen geben. Aufgrund eigener Erfahrung in dieser Arbeit und der Suche nach Möglichkeiten, mit Patienten an ihrer Hoffnung zu arbeiten, bleiben die folgenden Aussagen Ansätze, die offen sind für Erweiterung. Sie dienen dem Ziel, die existenzielle Frage nach der Hoffnung von Krebspatienten bewusst in der praktischen Tätigkeit wahrzunehmen, aufzugreifen und miteinander Möglichkeiten der Sprache und des Ausdrucks der Hoffnung zu finden.

III Was stiftet Hoffnung? – Praktische Konsequenzen

Wie kann verloren gegangene Hoffnung in Seelsorge und Psychotherapie rekonstruiert und aktiviert werden?

1. Seelsorgerliches Handeln in der Psychoonkologie

Was heißt Seelsorge aufgrund der empirischen Ergebnisse und angesichts des „Hoffnungslosen Falls“? Von welchem Hoffnungsverständnis kann Seelsorge heute ausgehen? Exemplarisch soll auf folgende seelsorgerliche Aspekte verwiesen werden:

1. Schöpfungstheologischer Aspekt⁴⁵² – Hoffnung erschafft neu
Hoffnung beginnt mit dem Lebensatem und endet nicht mit diesem (Dum spiro, spero)

Zunächst bleibt festzuhalten: Dort, wo versucht wird, der Hoffnung eine Sprache zu geben, ist sie verloren gegangen. Der Mensch kann sich im Wechselspiel seines Lebens verlieren und damit auch seine Hoffnung. Menschliche Hoffnung ist somit immer eine gefährdete Hoffnung, die mit dem Verlust von zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Verlust der persönlichen Gottesbeziehung einhergehen kann. Allerdings wird sie existenziell in einer Glaubenserfahrung oder in einer (Liebes)Beziehung erlebt. Das Dasein der Hoffnung kann für den Menschen spürbar in ihrer Abwesenheit werden oder in dem Erleben des Glaubens und in der Liebe. Schöpfungstheologisch drückt sie sich in jedem Atemzug aus. Solange ein Mensch atmet, atmet er Hoffnung ein und aus. Gott gibt ihm, symbolisch gesprochen, immerzu den Lebensatem (Gen. 2,7), unabhängig davon, ob ein Mensch in der Gemeinschaft mit Gott lebt. Seine Hoffnung ist vor der menschlich erfahrbaren Hoffnung gegeben. Die Hoffnung als Lebensatem Gottes ist Voraussetzung und Grundlage allen Lebens. Der Beginn der Hoffnung findet sich im ersten Wort Gottes (Gen.1). Sie gibt den Rhythmus der Wiederkehr („Solange diese Erde steht, soll nicht aufhören Saat und Ernte, Frost und Hitze, Sommer und Winter, Tag und Nacht“. Gen. 8,22). Die Erfahrung der Wiederholung, des neu Wiedererlebens, schafft eine Hoffnung des Menschen und ist ein Merkmal dieser. Die Schöpfung Gottes, sein Lebensatem, durchzieht die Alltagshoffnung der Menschen, wie die Bilder onkologischer Patienten und der helfenden Berufe zeigen. Gott haucht dem Menschen seinen Odem ein (Gen. 2,7). So sind Gott und Mensch verbunden vom ersten bis zum letzten Atemzug des Lebens. Er stiftet die Hoffnung. Der eigene Atem ist im Atem Gottes.

Die enttäuschbare, sterbende und regenerierbare, machbare Hoffnung des Menschen ist aufgehoben in diesem Dasein, welches die existenzielle Erfahrung von Verzweiflung und Leids⁴⁵³ (Hiob)

⁴⁵² Ebeling verweist mit Recht darauf, dass heute „mittels eines äquivoken Gebrauchs der Begriffe Hoffnung und Zukunft ...der sozusagen veraltete und als konservativ verdächtige Schöpfungsglaube in eine revolutionäre Utopie der neuen Schöpfung transportiert“ wird. Ebeling, G. (1986). Dogmatik des christlichen Glaubens. Bd. I. Berlin. 266. vgl. Joest, W. (1995). Dogmatik Bd. 1. Die Wirklichkeit Gottes. Göttingen. 298ff. „Der Geist wirkt Hoffnung, d. h. allein durch die Macht Gottes, in Menschen zu wirken, wird sie erweckt, erhalten und erneuert. Gerade so ist sie, unbedingte Hoffnung, die durchhofft durch die Hoffnungslosigkeit dessen, was vor Augen ist. drs. 299.

⁴⁵³ Getrennt von Gott führt es den Menschen zu dem berühmten Satz von Büchner, „dass der Schmerz...der Fels des Atheismus sei“ in: Fuchs, G. (Hrsg.) (1996). Angesichts des Leides an Gott glauben. Zur Theologie der Klage. Frankfurt a. Main. 1. Hiob stellt sein Leid und seine Verzweiflung, die Hoffnungslosigkeit in die Beziehung zu Gott. Der moderne Mensch hat daraus die Theodizeefrage als Vernunftsfrage und einen Antigottesbeweis entwickelt. Der allerverzweifelte Satz der Bibel kann aber dennoch Hoffnung bleiben, weil er in die Beziehung

einschließt. „Erst im Bewusstsein unserer Unvollkommenheit werden wir befähigt zur Trauer, zur Hoffnung und zur Liebe“.⁴⁵⁴ Die Erfahrung des Hoffnungsverlustes, der Verzweiflung, ist ein Teil der Hoffnung selbst. Aufgehoben in der Liebe Gottes und im Glauben, der Beziehungserfahrung zu ihm, braucht der Mensch nicht stehen zu bleiben in der totalen Verzweiflung⁴⁵⁵. In einer Zeit, die Glaube, Hoffnung und Liebe trennt und nicht mehr zusammen als eine Einheit begreift, können die Hoffnungslosigkeit und die Verzweiflung als unüberwindbare Macht erlebt werden. Hoffnung ist streng genommen dreidimensional und erfährt sich im Alltag, im Glauben und in der Verzweiflung. Sie bedarf eines Gottes, der in Christus seine Liebe zeigt und mit dem Heiligen Geist tröstet.⁴⁵⁶ Was aber tröstet in der Verzweiflung?⁴⁵⁷

zu Gott geschrien wird: „Mein Gott, mein Gott, warum hast Du mich verlassen“ (Psalm 22,2). Vgl. dazu Sölle, D. (1984). Leiden. Stuttgart; Brantschen, J. B. et. al (1980). Leiden. In: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft. (Teilband 10) Freiburg. 6-50; Eibach, U. (1991). Der leidende Mensch vor Gott. Krankheit und Behinderung als Herausforderung unseres Bildes von Gott und dem Menschen. Neukirchen-Vluyn.

⁴⁵⁴ Luther, H. (1991). Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit. WzM, 43. Jg., 262. Luther, der in der eigenen Erfahrung des Leidens und des Sterbens sich abwendet von der Rede einer Ganzheit und Bildern eines abgeschlossenen, erfüllten Lebens, begründet seine Sicht vom fragmentarischen Leben mit drei Perspektiven: „1. Jedes Stadium unseres Lebens stellt immer auch einen Bruch dar und einen Verlust – und ist nicht nur Wachstum und Gewinn. Insofern sind wir immer auch die Ruinen unserer Vergangenheit. In Krisen wird dieser normale Tatbestand nur dramatisch erfahrbar...Ganzheit wäre nur bei Verzicht auf Trauer möglich. 2. Auf jeder Stufe unseres Lebens sind wir aber immer auch Fragmente und Entwürfe der Zukunft. Wir sind Baustellen, von denen wir nicht wissen, ob und wie an ihnen weitergebaut wird...Gegen die Erstarrung steht die Sehnsucht, die Bewegung des Aufbruchs und der Selbstüberschreitung. Das Bild der Ganzheit und Abgeschlossenheit verführt demgegenüber zur selbstzufriedenen Satttheit, die das überraschend Neue einer offenen Zukunft ausblendet und sich den Provokationen zur Weiterentwicklung nicht stellt. Ganzheit wäre nur bei dem Verzicht auf Hoffnung möglich. 3. In jedem Stadium unserer Ich-Entwicklung sind wir durch Andere herausgefordert und infragegestellt...Die Anderen erschüttern unser Aus-Sein auf Harmonie und Ganzheit. Das Ziel eines in sich runden und abgeschlossenen Lebens ist demgegenüber angewiesen auf die Abschottung gegenüber dem Anderen und besonders gegenüber dem fortdauernden Leiden auf und an dieser Welt. Ganzheit wäre nur bei Verzicht auf Liebe möglich.“ Drs. 268-269.

⁴⁵⁵ Das Leid wird dem Schwerkranken zum Gottesproblem. Psalm 88 gehört in diesem Zusammenhang zu den dunkelsten Texten der Bibel, die diese menschliche Erfahrung ausdrücken. Der Psalm schließt trostlos, gleichzeitig stellt der Beter sein Leid in die Beziehung zu Gott. Vgl. dazu die Auslegung von Gross, W. (1996). Ein Schwerkranker betet Psalm 88 als Paradigma. In: Fuchs, G. (Hrsg.) (1996). Angesichts des Leides an Gott glauben. Zur Theologie der Klage. Frankfurt a. Main. 101-118. „Das Gebet hält dem Leidenden einen Raum der Hoffnung offen.... Die Gebetstraditionen Israels provozieren den Leidenden zu dem Versuch, die dialogische Situation vor Gott nicht aufzugeben, auch dann nicht, wenn Gott keine Antwort gibt“. In: Tacke, H. (1989). Mit den Müden zur rechten Zeit reden. Beiträge zu einer bibelorientierten Seelsorge. Neukirchen-Vluyn. 240.

⁴⁵⁶ Vgl. zur Frage: Trost in der Seelsorge? Eschmann, H. (2000). Theologie der Seelsorge. Grundlagen Konkretionen Perspektiven. Neukirchen-Vluyn. 117-152.

⁴⁵⁷ Vgl. dazu die Arbeit von Sibylle Rolf (2003). Vom Sinn zum Trost. Überlegungen zur Seelsorge im Horizont einer relationalen Ontologie. Münster. 157-183.; Meerwein, F. & Leuenberger, R. (1980). Trauer und Trost. In: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft. (Teilband 10) Herder. 118-139; Heckel, U. (1997). Schwachheit und Gnade. Trost im Leiden bei Paulus und in der Seelsorgepraxis heute. Stuttgart; Schneider-Harpprecht, Ch. (1989). Trost in der Seelsorge. Stuttgart.

2. Pneumatologischer Aspekt - Hoffnung tröstet Ist Hoffen-Können Vertröstung oder Trost?⁴⁵⁸

Trost ist im biblischen Sinne immer zunächst eine Bewegung Gottes⁴⁵⁹ auf den Menschen zu. „Ich will euch trösten, wie einen seine Mutter tröstet“ (Jes. 66,13). Trost kann als Metapher für das zukünftige Heil verstanden werden. Die von Gott Getrösteten werden zu den Trauernden gesandt. „Gelobt sei der Gott allen Trostes, der uns tröstet in aller unserer Trübsal, damit wir trösten können, die da sind in allerlei Trübsal mit dem Trost, mit dem wir selber getröstet werden von Gott“ (2. Kor. 1, 2-3). Die Fähigkeit, Menschen in ihrem Leid zu trösten, bedarf zunächst der eigenen Erfahrung, selbst Getrösteter zu sein. Trost und damit Hoffnung werden dann glaubhaft und nicht als Vertröstung erlebt, wenn dieser Trost in einer persönlichen Beziehung geschieht. Einer, der trösten will, „kann hören, ohne raten zu müssen, kann lieben, ohne helfen zu müssen, kann Vertrauen schenken, auch wenn eine Erwidierung fraglich scheint, kann sich dem anderen zuwenden, auch, wenn dieser schwer zu ertragen ist, er weiß um die Zielhaftigkeit seines eigenen Lebens und kann offen sein für sein Gegenüber, ohne ein bestimmtes Ziel für ihn zu verfolgen, er kann sich auf die Verzweiflung und das Leid einlassen, ohne sie gleich mit positiven Möglichkeiten zu verdrängen, er kann sich einfühlen in den anderen, ohne sich selbst in dessen Verzweiflung zu verlieren“.⁴⁶⁰

Eine weitere Voraussetzung, trösten zu können, ist, eine eigene Botschaft zu haben. Diese ist verbunden mit der eigenen Glaubens- und Lebenserfahrung ohne die Ausblendung der verzweifelten Situation in der Welt. Das Hiobbuch verwehrt die einfache Gleichung Gott und Sinn, die in der Verzweiflung tröstet. „Ertragt mich, dass ich rede“ - ruft der Leidende- „Kehrt euch her zu mir; ihr werdet erstarren und die Hand auf den Mund legen müssen (Hi. 21.3.5)⁴⁶¹. Seelsorge wendet sich den Leidenden zu, die der Einsamkeit des Elends ausgesetzt sind. Seelsorge heißt dann, sich auszusetzen und abhängig zu werden von der Not des Anderen. „Die Gefährdung einer Seelsorge, die sich dem Elend aussetzt, besteht darin, zu meinen, dieser Ausgesetztheit nicht standhalten zu können, sie nicht ertragen zu können und darum vorschnell reden, deuten, helfen, heilen“⁴⁶² und trösten zu müssen. Trost beginnt mit der Selbstdisziplin des Seelsorgers, sich die Flucht in den leidigen Trost zu verbieten oder das Ausweichen in eine effektvolle Technik der Bewältigung zu vermeiden. Weil der Trost nicht verwaltet werden kann, „sollte Seelsorge mehr zur Teilhabe am Leiden einüben helfen, als mit vorschnellen Hilf- und Trostangeboten „Trübsal“ hinwegzureden. Nur der Trost, der das Noch-Ausstehende der Verheißung festhält, das Vertrauen nicht auf das, was ist setzt, sondern auf das, was unsere Hoffnung ist,

⁴⁵⁸ Vgl. Luther, H. (1998). Die Lügen der Tröster. In: Praktische Theologie 33. Jg., Heft 3, 163-176.

⁴⁵⁹ Schneider - Flume sieht „die Bewegung Gottes bis zum tiefsten Punkt menschlicher Existenz und Wirklichkeit, die Bewegung des Erbarmens, die Menschen aus dem Nichts, aus der Bedrohung durch Tod und Erstarrung heraushält“, als Grund des Glaubens. „Die Bewegung Gottes in die Tiefe schafft den Glauben neu da, wo keine Möglichkeit zum Glauben mehr ist, als die gegen alle Unmöglichkeit neue Möglichkeit...Die Verschränkung von Glauben und Leben sowie von Leben und Gott macht es theologisch notwendig, von Gott auch da zu reden, wo Menschen mitunter Gott nicht wahrnehmen und vom Glauben als vom Leben in der Geschichte mit Gott zu reden, auch da, wo Menschen sich nur außerhalb der Geschichte verstehen“. Schneider - Flume, G. (1998). Glaubenserfahrung in den Psalmen. Leben in der Geschichte mit Gott. Göttingen. 34.

⁴⁶⁰ Wogenstein, R. (1998). Hoffen können -Vertröstung oder Trost? Berlin.

⁴⁶¹ Luther, H. (1998). Die Lügen der Tröster. In: Praktische Theologie 33. Jg., Heft 3, 175.

⁴⁶² drs. 174.

bleibt von falscher Vertröstung bewahrt. Der Trost der Seelsorge kann daher nur ein dialektischer sein“.⁴⁶³

Gottes geschenkter Trost und Hoffnung überbietet sich immer⁴⁶⁴, so wie Christus alles überbietet in seinen Heilungsgeschichten, wenn der Mensch glaubt und hofft. „Dein Glaube hat dir geholfen“. So sieht der Blinde in Joh. 9 nicht nur wieder mit seinen Augen, sondern er sieht Christus. Der heutige Mensch kann sein Leben mit Trostlosigkeit der Verzweiflung erfahren und gleichzeitig der Erfahrung der Hoffnung durch den Trost Gottes wie Generationen vor ihm. Beides bildet eine Einheit. Die Erfahrung von Hoffnung kann zum Glauben und dem Erleben von Freude und Frieden führen, so wie es folgendes Segenswort ausdrückt: „Der Gott des Trostes und der Hoffnung erfülle euch mit aller Freude und Frieden im Glauben, dass ihr vollkommene Hoffnung habt durch die Kraft des Heiligen Geistes“(Röm. 15,13). Es bleibt die Frage: Ist eine menschliche Hoffnung vorstellbar und bleibend tragfähig ohne den Trost Gottes?

3. Anthropologischer Aspekt - Menschliche Trübsal ist ein Samenkorn der Hoffnung

“... wir rühmen uns auch der Trübsale, weil wir wissen, dass Trübsal Geduld bringt; Geduld aber bringt Bewährung, Bewährung aber bringt Hoffnung; Hoffnung aber lässt nicht zuschanden werden, denn die Liebe Gottes ist ausgegossen in unser Herz durch den Heiligen Geist, welcher uns gegeben ist“ (Röm. 5, 1-5).

Neben der Glaubenshoffnung beginnt nach Römer 5,3ff die Hoffnung im alltäglichen Leben mit Trübsal. Diese bewirkt, dass der Mensch darunter bleibt und nicht verloren geht. In der Trübsal, der Trauer und Verzweiflung geht alle enttäuschbare Hoffnung verloren, die das Leben nicht trägt. Menschliche Hoffnung kann in die Vergeblichkeit führen, einer Beschämung, nicht mehr darauf hoffen zu können, worauf man bisher hoffte. Ohne die bisherige Hoffnung wird man nackt und bloß.⁴⁶⁵ So wie ein Patient es ausdrückt: „*Ich schäme mich so, von meinen Hoffnungen zu reden, die ich einmal hatte und von denen keine mehr da ist!*“ In der Trübsal beginnt die Verwandlung aller Sichtweisen, der Erkenntnis, die Umgestaltung der Entscheidungen, der Beginn einer anderen Lebenshaltung, denn sie unterbricht den Lauf des bisherigen Lebens. „*Es ist wie ein Sturz aus der normalen Wirklichkeit*“ (Pat. 56 J.). Das Durcharbeiten des bisherigen Lebens kann unerträglich erscheinen und ist nur in Geduld auszuhalten. Diese Situation der Angst und des Drucks, niedergeschlagen zu sein, ist die eigentliche Zumutung des Weges zur Hoffnung und gleichzeitig ihre Voraussetzung. Das Umlernen der Dinge, der Druck der Verzweiflung erarbeitet die Geduld. Geduld lernt sich nur durch Geduld, z. B. in der Erfahrung der Erinnerung Gottes, dass das Leben bei ihm aufgehoben ist. Geduld zeigt, was sich im Leben bewahrheitet hat. Darauf kann der Mensch seine Hoffnung setzen. In diesem Prozess, wenn er denn durchlebt und erfahren

⁴⁶³ 175-176.

⁴⁶⁴ Deshalb kann Luther sagen: „Die Hoffnung nimmt immer zu. Dazu helfen auch die Leiden und Verfolgungen. Denn die Hoffnung nimmt nicht dermaßen zu, dass die Widerwärtigkeit abgelegt werde, ja sie wird gemehrt, damit die Hoffnung sich nicht auf unsere Macht verlasse, sondern durch die Kraft des Heiligen Geistes bestehe, welche uns hilft und die Hoffnung stärkt, dass wir das Unheil der Welt nicht fliehen noch fürchten, sondern bis in den Tod bestehen und alles Böse überwinden“. WA 10 I 2, 92,26-32

⁴⁶⁵ Vgl. dazu Schneider - Flume, G. (1998). Glaubenserfahrungen in den Psalmen. Leben in der Geschichte mit Gott. Göttingen. 39-53.

wird, trennt sich die enttäuschbare, illusionäre gemachte Hoffnung von der lebendigen offenbarten Hoffnung, die in Gott begründet ist und geschieht.

Seelsorge heute steht in der Erwartung, dass sie einem Menschen Hoffnung macht, der sie nicht mehr spürt oder als verloren betrachtet. Das kann sie jedoch nicht erfüllen. Seelsorge kann da sein und dafür Sorge tragen, dass ein Mensch in seiner Trübsal den mühseligen Weg zur Hoffnung nicht abbricht oder wegwirft. Sie schafft damit die Voraussetzung zur Hoffnung, indem eine Beziehung entsteht, in der Glaube und Liebe zur Sprache kommen können. Was gibt Hoffnung, die sich nicht verbraucht?

4. Christologischer Aspekt

Christus stiftet Hoffnung - am Beispiel der zehn Aussätzigen

„Und als er in ein Dorf kam, begegneten ihm zehn aussätzige Männer, die standen von ferne und erhoben ihre Stimme und sprachen: Jesus, lieber Meister, erbarme dich unser! Und da er sie sah, sprach er zu ihnen: Gehet hin und zeigt euch den Priestern! Und es geschah, da sie hingingen, wurden sie rein. Einer aber unter ihnen, da er sah, dass er gesund geworden war, kehrte er um und pries Gott mit lauter Stimme und fiel auf sein Angesicht zu Jesu Füßen und dankte ihm. Und das war ein Samariter. Jesus aber antwortete und sprach: Sind ihrer nicht zehn rein geworden? Wo sind aber die neun? Hat sich sonst keiner gefunden, der wieder umkehrt und gäbe Gott die Ehre, denn dieser Fremdling? Und er sprach zu ihm: Stehe auf, gehe hin; dein Glaube hat dir geholfen“ (Lukas, 17,11-19).

Sontag schreibt als Krebspatientin:

„*Krebskrankheit ist die Nachtseite des Lebens, eine eher lästige Staatsbürgerschaft. Jeder, der geboren wird, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken. Und wenn wir alle es auch vorziehen, nur den guten Ruf zu benutzen, früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen, wenigstens für eine Weile, sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen...Freilich ist es kaum möglich, seinen Wohnsitz im Reich der Krankheit zu nehmen, ohne vorgeprägt worden zu sein durch die grauenhaften Metaphern, mit denen seine Landschaft ausstaffiert worden ist*“⁴⁶⁶. Die Krankheit des Aussatzes bedeutete für den Betroffenen des Gleichnis Isolation aus der Gesellschaft, sozialer und physischer Tod, das Stigma einer Strafe Gottes. Menschen, die heute an Krebs erkranken, sind in der Mehrzahl davon überzeugt, dass dies ihren Tod bedeutet, fühlen sich einsam und isoliert: „*Meine Freunde passen nur noch in eine Telefonzelle. Sie gehen auf eine andere Straßenseite, wenn sie mich sehen*“ (Pat. 22 J.), fürchten den sozialen Tod mehr als den physischen und fühlen sich bestraft: „*Ich bin immer ein guter Mensch gewesen. Wenn es Gott gäbe, würde er mich nicht so strafen. Das habe ich nicht verdient*“ (Pat. 46 J.). Krankheit wird als die Abwesenheit Gottes und der Menschen erlebt.⁴⁶⁷ Eine Krebserkrankung erzeugt Berührungängste. In der Krankheit wird ein Mensch hässlich, er zeigt sein Elend, verliert die Haare und seine Schönheit. Die Betroffenen werden oftmals nicht aufgrund der Er-

⁴⁶⁶ Sontag, S. (1996). Krankheit als Metapher. Frankfurt a. Main. 5/6.

⁴⁶⁷ Die Warum gerade ich? - Frage, die Frage nach der Gerechtigkeit Gottes und sein Dasein im persönlichen Leid verbinden sich mit dieser Aussage. Vgl. Schuchardt, E. (2002). Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. Fazit aus Lebensgeschichten eines Jahrhunderts. Jubiläumsausgabe. Göttingen.

krankung hoffnungslos, sondern aufgrund dieser Konsequenz. Sie nehmen nur noch von ferne am Leben teil. Alles rückt fern. Krankheit führt dazu in die Angst: „*Ich bin von heute auf morgen ganz weg von meinem bisherigen Leben*“ (Pat. 46 J.). Kranke haben eine veränderte Stimme, manchmal keine mehr. Sie schreien mit allen Fasern nach Heilung und Gesundheit. „*Ich brauche Hoffnung, Herr Dr., haben Sie nicht ein bisschen Hoffnung für mich? Machen Sie das Böse in mir weg*“ (Pat. 28 J.). Wer in der Nachtseite der Krankheit lebt und sich aussätzig fühlt, interessiert sich nur noch für die Hoffnung auf Heilung. Da geht sogar der Samariter zu Jesus, ein Atheist zum Wunderheiler. In dieser Bedürftigkeit sind sich die Kranken gleich. Diese Bedürftigkeit öffnet Grenzen. Da ist zunächst die Hoffnung, das Vertraute, Gewohnte, das Alltägliche wieder leben zu dürfen. Das genügt als Hoffnung. Dazu geht man zum Arzt, früher zum Priester, als Bestätigung. Doch in der Krankheit stellt sich die Frage nach Gott sensibel und unausweichlich, deshalb wird er auch so oft beschuldigt. In der Krankheit erzählen Krebspatienten, wie sie einen Gott ablehnen, der sie nicht „reinigt“ wie den Samariter und suchen gleichzeitig seine Nähe, in der Hoffnung, „*dass ich noch einmal mit meinem Leben davon komme*“ (Pat. 46 J.).

„Die Hoffnung ist die Erkenntnis, dass das Böse in uns endlich ist und dass die geringste Hinwendung der Seele auf das Gute, dauert sie auch nur einen Augenblick, ein wenig das Böse austilgt, und dass im geistlichen Bereich jedes Gute unfehlbar Gutes erzeugt“⁴⁶⁸.

Es kann sein, dass ein Mensch seine Krankheit mit den Augen Jesu zu sehen lernt. Heilung schließt die Umkehr mit ein, so wie viele Krebspatienten angeben, seitdem ihr Leben verändert zu haben⁴⁶⁹. Es kann sein, dass ein Mensch die Zeit der Krankheit als eine Reinigung erlebt in dem Sinne, mit Gott und sich selbst ins Reine zu kommen. Es kann sein, dass eine Krankheit in die Erfahrung größter Nähe und Barmherzigkeit Gottes führt, die danken lässt. Seelsorge wird einer Ablehnung und Frage nach Gott durch den Kranken mit Achtsamkeit und Genauigkeit sensibel und geduldig begegnen und diese einbetten in die Lebensgeschichte des Menschen. Eine Krebserkrankung führt oftmals in große Gottesferne und zugleich neu in die Nähe Gottes. Das eigene Dasein nicht als Strafe, sondern mit Barmherzigkeit und Liebe zu begreifen, ist eine tiefe Sehnsucht in der Zeit existenzieller Krankheitserfahrung. Wie kann Seelsorge neu lernen, so von Hoffnung zu reden, dass sich Gottesferne und Gottesnähe verbinden lassen, dass Hoffnung nicht enttäuscht?⁴⁷⁰

5. Eschatologischer⁴⁷¹ Aspekt – Hoffnung führt zum Heil Hoffnung ist untrennbar verbunden mit Glaube und Liebe

„Wir sehen jetzt durch einen Spiegel in einem dunklen Wort; dann aber von Angesicht zu Angesicht. Jetzt erkenne ich stückweise; dann aber werde ich erkennen, gleichwie ich erkannt bin. Nun aber bleiben Glaube, Hoffnung, Liebe, diese drei; aber die Liebe ist die größte unter ihnen (1. Kor. 13,12-13).“

⁴⁶⁸ Weil, S. (1984). *Schwerkraft und Gnade*. München. 174.

⁴⁶⁹ Das kann sich auf einen veränderten Lebensstil, Ernährung, mehr Zeit für Beziehung und sich selbst oder auch auf Meditation und Gebet beziehen.

⁴⁷⁰ An dieser Stelle wird sich Seelsorge von Psychotherapie unterscheiden, die die Hoffnung des Menschen überwiegend mit ihm selbst verbindet und Glauben und Gott als Quelle und Ressource des Lebens versteht.

⁴⁷¹ Vgl. dazu die Ausführungen von Joest, W. (1995). *Dogmatik Bd. 2. Der Weg Gottes mit dem Menschen*. Göttingen. 613f, 641f, 679ff.

Wirkliche Hoffnung entsteht nach 1. Kor. 13,12 von Angesicht zu Angesicht. Das ist eine eschatologische Hoffnung. Die Einheit von Glaube, Hoffnung und Liebe bedeutet, das Eine ist nicht ohne das Andere. Es durchdringt sich gegenseitig. Das Leben ist Ausdruck dieser drei. Sie dürfen nicht zerrissen werden in drei Bereiche, wie es häufig in Seelsorge und auch Therapie heute geschieht. In der Spiegelerfahrung sieht der Mensch seine derzeitigen Hoffnungserfahrungen. Ein Betroffener will zunächst wissen, wie ist das Liebes- und Hoffnungspotential des Gegenübers, ehe er sich auf Vertrauen und Glauben einlassen kann. Die moderne Trennung von Glaube, Liebe und Hoffnung ist eine Not, der sich Seelsorge zu stellen hat, die auch die eigene Seelsorge hinterfragt und die in der Therapie weitgehend vollzogen ist. Dies gilt ebenso für eine häufig vollzogene Trennung zwischen Weltlichkeit und Spiritualität bzw. einer Alltagshoffnung und einer transzendenten Hoffnung. Beides muß für eine Seelsorge in säkularisierter Zeit als Bedingungsgefüge verstanden werden. Seelsorge kann in diesem Zusammenhang „als eine Spiritualität der Aufmerksamkeit und Geduld erkennbar“ werden. „Nur wo für das Welthafte Raum ist, kann auch das Spirituelle wachsen“.⁴⁷² In diesem Spannungsfeld geschieht Seelsorge. Im Blick auf die Hoffnung bedarf sie einerseits der Offenheit und Achtsamkeit, was Menschen heute im Alltag hoffen, wie die Hoffnung ihre Lebensbiographie prägt und sie diese zur Sprache bringen können. Damit entspricht die Seelsorge der Weltzuwendung Gottes. Andererseits kann sich eine Alltagshoffnung ohne Erfüllung kaum verstehen, sie weist über sich hinaus. So kann sie in eine transzendente Hoffnung münden und den Menschen die Wirklichkeit Gottes erfahren lassen. Die Hoffnung des Menschen im Leben will zunächst etwas sehen, wie es dieser Satz ausdrückt: *„Nur das, was ich sehe, kann ich glauben!“*⁴⁷³ Die bisher tragende Hoffnung nicht mehr zu sehen, ist ein unerträglicher Zustand. Die Situation des Kranken in dieser Wirklichkeit bedeutet häufig, weder einen Glauben an das Sichtbare noch an das Unsichtbare zu haben. Das kann in die Verzweiflung münden, in einen Rückzug und wenig Mut, dem Gegenteil der Hoffnung. Eine sichtbare Diagnose schwarz auf weiß mit bildgebenden Verfahren heutiger Medizin kann zunächst nicht geglaubt werden im Sinne von Fürwahrhalten. Die alltägliche Hoffnung und eine Diesseitstheologie scheitert am Krankenbett⁴⁷⁴. Die Diagnose einer Krebserkrankung geht einher mit dem Verlust eines Diesseitsglaubens. Der ganze Protest des Kranken richtet sich gegen das Sichtbare und hängt sich an das Nicht- Sichtbare. Hoffnung beginnt dann mit einem Unglauben an das Sichtbare. Ein Krebspatient wird gezwungen, Hoffnung aufzugeben, die ihn in der fremden Wirklichkeit der Krankheit nicht mehr trägt. Dies führt oftmals zu der Aussage: *„Ich sehe für mich nichts mehr!“* Ein Mensch in dieser Lebenssituation entwickelt ein tiefes Empfinden für echte Hoffnung, die ihn weiterträgt. Das drückt er in einem fortwährenden Zweifel in der Begegnung mit anderen Menschen und ihren Hoffnungsangeboten aus. Hoffnung kommt in diesem Prozess der Auseinandersetzung im Gewand des Zweifels. Sie führt den Menschen weg von der Verzweiflung und lässt die Bewegung einer Hoffnung wieder zu. Wie kann sie die Hoffnung auf das, was ich nicht sehe, aussehen? *„Dass ich wieder der Gesunde werde, der ich war“* (Rectumpatient, 38 J.); *„Dass meine Seele bis zum Ende meines Lebens bewahrt bleibt, trotz der Zerstörung meines Körpers“* (Mammapatientin, 47 J.); *„Die Freude, einmal das Antlitz Christi zu sehen“* (Leukämiepatient, 58 Jahre). Oder wie es Kafka als Todkranker stellvertretend bekennt:

⁴⁷² Ziemer, J. (2004). Weltlichkeit und Spiritualität. Seelsorge unter den Bedingungen der Säkularität. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen. 21.

⁴⁷³ vgl. Joh. 20, 24-31. „Selig sind, die nicht sehen und doch glauben!“

⁴⁷⁴ Wir lachen oftmals über die Jenseitsvertröstungen des Mittelalters, vielleicht werden zukünftige Generationen über die vielfältigen Diesseitsvertröstungen lachen?

„Dieses Leben scheint unerträglich, ein anderes unerreichbar. Man schämt sich nicht mehr, sterben zu wollen, man bittet aus der alten Zelle, die man hasst, in eine neue gebracht zu werden, die man erst hassen lernen wird. Ein Rest von Glauben wirkt dabei mit, während des Transportes werde zufällig der Herr durch den Gang kommen, den Gefangenen ansehen und sagen: Diesen sollt ihr nicht wieder einsperren. Er kommt zu mir“.⁴⁷⁵

Ein Rest des Glaubens und der Hoffnung bleibt, dass Gott vorbei kommt und dass der Mensch nicht ungetröstet geht. Ein letzter Schritt, den ein Patient von der Verzweiflung, dem Zweifel auf seinem Weg gehen kann, ist die Gewissheit einer Hoffnung, an der er nicht mehr zweifelt, obwohl er sie nicht sieht. Was kann eine Hoffnung sein, an der ich nicht mehr zweifle? Vielleicht eine Gewissheit, dass Gott die Hoffnung schenkt und den Menschen zurückführt, wo er herkommt, zur Quelle seines Glaubens und der Hoffnung, zu Gott selbst.

Seelsorge kann in diesem Zusammenhang zunächst auf die noch sichtbare Hoffnung hinweisen, die ein Verzweifelter nicht mehr für sich sieht. Sie kann weiter mit dem Zweifel arbeiten und mit dem Gegenüber eine Hoffnung suchen, die ihn gewiß sein lässt. Nicht zuletzt ist es eine ihrer Aufgaben, dass ein Mensch nicht ungetröstet sterben muss. Der Prozeß, von der Verzweiflung zum Zweifel bis zu einem Nichtzweifel, kann in diejenige Hoffnung münden, die nur in Gott erfüllt wird.

Zusammenfassung

Für Krebspatienten und ihre Not scheint zunächst alles ausgeschöpft. Sie stehen in der Tradition aller der Menschen, die sich verzweifelt Fragen: Woher kommt mir Hilfe (Psalm 121) und keine Antwort darauf erkennen können. In dieser Situation hören sie von Hilfe. Hören - ist dann der Beginn einer Bewegung, der Anfang eines Weges. Wer hört, beginnt neu zu werden, neu Hoffnung zu schöpfen. Hören steht ganz am Anfang der eigenen Menschwerdung und ganz am Ende des Lebens⁴⁷⁶. Wer hört, dessen Seele beginnt augenblicklich wieder zu leben.⁴⁷⁷ Indem sie beginnen zu hören, werden sie aus ihrer Verzweiflung herausgerufen. Sie hören auf, in ihrer Lähmung zu verharren. Nirgends ist der Mensch so sensibel, wie im Hören auf eine Hilfe in verzweifelter Not. Patienten sagen: *„Ich habe jeden Strohalm ergriffen, alles probiert, was ich gehört habe von neuen Medikamenten, neuen Therapien, neuen Spezialisten, ich habe angefangen, neu auf Gott zu hören“*. Ein Leben im leeren Raum ohne Hoffnung ist so unerträglich, dass Pflegende und Behandelnde anfangen, „austherapierte Patienten“ von einer Station zur anderen zu verlegen, um die Hoffnungslosigkeit selbst nicht ertragen zu müssen. Der Mensch in der Krise, der Kranke erfährt so die Unerträglichkeit der eigenen Isolation und Distanz, die scheinbare Fremdheit zwischen Mensch und Mensch und zwischen sich und Gott. Seine Anwesenheit wird als Abwesenheit erlebt. Woher nehmen Menschen dann die Hoffnung, dass auch für sie etwas bleibt? Diese Hoffnung ist nicht zu trennen von ihrem eigenen Glauben, dem sie begegnet sind. Was kann das für die Seelsorge bedeuten und in welcher Gefahr steht sie?

Einer der größten Hindernisgründe, Seelsorge in Anspruch zu nehmen, ist ihre Gefahr, trösten zu wollen oder zu müssen, wo Gott schweigt oder als abwesend erlebt wird. Seelsorge kann an dieser

⁴⁷⁵ Kaffka, F.C. (1985). Vom Bau der chinesischen Mauer. Leipzig. 155.

⁴⁷⁶ Vgl. Berendt, J. E. (1988). Das Dritte Ohr. Vom Hören der Welt. Reinbeck bei Hamburg.

⁴⁷⁷ Vgl. auch dazu „Höre Israel, der ist Gott, der Herr allein“ (Dt. 6.4; Mk. 12,29) oder den Ausruf Jesu: „Wer Ohren hat zu hören, der höre“ (Mk. 4,9. 23).

Stelle die Hoffnung missbrauchen. Sie steht weiter in der Gefahr von Hoffnung zu reden, ohne sie in Verbindung mit Liebe und Glauben zu stellen. „Dem Glauben kommt auch in bezug auf die Hoffnung der absolute Primat zu. Nur so bleibt man von der Verkehrung der christlichen Hoffnung in eine welthafte Hoffnung bewahrt, die ihre Kraft aus dem zu Erwartenden schöpft, anstatt die Kraft der Hoffnung aus dem Glauben zu schöpfen. Nicht das, was geschehen wird, berechtigt zur Hoffnung, sondern das, was geschehen ist. Das befähigt zu einer Hoffnung wider alle Hoffnung...Die durch den Glauben entbundene Hoffnung, die allem Gegenwärtigen und Zukünftigen trotz und durch nichts zu enttäuschen ist, erhält...doch konkrete innerweltliche Hoffnungsziele. Sie entspringen aus der Liebe, aus ihrer Phantasie, aus ihrer Hingabe, aus ihrer Geduld...Sie schöpft aus dem Glauben Kraft, hoffnungsvoll in die Welt zu sehen und befähigt den Glaubenden dazu, keinen einzigen Menschen, auch nicht sich selbst, als hoffnungslosen Fall zu betrachten“.⁴⁷⁸ Seelsorge birgt letztlich die Gefahr, die persönliche Isolation, Distanzerfahrung und die Erfahrung des Lebens in der Fremde, die mit einer schweren Erkrankung verbunden werden kann, mit der Rede vom nahen Gott noch zuzuspitzen. Hier muß sie sich selbst gegenüber wachsam bleiben. Indem seelsorgerliches Dasein zunächst schweigend Raum gibt, kann der verzweifelte Mensch seine Not herausschreien und beginnen, von seinem Glauben und seiner Hoffnung zu erzählen ohne eine Übereinstimmung mit dem Seelsorger finden zu müssen.

1.1 Wie erlebt sich der „hoffnungslose Fall“ aus der Introspektion, und wie kommt Hoffnung bei Strahlentherapiepatienten zur Sprache?

Fall 1 – Frau W. (40 Jahre)- „Der hoffnungslose Fall“⁴⁷⁹

1. Strahlentherapeutische Behandlung⁴⁸⁰

⁴⁷⁸ Ebeling, G. (1986). Dogmatik des christlichen Glaubens. Bd. II. Berlin. 545/546.

⁴⁷⁹ Die Bedeutung der Palliativmedizin für die Lebensqualität des Erkrankten und die Notwendigkeit einer seelsorgerlichen/psychoonkologischen Betreuung für den Menschen soll mit diesem Fallbeispiel hervorgehoben werden. Wie sehr beide Ansätze sich miteinander verbinden können, wird dargestellt. Berichtet wird über eine junge Frau, die an einem metastasierten Mammakarzinom erkrankte. Zum Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Klinik für Strahlentherapie wurden neu aufgetretene cerebrale Metastasen behandelt. Die Therapie wurde in palliativer Intention durchgeführt. Die Patientin konnte durch die Strahlentherapie einen Teil ihrer durch die Hirnmetastasen verlorenen Motorik wiedergewinnen. Die seelsorgerliche Betreuung half ihr bei der Bewältigung ihrer Krankheit und unterstützte sie beim Verarbeiten der infausten Prognose. Die von der Patientin in diesem Prozeß gemalten Bilder und Schriftübungen sind abgebildet (siehe Bild 1-6). Ein Zweig der Medizin, der sonst in den Augen der Öffentlichkeit eher ein marginales Dasein fristet, die Palliative Medizin, wird in Verbindung mit der Frage nach der Hoffnung vorgestellt. Ihrer Definition nach unterscheidet sie sich hauptsächlich von der kurativ intendierten Medizin dadurch, dass eine Heilung des Erkrankten nicht mehr angestrebt wird; sei es weil der Verlauf der Erkrankung dies erzwingt, sei es, weil der Patient weitere Maßnahmen ablehnt oder sein Allgemeinzustand die Anwendung bestimmter Therapien nicht mehr erlaubt. Ist eine Tumorerkrankung nicht mehr heilbar, kann die Therapie nur noch "lindernd" sein. Im weiteren Verlauf einer Erkrankung ist die Palliativmedizin auch die Betreuung des Kranken und des Sterbenden bis zu seinem Tod, wobei das Augenmerk auf die Verbesserung subjektiver Defizite, auf das Vermeiden von Schmerzen, auf das Erleichtern von krankheitsbedingten Beschwerden gerichtet ist. Dazu gehören die Kraftlosigkeit bei Kachexie, Appetitlosigkeit und Übelkeit ebenso wie Dyspnoe, Inkontinenz und Foetor bei zerfallenden Tumoren.

Relevante Vorerkrankungen lagen bei der Patientin nicht vor. 1998 wurde mittels Stanzbiopsie die Diagnose eines prämenopausalen Mammakarzinoms links gestellt. Der Tumorsitz war unten zwischen den Quadranten. Die Patientin erhielt eine neoadjuvante Chemotherapie mit 4 Zyklen Epirubicin/Cyclophosphamid (EC in den üblichen Dosierungen). Es folgte die Brusterhaltende Therapie (BET, Quadrantenresektion) und Axilladissektion, eine primäre Latissimus dorsi-Lappenplastik. Das Tumorstadium war ypT 1 (1.4cm) pN0 (0/11) M0. Die Histologie: invasiv-duktales Karzinom, sowie solid-medulläres Karzinom, mit Lymphgefäßeinbrüchen (L1), histopathologisches Grading 3, Hormonrezeptorstatus: Östrogen (ER) negativ, Progesteron (PR) negativ, Ki 67 ohne positiv reagierende Karzinomzellen. Staginguntersuchungen: (1998) Skelettszintigraphie, Rö-Thorax, Oberbauch-Sonographie, Laborchemie unauffällig. Von 11.98 bis 02.99 folgte die adjuvante Chemotherapie mit 3 Zyklen CMF (Cyclophosphamid, Methotrexat, 5-Fluorouracil in den üblichen Dosierungen). Die adjuvante Radiotherapie erfolgte im Sinne einer Hochvolttherapie der linken Mamma in kurativer Intention mit tangential opponierenden Photonen-Stehfeldern mit 1.8 Gray (Gy) Einzeldosen (ED) bis 50.4 Gy Gesamtdosis (GHD). Als Anti-östrogentherapie wurde die Gabe von GnRh-Analoga / Tamoxifen empfohlen. Bereits im August 1999 kam es zu einem Frührezidiv; es fand sich ein inoperables Thoraxwandrezidiv parasternal mit 12 cm Durchmesser. Es wurde mit einer hyperfraktioniert akzelerierten simultanen Radiochemotherapie (GD) bis 64.0 Gy, mit Mitomycin C und 5-FU) behandelt. Eine Chemotherapie (Taxol 3 x wöchentlich) wurde bis 12.99 fortgesetzt. 2000 trat eine Komplikation der Radiatio des Thoraxwandrezidives auf: es bildete sich eine operationspflichtige große Exulzeration sternal. Eine Thoraxwandresektion und Defektdeckung mit einem M. pectoralis major- und Rectus abdominis Hautmuskellappen erfolgte. Es war histologisch kein Tumorgewebe nachweisbar. Eine Sternuminfektion erzwang eine Revision und Antibiotherapie. Darunter heilte die Läsion ab. Im Mai 2000 wurde durch einen Krampfanfall eine cerebrale Metastasierung diagnostiziert (solitäre cerebrale Metastasierung links parietal). Die Therapie bestand in einer Metastasenresektion. Eine weitere Operation wurde durch das Auftreten einer supraklavikulären Metastase, unter das Sternum ziehend, nötig. Die Resektion konnte nur inkomplett erfolgen (R2). Zugleich zeigte sich ein neueres Hirnmetastasenwachstum mit deutlichen neurologischen Ausfällen (gestörte Motorik der rechten Hand, siehe Bilder 1-3) Aufgrund des massiven Behandlungswunsches der Patientin fiel die Entscheidung für eine erneute palliative Radiotherapie. Die Indikationsstellung zur Strahlentherapie des Hirnschädels erfolgte aus folgenden Überlegungen: Aktuell bestand bei einer jungen Patientin in gutem Allgemeinzustand ein lokal rezidiertes und cerebral metastasiertes Tumorleiden. Die Hirnmetastase war reseziert worden, aber schnell rezidiert und schnell symptomatisch geworden. Es stand zu erwarten, dass weitere Symptome oder Hirndruckzeichen folgen würden. Aus diesem Grund und bei dem großen Therapiewunsch der Patientin wurde entschieden, eine Bestrahlung durchzuführen. Bis September 01 wurde die palliative Radiotherapie des Hirnschädels seitlich opponierend mit 3 Gy bis 30.0Gy GD durchgeführt und die Aufsättigung von 3 Hirnmetastasen betrug 15.0 Gy. Darunter verbesserte sich die Symptomatik deutlich. (Aus dieser Phase stammen die Bilder 4-6). Im Oktober 2000 wurde eine Lebermetastasierung diagnostiziert. Mit einer Chemotherapie Epirubicin/Taxol konnte eine Regredienz der Lebermetastasen erreicht werden. Eine gering progrediente Kleinhirnmetastasierung wurde bis 06.01 lokal ad 20.0 Gy GD bestrahlt. Im Sommer 2001 verstarb die Patientin zu Hause.

⁴⁸⁰ Die medizinischen Angaben zu den in diesem Teil III genannten Patienten stammen aus den Patientenakten der Klinik für Strahlentherapie in Halle.

2. Seelsorgerlich – psychoonkologische Begleitung

Grund der Aufnahme

Frau W., 40 Jahre, meldete sich im August 1999 und wünschte eine umfassende medizinische Beratung. Unklare Thoraxschmerzen waren als Rezidiv diagnostiziert worden. Es wurde ihr eine kombinierte Radiochemotherapie vorgeschlagen, die einen stationären Aufenthalt von sechs Wochen erforderten. Frau W. suchte am dritten Tag des Stationsaufenthaltes Kontakt zur Seelsorgerin. Sie wünschte sich Begleitung, obwohl sie keiner Konfession angehörte.

Spontanangaben der Patientin

Frau W. ist eine große stattliche Frau mit ausgesuchter Kleidung und viel Schmuck. Eine Mütze verbirgt die fehlenden Haare. Ihre Art der Begegnung ist offen und direkt. Sie komme, weil sie so niedergeschlagen und unruhig sei. Seit dem Rezidiv habe sie Schlafstörungen und grüble viel. Bisher habe sie gekämpft, doch jetzt sei es so, als ob sie die Diagnose erst richtig wahrnehme und nicht mehr daran vorbeikomme. Während dieses Gespräches, in dem sie auch Biografisches erzählt, weint sie etwa eine Stunde. Dabei wiederholt sie immer wieder den Satz: "Ich habe Angst, dass ich meine Söhne nicht mehr großziehen kann". Mutter, Schwester und die Tanten mütterlicherseits verstarben an einem Mammakarzinom. Die Patientin ist verheiratet, hat zwei jugendliche Söhne im Alter von 13 und 16 Jahren, von Beruf ist sie Bürokauffrau.

Biographie beim Erstkontakt

Frau W. wurde 1959 geboren, wuchs als Einzelkind auf, beide Eltern arbeiteten als Ärzte. Die Mutter verstarb, als Frau W. 8-jährig war, an Brustkrebs. Sie erlebte diesen Abschied als sehr einschneidend und "ich möchte nicht, dass meine eigenen Söhne (13,16J.) an meinem Grab weinen". Alle Frauen ihrer Familie mütterlicherseits waren an einem Brustkrebs verstorben. Der Vater heiratete nach einem Jahr eine Kollegin; die Beziehung mit der Ersatzmutter war und blieb schwierig. Die Haushaltshilfe der Familie, eine junge Frau, sei ihr damals wie ein Mutterersatz gewesen und ist ihr bis heute wichtig. Nach dem Abitur studiert die Patientin Pädagogik und heiratet 1981. Kurz nach der Hochzeit starb ihr Vater, das Studium konnte sie wegen der finanziellen Probleme nur mit Mühe beenden. Sie arbeitete gern mit Kindern in ihrem Beruf als Lehrerin. Ihr eigener Kinderwunsch wurde erst nach einer Hormontherapie erfüllt. Die Zeit zuhause nach den Geburten der Kinder, jeweils ein Jahr, schildert sie als sehr glücklich. "Es ist, als ob aller Schmerz überwunden war". Nach der Wende verändert sie sich beruflich und beginnt als Bürokauffrau zu arbeiten. Das Klima sei anregend und kollegial, eine Fortbildung sei für September letzten Jahres geplant gewesen; die Krankheit kam dazwischen. Bis dahin sei sie nie krank gewesen.

Krankheitsanamnese aus der Sicht der Patientin

Auf Anregung der Seelsorgerin beginnt die Patientin ein Tagebuch zu führen, welches ihr immer mehr zur Reflexion und Krankheitsbewältigung dient. Mit dem Einverständnis der Patientin werden Teile daraus zitiert:

"Der Juni 98 war ein ganz toller Monat. Ich hatte es endlich geschafft, die Geschäftsführung davon zu überzeugen, dass ich für ein Diplom in Betriebswirtschaft genau die "richtige Frau" bin....Dann kam von einem zum andern Tag der Einschlag einer Bombe- "Krebs". Als der Arzt mir sehr einfühlsam die Diagnose mitteilte, glaubte ich die Welt geht mir unter. Ich war nicht fähig ein Wort zu sagen...vor mir standen alle Bilder wieder auf, die ich versucht hatte zu verdrängen. Da waren Krankheit, Kampf, Leiden, und schließlich der Tod der Mutter, Tante, Cousine- alle von diesem Krebs besiegt. Ich sah in Gedanken meine Kinder an meinem Grab stehen und das war der Moment, wo ich zu mir aufblickte und zum ersten Mal sagte "Nein. Nein. Ich nicht!" Daraus wurde ein Schwur, ein Vermächtnis meinen toten Verwandten gegenüber, ein Versprechen an meine Kinder und meinen Mann: "Ich werde leben". Im Gespräch mit dem Arzt wurde der Behandlungsplan festgelegt. Es war nicht leicht, besonders die Nebenwirkungen der Chemotherapie.....die tolle Perücke habe ich nur einmal getragen, sie war so unecht, gehörte nicht zu mir und nicht zu meinem Körper, und erinnerte mich immer an meine Krankheit...Ich versuchte so normal zu leben wie möglich, mich nicht krank zu fühlen und vom Alltag auszuschließen. Nichts ist schlimmer als eine Wand zwischen sich und "den Gesunden" entstehen zu lassen, die Gesunden zu beneiden und sich zu fragen "warum gerade ich?". Nach Operation und ambulanter Strahlentherapie begann ich im März 99 nach meinem 40. Geburtstag wieder zu arbeiten. Ich hatte es geschafft!...Im Juli begannen Schmerzen im Brustbein, die immer stärker wurden. Meine Heimatklinik diagnostizierte einen gutartigen Bluterguß, doch schließlich überwies mich mein Hausarzt in eine onkologische Praxis in einer benachbarten Großstadt.

Das Ergebnis war entsetzlich. Mein "Bluterguß" war ein Tumor, bösartig und inoperabel. Einzige Möglichkeit blieb die Chemotherapie mit einer Lebenserwartung von einem halben Jahr. Und wieder stürzte der Himmel ein...Vormittags, wenn die Jungs in der Schule waren, wühlte ich mit dem Mut der Verzweiflung nach Informationen...so entstand der Kontakt nach Heidelberg und nach Halle. In Halle kämpfte ich viele Wochen mit Radio-Chemotherapie und hatte Erfolg. Der Tumor wurde zerstört. Ein so gutes Ergebnis hätte keiner für möglich gehalten. Allerdings traten starke Nebenwirkungen auf- eine verbrannte Speiseröhre und ein faustgroßes Loch im Thorax, dort, wo der Tumor gesessen hatte...Weihnachten und Silvester 2000 verbrachte ich in der Isolierstation meiner Heimatstadt. Eins kam immer wieder durch: " Du willst nicht sterben! Du hast es versprochen" Im März wurde das Loch in einer 10-stündigen Operation geschlossen. Zu Ostern war ich schwach, aber überglücklich zuhause...Das Glück dauerte bis Mai. Nach einem plötzlich aufgetretenen Krampfanfall wurde ein Tumor im Gehirn festgestellt, groß aber operabel. Diesmal war die Angst zu sterben das eine, das andere war die grausame Vorstellung, als gelähmt aus der Narkose zu erwachen. Ich hätte das Leben meines Mannes total über den Haufen geworfen, und das ist es, was ich nie wollte und nicht will...Die Gehirnoperation verlief gut- ohne Komplikationen und relativ schmerzarm. Dann kam der langersehnte Urlaub mit der Familie-14 Tage an der Ostsee...eine herrliche Zeit. In den letzten Tagen merkte ich allerdings schon wieder, dass etwas nicht stimmte, das Zucken im Gesicht wie der Beginn eines Krampfanfalls....Durch ruhiges Atmen- ich hatte die Entspannungsübungen mit der Seelsorgerin geübt -bekam ich die Sache stets unter Kontrolle. Und auch die Angst. Von diesen ersten gemeinsamen Urlaubstagen seit 2000 wollte ich keine Stunde hergeben. Ich hielt mich bis zur Heimfahrt. Dann lief alles ab wie im Film: Anfall, SMH, erschreckendes Untersuchungsergebnis, der Gehirntumor bildete sich neu. Da war wieder das schwarze Loch. Ich bekam das erste Mal Zweifel daran, meinen Schwur, am Leben zu bleiben, erfüllen zu können. Jetzt kommt der Krebs von allen Seiten und frißt mich langsam

auf. Wie konnte ich auch glaube, dass ich besiege, woran die anderen alle gestorben waren? Dazu kam mein hilfloser Zustand: die rechte Hand war vollkommen gelähmt. Ich war mit allem auf fremde Hilfe angewiesen...Das Verhalten meines Mannes mir gegenüber veränderte sich. Er wurde plötzlich aufmerksamer, stellte mich in den Mittelpunkt aller Dinge. Der Rest der Familie tat es ihm gleich. In mir erwachte die Furcht. Sie glauben nicht mehr an dich. Sie sind überzeugt dass du bald stirbst!...Ich wurde verzweifelt. In der Strahlentherapieklarinik, in der ich nun war, deprimierten mich die Versuche der Physiotherapeutin, meine Hand zu bewegen...Die Hilfe kam in Form der Ermutigung der Seelsorgerin, mit dem Tuschkasten zu malen. Ich merkte, mit dem Pinsel ist es auch nicht leicht, aber es ist zu schaffen. In ca. 6 Wochen lernte ich wieder, feine Konturen zu zeichnen, zu schreiben, und zu stricken...Es ist Oktober 2000. Seit 2 Jahren führe ich meinen Kampf- ich bin das erste Mal frei von Angst. Ich weiß nicht wieso. Gestern erfuhr ich von neuen Metastasen in der Leber und ich habe dazu eine völlig rationale Einstellung. Ich weiß, dass ich die beste Behandlung erhalte, gleichzeitig bin ich soviel Realist, dass ich meine letzten Schritte vorbereite. Im Vordergrund steht mein Wille zum Leben. Ich glaube nicht an Wunder, nicht an Gott, nicht an den Teufel, aber in mir steht der Grundsatz:

"Es kann niemand sterben, wenn er nicht will- jedenfalls in den seltensten Fällen." Jedes Jahr, das ich überlebe, ist ein Jahr für mich, denn die Krebsforschung geht weiter. Irgendwann wird dieser Krebs so leicht zu behandeln sein wie eine Grippe. Ich glaube nicht, dass ich dann noch auf der Welt bin, aber ich wünsche es für alle die nach mir kommen“.

Zugangsweg der Patientin

Die Information des Arztes bei der Aufnahme, dass sie den Sozialdienst und die Seelsorge in Anspruch nehmen könne, führte Frau W. zur Kontaktaufnahme. Diese fand mit den Worten statt: *"Ich bin zur Zeit sehr niedergeschlagen und suche Gespräche zur Entlastung. Ich bin kein gläubiger Mensch."* Sie gab eine depressive Stimmung und Rückzug an. Sie war sehr klar und willensstark. Eine psychiatrische Vorgeschichte bestand nicht. Frau W. wirkte sehr wach.

Sie gab an, viel zu grübeln, Einschlafstörungen zu haben, aber kein Morgentief. Die Patientin konnte Freude erleben und hatte keine suizidalen Gedanken. Im Laufe der Erkrankung dachte sie schon häufiger über aktive Sterbehilfe nach. Der Gehirntumor beeinträchtigte ihre motorischen Fähigkeiten sehr stark.

Konfliktlage/Psychodynamik (stichwortartig)

- Eigene Krebserkrankung: Traumatisierung durch den Tod der Mutter und Verwandter durch Krebs, Verdrängung und Kämpfe, Rationalisieren mit der Folge von zu wenig Zugang zu eigener Emotion und Schmerz, Angst der Wiederholung des traumatischen Verlustes für die eigenen Kinder, innerer Schwur und Versprechen zu leben, dadurch viel Druck,
- Rezidiv: Gefährdung des Versprechens, Verzweiflung/Todesangst und Erneuerung des Schwurs, der eigenen Verpflichtung weiterzuleben,
- nach dem 2. Rezidiv: zweigleisige psychische Verarbeitung, einerseits Kämpfen und Rationalisieren, andererseits die Möglichkeit des eigenen Todes sehen, Vorbereitungen und die allmähliche Lösung vom eigenen Schwur, dadurch Entlastung.

Zielsetzung der Betreuung

- Umgang mit Hilflosigkeit, Ängsten, Depression und Druck
- Umgang mit eigener Trauer, Verzicht und einer möglichen Neuorientierung
- Erlernen einer Ausdrucksmöglichkeit für Emotionen (Farben), Verbalisierung, Tagebuch
- Erlernen einer Entspannungsübung
- Bewußtwerden des Drucks, der vom eigenen Schwur ausgeht
- Konfrontation mit dem mütterlichen Tod und den Gefühlen wie Schmerz, Aggression, Identifikation
- Arbeit mit den vorhandenen Hoffnungen auch in Bezug auf die Kinder und den Partner

Es wurden über Wochen regelmäßig Einzelgespräche vereinbart. Es ging neben der seelischen Stabilisierung immer wieder auch um das Herausarbeiten differenzierter Sichtweisen und um emotionalen Ausdruck, den sich Fr. W. selbst kaum gestattete. Körperwahrnehmung und kreative Methoden sollten ihr zu einem besseren Kontakt zu ihren Gefühlen verhelfen. Dabei stand die Aktivierung der Hoffnung im Vordergrund.

Betreuungsverlauf

Aus der Fülle der Themen werden die zwei für den Verlauf wesentlichen Themen herausgegriffen:

1. Der Schwur zu leben

Als die Patientin mit 8 Jahren am Grab ihrer an Brustkrebs verstorbenen Mutter stand, gab es niemanden, der ihre Tränen und ihren Schmerz wahrgenommen hätte. Der Vater war zu sehr mit sich beschäftigt. Ihren Schmerz und auch die Wut, dass ihre Mutter sie verlassen hatte, drückte sie in vielen Aktivitäten aus, fast trotzig; unter anderem war sie immer Klassenbeste. In den Gesprächen jetzt wird sie sich bewußt, dass sie schon damals das Versprechen gegeben hat, sich selbst nicht so schnell vom Tod besiegen zu lassen. Mit der Mutter konnte es darüber keine Versöhnung geben. Als Kind durfte die eigene Hilflosigkeit nicht zur Sprache kommen; je mehr Verwandte an dieser Krankheit starben, umso mehr verwandelte sie ihre Ängste und Hilflosigkeit in Aktivitäten und Rationalisierungen. Mit der eigenen Erkrankung lebt das 8-jährige Kind in ihr wieder auf. Die Lösung einer Identifikation mit den eigenen Kindern und der eigenen kindlichen Traumatisierung führt erneut zu dem Schwur: "Ich muß unter allen Umständen am Leben bleiben". Neben der sehr positiven, Lebenswillen schaffenden Seite des Schwurs wird in den Gesprächen die andere Seite herausgearbeitet: wieviel Druck daraus entsteht, wieviel Einsamkeit, Anstrengung und immer wieder Ängste, ihn nicht einlösen zu können. Frau W. kommt an ihren Schmerz und kann ihn zulassen. Es wird möglich, den Schmerz des Verlustes auch im Blick auf ihre Kinder zu thematisieren und auch die Stärken und Hoffnungen, die sie sieht, zur Sprache zu bringen. In ihrer Rolle als Mutter fällt es Frau W. sehr schwer, ihre Situation aus ihrer Partnerschaft heraus zu betrachten. Ihr Mann bleibt ihr wenig im Blick. Auch dies erinnert an die Abwesenheit des eigenen Vaters in der Zeit der Trennung von ihrer Mutter.

2. Der Umgang mit Verzweiflung - das 2. Rezidiv

Frau W. kommt völlig verzweifelt zur Radiochemotherapie. Seit einem Rezidiv der Hirnmetastase ist ihr rechter Arm und die Hand fast vollständig gelähmt. Sie ist hoffnungslos. Auch die Physiotherapie kann ihr nicht helfen. Während der ersten Gespräche weint sie fast unentwegt.

In der ersten Woche gelingt es ihr mit Hilfe der Seelsorgerin, ein Bild zu malen, dessen Farben sie aussucht (Bild 1). Die Sprache und das Schriftbild erfordern allergrößte Mühe (Bild 2). Die palliative Bestrahlung führt zu einer Verbesserung der Motorik, die sie mit enormem Willensaufwand trainiert (Bild 3). In der dritten Woche gelingt es ihr, erste Worte wieder zu schreiben, zeitgleich beginnt sie die Sonnenblumen zu malen (Bild 4, Schriftbild 5). Auf die Frage, welches Bild oder Symbol ihr zu Hoffnung einfällt, malt sie Bild 6, und sie schreibt zwei Tage das Wort "Sonnenaufgang". Das Haus, das Frau W. gemalt hat, interpretiert sie selbst so:

"Das Haus steht an der Ostsee. Es ist aus organischen Stoffen, aus Erde gemacht. Es kann sterben, es wird wieder zu Erde und daraus kann wieder ein neues Haus entstehen. Es kann den Sonnenaufgang erleben. Moderne Häuser können das nicht, sie sind aus Stahl, und müssen gesprengt werden. Es geht nicht ohne Gewalt, dass etwas Neues entsteht. Dieses Haus dagegen hat etwas Beruhigendes; es geht, wenn es verbraucht ist und wird die Grundlage für neues Leben und Geborgenheit". Bevor Frau W. nach Ende der Radiochemotherapie entlassen wird, äußert sie ihre Sehnsucht: "Ich möchte noch das nächste Frühjahr erleben". Eine realistische Hoffnung! Frau W. verstirbt im Sommer des Folgejahres in ihrem Zuhause.

Kritische Auseinandersetzung mit dem Betreuungsverlauf

Eine der Probleme war, wieviel Raum der ungelebte Trauerprozeß um die eigene Mutter haben konnte. Führte das Arbeiten damit möglicherweise zu einer größeren psychischen Instabilität? Das Wagnis der Auseinandersetzung mit dieser Thematik wurde für die Patientin zum entscheidenden Prozeß. Schwierig war es gelegentlich in der Begleitung, ihre Verzweiflung auszuhalten. Der Griff nach den Mal- und Schreibutensilien war gewiß auch eine Aktivität, um der Verzweiflung etwas entgegenzusetzen und ihr einen anderen Ausdruck zu geben, was wiederum die Möglichkeiten der Patientin gut nutzte. Der Auftrag der Patientin war, sie zu begleiten. Sie erreichte ein Gleichgewicht zwischen Verzweiflung und Hoffnung, nicht zuletzt mithilfe ihrer inneren Hoffnungsbilder. Diese führten sie über ihre Realität hinaus und mündeten in eigene transzendente Vorstellungen der Patientin. Frau W. ist ein Beispiel, wie "der hoffnungslose Fall" in der palliativen Medizin und mithilfe einer seelsorgerlichen Betreuung diesen Namen nicht verdient. Dieser Fall steht exemplarisch für die Arbeit der Seelsorge mit Menschen, die weder religiös sozialisiert noch konfessionell gebunden sind.

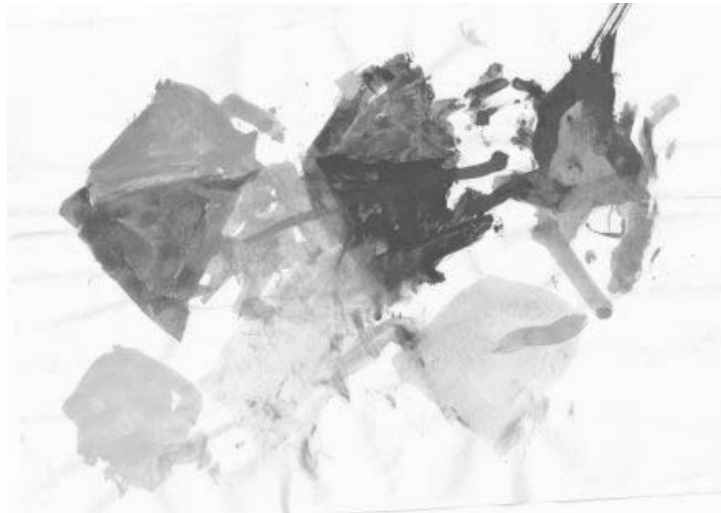


Bild 1: Frau W., 40 Jahre, 1. Woche Strahlentherapie

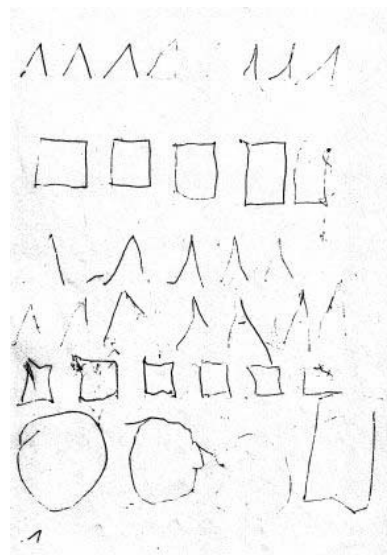


Bild 2: Frau W., Schriftbild in der 1. Woche Strahlentherapie



Bild 3: Frau W., 2. Woche Strahlentherapie



Bild 4: Frau W., 4. Woche Strahlentherapie



Bild 5: Fr. W., Schriftbild in der 4. Woche



**Bild 6: Fr. W., 6. Woche Strahlentherapie:
Hoffnungsbild „Haus am Meer“**

1. 2 Gehirntumorpatienten – ihr Ausdruck in Bildern⁴⁸¹

Die folgenden drei Bilder zeichnete eine Gehirntumorpatientin während ihrer mehrwöchigen stationären Strahlentherapie zum Thema Hoffnung. Sie sind Ausdruck ihrer Sprache, da gerade diese Krebserkrankung häufig mit Lähmungen, Wortfindungsstörung sowie Wesensveränderungen einhergeht. Das seelsorgerliche Gespräch kann öffnen und gleichzeitig erreicht es in dieser Situation schnell eine Grenze. Der innere Ausdruck über Bilder ist hier besonders wichtig. Es werden darin Wege sichtbar, die sprachlich schwer erfasst werden können, denn Krankheit kann nicht erfasst werden, sondern Kranksein und Krankheitsfolgen. Gehirntumorpatienten sind in der Regel Menschen mit wenig verbleibender Lebenszeit. Das sie sich trotzdem nicht als „hoffnungslose Fälle“ erleben, sondern lebendiges Leben ausdrücken, soll an diesem Beispiel gezeigt werden. Die folgenden Bilder zeigen den Hoffnungsweg von Frau F., den sie am Anfang, in der Mitte und am Ende ihrer Therapie ausdrückte.

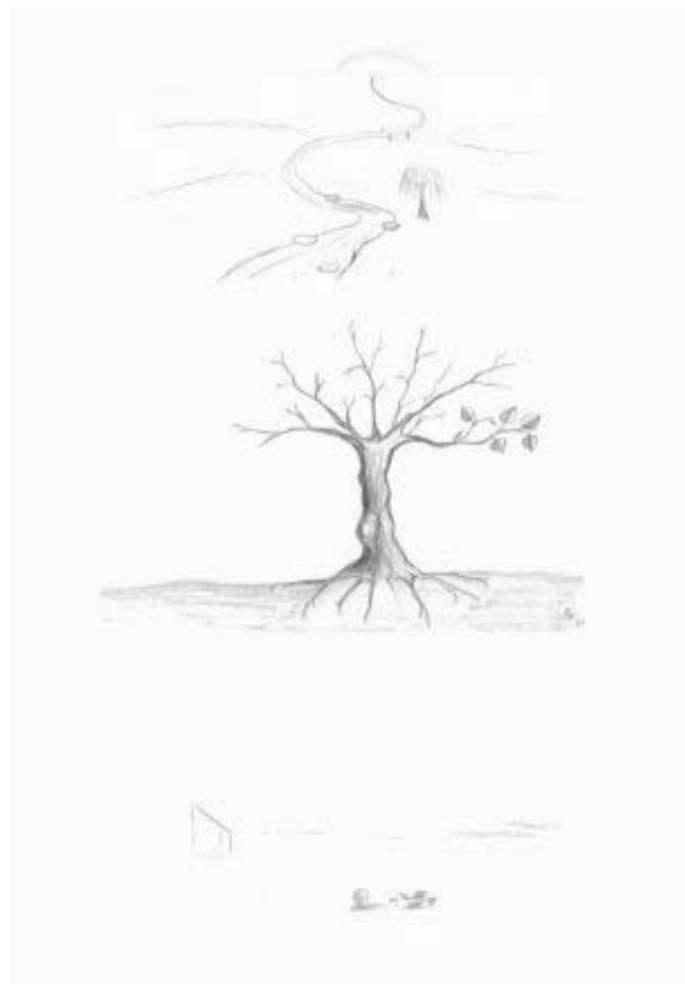


Bild 7: Frau F. (56 Jahre) "Vom Rettungsring zum Hoffnungsweg"

⁴⁸¹ Vgl. Herrlen-Pelzer, S. & Rechenberg, P. (Hrsg.) (1998). Malen mit Krebspatienten: ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung. Ulm. (Monographien zur Kunsttherapie; Bd.2); Westhoff, K. (2001). Bilderwelt krebsskranker Kinder. Eine Annäherung zwischen Intuition und Empirie. Stuttgart.

In den Bildern 8 bis 12 drücken andere Gehirntumorpatienten ebenfalls ihre Hoffnung anschaulich aus:



Bild 8: Frau L. (38 Jahre) „Blumen wachsen aus den Häusern“



Bild 9: Herr N. (42 Jahre) „Möwe im Sturm“

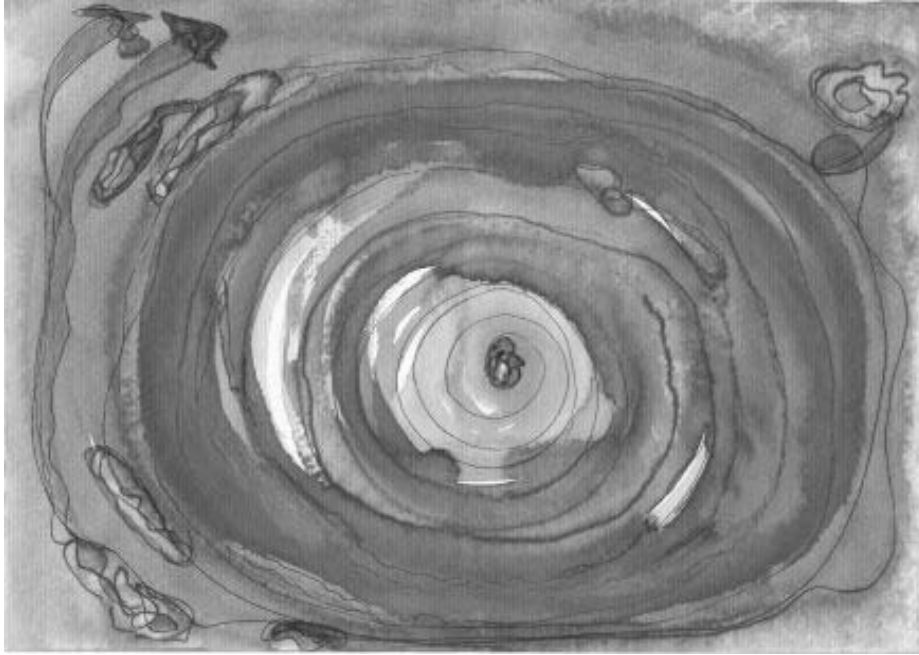


Bild 10: Frau K. (36 Jahre) „Mandala mit Embryo und Jahresringen“



Bild 11: Frau K. (45 Jahre) „Der schwere Weg zum Himmel“



Bild 12: Frau H. (43 Jahre)
„Verzweiflung – angekettet an die Tumorzellen“



Bild 13: Frau H. (43 J.) „Die Hoffnung auf Licht und Wärme“

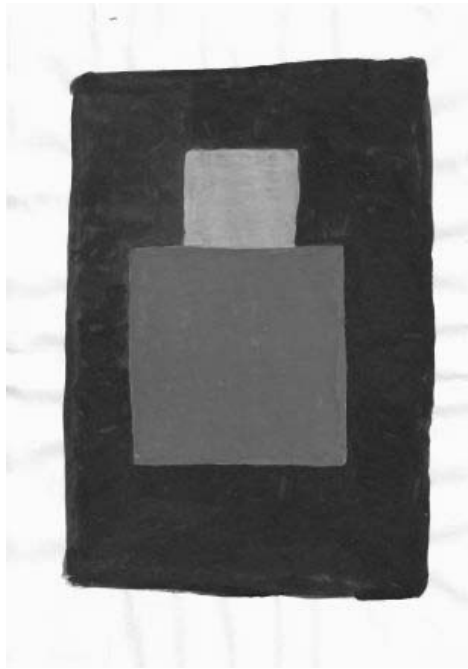


Bild 14: Herr G. (52 Jahre)
„Abstrakte Hoffnung zu Beginn der Strahlentherapie“

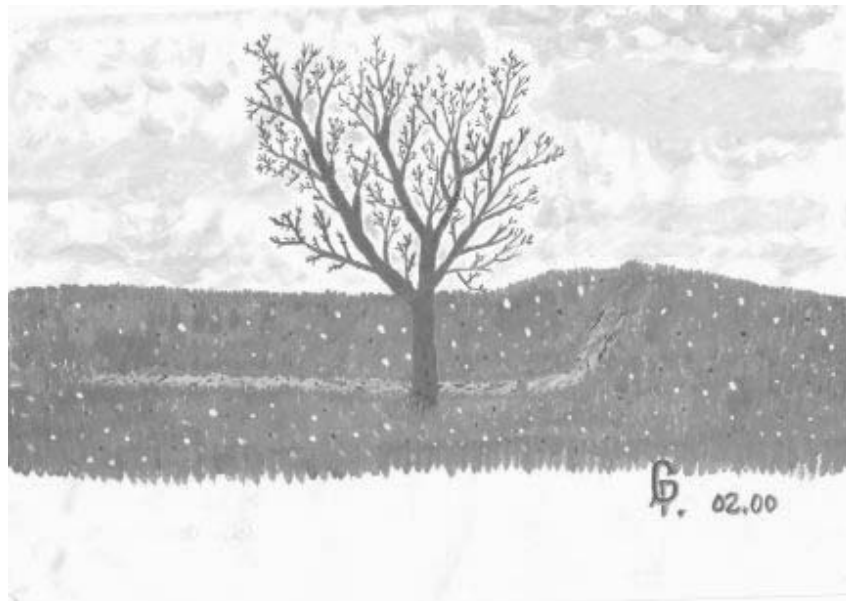


Bild 15: Herr G. „Hoffnungsweg am Ende der Strahlentherapie“



Bild 16: Frau O. (44 Jahre) „Hoffnung auf mein Zuhause“



Bild 17: Frau O. „Hoffnung ist wie das Meer, tief, unendlich, ewig“

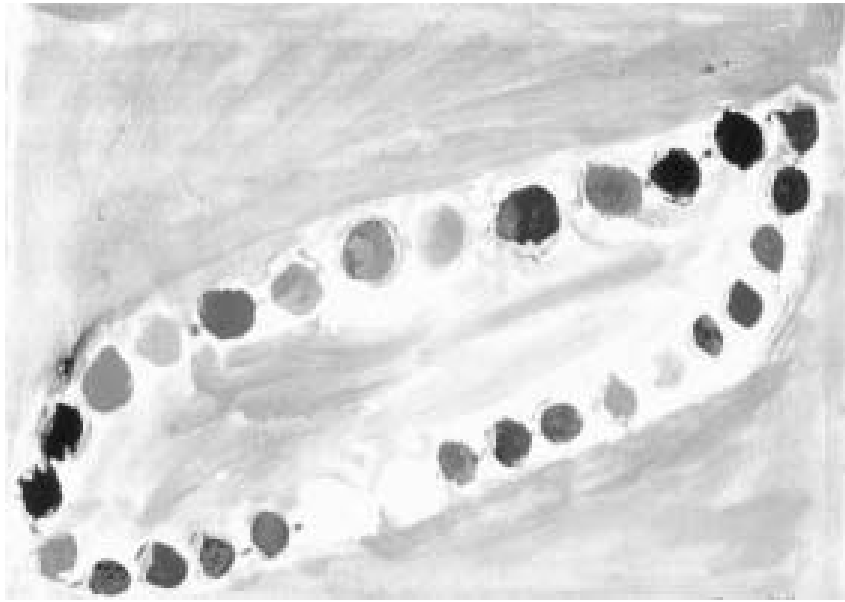


Bild 18: Frau B. (74 Jahre) „Hoffnung ist wie eine Perlenkette des Lebens“

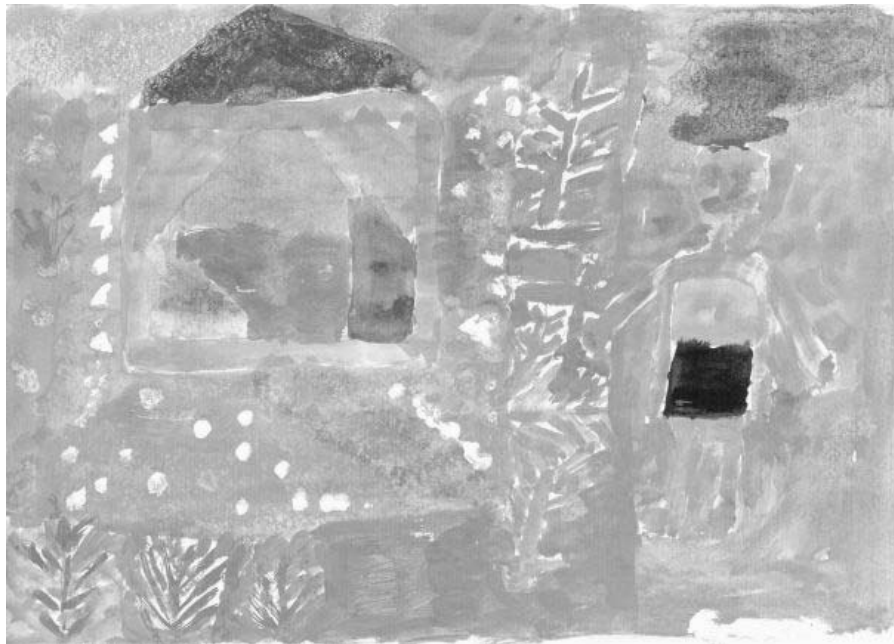


Bild 19: Frau A. (75 Jahre) „Hoffnung auf die Rückkehr in ein Zuhause“

1.3 „Krankheit als Selbsterfahrung, die in Hoffnung mündet“

Beispiel 1: Herr K. (48 Jahre, Rectum - Ca)

„Vor meiner Erkrankung habe ich nicht viel über mich nachgedacht. Sich für das Leben zu entscheiden, ist der erste Schritt zur Gesundung nach einer Krebsdiagnose. Der wichtigste Schritt zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte. Mithilfe von Büchern und Gesprächen mit positiv denkenden Menschen habe ich mir immer wieder Kraft für jeden Tag geholt. Meine Devise ist: Sorge nicht, lebe! Seit ich weiß, wie krank meine Körper ist, denke ich viel nach. Heute weiß ich, dass er mir schon lange viele Hinweise gegeben hat, die ich einfach ignoriert habe. Ich denke, dass sich meine Krankheit so einschleichen und manifest werden konnte. Heute versuche ich, mehr auf meine Seele zu hören, und gebe Acht, dass sie von niemandem verletzt wird. Denn, wenn die Seele krank ist, wird auch der Körper krank, davon bin ich felsenfest überzeugt. Mithilfe der Krankheit habe ich eine andere Sichtweise vom Leben bekommen. Es gibt viele Ursachen, wie man eine Seele krank und hoffnungslos machen kann, z. B. Trauer, Hass, Neid, Unzufriedenheit und ständige Angst. Bei mir war es die Trauer um einen lieben Menschen. Meinen Krebs betrachte ich nicht als Feind und bekämpfe ihn auch nicht, so wie viele andere Menschen es beschreiben: „Mein Kampf gegen den Krebs!“. Für mich sind es kranke Zellen, die wieder gesund gemacht werden müssen. Kämpfen kostet Kraft und damit muß ich sparsam umgehen. Der bessere Weg für mich ist, mit den Zellen zu reden. Während der Bestrahlung stelle ich mir vor, dass ich an einem wunderschönen Strand liege, und ich sehe das blaue Meer vor mir. Meinen kranken Zellen sage ich dann immer wieder, dass sie vor den Strahlen keine Angst zu haben brauchen, weil sie ja gesund gemacht werden. Den gesunden Zellen sage ich, dass sie solange im Meer schwimmen oder sich mit einem Badetuch abdecken sollen, damit sie keine Strahlen abbekommen. Dabei sehe ich sie beide sehr zärtlich an und kümmere mich um sie, wie ich es mit meinen Kindern getan habe. Am Anfang hatten alle kranken Zellen noch Gehhilfen, Verbände und Pflaster. Doch schon nach einigen Bestrahlungen liefen einige von ihnen schon ganz fröhlich am Strand herum. Jeden Tag werden es immer mehr Zellen, denen es besser geht“.

Beispiel 2: Herr C. (52 Jahre, HNO - CA) Diagnoseverarbeitung

Der Patient berichtet nach seiner Diagnosemitteilung von vier ihn belastenden und entlastenden Seelenzuständen, die er wechselhaft erlebt. Zustand C und D ist mit keimender Hoffnung verbunden.

<i>Zustand A: Der Ungläubige und Erstaunte „Ist es möglich, dass es mir passierte?, weniger die „Warum- Frage“ oder der Verleugnungsaspekt“</i>	<i>Zustand B: Die kalte schwarze Hand am Rückgrat „Anfälle von Angst und Grauen, das eigene Sterben in möglicher absehbarer Zeit kriecht am Rückgrat entlang“.</i>
<i>Zustand C: Der Jaguar im Käfig „Die Lebensgier steigert sich ins Unermessliche, die Welt stellt sich als riesiges Patchwork von Farben, Bildern, Gesichtern, Plänen, Sehnsüchten und Verlockungen dar. Es wird wie ein Phantomschmerz erlebt und belebt die Hoffnung“.</i>	<i>Zustand D: Der Kaltblütige „Gefühle wie Ängste und Verzweiflung werden völlig unterdrückt, cool kommt es zum Chancenvergleich, mit asiatischer Geduld und viel Disziplin stellt man sich der Therapie, daran klebt die Hoffnung“.</i>

Beispiel 3: Frau R. (43 Jahre, Mamma-CA)

„Mir ging es nicht viel anders, als anderen Krebspatienten, man fällt in ein psychisches Loch. Ich war bei der Diagnoseaufklärung schon völlig ausgepowert. Das ist mir nicht bewusst gewesen. Wir hatten 10 Jahre am Haus gebaut, beruflich gab es immer Überstunden, und Freunde überforderten mich. So wurde meine Seele krank, und die Lebensenergie ließ nach. Ich habe jetzt wieder gelernt, auf meine innere Stimme zu hören... ich habe immer nur für Andere gelebt. Ich habe auch etwas gelernt, Liebe entgegen zu nehmen und nicht nur zu geben. Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst, wird mir zur neuen Erfahrung. Für mich war es ein Bedürfnis, über meine Krankheit viel zu wissen. Aufgrund der Bestrahlung und Chemotherapie bin ich in einen völligen Erschöpfungszustand geraten. Mir fehlte jegliches Körpergefühl. Trotzdem habe ich in den Behandlungspausen alles aufgeräumt, meinen Haushalt, unerledigte Briefe, aufgeschobene Gespräche und Klärungen, meine Beziehungen und meine Seele. Ich habe nicht nur aufgeräumt, ich habe entrümpelt und umgeräumt. Das lag schon lange auf meiner Seele. Hinterher fühlte ich mich jedes Mal frei und voller Hoffnung, dass wieder Raum für Neues da ist. Dazu informierte ich mich über biologische Krebsabwehr. Für mich war schon immer die Frage, ist Bestrahlung und Chemotherapie alles? Für mich war die Übererwärmung oder Fiebertherapie überzeugend. Die Patienten werden in ein künstliches Fieber versetzt, so dass das Immunsystem sich selbst wieder aktiviert. Für mich ist das logisch, denn die Krebserkrankung ist eine Immunschwäche des Körpers. Ich erfuhr auch, dass diese Therapie bis in den 70-er Jahren in der DDR bei Krebspatienten angewendet wurden, die Chemotherapie hat sie dann verdrängt. Heute hatte ich meinen letzten Therapietag. Sechsmal bin ich nach Franken gefahren, ich fühle mich wohl. Auch habe ich gleichzeitig meinen Körper mit Homöopathie entgiftet und bekomme keine Migräne mehr oder nehme Herztabletten. Ich werde es schaffen, wieder gesund zu werden. Die Fiebertherapie hat mir die Angst

genommen, und ich habe meine Hoffnung wiedergefunden. Meine Mutter sagt, ich sei mutig, 329 km zu fahren und bis 40,9 Grad Celsius zu schwitzen. Ich bin in den letzten 10 Jahren wie ein Hamster im Käfig ohne Pause routiert. Jetzt nehme ich mir Zeit für mich, mache Reiki und lernte bei einer Kinesiologin. Bis zur Operation werde ich die nächsten 14 Tage arbeiten. Ich habe meine Lebenshoffnung zurück, ich werde es schaffen, gesund zu bleiben“.

Die beiden letzten Patienten praktizierten u. a. auch folgende Selbstbesinnungsübung bzw. meditatives Gebet:

Selbstbesinnungsübung

„Gehe ruhig und gelassen durch Lärm und Hast und sei des Friedens eingedenk, den die Stille bergen kann. Stehe, soweit ohne Selbstaufgabe möglich, in freundlicher Beziehung zu allen Menschen. Äußere deine Wahrheit ruhig und klar und höre anderen ruhig zu, auch den Geistlosen und Unwissenden, auch sie haben ihre Geschichte. Meide laute und aggressive Menschen, sie sind eine Qual für den Geist. Wenn du dich mit den anderen vergleichst, könntest du bitter werden und dir nichtig vorkommen. Denn immer wird es jemanden geben, der größer oder geringer ist als du. Freue dich deiner eigenen Leistungen wie auch deiner Pläne. Bleibe weiter an deinem eigenen Weg interessiert, wie bescheiden auch immer. Er ist ein echter Besitz im wechselnden Glück der Zeiten. In deinen geschäftlichen Angelegenheiten lasse Vorsicht walten. Denn die Welt ist voller Betrug. Aber nichts soll dich blind machen gegen gleichermaßen vorhandene Rechtschaffenheit. Viele Menschen ringen um hohe Ideale, und überall ist das Leben voll Heldentum. Sei du selbst, vor allen Dingen heuchle keine Zuneigung, noch sei zynisch, was die Liebe anbetrifft - denn auch im Augenblick der Dürre und Enttäuschung ist sie doch immerwährend wie Gras. Ertrage freundlich gelassen den Ratschluß deiner Jahre, gib die Dinge der Jugend mit Grazie auf. Stärke die Kraft des Geistes, damit sie dich in plötzlich hereinbrechendem Unglück schütze. Aber erschöpfe dich nicht mit Fantasien. Viele Ängste kommen aus Ermüdung und Einsamkeit. Neben einer heilsamen Selbstdisziplin sei freundlich zu dir selbst. Du bist Kind Gottes genauso wie die Bäume und Sterne – du hast ein Recht, hier zu sein. Und, ob es dir bewusst ist oder nicht, es besteht kein Zweifel, das Universum entfaltet sich wie vorgesehen. Darum lebe in Frieden mit Gott, was für eine Vorstellung du auch immer von ihm hast. Was auch immer deine Arbeit und dein Sehnen ist, erhalte dir den Frieden mit deiner Seele in der lärmenden Wirrnis des Lebens. Mit all der Schande, der Plackerei und den zerbrochenen Träumen ist es dann noch eine schöne Welt. Strebe behutsam danach, zu lieben und glücklich zu sein“⁴⁸².

Es kann wohltutend sein, dieses Meditationsgebet durchzuführen. Dabei kann man sich das Innere einer Kathedrale vorstellen, vielleicht in einer Abendstimmung mit den Strahlen der Sonne, die die Fenster erleuchten. Es dient dazu, zur Ruhe und Gelassenheit zu finden, um z. B. die Belastungen einer Krebstherapie und der damit verbundenen Fragen besser ertragen zu lernen. Ziel ist es, das Leben in Hoffnung und Frieden mit sich selbst und mit Gott nicht aus den Augen zu verlieren.

⁴⁸² Diese Desiderata wurde in der alten St.-Pauls-Kirche in Baltimore gefunden. Sie soll um 1890 entstanden sein und diente als Meditationsgebet. Ehrmann, M. (Hrsg.) (2003). Desiderata. Die Lebensregel von Baltimore. München.

1.4 Alternativmedizin/Esoterik und Spiritualität⁴⁸³

Immer mehr Patienten richten ihre Hoffnung neben der Schulmedizin auf Alternativen⁴⁸⁴. Ist z. B. die Misteltherapie inzwischen relativ akzeptiert, so ist die Akzeptanz hinsichtlich esoterischer oder spiritueller Hoffnungsanknüpfung durch die Umwelt relativ gering.

Beispiele:

Frau P. (58 Jahre, Rektum -CA)

“Wie kann das Böse und die Zerstörung (Krebs) im Körper besiegt werden? Da reichen Bestrahlung und Chemotherapie nicht aus. Das ist auch eine geistige Haltung. Im Erzgebirge kaufte ich mir von einer weisen alten Frau einen grünen Calzit. Der Stein – als Hilfe gegen Brustkrebs- wird im BH tagsüber getragen und zieht alle negative Energie heraus. Mit den Steinen wird täglich geredet, sie werden gewaschen und das Steinwasser der Nacht getrunken. Ich erlebte, wie die Steine zerfielen, anschließend wird alles in die Gartenerde wieder eingegraben. Erde zu Erde, Asche zu Asche und Staub zu Staub, damit Neues wird“.

Herr M. (47 Jahre, Bronchial-CA)

„Ich trage immer einen kleinen Glücksstein meiner Enkelin in meiner Tasche. Es ist einfach eine kleine Glaskugel, die aber für mich sehr wichtig ist. Der Glaube und die Vorstellungskraft eines Menschen können Wunder bewirken...Obwohl ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre, bete ich jeden Abend und jeden Morgen. Auch liebe Menschen, die mir nahe stehen, beten für mich. Es ist ein schönes Gefühl zu wissen, dass ich in dieser Situation nicht allein bin. Jeden Abend habe ich einen Naturstein und eine Kastanie meiner Tochter in der Hand bis ich einschlafe. Sie sind unverwüstlich und ich glaube, dass es mir auch so ergeht. Außerdem überwacht mich seit zwei Jahren mein verstorbener Vater. Er hat eine ganze Armee von Schutzengeln für mich zusammengestellt, die auf seinen großen Sohn aufpassen sollen. So hat sein Tod einen Sinn. Auch ist er mein innerer Berater in allen Entscheidungen, die ich zu treffen habe. Es gibt für mich heute so viele Möglichkeiten, meine Vorstellungskraft zu aktivieren, auf das Gute und die Hoffnung zu lenken und somit auf meine Selbstheilungskräfte. Ich weiß, dass die meisten Menschen darüber lächeln, für mich sind es Wege zur Hoffnung“.

1.5 Die Entdeckung der eigenen Hoffnungsbiographie⁴⁸⁵

In der Seelsorge, wie auch therapeutisch spielt die Lebensbiographie eines Menschen eine große Rolle. Oftmals bleiben die Brüche, Krisen, das defizitäre Erleben oder Traumata der eigentliche

⁴⁸³ An diesen Beispielen wird exemplarisch die religiöse Situation des heutigen Menschen deutlich, eine „Patchwork - Religiosität“, die für die Seelsorge eine Herausforderung darstellt.

⁴⁸⁴ Vgl. Empirische Untersuchungen Teil A, Untersuchung 3 dieser Arbeit.

⁴⁸⁵ vgl. Grözinger, A. (1986). Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte. In: WzM (38). Göttingen. 178ff. Für eine allgemeinere Einschätzung und Neuordnung der eigenen Biographie haben sich folgende Fragen in der Praxis als hilfreich erwiesen: 1. Was war aus ihrer Sicht der tiefste Tiefpunkt und was waren die schönsten Höhepunkte? 2. Was haben sie jeweils daraus für sich selbst und ihr Leben gelernt? 3. Wofür sind sie dankbar in ihrem Leben? 4. Was möchten Sie unbedingt nicht vermissen (Verhalten, Fähigkeiten, Beziehungen, Glaube, Werte bzw. Überzeugungen, Hoffnungen)?

Schwerpunkt. Jeder Mensch verfügt aber ebenso über eine Hoffnungsbiographie, oftmals verwoben mit Lebensgeschichten der Verzweiflung.

Beispiel: Frau S. (48 Jahre, Cervix-CA)

„Bei meiner ersten Erinnerung, die mir zum Thema Hoffnung einfällt, war ich ungefähr vier Jahre alt. Ich stand auf der Holzschwelle der Schlafzimmertür meiner Eltern, als mir meine Mutter eröffnete, dass sie sehr schlecht sehen könne und eines Tages blind sein würde. Ich begann auf der Schwelle auf und ab zu wippen und war geschockt. Das durfte einfach nicht sein: meine Mutter wird blind. Sie tat mir entsetzlich leid, und ich begann mit den Tränen zu kämpfen. Ich fragte sie natürlich, ob man gar nichts dagegen tun könne. „Nein“ war die traurige Antwort.

Jeden Abend beteten mein Mutter oder mein Vater vor dem Schlafengehen mit uns. Wenn sie das Zimmer verlassen hatten, fügte ich noch schnell „Lieber Gott, mach mich fromm,...“ ein „...und bitte mach, dass eines Tages meine Mutter wieder sehen kann“ hinzu. Meine Hoffnung bezog sich auf den lieben Gott, den ich mir als bärtigen Mann mit gütigen Augen vorstellte und der dieses Ungerechtigkeit, dass meine Mutter nicht richtig sehen konnte, sicher eines Tage korrigieren würde. Die Hoffnung selbst war für mich damals verbunden mit einer Linderung meiner Verzweiflung angesichts dieser Blindheit, die ich sicher auch schon mit meinen damals vier Jahren empfand. Mit sieben bekam ich von meiner Patentante eine Kinderbibel geschenkt Ich war eine Leserratte und verschlang jedes Buch. So lag ich Sonntag morgen im Bett und bewunderte die schönen und manchmal schrecklichen Bilder. Eines Morgens las ich die Geschichte vom blinden Bartimäus. Das war die Lösung! Wenn doch Jesus nur schnell wieder auf die Erde käme. In meiner blühenden Fantasie stellte ich mir vor, wie ich ihn ausfindig machen und ihm meine Mutter vorstellen würde und wie er auch zu ihr sagen würde, „Dein Glaube, hat Dir geholfen“. Ich träumte von einer sehenden Mutter, die selbst Auto fahren und einkaufen könnte. Diese Hoffnung tröstete mich, und ich verschob meinen Kummer. Das Gebet blieb lange Zeit der Anker, so stellte ich mir das vor, den ich in Richtung Jesus täglich auswarf, damit er nicht mein Anliegen vergesse. Später im Laufe meines Lebens habe ich versucht, selbst ein wenig nachzuhelfen und nährte meine Hoffnung für das Augenlicht meiner Mutter mit der Beschäftigung des Wissensstandes und schrieb bis nach Amerika, wo ein neues Verfahren entwickelt worden war. Der Sehrest meiner Mutter reichte jedoch nicht mehr aus. Hoffnung war für mich immer mit Glauben verbunden. Ich kann die beiden Worte nicht voneinander trennen, obwohl ich mich nicht als besonders fromm bezeichnen würde, gehe selten in die Kirche. Ich finde Gott - oder das, was ich mir darunter vorstelle da nicht – vielleicht auf Beerdigungen, wo auch wieder die Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod einen Trost für mich darstellt. Im Alter von 12 Jahren trennten sich meine Eltern. Während eines heftigen Streites geriet ich in Panik, denn ich hatte furchtbare Angst, das einer von beiden sich entweder selbst oder dem anderen etwas antun würde. Ich rannte in den Keller, warf mich auf die Knie und betete und flehte Gott an, er möge alles doch zu einem guten Ende führen. Ein paar Wochen später, nach einem erneuten Streit meiner Eltern, wieder verbunden mit großer Angst, packte ich die Sachen meines 7jährigen Bruders und meine eigenen und sagte zu meiner Mutter: „Komm, es reicht jetzt, wir gehen“. Meine Mutter stimmte sofort zu und wir gingen. Ich hatte plötzlich eine Klarheit dessen, was getan werden musste, die ich mir selbst nicht erklären konnte. Das nächste Ereignis, bei dem ich inständig hoffte und betete, war eine Zellveränderung am Gebärmutterhals, die eine Entfernung des Organs zur Folge hatte. Ich lag im Krankenhaus, war 32 Jahre alt und

hatte eine vier und ein zweijähriges Kind. Ich hatte unsagbare Angst, Angst, meine Kinder allein lassen zu müssen, nicht mehr groß werden zu sehen. Angst, dass alles schon vorbei war. Da gab es in dieser Zeit im Krankenhaus eine Stunde, die mir so lebendig wie kaum eine andere in meinem Leben immer wieder ins Bewusstsein kommt. Ich lag im Bett, war verzweifelt und allein. Plötzlich hatte ich ein Zwiegespräch mit mir selbst, das eine Stunde dauerte. In dieser Stunde wurde ich nicht gestört. In dieser Stunde änderte sich mein Leben, meine Einstellung zu mir und zu meinen Mitmenschen, zum Leben überhaupt. Den Inhalt dieses Zwiegesprächs –ich empfand es als sehr spirituell -kann ich gar nicht genau wiedergeben. Aber ich weiß, dass es schonungslos war und die ganze Facette meiner Persönlichkeit vor Augen hielt. Es ging um Wesentliches, um Einstellungen, Beziehungen, Wahrheit – ja – und um Hoffnung. Ich war plötzlich ganz stark. Ich würde schon mein Leben in die Hand nehmen und gestalten. Den Rest wollte ich, so beschloss ich, Gott überlassen. Ich gab mein Leben einfach ab. Und ich entschied, es würde schon richtig sein, wie es kommen würde. Bald war ich wieder in meinen Alltag eingebunden. Aber etwas war anders. Dieses Erlebnis im Krankenhaus hatte meinen Glauben und Hoffnung gefestigt. Ich fühlte mich stark und klar. Ich gab z. B. das Rauchen auf. Dieses Lebensgefühl, diese Hoffnung gab mir Kraft, mein Leben bewusster, offener zu leben und vor allem- das ist wohl das Wichtigste – dankbarer. Solange es um mich ging, war es so. Als es aber einmal um meine kleine Tochter ging, bei der im Alter von 12 Jahren ein Hirntumor vermutet wurde, war in meinen verzweifelten Gebeten außer Hoffnung auch Trotz: “Lieber Gott, du wirst doch nicht ein Kind sterben lassen“, schrie ich in meiner Ohnmacht. Er ließ es nicht zu. Gott sei Dank! Der Wermutstropfen, der mit der Erfahrung der Hoffnung verbunden ist, stellt für mich die Tatsache dar, dass vor der Hoffnung Verzweiflung, Kummer, Trauer steht. Erst diese Gefühle rufen das Bedürfnis nach Linderung wach. Und erst dann werden wir wohl wach. Wir hören von Krieg und hoffen, dass es nicht so schlimm kommen möge. Wir streiten und hoffen auf Versöhnung. Wir nehmen Umweltkatastrophen wahr und hoffen. Ja, auf was eigentlich? Darauf, dass alles schon seinen richtigen Gang nimmt? Dass sich alles zum Rechten wendet? Woher nehmen wir das? Mir wurde einmal auf einem Seminar die Aufgabe gestellt, mein Lebensgefühl zu malen. Seitdem weiß ich, woraus für mich diese Hoffnung wächst. Mein Lebensgefühl ist ein Gefühl des Gehalten-Seins. Vielleicht vergleichbar mit dem Gefühl, in einem sicheren Nest zu liegen. Das macht mich klar und stark. Wichtig dabei ist: Gerade die dunklen Stunden meines Lebens möchte ich nicht missen. Loslassen und Hoffen heißt für mich auch Reifen. Meine Mutter ist inzwischen voll erblindet und meine und auch ihre Aufgabe bestand darin, dies zu akzeptieren. Das erinnert mich an den Spruch, über die Weisheit: Dinge zu ändern, die ich ändern kann und Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann. Und hier beginnt für mich Hoffnung, Glaube, Liebe, diese drei...“

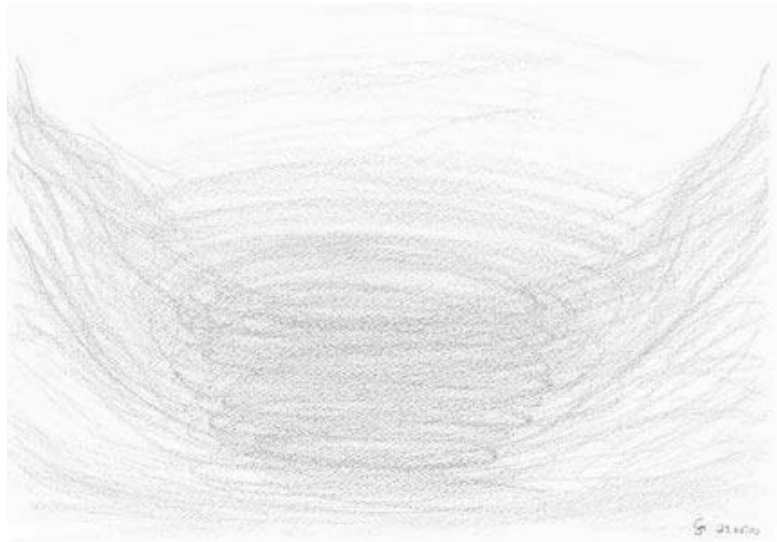


Bild 20: Frau S. (48 Jahre) „Hoffnung ist wie ein Sonnenaufgang“

1.6 Hoffnungseinübungen mithilfe biblischer Texte, Gedichte und Lieder

Krebspatienten leben vielfach in der Erinnerung, oftmals werden religiöse Erfahrungen lebendig oder besonders wichtig. Diese regen zu eigenem Ausdruck oder Meditation an:

Hoffnungsgedicht zu Psalm 23⁴⁸⁶

*„Hoffnung, die mich leben lässt,
die Erdenlast zu tragen.*

*Hoffnung, die mein Herz erhellt
an schweren, trüben Tagen.*

*Hoffnung, die mich weiterträgt
hin zum Firmament,*

wo Gott löst und löscht,

was brennt. Der Trübsal kurzen Zeit,

dann schauen wir den Himmel,

wo es gibt kein Schmerz und Leid

und wir vereint in Ewigkeit-

ein freudiges Gewimmel.

Die Auferstehung unseres Herren

lässt unsere Hoffnung blühen,

⁴⁸⁶ Psalm 23: „Der Herr ist mein Hirte, mir wird nichts mangeln. Er weidet mich auf einer grünen Aue und führet mich zum frischen Wasser. Er erquickt meine Seele. Er führet mich auf rechter Straße um seines Namens willen. Und ob ich schon wanderte im finstern Tal, fürchte ich kein Unglück; denn Du bist bei mir, dein Stecken und Stab trösten mich. Du breitest vor mir einen Tisch im Angesicht meiner Feinde. Du salbest mein Haupt mit Öl und schenkst mir voll ein. Gutes und Barmherzigkeit werden mir folgen mein Leben lang und ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar.“

*wir loben, preisen, ehren Dich,
hier und dann“. (Frau D.,47 Jahre, Mamma-Ca)*

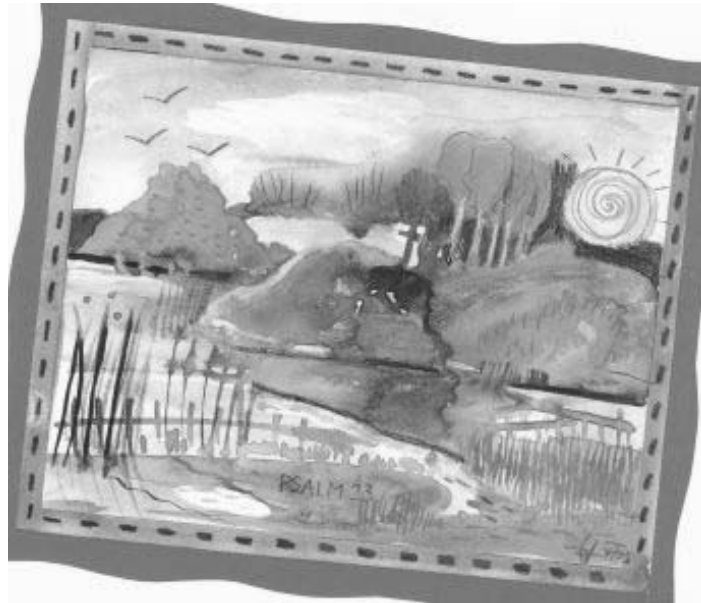


Bild 21: Frau D. (47 Jahre, Mamma-CA) Text und Hoffnungsbild Psalm 23

Es sind vor allem überwiegend ältere Patienten, die mithilfe von Gesangbuchliedtexten ihren Gefühlen der Traurigkeit und Hoffnung Ausdruck geben, wie eine Cervixpatientin, 75 Jahre:

EKG 369,1

„Wer nur den lieben Gott lässt walten und hoffet auf ihn allezeit,
den wird er wunderbar erhalten, in aller Not und Traurigkeit.
Wer nur dem Allerhöchsten traut,
der hat auf keinen Sand gebaut.“

EKG 352,1

„Alles ist an Gottes Segen und an seiner Gnad gelegen
über alles Geld und Gut.
Wer auf Gott sein Hoffnung setzt, der behält ganz unverletzet
einen freien Heldenmut“.

Hoffnungslied

*„Mich trösten Abendlied und Morgenstern
und Himmelschlüssel, Ringelblume, Mohn
soviel die Vase fasst; dennoch, mein Gott,
der Weg ist mir noch fern, den Du
mir zgedacht und abgemessen hast:
Herr, halte mich jetzt fest!
-und laß die Hoffnung in mir
ranken wie ein starkes Tau, an dem man
höher steigen und mehr sehen kann:
Du kannst mein Lachen nicht für diese
Kurzen Tage nur erschaffen haben und
Den armen Rest - Füg mich in Deine Pläne sanft hinein
-Du allezeit mich Liebender -und
lehre mich und mach mich spüren:
Hier wie dort bin ich in Gottes Hand!“ (U.M. 51 Jahre, Cervix-CA)*

1.7 Ausdruck der Krankheitserfahrung mithilfe biblischen Text und Hoffnungstexten

Oftmals verwenden Krebspatienten biblische Texte, mit denen sie Hoffnung verbinden, um ihre Situation überhaupt zur Sprache zu bringen.

Meditationstext 1: Hiskia – Hoffnung auf Gott (2. Kö. 20,1ff.; Jes.10,38f.)

„Der alttestamentarische König Hiskia, ein guter und wohlthätiger Mensch, der stetig für seine Untertanen sorgte, erlitt selber eine schwere Erkrankung, die zum Tode führen musste.

Er war verzweifelt und rief zu seinem Herrn:

In der Mitte meiner Tage muß ich hinab zu den Pforten der Unterwelt, man raubt mir den Rest meiner Jahre. Bis zum Morgen schreie ich um Hilfe. Meine Augen blicken ermattet nach oben: Ich bin in Not, Herr. Steh mir bei! Der Herr ließ zum Zeichen der Heilung die Sonne zurückwandern. Auch ich rufe zu meinem Herrn: Ich bin in Not, Herr. Steh mir bei! Und auch mir wird Hilfe zuteil werden, auch meine Sonne kann zurückgedreht werden, auch mein Schicksal kann sich wandeln, und auch mir kann eine Heilung bevorstehen und eine lange Zeit, diese Krankheit zu überleben“⁴⁸⁷

In Jesaja 10,38f wird erzählt, wie König Hiskia eine schwere Erkrankung erlitt, für die es keine Heilung gab und die innerhalb kürzester Zeit zum Tode führen musste. Er klagt verzweifelt in Hoffnung auf Gott. Gott läßt im Zeichen der Heilung die Sonne zurückwandern. Übertragen könnte es bedeuten, dass Gott das Leben zurückdreht, die Krankheit nimmt und der Patient eine neue Chance erhält. Der Glaube an ein Wunder, die Hoffnung auf Spontanheilung teilen ein hoher Prozentsatz der Krebspatienten. Auch das trägt sie weiter.

⁴⁸⁷ Wagner, R. (2003). Krebs - den Lebensfaden wiederfinden. Psychoonkologie für Arzt und Patient. Übungen und Verfahren. Stuttgart. 161.

Meditationstext 2: Lukas 5 „Fischzug des Petrus“

„Ein Boot in der Lagune. Ein alter Fischer – er steht am Bug, das Wurfnetz in den Händen. Er versteht sein Handwerk. In vollendetem Kreis fällt das Netz in das Wasser. Er läßt es sinken, wartet, bis der bleischwere Rand den Boden berührt. Dann zieht er es hoch, behutsam, mit hoffenden Händen, spürend, ob Leben im Netz ist oder ob der Wurf wieder einmal umsonst war. Das Netz ist leer. Er schüttelt es aus, entfernt den Unrat, bereitet es zum nächsten Wurf vor. Dreiundzwanzigmal ist das Netz auf das Wasser geklascht. Jedesmal leer. Der Fischer weiß: Es gibt Tage, da muß man das Netz werfen wider besseren Wissens, weil es nötig ist, das Netz zu werfen – als Einübung in die Praxis der Hoffnung – weil nicht werfen aufgeben hieße – und aufgeben hieße aufhören zu leben“. (A. H. 45 Jahre, Rectum).

Überlieferte jüdische Geschichte:

„Als ein Mensch gefragt wurde, ob es ihn nicht entmutigte, dass all seine Mühe anscheinend kaum Früchte trug, antwortete er: Ein Schnecke brach an einem kalten stürmischen Tag im späten Frühjahr auf, um den Stamm eines Kirschbaumes empor zu klettern. Die Spatzen auf dem Nachbarbaum lachten über ihr Unterfangen. Da flog ein Spatz auf die Schnecke zu: „He, Du Dummkopf, siehst Du nicht, dass auf dem Baum keine Kirschen sind?“ Die Schnecke ließ sich nicht aufhalten und sagte: „Macht nichts, bis ich oben bin sind welche dran“(L. P. 53 Jahre, Cervix).

1.8 Reise über die Lebensgrenze – die Sprache der Sterbenden als Sprache der Hoffnung⁴⁸⁸

In der Terminalphase stellt sich häufig bei Krebskranken eine Art innerseelische Spaltung ein, der Kranke erlebt gleichzeitig eine reale Erkenntnis der Todesnähe, die ihn in Verzweiflung treiben kann, und einen Überlebensglauben, der sich oft in sehr lebhaften Phantasien über die nähere und weitere Zukunftsgestaltung ausdrückt und ihn hoffen lässt. Die Wahrnehmung dieser Ambivalenz ist sowohl für den Patient wie auch für seine Umwelt im Umgang oft sehr schwierig. Es wird selten verstanden, dass der Patient mithilfe dieser innerseelischen Spaltung einerseits seine Todesangst bewältigt, andererseits die Kommunikation mit seiner Umwelt, deren Verlust ihn bedroht, aufrechterhält. Der Seelsorger ist hier in besonderer Weise gefordert, mit diesen beiden Seiten – dem Sterbenden und dem Überlebenden – eines Menschen umzugehen, damit sich der Patient als ganzer Mensch gehalten und begleitet fühlt. Es ist eine Erfahrung, dass diese Ambiva-

⁴⁸⁸ Suizid und der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe:

Der mit der Metapher Krebs verbundene Vorstellung einer hohen Suizidalität stehen die Erfahrungen in der Onkologie gegenüber, die zeigen, daß der Suizid bei guter medizinischer und therapeutischer Unterstützung äußerst selten vorkommt. Entsprechende Studien zeigen folgende Ergebnisse: Eine Zunahme von suizidalen Handlungen krebserkrankter Menschen gegenüber der Bevölkerung kann nicht eindeutig belegt werden. Lediglich bei hodenkrebskranken Männern und bei über 60jährigen Männern, die an Tumorkrankheiten von Gesicht, Rachen und Kehlkopf leiden, besteht ein Tendenz zur Erhöhung gegenüber der Durchschnittsbevölkerung. Ebenso ist bei Krebskranken 5-15 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung, die nicht oder ungenügend behandelt wurden, eine leicht erhöhte Suizidalität feststellbar. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, wie bedeutsam für die Hoffnung des Patienten eine umfassende medizinisch, soziale sowie seelsorgerlich-psychologische Betreuung sind. Vgl. Meerwein, F. & Bräutigam, W. (Hrsg.) (1998). Einführung in die Psychoonkologie. Bern. 100.

lenz in der letzte Lebensphase verstärkt auftritt, um bis zum Zeitpunkt des Todes zu bleiben oder sich aufzulösen. Die Sprache der Sterbenden verunsichert, sie deckt sich nicht mit der alltäglichen Sprache, der Sprache der Erziehung und der Medien. Sie ist eher die Sprache der Kinder, der Dichter und der Bibel, letztendlich in Form einer Metapher. Der Tod, das Sterben kann sich nicht der üblichen Sprache bedienen, deshalb wird sie so oft missverstanden, als verwirrt interpretiert, nicht ernst genommen.

Beispiele⁴⁸⁹

- „*Ich sehe ein schwarzes Pferd mit einem Reiter auf mich zukommen*“.

(Patientin 5 Stunden vor ihrem Tod, 44 Jahre. Es ist ein Bild für den Tod. Anm. d. V.).

- „*Es ist alles Vergangenheit. Als ich heute hörte, dass ich gestern nach Hause komme, habe ich morgens die halbe Nacht vor Freude geweint. Ich freue mich, heimzugehen zu Gott*“.

(Frau T., 92 Jahre, Strahlentherapie. Es findet sich der Beginn der ewigen Gleichzeitigkeit. In der Ewigkeit ist die Zeit aufgehoben!).

- „*Mein Bruder S. hat mir schon eine schöne Wohnung versorgt*“.

(dieser starb zwei Jahre früher, Herr E. einen Tag vor dessen Tod).

- „*Jetzt kann ich nichts mehr unternehmen, ich will fahren. Ich kann nichts mehr besorgen*“.

(Frau S. 4 Stunden vor ihrem Tod, 45 Jahre. Es ist ein menschliches Urbild: die Reise in den Himmel. Es ist auffällig, dass dieses Bild der Reise bei Krebspatienten häufig anzutreffen ist).

- „*Nehmen Sie meine Sonnenblume und wenn Sie Sonnenblumen sehen, dann denken Sie an mich. Ich gehe jetzt nach Hause, ich warte nur noch auf mein Kleid, es ist noch in der Reinigung*“.

Die Patientin hatte sich an diesem Morgen ihren Katheter und Infusionsnadel herausgezogen (Frau T., 92 Jahre, Cervix-CA, 2 Tage vor ihrem Tod).

- „*Geben Sie mir ihren Schlüssel und jetzt schließen Sie mir die Tür auf!*“ (Frau A. am Sterbetag, 28 Jahre).

- Sehr häufig beobachtete ich Sterbende, die in den letzten Stunden ihres Lebens alle Kraft verwendeten, um sich auszuziehen. Sie können nicht einmal mehr ein Laken ertragen.

Nach 1. Kor. 15,53 und 2. Kor. 5,1-4 redet Paulus von der Notwendigkeit des Entkleidens und des Überkleidetwerdens. Gott wechselt die alten Kleider des Menschen (Psalm 102) und konstatiert damit die Ewigkeit.

⁴⁸⁹ Vgl. auch Bolay, W. (1996). „Ich bin gespannt, wie der Himmel aussieht“. Seelsorge mit Sterbenden. In: Michael Klessmann (Hrsg.) Handbuch der Krankenhausseelsorge. Göttingen. 87 – 96; Lückel, K. (2001). Begegnung mit Sterbenden. Gestaltseelsorge in der Begleitung sterbender Menschen. Gütersloh; Piper, Ch. (1980). Gespräche mit Sterbenden. Göttingen; Condrau, G. & Sporken, P. (1980) Sterben- Sterbebeistand. In: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft. Herder. 86-116.

Häufig wiederkehrende Bilder und Symbole:

-Symbole des Sterbens: Angst vor Verlust und Geld, Inflation, Sehen von verstorbenen Verwandten und Bekannten, Gespräch mit ihnen, Besitz vergeuden, Diebstahl, Geld muß bis zu einem Termin reichen

-Reisemotiv: in den Süden, immergrüne Bäume, Termine des Abreisetages, symbolhafte lebensgeschichtlich eingebundene Städte, „Wann kommt denn nun das Auto, ich muß packen?“

-Metapher: nach Hause, Abreise, die Wände des Zuhauses werden durchsichtig, Was ist da hinter der Wand?

-Handlungen: Sterbende verwenden alle Kraft, sich nackt auszuziehen

-Physiologische Zeichen: keine Schmerzen mehr, Todesschweiß, gläserne Augen gen Himmel gerichtet.



Bild 22: Herr H. (56 Jahre) „Die blaue Blume“ - eine Woche vor seinem Tod

1.9 Zusammenfassung

Im Gespräch über die Hoffnung verbinden sich das Hoffnungspotential von Seelsorger und Patient. Für das Gelingen einer Begleitung wird eine entscheidende Rolle spielen, ob beide eine komplementäre Beziehung aufbauen können; das bedeutet, ob sie sich gemeinsam auf der transzendenten oder immanenten Ebene der Hoffnung begegnen.

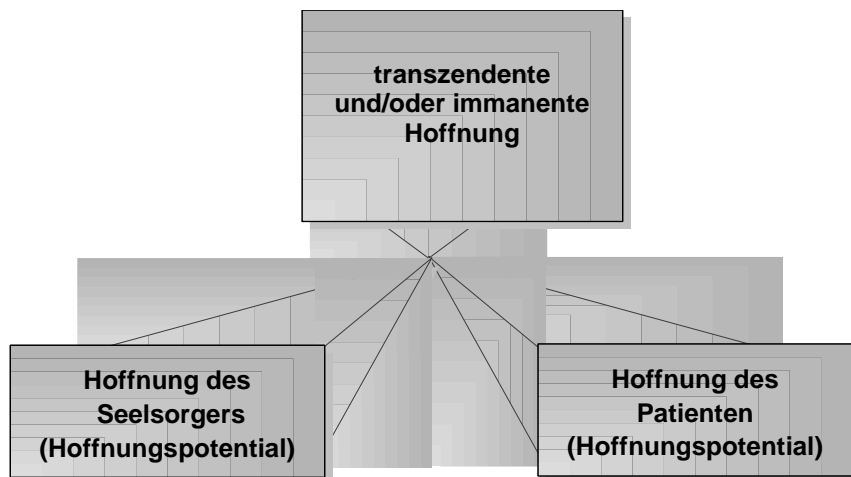


Abbildung 46: Hoffnungsebenen im Gespräch

Seelsorge in der Moderne steht heute vor der Fragestellung: Wie leben Menschen mit ihrer alltäglichen Hoffnung, die ihre religiöse Verwurzelung verloren hat? Wie gewinnen sie Hoffnung, die auch in Krisen standhält? Hier ist die Seelsorge herausgefordert, in der Beziehung zu einem Menschen eine neue Hoffnungssprache zu finden. Ein Ansatz der Seelsorge ist, an das anzuknüpfen, was der andere heute glaubt. Krebskranke stellen die einfache Frage: „Wie bestehe ich den nächsten Tag?“ – eine Hoffnung, die an die Grenze der Transzendenz reicht. Die Freisetzung von Hoffnung, ihre Modifikation sind dabei wesentliche Aufgaben.

2. Psychotherapeutisches Handeln in der Psychoonkologie

Inwieweit haben psychologische Faktoren eine Bedeutung im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung? Es gibt viele Beispiele dafür, dass eine Krebserkrankung dann ausbricht, wenn ein Mensch gerade vielfältigen Belastungen ausgesetzt ist, wie Scheidung, Tod eines Partners oder Kindes, Arbeitslosigkeit. Oder das Beispiel, dass der Krankheitsverlauf bei einem Patienten günstig ist und ein anderer Patient bei gleicher Diagnose und ähnlichen Lebensumständen einen tödlichen Verlauf zeigt. Auch gibt es Beispiele dafür, dass Krebskranke sich besonders aktiv oder eben passiv ihrer Erkrankung stellen. Welche Rolle spielen die psychischen Faktoren im Rahmen der Entstehung und des Verlaufs von Krebserkrankungen tatsächlich? Wie wirken Stressoren auf unser Immunsystem? Gibt es Persönlichkeitsvariablen, die mit dieser Erkrankung assoziiert werden

können. Lässt sich die Überlebenszeit dann mithilfe von Psychotherapie verlängern? Das sind häufig gestellte Fragen, mit denen sich die Forschung in der Psychoonkologie beschäftigt.

Die Psychoonkologie gibt es im Rahmen der Medizin erst seit etwa 20 Jahren. Zunächst ging es hierbei um eine verbesserte psychosoziale Versorgung von Krebspatienten und ihren Angehörigen. Viele Jahre richteten sich erste Bemühungen vorwiegend auf die klinische und stationäre Versorgung, wobei dies bis heute in Deutschland überhaupt keine Selbstverständlichkeit, sondern bisher eine permanente Unterversorgung bedeutet. Gegenwärtig wird eine Dreiteilung der psychoonkologischen Arbeit in Patientenversorgung, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung praktiziert. Dieser am Anfang stehende Fachbereich innerhalb der Onkologie verfügt noch nicht über Leitlinien. Es gibt aber derzeit einen Punkt der Entwicklung, an dem für wichtige klinische Entscheidungen Optionen vorliegen. Wie wird Psychoonkologie derzeit definiert?

„Die Psychoonkologie befasst sich mit der Beratung, Begleitung und Behandlung von seelischen und sozialen Problemen und Verhaltensweisen von Krebspatienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung, der Rehabilitation und des Sterbens. Sie schließt darüber hinaus Maßnahmen der primären und sekundären Prävention ein. Die psychoonkologische Arbeit zielt darauf ab, die selbstregulatorische Kompetenz des Kranken, seine Eigenkontrolle zu erhöhen, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen und die Lebensqualität während und nach der Behandlung zu verbessern“ (A. Sellschopp).⁴⁹⁰

In diesem folgenden zweiten vorgestellten Fall wird schulübergreifend gearbeitet, wie es heutiger Psychoonkologie entspricht. Dabei stellt der Hoffnungsaspekt im Rahmen der Psychoonkologie ein Desiderat dar.

2.1 Fall 2: Frau G. (48 Jahre): „Das letzte Tor“

Krebserkrankung und Partnerschaft

Im Folgenden wird eine palliative Patientin Frau G. und ihr Partner Herr R. vorgestellt, die in den letzten Monaten ihres Lebens psychotherapeutisch begleitet wurde.

Grund der Aufnahme

Frau G. meldet sich telefonisch im November 2001 zu einem Gespräch an. Im Erstgespräch ist sie völlig aufgelöst. Während eines Afrikaurlaubes mit ihrem Partner wäre es ihr sehr schlecht gegangen. Gestern habe sie erfahren, dass sie ein Rezidiv habe und die Behandlung in der nächsten Woche beginne, zunächst ambulant mit Chemotherapie. Sie wolle alles tun und kämpfen. Sie möchte während der Therapiezeit psychologisch begleitet werden. Evt. wäre es auch wichtig, ihren Partner einzubeziehen. Es werden wöchentliche Gesprächstermine vereinbart.

⁴⁹⁰ In: Wagner, R. (2003). Krebs – den Lebensfaden wiederfinden. Stuttgart. 14.

Fortführende Literatur: Hartmann, M. (1990). Praktische Psycho-Onkologie. München; „Psychoonkologie“ (2001). in: Der Onkologe 7 (2); Steinkellner, W. et al. (1998). Krebstherapie in der Praxis. Stuttgart. Manual Psychoonkologie (2002). A. Sellschopp et. al (Hrsg.). Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Tumorzentrum München.

Spontanangaben zur Patientin

Die Pat. ist eine attraktive sehr gepflegte Frau mit langen blonden Haaren. Sie begegnet mir offen, wach, redet über ihre Gefühle, die zwischen Verzweiflung und Hoffnung schwanken und kann diese leben. Sie zeigt viel Selbstvertrauen und Mut, sich der veränderten Lebenssituation zu stellen. Ihre Vorerfahrungen mit einer Mammaerkrankung, vor 25 Jahren erfolgte eine Ablatio, sind ihr anzumerken. Da ist sie nüchtern und realistisch. Jetzt taucht immer wieder die Angst auf, „ich könnte es diesmal nicht schaffen!“ Frau G. sucht sich Unterstützung und ist auch aufgeschlossen für Alternativmedizin.

Lebensgeschichtliche Entwicklung

Frau G. wurde 1949 als erstes Kind in Naumburg geboren. Ihre Eltern waren damals beide 17 Jahre alt. Mit 6 Monaten erkrankt sie an einer Hirnhautentzündung. Zu ihren drei Brüdern, die 1951; 1955 und 1956 geboren wurden, entwickelte sie eine enge Beziehung, die bis heute vorhanden ist. Im Frühjahr 1959 starb ihre Großmutter mütterlicherseits, das erlebte sie als großen Verlust, da sie sich viel bei ihren Großeltern auf dem Land aufhielt. Sie waren eine Bäckerfamilie. Der Vater ihres Vaters ist im 2. Weltkrieg geblieben und seine Mutter beschreibt sie als eine elegante, attraktive und intellektuelle Frau, die sie sehr bewunderte. Ihre Meinung war ihr immer sehr wichtig und prägend. Im August 1959 wurde ihr jüngster Bruder geboren, auf den sie sehr eifersüchtig reagierte, da ihm viele Freiheiten zugestanden wurden. *„Ich suchte eher meine Anerkennung und Zuwendung im Fleißigsein. Schließlich war ich ja ein Mädchen und die Älteste.“* Nach dem Abschluß der 10. Klasse lernt sie den Beruf der Kosmetikerin. In dieser Zeit verliebt sie sich in ihren langjährigen Partner H., dieser bestärkt sie in ihrem Wunsch, den Beruf zu wechseln. Frau G. bewirbt sich im Institut für Lehrerbildung zur Ausbildung als Heimerzieherin mit Lehrerbefähigung für die Unterstufe in den Fächern Kunsterziehung und Schulgartenunterricht. Im ersten Studienjahr wird sie schwanger, und ihr Sohn kommt im Juni 1974 zur Welt. Während sie zwischen Studium und Kind hin und her gerissen ist, bemerkt sie im dritten Studienjahr Schmerzen in der linken Brust. Zwei Monate später (1976/77) wird sie operiert und die linke Brust entfernt, anschließend bestrahlt. *„Die Ärzte waren ehrlich und sagten mir, wie bedenklich mein Zustand ist.“* Während der Strahlenpausen absolviert sie Prüfungen, schreibt ihre Abschlussarbeit und beendet erfolgreich ihr Studium. *„Das war eine Zeit großer Angst und trotzdem Energie.“* Frau G. wurde invalidisiert und fährt sofort nach Westdeutschland, um weitere Ärzte aufzusuchen. Ab 1978 arbeitet Frau G. halbtags in einem Kinderheim. Mit vielen Erziehungszielen und Methoden kann sie sich nicht identifizieren und sucht so nach vier Jahren einen Wechsel. Sie beginnt eine berufsbegleitende Ausbildung als Gesundheitsfürsorgerin und arbeitet gleichzeitig mit einer Psychologin zusammen, die ambulante Gruppentherapie anbietet. Hier beginnt für sie auch ein Weg der Selbsterfahrung. Mit der Wende erfolgt eine erneute berufliche Umorientierung zur Umschulung als Sozialarbeiterin. *„Meine beruflichen Werdegänge als auch mein Reifeprozess bewirkte, dass ich immer selbstbewusster und stärker wurde. Dies belastete meine Partnerschaft und es kam zur Trennung 1990. Ich erlebte dies als große Befreiung.“* Es kommt allerdings zu einem Machtkampf um ihr gemeinsames Kind. Frau G. macht eine ambulante Psychotherapie und geht zwei Wochen stationär in eine psychosomatische Klinik. Ihr Sohn wurde immer schwieriger, für sie nicht mehr erreichbar, und er zieht zu seinem Vater. Seine Veränderungen machten ihr

große Angst. Inzwischen ist er an Schizophrenie erkrankt und in ständiger psychiatrischer Betreuung. 1994/95 bekommt Frau G. ein Fibrom, welches entfernt werden konnte. 1996 lernt sie ihren jetzigen Partner kennen, der in Westdeutschland lebte und im Oktober 2001 zu ihr gezogen ist. Sie beginnt 1996 eine langjährige Ausbildung in systemischer Familienberatung, dies empfindet sie als Wendepunkt in ihrem Leben. Die Beziehungen zu ihrem ehemaligen Partner und ihrem Sohn verbessern sich, es gibt klare Absprachen. Ihre zweite Partnerschaft entwickelt sich sehr positiv. In dem Monat ihres gemeinsamen Umzuges in ein Haus und der anschließenden Reise nach Namibia erkrankt Frau G. an einem Rezidiv ihres Mamma-CA.

Krankheitsanamnese – Medizinische Therapie:

1976 Mammakarzinom mit Ablatio, Radiochemotherapie

1994/95 Fibrome

2001 Rezidiv des Mamma-CA, Pleurametastasen, Peritonealkarzinose,

Behandlung mit Chemotherapie, Hormonen, später kurzzeitig Bestrahlungen.

Darstellung der Krankheitsbewältigung der Patientin unter Einbeziehung ihres Partners

Aus dem Gesprächsverlauf möchte ich zwei psychodynamische Konflikte herausstellen:

1. Die Angst, es diesmal nicht zu schaffen,
2. die Schuldgefühle der Patientin ihrem Partner gegenüber und die Angst, ihn zu überfordern.

1. Die Angst und Verzweiflung, es diesmal nicht zu schaffen

Im Dezember 01 verdichten sich die Ängste von Frau G. zu Todesängsten und zu der Suche nach Gewissheit: „*Wenn ich wüsste, dass es nur noch so und solange ist, würde ich mich einrichten z. B. auf ein Jahr.*“ Physisch versucht sie trotz Chemotherapie auf den Beinen zu bleiben. „*Ich fahre mit dem Taxi zu meiner Freundin, mache tägliche Atemübungen gegen die Luftnot, einmal habe ich es mit meinem Partner ins Kino geschafft, aber alles ist sehr mühsam.*“ Psychisch beschäftigt sie der Tod von Regine Hildebrandt; „*sie hat sich so engagiert, opferte sich auf, man muß aber auch für sich selber sorgen, ich muß erst meinen Topf füllen, ehe ich daraus schöpfen kann, das habe ich immer viel zuwenig für mich getan. Ich versuche es jetzt mit ganz viel Selbstliebe, Pausen, meinem Tagebuch und genieße meine Partnerschaft, dass R. jetzt immer da ist, ist wohl kein Zufall. Wenn ich jetzt arbeiten müsste, dann könnten wir nicht soviel Zeit miteinander verbringen. Ich versuche mehr Hoffnung zu entwickeln, täglich mache ich die Übungen von Simonton.*“ Vor Weihnachten schwinden ihre Kräfte weiter, und Frau G. bekommt starke Schmerzen. Dies verstärkt auch ihre Ängste. Sie hat es schwer, Schmerzmedikation zu akzeptieren, kann dadurch aber weiter ambulant behandelt werden. Sie ist sehr erschöpft. Anfang des Jahres 2002 ist ihr Zustand unverändert schlecht. Sie kann ihre Ängste mithilfe der Gespräche, Visualisierungsübungen, ökologischer Ernährung und Tagebuch schreiben so bewältigen, dass sie weiter am Leben teilnimmt. Seit der Aufstellung eines Schmerzplanes erlebt sie den Alltag immer häufiger schmerzfrei. Die Patientin ist sich der Schwere der Erkrankung bewusst und schwankt zwischen Todesangst/Verzweiflung, diesmal nicht mit dem Leben davon zu kommen („die Unheilbarkeit der Krankheit verbunden mit Leid, Schmerz, Angst“) und der Hoffnung, es wieder zu bewältigen. So

besitzt sie einerseits die unbedingte Hoffnung auf Spontanheilung, andererseits definiert sie für sich eher ein psychosomatisches Krankheitsmodell, das basiert auf eigener Überforderung, Streß, Schwächung des Immunsystems, welches die Zellen krank macht. Als Angstbewältigung dienen ihr neben der kurativen Medizin vor allem auch die Möglichkeiten der Alternativmedizin. So beginnt sie den Tag mit Visualisierungsübungen nach Simonton: *“Ich schiebe die Krebszellen in die Lymphe und in die Nieren, um sie auszuscheiden“* verbunden mit täglicher Atemtherapie und abendlicher Meditation über den Tag. Täglich geht sie mit ihrem Partner spazieren und stellt ihre Ernährung um, z. B. ißt sie Maitske - Pilze. Kräuter und Misteltherapie sind ihr wichtig. Später beginnt sie mit Qi-Gong. Die tägliche Selbstreflexion, der Erhalt ihrer Hoffnung und ihr Selbstvertrauen sowie die Beibehaltung eigener Kontrolle über ihr Leben sind immer wieder Themen der Gespräche. In der Psychotherapie nimmt ihre Angst einen großen Raum ein. Auf Anregung der Psychotherapeutin führt die Patientin in der ersten Phase der Gespräche ein Angsttagebuch, um die Ängste differenzierter kennen zu lernen. Ein entscheidendes Gespräch bezieht sich auf ihren Kampf und Ungeduld, die Krankheit zu besiegen, dies führt sie immer wieder in die Verzweiflung. Wir können gemeinsam ein Bild für ihren Körper und seine Erkrankung finden: Er ist wie ein kleines Kind, das täglich viel Mühe verursacht und Pflege sowie Zärtlichkeit braucht. Die Patientin lernt allmählich in der Therapie, zärtlicher mit sich selbst umzugehen. Sie kann ihr psychosomatisches Krankheitsmodell weiter fassen und somit Druck und Schuldgefühle reduzieren („Es gibt auch eine genetische Disposition“). *„Morgens grüße ich meinen Körper und wünsche ihm Gesundheit. Abends bedanke ich mich für den Tag und wünsche mir eine gute Nacht“*. Sie trifft mit ihrem Körper Vereinbarungen im Blick auf Ruhephasen und schaut nicht mehr einseitig auf seine Leistungsfähigkeit. Es gelingt ihr, im Sommer mit ihrem Partner noch einmal ans Meer nach Dänemark zu fahren und für sich eine Rehabilitation mit Alternativmedizin zu erkämpfen. Im Mai wurde ein Port gelegt und sie wird ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt. In dieser Phase kann sie kurze Strecken wieder mit dem Fahrrad fahren und Gartenarbeit verrichten. Ab September 2002 geht es ihr akut schlechter, so dass Klinikaufenthalte unvermeidlich werden. In den Phasen, wo Frau G. zu Hause sein kann, sind ihre Eltern, Brüder und Partner und auch ihr Sohn bei ihr. Am 26. 11. 02 verstirbt sie in ihrem Haus umgeben von ihrer Familie. Einen Tag vor ihrem Tod besuche ich sie dort und sie gibt mir ihr letztes Bild „Das letzte Tor“. Sie hat am letzten Tag in ihr Sterben eingewilligt.

2. Schuldgefühle der Patientin ihrem Partner gegenüber und die Angst, ihn zu überfordern

Die Paarbeziehung im Gießen-Test:

Im Gießen-Test präsentieren sich beide Partner übereinstimmend. Sie sind offen, kontaktfähig und fühlen sich von der Umwelt bestätigt. Sie beschreiben sich als besonders sozial resonant. Die Korrektheit und Kontrolliertheit beider Partner entspricht der Rollenerwartung. Herr R. wird von seiner Partnerin kaum bedrückt oder ängstlich beschrieben, sondern sehr zuverlässig. Frau G. erscheint in seiner Wahrnehmung etwas aggressionsgehemmt, gedämpft, leistungsorientiert und manchmal mit zwanghaften Zügen. So beschreiben sich Paare, die den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechen. So ist die Rollenstruktur kongruent, es finden sich wenige Gegensätze. Beide fühlen sich angesehen, tüchtig, kontaktfreudig und scheinen jede Situation zu meistern. Ihre Paarstruktur ist eine aktive, für Konflikte bleibt allerdings wenig Raum. Die Gefahr besteht, an dieser Stelle eine verleugnende Form der Lebensbewältigung anzunehmen. Es ist beeindruckend, wie

beide sich aufgrund der veränderten Lebenssituation unterstützen. Herr R. ist in dem Monat der Erkrankung seiner Partnerin von Westdeutschland nach Halle gezogen. Finanzielle Sorgen gibt es nicht. Frau G. äußert mehrmals, dass die Erkrankung auch etwas positives habe, weil sie dadurch Zeit für ihre Partnerschaft haben und sie beide es sehr genießen, nach den vielen Jahren einer Wochenendbeziehung sich täglich zu sehen. Sie genießt seine Zärtlichkeit und Fürsorge. Sie verbringen viel Zeit zusammen. Allerdings wird schnell deutlich, wie viel Schuldgefühle Frau G. ihrem Partner gegenüber hat, dass sie jetzt so schwer krank ist, genau in dem Moment, wo er ihr zuliebe sein ganzes Leben verändert hat. Sie hat Angst, ihn zu überfordern. „*Wir können im Moment auch keine Sexualität⁴⁹¹ leben*“. Herr R. ist ebenfalls voll Angst, sie zu überfordern, indem er zu viel übernimmt, sich zu fürsorglich verhält und an dieser Stelle sehr verunsichert ist, was Frau G. möchte und was nicht. Dies kann so erst bei einem der drei gemeinsamen Gespräche ausgesprochen werden. Beide versuchen, sich zu schützen, Frau G., indem sie in der Psychotherapie ihren Emotionen freien Lauf lässt, Herr R., indem er alles stark rational und kontrolliert beurteilt und seine Ängste, Hilflosigkeit und Hoffnungen nicht mitteilt. Es wird leichter, nachdem es ausgesprochen ist und Alternativen gesucht werden. So können Vereinbarungen getroffen werden, über die eigene Befindlichkeit zu reden, gleichzeitig mit der Freiheit, dem Anderen zu sagen, wo er/sie sich überfordert fühlt. Auch kann die ganze Ambivalenz des derzeitigen Lebens zur Sprache kommen. Einerseits hoffen beide auf ihr gemeinsames Leben mithilfe der Therapien, andererseits besteht auch die Möglichkeit, Abschied nehmen zu müssen. Herr R. bringt es so auf den Punkt: „*Es besteht die Gefahr, das Leben mit seinen Möglichkeiten über zu betonen oder dass wir uns zu früh voneinander verabschieden.*“ An dieser Stelle kann er auch weinen. Nach dem Tod von Frau G. haben wir noch ein Gespräch miteinander geführt, in dem Herr R. mir von den letzten Tagen, der Beerdigung und seinen jetzigen Lebensplänen erzählt hat.

Kritische Auseinandersetzung mit dem Betreuungsverlauf

Es ist immer wieder schwierig gewesen, die Ambivalenz zwischen Aufgeben und dem Beschreiten neuer Therapiewege auszuhalten, zwischen Verzweiflung und Hoffnung in unterschiedlicher Weise als Paar zu leben und diese Spannung nicht aufzulösen. So stand der Partner der Patientin häufig in der Gefahr, das Leben entweder zu sehr zu betonen oder sich innerlich zu früh auf den Abschiedsweg von seiner Partnerin zu begeben. Es ist selten, dass sich der Partner für gemeinsame Gespräche öffnet. Beide brauchen für ihre unterschiedlichen Bedürfnisse und Prozesse Raum. Die nicht gelebte Trauer und auch Aggression des Paares, an einer Stelle ihres Lebens, wo ihre Beziehung eigentlich erst richtig begann und gleichzeitig vom Tod begrenzt wurde, ist unter Umständen zu wenig zur Sprache gekommen. Wie dieser Fall zeigt, führte die psychologische Begleitung von den Alltagserfahrungen in die Auseinandersetzung mit spirituellen Fragen. Das letzte Bild der Patientin „Das letzte Tor“ drückt diesen Weg aus.

⁴⁹¹ Vgl. Zettl, S. & Hartlapp, J. (1996). Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner. Bonn.



Bild 23: Frau G. (48 Jahre) "Das letzte Tor"

Eine Woche vor ihrem Tod

2.2 Psychodynamische Therapien – Innere Bilder⁴⁹²

Innere Bilder und Vorstellungen sind Grundlage unseres Erlebens. Wir konstruieren damit die eigene Welt. Zeichen und Worte bedeuten bereits eine Abstraktion persönlicher Erfahrung und dienen der Grundlage einer möglichst gemeinsamen Kommunikation. Die Vorstellungsbilder z. B. des Wortes „Hoffnung“ aber unterscheiden sich und sind mit persönlicher Erfahrung und eigenem Lebenskontext gefüllt. Bilder sind innere Verbindungen, die lebendiger und empathischer ausdrücken, als dies Worte können, was der Einzelne erfährt. Das Erleben von Hoffnung bewirkt positive Emotionen. Wenn Sprache emotional wird, geschieht das über die Annäherung an Bilder, über die Sprache der Bilder. Sie kommen dem Erleben am nächsten, wo der Ausdruck mit Worten

⁴⁹² siehe Grawe, K. et al (1995). 168; Friebel, V. (2000). Innere Bilder. Imaginative Techniken in der Psychotherapie. Düsseldorf: Walter. 106-110. Innere Bilder können sich allerdings auch auf innere Konflikte beziehen! Einen gesamten Überblick über das inzwischen breite Spektrum medizinischer, sozialer und psychologischer Unterstützung bei einer Krebserkrankung gibt der Internetkompass Krebs: Oehlich, M. & Stroh, N. (2001). Internetkompass Krebs. Berlin. Insgesamt zeigen die neusten Forschungen weiter einen Trend, psychosoziale Belastungen hinsichtlich einzelner Krebsdiagnosen zu erforschen, weniger die Suche nach therapeutischen Interventionen, die hoffnungsförderndes, positives Erleben unterstützen, z. B. Faller, H. et al. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. In: Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 53. Jg., 5/03. Stuttgart. 229ff.; Blum, A. et al. (2003). Psychosoziale Belastung und subjektives Erleben von Melanompatienten in der ambulanten Nachsorge. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin. 53. Jg., 5/03. Stuttgart. 258-266.

dem nicht gerecht werden kann. Im Folgenden werden Methoden aus psychodynamischen Therapien vorgestellt, die das innere Bild der Hoffnung versuchen, entstehen zu lassen.

2.2.1 Hypnose

Mit verschiedenen Techniken der Trance-Induktion wird ein Patient bei der Hypnose in einen veränderten Bewusstseinszustand versetzt. Die Trance-Induktion erfolgt z. B. mit Hilfe verbaler Suggestionen, durch Einengung des Bewusstseins bis zu einem schlafähnlichen hypnoiden Zustand, der durch andere Funktionsweisen gekennzeichnet ist als der des Wachbewusstseins. Insbesondere gehört dazu eine erhöhte Suggestibilität des Patienten, die sich der Therapeut zunutze macht. Es handelt sich bei der Hypnosetherapie um eine der ältesten Formen seelischer Krankheitsbehandlung. Diese wird heute mit guter Wirksamkeit z. B. in der Schmerztherapie, Zahnmedizin, in der Geburtshilfe, bei Ängsten, Phobien, psychosomatischen Beschwerden wie Asthma, Schlafstörungen, Bluthochdruck und auch Erschöpfungszuständen bei Krebspatienten angewendet.⁴⁹³ Um dem Patienten Gefühle und Erfahrungen zu vermitteln, die er wenig zulassen oder selbst nicht mehr aktivieren kann, wie bei einem sehr hoffnungslosen Krebspatienten die eigene Hoffnung, kann dem Patienten in der Trance ein Stellvertreter⁴⁹⁴ (Stellvertretertechnik) angeboten werden, der die Erfahrungen erlebt, die dem Patienten fehlen. Es werden zwei Typen von Stellvertretern, den statischen und den dynamischen, unterschieden. Statische Stellvertreter sprechen einfach nur ein Gefühl an, bezogen auf die Hoffnung im Blick auf Veränderungen wie Tag und Nacht, Winter und Frühling, während dynamische Stellvertreter auch einen Lösungsverlauf darstellen z. B. mithilfe eines Bildes der Hoffnung: „Blume durch Eis des Winters“. Die folgende Sequenz könnte in eine Entspannungsszene eingebaut werden.

Beispiel: „Hoffnung (Blume im Frühling)⁴⁹⁵

„...Im Frühling gibt es in den Bergen immer noch Bereiche mit Schnee und Eis, obwohl im Tal schon die Blumen blühen. Und beim Wandern über solche schnee- und eisbedeckte Stellen ahnt man, dass dort unten in der Kälte Blumen sind. Sie scheinen jetzt noch so schwach und ohne Kraft, und doch werden sie es schaffen, durch die Kälte und Dunkelheit zu kommen. Auch wenn sie jetzt unter dem kalten Druck des Eispanzers keine Chance zu haben scheinen, werden die Blumen es doch schaffen. Sie werden sich auf den Weg machen, auch wenn es jetzt aussichtslos erscheint, und sie werden es schaffen, in die Wärme und Helligkeit zu kommen. Und sich auf den Weg zu machen, bedeutet natürlich für die Blumen zu wachsen. Wenn sie sich auf den Weg durch die Kälte begeben, werden sie an dieser Aufgabe wachsen und stärker werden, und obwohl sie nicht auf einmal diese Wegstrecke durchmessen können, merken sie schon in der Dunkelheit, dass es doch zunehmend heller und auch schon wärmer wird. Und dies wird das Wachstum der Blumen beschleunigen. Auch scheinbar geringe Veränderungen werden sie ihrem Ziel schneller ent-

⁴⁹³ Grawe, K. et. al (1995). Psychotherapie im Wandel. 626-637.

⁴⁹⁴ Bongartz, W. & Bongartz, B. (1997). Hypnosetherapie. Göttingen. 193ff.

⁴⁹⁵ Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen. 203.

vgl. Haring, C. (1995). Einführung in die Hypnosetherapie. Stuttgart.

Revenstorff, D. & Zeyer, R. (1998). Hypnose lernen. Heidelberg.

gegenbringen. Wenn sie dann aus ihrer Einsamkeit in der Dunkelheit in die Wärme kommen werden, ist klar, dass sich der Weg durch die Dunkelheit gelohnt hat. Sie werden nun nicht mehr allein sein, sondern sich in der Gesellschaft von anderen wohl fühlen können, und sie werden sich entfalten können, um das Helle und Warme ganz in sich aufzunehmen. All das sieht man beim Wandern noch nicht, sondern sieht dort, wo die Blumen erscheinen werden, nur den kalten Schnee. Aber es ist ganz sicher, dass sie aus der Dunkelheit und Kälte auftauchen werden, dass sie sich in der Wärme entfalten und entwickeln werden, und allein dadurch, dass sie da sind, mit ihrem Anblick erfreuen“.

2.2.2 Katathymes Bilderleben⁴⁹⁶

Dieses bekannte tiefenpsychologische Therapieverfahren wird von seinem Begründer Leuner, als ein affekt- und komplexabhängiges bildhaftes Erleben im Tagtraum bezeichnet. Dem Patienten werden Themen wie Wiese, Bach, Haus, Berg als Ausgangspunkt vorgegeben, und der Therapeut greift lenkend, anregend, unterstützend und ermutigend in das Tagtraumgeschehen ein, über das der Patient laufend berichtet. In der Arbeit mit Krebspatienten kann mit den Standardmotiven gearbeitet werden bis hin zur freien Motivgestaltung, die sich an den Tagträumen des Patienten orientiert⁴⁹⁷.

Beispiel 1: Sonnenimaginationübung

„Heilende, wärmende Sonnenstrahlen durchfluten den ganzen Körper, wärmen und durchfluten jede Zelle des Körpers mit heilender Sonnenenergie, laden sie damit auf, jede Zelle wird von diesen heilenden Strahlen, der ganze Körper wird davon erwärmt, die heilenden Strahlen breiten ihre Energie über den ganzen Körper aus, geben ihm Kraft und Frische und der Seele Hoffnung und Zuversicht.“⁴⁹⁸

Beispiel 2: Zwei von Simonton⁴⁹⁹ im Rahmen der Krebstherapie entwickelten Motive: „ein sicherer Ort“ und „Innere Helfer“ werden von Krebspatienten häufig verwendet: „sicherer Ort“

Anweisung: „Stellen Sie sich irgendeinen Ort vor, an dem es Ihnen gefällt und wo Sie sich wohl, sicher und geborgen fühlen und Hoffnung erleben.“

Patient: *„Ich stehe auf unserem Schiff, es ist heiß und sonnig, die Möwen fliegen, die Luft ist schwer, denn ein Gewitter naht. Ich habe keine Angst, denn solange die Möwen fliegen, kann nichts passieren. Sie tippeln über die Meeresswellen, haben einen Augenblick Furcht, sich in den*

⁴⁹⁶ Leuner, H. (1981). Katathymes Bilderleben. Stuttgart.; drs. (Hrsg.) (1993). Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Stuttgart; Vgl. Friebel, V. (2000). 80-86.

⁴⁹⁷Steiner, B. (2001). Aspekte der Behandlung mit der KiP bei Krebspatienten. In: U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.). Psychotraumatologie und Katathym - imaginative Psychotherapie. Berlin. 285ff.

Fikentscher, E. (1993). Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Stuttgart.

⁴⁹⁸ Fikentscher, E. (1993). 290.

⁴⁹⁹ Simonton, O. C./Henson,R.M. & Hampton,B. (1995). Auf dem Wege der Besserung – Schritte zur körperlichen und spirituellen Heilung. Reinbek. Vgl. Simonton, O. C. et al. (1982). Wieder gesund werden. Reinbeck. Das Simonton-Training vgl. 179-184.

Wind fallen zu lassen, wenn sie es dann wagen, werden sie getragen. Der Sturm ist vorüber, alles friedlich, ich hole tief Luft, sehe die Weite, alles ist klar, diese Unendlichkeit gibt mir Trost und Hoffnung“ (Patient N., 42 Jahre, Matrose, vgl. Bild 9).

„Innere Helfer“: Anweisung: „Stellen Sie sich Ihren sicheren Ort vor, an dem es Ihnen gefällt und wo Sie sich wohl, sicher und geborgen fühlen, an diesem sicheren Ort werden Sie Ihren Inneren Helfern begegnen, die wissen, wie Sie wieder Hoffnung finden können; oder, was jetzt zu tun ist; oder, wie Sie dieses Problem lösen können; oder, wie Sie Ihren inneren Frieden finden können; und werden es Ihnen auf Ihre Weise mitteilen.“

Patient: *„Ich beginne jeden Tag mit Visualisierungsübungen nach Simonton. Ich nehme Kontakt auf zu meinem Inneren Helfer. Er ist groß und stark und erinnert mich an meinen verstorbenen Vater, der mir immer helfen konnte und auch ein sehr gläubiger Mensch war. Mit seiner Hilfe schiebe ich die Krebszellen in die Lymphe und in die Nieren, um sie auszuscheiden. Das ist eine schwere Arbeit für uns beide. Zwischendurch ruhen wir uns auf einer Sonnenbank aus und schweigen, genießen die Wärme und den Frieden. Dass ich nicht allein bin, gibt mir Kraft und Hoffnung. Wenn wir die gemeinsame Arbeit beendet haben, verabschiedet sich mein Vater von mir mit den Worten: „Du hast heute alles getan und kannst es weiter in Gottes Hand legen“. Das gibt mir Gelassenheit für den Tag.“ (vgl. Fall 2).*

Beispiel 3:

Ein Patient, 50 Jahre mit Magen-Ca, beschreibt, wie er in der Toskana mit dem Auto unterwegs ist. Er stellt sich bildlich vor, wie es war, 30 Jahre alt zu sein:

„Jetzt mit 30 Jahren kann ich das noch, habe noch meinen Magen. Ich bestelle eine feste Torte mit Sahne...Und es ist gut, dass Leute da sind, und ich, ruhig ohne Termindruck, genieße meine Torte und betrachte die Menschen, den Platz und genieße, so nicht unter Druck zu sein. Dann habe ich Lust, wieder aufzustehen, mich zu vergewissern, ob das kleine rote Auto noch da ist. Es ist noch da, und ich schlendere unter schattigen Bäumen umher, hin zu einer Balustrade, wo ich Ausblick habe, und es hat mit Hoffnung zu tun...Es ist gut, der Hoffnung Raum in mir zu geben, das war bisher nicht so...Ich bin ganz berührt, dass es diesen Teil gibt ...Es ist so, als hätte es diesen Teil in mir immer gegeben, aber als hätte ich ihn nicht genug gewürdigt. In meinem Leben habe ich immer so die Schwierigkeiten betont und nicht das andere...“ (Patient, 50 Jahre, Magen-CA)⁵⁰⁰

⁵⁰⁰ Steiner, Beate (2001). 292.

2.2.3 Imagination⁵⁰¹ und Visualisierung⁵⁰²

Für viele Patienten ist es wichtig, visuelle Vorstellungen über gesunde und kranke Zellen ihres Körpers zu entwickeln und aktiv innerlich damit umzugehen.

Beispiel: „Für mich sind die Krebszellen kranke Zellen, die wieder gesund gemacht werden müssen. Kämpfen kostet Kraft und damit muß ich sparsam umgehen. Der bessere Weg für mich ist, mit den Zellen zu reden. Während der Bestrahlung stelle ich mir vor, dass ich an einem wunderschönen Strand liege, und ich sehe das blaue Meer vor mir. Meinen kranken Zellen sage ich dann immer wieder, dass sie vor den Strahlen keine Angst zu haben brauchen, weil sie ja gesund gemacht werden. Den gesunden Zellen sage ich, dass sie solange im Meer schwimmen oder sich mit einem Badetuch abdecken sollen, damit sie keine Strahlen abbekommen. Dabei sehe ich sie beide sehr zärtlich an und kümmere mich um sie, wie ich es mit meinen Kindern getan habe. Am Anfang hatten alle kranken Zellen noch Gehhilfen, Verbände und Pflaster. Doch nach einigen Bestrahlungen liefen viele von ihnen schon ganz fröhlich am Strand herum. Jeden Tag werden es immer mehr Zellen, denen es besser geht“. (Patient K., 48 Jahre, vgl. 1.3)

2.3 Entspannungsübungen⁵⁰³

Im Rahmen der Behandlung einer Krebserkrankung sind Entspannungsübungen vielfältig einsetzbar, wie bei Schmerzen, Schlafstörungen, innerer Unruhe, Angst und Panik, Nebenwirkungen der Chemo- und Bestrahlungstherapie und Erschöpfung (Fatigue). Nicht jeder Patient kann sich darauf einlassen. Im Folgenden werden die beiden klassischen Verfahren vorgestellt. Oftmals wird nach einer Grundentspannung meditativ oder bildhaft mit dem Patienten weitergearbeitet. Dazu eignet sich auch das persönliche Hoffnungsbild des Patienten.

1. Autogenes Training

Ein Gefühl der Entspannung wird bei dieser Übung autogen, d. b. durch eine Selbstinstruktion erreicht, wobei zweierlei erlernt wird:

-sich zu entspannen und dadurch das System des vegetativen Nervensystems in eine Balance zu bringen,

⁵⁰¹ C. G. Jung entwickelte diese Technik selbst, wobei Darstellung und Methode in seinem Werk verstreut sind. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Ammann, A. N. (1978). Aktive Imagination. Darstellung einer Methode. Walter.; Vgl. Friebel, V. (2000), 74-78. Im Vergleich zum Traum zeichnen sich die Bilder der aktiven Imagination dadurch aus, dass sie weniger sprunghaft, konzentrierter, einheitlicher, oft auch dramatischer sind. Lebende Personen sollen keine Rolle spielen, es bleibt ausschließlich eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich, dem Selbst. Der Therapeut selbst hat dabei Geburtshelferfunktion. Er kann Fragen stellen, wie „Was tun Sie jetzt?, Welche Möglichkeiten gibt es?, oder einfach bestätigen: „Das ist eine sehr interessante Lösung“.

Vgl. Achterberg, J. (1989). Heilung durch Gedankenkraft. Die heilende Kraft der Imagination. Bern.

⁵⁰² Vgl. Wagner, R. (2003). Krebs - den Lebensfaden wiederfinden, 89 – 95.

Vielfältige Anregungen zur Visualisierung finden sich in: Simonton, O. C. et al. (1982). Wieder gesund werden.

⁵⁰³ Schultz, I. H. (1973). Das Autogene Training. Stuttgart. Schultz entwickelte dieses Verfahren bereits 1932; vgl. Vaitl, D. & Petermann, F. (1993). Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1 und 2. Weinheim. Entspannungsverfahren haben schulübergreifend ihren Platz.

-danach wieder in eine gesunde mittlere Spannung zurückzukehren, die leistungsfähiger und gelassener macht.

Dieser Effekt wird durch fünf Autosuggestionen, die sich z. B. auf die Schwere und Wärme der Arme beziehen, einem anschließenden Verweilen in der Entspannung und einer wirkungsvollen Rücknahme (Anspannung) erreicht. Zusätzlich können Vorsätze oder Leitsätze das Erreichen persönlicher Zielsetzungen unterstützen. Es ist ein Verfahren der konzentrierten Selbstentspannung und das Bekannteste am meisten zu therapeutischen Zwecken eingesetzte Entspannungsverfahren in der Onkologie, z. B. bei Schlafstörungen, psychosomatischen, und psychovegetativen Störungen.

2. Progressive Muskelentspannung⁵⁰⁴

Jacobson war der Meinung, dass neurotische Störungen von übermäßigen Muskelanspannungen begleitet sind. Ziel dieser Methode ist das schrittweise Erlernen einer immer besseren willkürlichen Kontrolle über Spannung und Entspannung bestimmter Muskelgruppen, z. B. eingesetzt zur Angstreduzierung, bei Hypertonie, Migräne, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, bei Krebspatienten mit Angst vor Chemotherapie⁵⁰⁵ und bei Depression. Da die häufigsten komorbiden Störungen bei Krebskranken Angst und Depression sowie Schlafstörungen sind – ein international gut dokumentierter Befund⁵⁰⁶ – sollten in der Behandlung von diesen Patienten immer das Erlernen von Entspannungsübungen eine Rolle spielen. Dazu bedarf es oft in der aktuellen Situation am Krankenbett keines Aufwandes. Oft reichen schon zunächst Hilfestellungen für eine ruhigere, gleichmäßigere Atmung, ein entspanntes Liegen und kurze Anweisungen, z. B. bei Bauchkrämpfen und Übelkeit während einer Chemotherapie. Inzwischen wird die in der Seelsorge vorgestellte Möglichkeit der Meditation⁵⁰⁷ auch bei klinisch-relevanten Problemen wie Angstzuständen, Hypertonie, Schlafstörungen, Asthma, Suchtverhalten und Streß mit einem noch größeren Erfolg angewendet, als z. B. das Autogene Training⁵⁰⁸.

Allerdings wird hier kritisch zu Fragen bleiben, ob das ursprüngliche Anliegen meditativer Haltung an dieser Stelle nicht zweckentfremdet verwendet wird, wie im folgenden Beispielen:

⁵⁰⁴ Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago.

Jacobson, E. (1995). Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. München.

Vgl. Kallinke, D. (1996). Schmerzbewältigung. Niedernhausen/Ts.

⁵⁰⁵ Vgl. dazu die aufgeführten Studien mit Krebspatienten von Burish, T. G. et al. /Lyles, J. N. et al. & Cannici, J. et al., in: Grawe, K. et al. (1995). 580, Tabelle 4.7.2.1.

⁵⁰⁶ Faller, H./Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie. In: Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 53. Jg., (5). Stuttgart. 230.

Die Studie zeigt -und diese ist identisch mit den Erfahrungen und der Gesprächsstatistik der Autorin innerhalb ihrer Arbeit in der Klinik für Strahlentherapie, dass nach Selbstangaben der Patienten bei einem guten Drittel von einem Bedarf an zusätzlicher psychosozialer Unterstützung auszugehen ist. So wünschten sich in dieser Studie 36% einen Psychotherapeuten und 12% der Patienten einen Seelsorger zur Unterstützung. drs. 231, Tab. 2.

⁵⁰⁷ Z. B. Kabat - Zinn, J. (2001). Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Bern.

⁵⁰⁸ Vgl. Grawe, K. et al. (1995), 618-625.

- Grundentspannungsübung⁵⁰⁹
- Meditationsübung bei Strahlentherapie⁵¹⁰

Zunächst wird eine Grundentspannungsübung durchgeführt. Danach regt der Therapeut den Patienten an, sich mit geschlossenen Augen in seine Kindheit zu versetzen und sich an einen Glückszustand zu erinnern. „Lassen Sie sich Zeit, die Glückswelle noch einmal tief innerlich zu empfinden, und versuchen Sie, diese Glückswelle von unten nach oben durch Sie durchstrahlen zu lassen. Verbinden Sie jetzt diese Glückswelle mit einem goldenen Licht. Was kann ein goldenes Licht sein? Überlegen Sie, wo Sie zuletzt goldenes Licht gesehen haben. War es im Frühjahr, als die Sonne begann durchzubrechen und ihr Licht in die Natur hineinzustrahlen? Oder war es der letzte Herbst, der die Blätter golden färbte und eine harmonische Stimmung in Ihnen erzeugte? Oder gab es ein anderes Lichtelebnis, das Sie mit einem goldenen Licht in Verbindung bringen können? Das goldene Licht, es kann besänftigen – meine Ungeduld, meine Unruhe oder andere quälenden Empfindungen...Denken Sie jetzt an die notwendige Bestrahlung, die vor Ihnen liegt. Es werden Strahlen in Ihren Körper eindringen, die notwendig sind, weil dort Krebszellen verblieben sind. Vielleicht sind sie ganz klein, vielleicht sind sie aber auch größer, aber sie sind schwach und sie werden jetzt diesen Strahlen ausgesetzt. Versuchen Sie, die Strahlen mit Ihrem goldenen Licht zu verbinden. Das goldene Licht liegt jetzt in den Strahlen, strahlt in ihren ganzen Körper ein von unten nach oben, und Sie spüren, wie dieses goldene Licht eine Heilung herbeiführt. Alles das, was durch die Bestrahlung zerstört wird, wird herausgeschwemmt aus ihrem Körper. Die Strahlen wirken von oben nach unten, und alles, was krebsartig in Ihnen ist, fließt nach unten, zum Boden, wie Wasser. Es fließt von Ihnen ab und verlässt Ihren Körper. Und gefolgt werden die Strahlen von einem goldenen Licht, einem goldenen Licht, das schützend ist, schützend für den Körper, schützend für alles Seelische -und das Sie stark macht, stark, so wie Sie damals waren in Ihrer Kindheit, als Sie aufgewachsen sind und die Welt vor Ihnen lag. Spüren Sie dem Glücksgefühl nach, das damals das goldene Licht in Ihnen hinterlassen hat. Spüren Sie dem goldenen Licht nach, das Ihren Körper schützt vor allem Bösen. Spüren Sie die Strahlen, die zerstören, und das goldene Licht, das heilt. Und sehen Sie, wie die Krebszellen aus Ihrem Körper herabfließen wie Wasser zu Boden. Lassen Sie dieses Gefühl in Ruhe auf sich wirken, und immer dann, wenn sie meinen, dass das goldene Licht genug gewirkt hat, kommen sie langsam zurück aus Ihrem Glückszustand in die Realität und erleben diese Behandlung als notwendige heilende Therapie. Öffnen Sie die Augen, atmen Sie tief durch, und Sie sind wieder ganz da“⁵¹¹.

Viele Patienten (Ersterkrankte) berichten von großen Ängsten vor der Bestrahlung und befürchten bleibende Schäden von gesundem Gewebe. Manchmal ist diese Angst größer als vor einem Rezidiv. Eine Aufklärung ist zunächst notwendig. Das Verhalten des Personals spielt dabei eine entscheidende Rolle, damit sich Ängste reduzieren. Viele Patienten entwickeln selbst während ihrer Bestrahlungszeit Vorstellungen und Bilder, die ihnen helfen, die Ängste zu reduzieren, oder suchen dazu nach Anregungen. Weitere Ängste richten sich auf die Chemotherapie.

⁵⁰⁹ Wagner, R. (2003). Krebs – den Lebensfaden wiederfinden, 150ff.

⁵¹⁰ Vom seelsorgerlichem Hintergrund ist an dieser Stelle kritisch die Frage zu stellen: Ist das Meditation? Meditation richtet sich grundsätzlich immer auf etwas, außerhalb von mir Selbst bzw. auf Gott. Es besteht hier die Gefahr, die Strahlentherapie zu transzendieren und zu wenig die Ängste der Patienten davor zu berücksichtigen.

⁵¹¹ Wagner, R. (2003). 157-158.

Meditationsübung bei Chemotherapie

Zunächst wird mithilfe des Therapeuten die Grundentspannungsübung durchgeführt, um die Hast, den Stress vielleicht bei Klinikaufnahme oder des Anlegens der Chemotherapie zu lindern. Anschließend folgt die Meditationsübung:

„Jetzt fühle ich, wie mein Körper durchströmt wird von einer Flüssigkeit, die meine Krebszellen finden. Diese Therapie wird meine Krebszellen vernichten, die sich in meinem Körper verborgen haben. Ich fühle, wie das Medikament in mich einströmt und bis in alle Glieder sich ausbreitet... Ich fühle, wie alles, was bösartig und verkrampft in mir ist, von dieser Flüssigkeit erreicht wird und wie diese Flüssigkeit hinausströmt wieder aus meinem Körper und all das mitnimmt, was bösartig ist, was verkrampft ist, was nicht mehr in meinem Körper sein soll... Ich spüre, wie meine Kraft durch meinen Körper strömt und mir hilft, einen Wall zu bilden zwischen allem, was heilend und gesund ist in meinem Körper, und dem, was krank ist und aus meinem Körper hinausströmen muß. Alles, was jetzt in mich einströmt, kann meine gesunden Zellen nicht erreichen. Meine gesunden Zellen sind geschützt, sie haben eine innere Leuchtkraft, und diese Leuchtkraft vertreibt alles, was böse ist, alles, was angreifend ist. Und diese Leuchtkraft durchströmt meinen Körper und hilft, alles hinauszubringen, hinauszuströmen, hinabströmen zu lassen aus meinem Körper wie Wasser zum Boden hin, alles das, was böse ist, verkrampft ist, was nicht zu mir gehört. Das goldene Licht schützt meine Organe, es hilft meiner Leber, alles zu entgiften, was mir schaden könnte, es hilft den Zellen meines Magens, alles abzuwehren, was entzündlich oder vernichtend wäre, es hilft meinem Dünndarm zu erkennen, was gut und was böse ist, und hilft meinem Dickdarm auszuschcheiden, was aus diesem Körper ausgeschieden werden muß. Die Leuchtkraft schützt die Organe, die Leuchtkraft strömt durch meinem Körper, die Leuchtkraft hilft jedem Medikament, was durch mich strömt, zu vernichten das Böartige und zu heilen und zu schützen alle guten Zellen, die mir so lange ihren Dienst zur Verfügung gestellt haben. Ich fühle die Leuchtkraft in meinem Körper, ich fühle den Schutz über meinen Organen, ich bin innerlich ganz ruhig und gelöst. Und wenn ich diese Gefühle durch meinen ganzen Körper strömen lassen habe, komme ich wieder zurück, öffne meine Augen, atme tief durch und bin wieder ganz hier⁵¹².

2.3.1 Phantasiereisen und Märchenreisen⁵¹³

Phantasiereisen und Märchenreisen sind Beispiele neben Reiseimpressionen für die enge Verbindung zwischen Schwere –Wärme – Ruhe - und Atemübungen des Autogenen Trainings und der Vorstellung von Bildern. Dabei besteht verstärkt die Möglichkeit, positive Gefühle anzusprechen, wie folgendes Beispiel zeigt:

⁵¹² Wagner, R. (2003). Krebs – den Lebensfaden wiederfinden. 159-160.

⁵¹³ Müller, E. (2000). Du spürst unter deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie- und Märchenreisen. Frankfurt a. Main. 169. vgl. dazu das Bild: „Die blaue Blume“ (Bild 22).

drs. (1994). Inseln der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder- und Erwachsene. München.

Student, J.-Ch. (2000). Im Himmel welken keine Blumen. Kinder begegnen dem Tod. Freiburg. 54ff und 100.

Beispiel: „Die blaue Blume“

Du bist in einem Wald-
Hohe, schlanke Bäume, wie Säulen eines Domes-
Glatte Stämme, dichte Kronen aus Laub wie ein Dach über Dir-
Deine Füße spüren den Waldboden, wohltuend, schwingend-
Wie anders ist das Laufen hier-
Kein Beton, Asphalt und Stein-
Dort sind Füße müde - hier sind sie lebendig warm-
Du läufst über Erde, Moos und Gras-
Du läufst, läufst und fühlst dich wohl-
Du riechst den Duft des Waldes-Ruhe umgibt Dich-
Das Laufen hier ist eine Lust-
Du möchtest schreien vor Freude, dein Weh endet an einem Dickicht,
ein schmaler Weg windet sich durch das Grün-
Du fühlst dich mutig - du willst da durch-
nun bist Du inmitten von Laub und Ästen, Bäumen, Geruch, Geräusche-
Du schlängelst dich durchs Geäst, Blätter streifen Dich, Dein Gesicht-
wann hört es auf?
Bald ist das dunkle Grün zu Ende, Du stehst auf einem moosigen Pfad,
nach ein paar Schritten siehst Du ein Wasser vor Dir liegen,
still und unbeweglich liegt es da -ein großes Auge,
es lockt Dich an, du fühlst Dich wie gezogen von einer unsichtbaren Schnur,
Du hast es erreicht, stehst am Rand und lässt Dich auf weiches Gras fallen,
es ist noch warm von der Sonne des Tages,
Du schaust aufs Wasser-Ruhe-Ruhe fühlst Du,
die Spiegelglätte bewegt sich, es brodelte wie kochendes Wasser,
es steigt etwas auf, es ist eine Blume, Du siehst ihr strahlendes Blau,
sie wächst aus dem Wasser wie eine Fontäne,
ein schlanker Stil, an dem sich locker Blätter ranken,
die Blüte öffnet sich ganz langsam, in Zeitlupentempo,
sie hat ein tiefes Blau-eingefangenes Blau des Himmels-
ob sie die blaue Blume aus deinen Kindermärchen ist?
wolltest du sie nicht immer schon erleben, diese blaue Blume-
ein Geheimnis, Einsicht, Wissen, Wunder, Hoffnung?
Du glaubst an deinen Traum, Du hast sie gesehen, die blaue Blume,
Du bist ganz ruhig,
Dein Atem geht ruhig,
Du bist ganz ruhig, gelöst und entspannt-⁵¹⁴

⁵¹⁴ Müller, Else (2000). 169/170.

2.3.2 Die VAKOG – Methode am Beispiel von ressourcenorientierten Geschichten

Eine Möglichkeit, auch mit sehr verzweifelten Patienten zu arbeiten, bietet die Konstruktion von Ressourcen bestärkenden Geschichten. Im Bereich der Onkologie sind ressourcen-orientierte Geschichten vor allem dann gut anwendbar, wenn Patienten aktuell kaum Ressourcen wahrnehmen. Zur Konstruktion einer Ressourcenorientierte Geschichten werden die in den bisherigen Gesprächen explorierten Informationen zur Person genutzt (z. B. seine bevorzugten Sinneskanäle, Dinge, die dem Patienten angenehm und/ oder wichtig sind). Zudem findet ein kleines Interview statt, in dem positiv Besetztes aktiviert wird (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch = VAKOG). Solche Fragen können wie folgt lauten: Welches ist ihre liebste Farbe, ihre Lieblingsmusik, ihr Leibgericht, ihre wichtigsten Personen, die angenehmste Kleidung ...? Bereits das Interview trägt oft schon zu einer spontanen Verbesserung der aktuellen Stimmungslage bei. Danach verarbeitet der Therapeut die erhobenen Daten zu einer kleinen Geschichte. Wichtig ist dabei, sich auf den Sprachgebrauch des Patienten einzulassen. In der Geschichte lassen sich auch Botschaften unterbringen. Bewährt hat sich, die Geschichte vorzulesen und dann mitzugeben. Möglich wäre auch, den Patienten anzuregen, eine Fortsetzung zu schreiben oder das Gehörte je nach Begabung als Bild zu malen, eine Melodie zu erfinden o.ä.. Als Rahmenhandlung eignen sich z. B. eine Reise, eine Feier, ein Abenteuer, ein phantastisches Erleben. Der Therapeut liest dem Patienten die Geschichte vor, dadurch kommt der Zuhörer in einen Zustand des tieferen Wiedererkennens positiver Empfindungen und in Kontakt zu stärkenden Kräften. Je indirekter und offener die Geschichte gestaltet wird, desto mehr Chancen hat der Patient, sie mit eigenem positivem Erleben zu ergänzen.

Beispiel: „Wohlfühlgeschichten“⁵¹⁵

Folgende Geschichte wurde für eine verzweifelte Patientin mit einem Rezidiv geschrieben⁵¹⁶.

„Als sie morgens ihr welliges Haar frisiert, freut sie sich schon auf den Ausflug, den sie heute mit ihrer Familie geplant hat. Heute nimmt sie sich richtig Zeit für die Pflege: eine duftende Creme fürs Gesicht und sogar etwas Lippenstift darf es sein. Die Frühlingssonne scheint weich in ihr Schlafzimmer als sie ihre Kleidung für den Tag aussucht. Sie wählt ein weit schwingendes Kleid in rot, innen etwas angeraut und deshalb besonders kuschlig, außen fast elegant, weil es weich über den Körper fließt und die weiblichen Formen dezent zur Geltung bringt. Noch heute staunt sie, dass ihr Mann ihr das Kleid geschenkt hat, welches so gut zu ihr passt. Offenbar ist er doch ein recht guter Beobachter...eine Streicheleinheit über ein Kleid...es gibt so viele Möglichkeiten, Liebe und Fürsorge auszudrücken. Ein Lächeln huscht über ihr Gesicht. Das erste Frühstück in diesem Jahr im Garten. Der älteste Sohn hat mit seinem Bruder den Tisch in die Sonne gerückt. Sie setzt sich an die mit farbigem Geschirr gedeckte Tafel. Es gibt frisch gepresste Säfte und herrliches Obst, duftende Brötchen und für die Männer etwas Schinken und Kaffee. Fast sieht es etwas nach Verschwendung aus. Die weißen Blüten der Bäume rieseln wie Schnee auf den

⁵¹⁵ Diese Methode wurde innerhalb der systemischen Kurzzeittherapie entwickelt. Verwiesen sei an dieser Stelle auch auf die wichtige Arbeit von Morgenthaler, Ch. (2002). Systemische Seelsorge. Impulse der Familien -und Systemtherapie für die kirchliche Praxis. Stuttgart.

DeShazer, S. (2002). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg. Kuhn, W. E. (2002). Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie. Dortmund.

⁵¹⁶ Ich danke Frau Dipl. psych. Berndt für diese Geschichte und Anregung.

Tisch...eine reizvolle Dekoration...Es klingelt, ihr Mann geht zur Pforte und begrüßt die Schwester. Das Frühstück kann beginnen. Sie genießt die Leichtigkeit des Moments, und sie beobachtet ihren Mann, noch heute ist sie in ihn verliebt, und dann die Söhne, auf die sie stolz ist und die Schwester, die Vertrauensperson, die sie immer begleitet hat, ihre Verbindung zu ihrer Herkunftsfamilie. Na, was ist denn das für eine Überraschung...? Nach dem Frühstück steigt sie in das Auto ein. Sie mit ihrem Mann allein, die Söhne und Schwester fahren hinterher. Es folgt eine angenehme Fahrt durch eine sonnige Landschaft in Richtung Bayern, im Radio läuft entspannende Musik. Sie sieht die erwachende grüne Landschaft an sich vorbeifliegen...einfach nur sitzen und träumen und zuhören. Winkende Kinder, Kühe auf der Weide und ein verliebtes Paar im Auto. Nach einiger Zeit hält der Wagen an einem Forsthaus, das zu einem kleinen Hotel umgebaut ist. Nachdem die Zimmer bezogen sind, nimmt die Familie auf der Hotelterrasse Platz. Sie liegt direkt auf einer sonnendurchfluteten Waldlichtung. Mächtige hohe Tannen, hellgrüne Lärchen und eine Blutbuche, Buschwindröschen, Eichhörnchen und ein schwebender Greifvogel zeichnen ein lebendiges Bild. Der Gesang der Vögel wirkt so fröhlich und leicht, dass sie spürt, wie die Glücksgefühle in ihr aufsteigen. Der Kellner bringt Getränke für alle...der Dialekt wirkt so gemütlich, und der kühle Traubensaft schmeckt einfach göttlich. Was werden wir am Nachmittag noch tun, fragt sie ihren Mann. Er lächelt verschmitzt. Deine Schwester macht einen Spaziergang, die Jungs gehen joggen und ich werde mit dir über einen spiegelglatten See rudern, und du kannst mit den Fingern ein Muster auf das Wasser malen...und heute Abend werden wir alle zusammen gemeinsam am Kamin sitzen und es uns gut gehen lassen...wie gut denkt die Frau, dass ich verlässliche Menschen um mich habe und aus schönen Erlebnissen lange Kraft schöpfen kann“.

2.4 Kognitiv - behaviorale Therapien⁵¹⁷

„Als kognitiv - behaviorale Verfahren werden ...diejenigen Therapiemethoden zusammengefasst, die unter Bezug auf den Erkenntnisstand der empirischen Psychologie entwickelt wurden. Dies sind zum einen behavioristische- lerntheoretisch begründete Therapiemethoden und zum anderen Therapien, die den Kognitionen einen zentralen Stellenwert im psychischen Geschehen zumessen. Erstere werden auch als verhaltenstherapeutische, letztere als kognitive Therapiemethoden bezeichnet.“⁵¹⁸ Im folgenden werden ausgewählte Methoden vorgestellt, die Möglichkeiten bieten, dass ein Patient wieder Zugang zu seiner Hoffnung findet.

⁵¹⁷ Problemlösungstherapien werden heute häufig mit dem Begriff des Selbstmanagements verbunden. Die Forschungen und praktischen Anwendungen unter dem Stichwort: Selbstmanagement, kann als Problemlösungstherapie angesehen werden, Vgl. Grawe, K. et al. (1995). 243ff .

⁵¹⁸ drs. 243.

2.4.1 Problemlösungstherapien⁵¹⁹ - am Beispiel eines psychoonkologischen Praxisprogramm

Auf der Grundlage kognitiver- psychologischer Forschung wurden seit den 70er Jahren verschiedene Problemlösungstherapien⁵²⁰ entwickelt, die im Kern mit folgenden Problemlösungsschritten identisch sind:

- „1. Herstellung einer Problemlösungsorientierung
2. Problemanalyse, Erarbeitung einer Problemdefinition durch Situations- und Zielanalyse
3. Generierung von möglichen Schritten/Massnahmen zur Erreichung der Ziele
4. Entscheidung für bestimmte Schritte, Selbstverpflichtung des Patienten
5. Durchführung der Schritte
6. Bewertung des Ergebnisses des eingeschlagenen Weges und gegebenenfalls erneutes Durchlaufen bestimmter Abschnitte des Problemlösungsprozesses“⁵²¹.

Ein besonderes Problem für Patienten nach einer Krebsdiagnose (Ersterkrankung oder Rezidiv) stellt ihre Ambivalenz hinsichtlich unterschiedlicher Möglichkeiten kurativer und alternativer Therapiemethoden dar. Für diese Situation kann sich eine konkrete Problemlösestrategie eignen. Besonders angebracht ist diese Interventionsmethode, wenn gleichzeitig Beziehungskonflikte aufgrund der Erkrankung entstehen oder Trennungen vollzogen werden. Nicht selten geschieht das bei jüngeren Tumorerkrankten bzw., wenn Frauen an Cervix-CA oder Mamma-CA mit folgender Ablatio erkranken. Die Einbeziehung des Lebenspartners ist immer sinnvoll, wie auch im Fall 2 vorgestellt. An dieser Stelle darf das Thema Sexualität nicht ungenannt bleiben, ein immer noch tabuisiertes Thema in der Onkologie. Ziel einer Problemlösestrategie ist die Wiedergewinnung der eigenen Kontrollüberzeugung, Selbsteffizienz, Autonomie, Unabhängigkeit und damit auch Hoffnung. Oftmals wird diese nicht allein angewendet, sondern in Verbindung mit anderen verhaltenstherapeutischen Techniken, wie Verhaltensübungen, Entspannungstraining, systematische Selbstbeobachtung, z. B. ein Tagebuch führen, Selbstverbalisationstraining usw.

Beispiel: Psychoonkologisches Praxis-Programm⁵²²

⁵¹⁹vgl. drs. 436; Kehr, H. M. (2002). Souveränes Selbstmanagement. Ein wirksames Konzept zur Förderung von Motivation und Willensstärke. Weinheim.

Kanfer, F.H/ Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement - Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin.

⁵²⁰ z. B. Das Problemlösetraining nach D`Zurilla, T. J. & Goldfried, M.R.(1971). Problem solving and behavior modification. American Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

Kanfer/ Reinecker & Schmelzer (1991); Kehr, H. M. (2002). Souveränes Selbstmanagement.; Storch, M. & Krause, F. (2002). Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Bern.

⁵²¹ Grawe, K. et al. (1995), 436.

⁵²² Dieses Praxisprogramm, letztlich eine Problemlösungstherapie- wurde von dem Onkologen Dr. Wagner auf der Grundlage der „Selbstregulation“ nach Grossarth - Maticsek entwickelt und wird in seinem Buch: Krebs – den Lebensfaden wiederfinden (2003) beschrieben. Grossarth - Maticsek entwickelte das Konzept der systemischen Epidemiologie, die die Wechselwirkung unterschiedlicher Risikofaktoren erforscht, insbesondere die Dynamik der Wechselwirkung zwischen physiologisch-organischen Bedingungen und psychosozialen Faktoren sowie verschiedenen Therapiemaßnahmen. Für die Vorhersage eines Erkrankungsrisikos oder einer Verlängerung der Überlebenszeit geht er von Systemindikatoren aus. Ein besonderes Interesse seiner Forschung gilt den Faktoren der Selbstregulation. Ein speziell entwickelter Fragebogen lässt die verschiedenen Grade der Selbstregulation von Patienten erfassen, vgl. In: Wagner, R. (2003). 163-167. „Dabei zeigt sich: Je besser die Selbstregu-

Zunächst geht es medizinisch darum, mit dem Patienten gemeinsam die Krankheitsbedrohung zu realisieren und die Therapien festzulegen, wobei neben der kurativen Medizin oftmals für den Patienten auch Alternativmedizin wie z. B. eine ISCADOR-Therapie (Mistel) im Blick sind. Als nächsten Schritt entwickelt der Patient sein Beziehungsdiagramm, unterteilt in positive und negative, verwandtschaftliche und nicht-verwandtschaftliche Beziehungen. Der positive Faktor und Einfluß sozialer Unterstützung auf den Verlauf einer Krebserkrankung⁵²³ ist immer wieder in Studien nachgewiesen worden, in dieser Arbeit als ein entscheidender Hoffnungsfaktor. Gleichzeitig werden negative belastende Beziehungen, die möglicherweise zu klären sind, deutlich. Dagegen steht die zunehmende praktische Erfahrung, dass immer häufiger Patienten ohne tragende Beziehungen oder ein soziales Netz leben. In einem dritten Schritt erfolgt eine Zielklärung, die für das persönliche Wohlbefinden, für die eigene Selbstregulation wichtig sind: Kreativität, seelisch/psychische Beratung, soziale Kontakte, Spiritualität, Visualisierung, körperliche Aktivität, persönliche Ziele und Ernährung. Der letzte Schritt dient der Erfolgskontrolle.

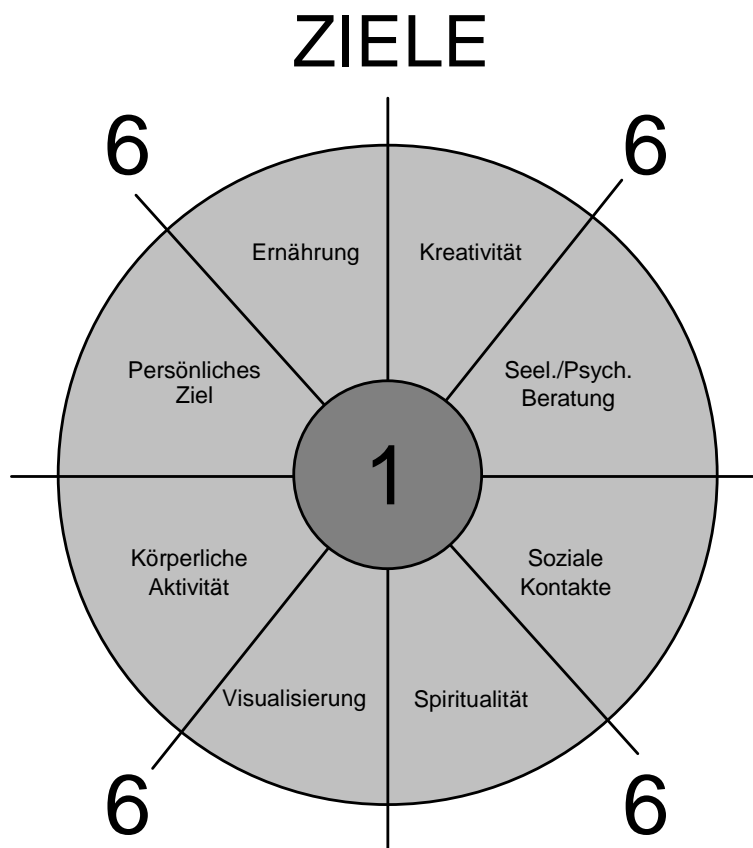


Abbildung 47: Zielvorstellungen von Patienten

lation ist, desto länger ist die Überlebenszeit bei allen Formen der Krebserkrankung“. Zitat: 53/54. Die bisherigen Ergebnisse sind in der Forschung umstritten.

⁵²³ Vgl. Tschuschke, V. (2002). Psychoonkologie. 117 – 165. Dazu gehören auch Selbsthilfegruppen und Psychoedukative Programme bzw. supportiv - expressive Gruppentherapie, die Einfluß auf eine Lebensverlängerung nach einer Krebsdiagnose haben. Spiegel, D. & Classen, C. (2000). Group Therapy for Cancer Patients. Basic Behavioral Sciences. New York: Basic Book.; drs. et al. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. In: Archiv Gen Psychiatry, Vol. 38, 1981, 527ff.

Wie aus Abbildung 47⁵²⁴ hervorgeht, schätzen die Patienten ihre Ziele auf einem Kreisdiagramm zwischen 1-6 ein, wobei 1 bedeutet, dass sie die Zielvorstellung erreicht haben.

2.4.2 Kognitive Therapie nach Beck⁵²⁵ – eine Depressionstherapie

In der praktischen Arbeit mit Krebspatienten findet sich sehr häufig eine depressive Verarbeitung der Diagnose. Die kognitive Therapie nach Beck „umfasst ein Bündel therapeutischer Vorgehensweisen, die sich auf die verbalen oder bildhaften Kognitionen des Patienten konzentrieren sowie auf die Prämissen, Annahmen oder Einstellungsmuster, die diesen Kognitionen zugrunde liegen. In einer logischen Analyse werden die Kognitionen im Hinblick auf logische Fehler wie Übergeneralisieren, willkürliches Folgern, selektive Abstraktionen usw. geprüft. Die empirische Analyse betrifft die Übereinstimmung der meist impliziten Annahmen des Patienten mit den tatsächlichen Gegebenheiten (Realitätsüberprüfung A.d.V.). In der pragmatischen Analyse wird untersucht, welche praktischen Konsequenzen bestimmte Annahmen und Überzeugungen des Patienten haben. Auf der Grundlage dieser Analyse erarbeiten Patient und Therapeut gemeinsam neue Bewertungen und Einstellungen, die dann in eigens dafür ausgewählten exemplarischen Problem-bereichen eingeübt werden“.⁵²⁶

Zu den psychotherapeutisch orientierten Grundregeln im Umgang mit Depressiven gehört für Wolfersdorf⁵²⁷ die Vermittlung von Hoffnung. „Vermittlung von Hoffnung bedeutet, dem Patienten die Chance einer Veränderung und Besserung zu verdeutlichen, die Möglichkeit der Behandlung seines Leidenszustandes anzubieten. Dabei sollten jedoch keine Versprechungen gemacht werden, insbesondere keine in dem Sinne, man brauchte nur das richtige Medikament und dann sei alles erledigt. Wichtiger ist es, die gemeinsame Arbeit zu betonen, die von Patient und Therapeut Anstrengung und Geduld erfordert. Vorschnelles „Das kriegen wir schon weg“, ist falsch, da es eine oberflächliche tröstende Äußerung darstellt, die nur selten einlösbar ist und die vorprogrammierte Enttäuschung auf beiden Seiten bedeutet. Auf Seiten des Therapeuten die Kränkung durch nicht eintretende Erfolge und damit häufig verbunden die abweisende Reaktion der Verschiebung zum Fachkollegen, auf Seiten des Patienten Enttäuschung und Bestätigung der Hoff-

⁵²⁴ Die Abbildung wurde übernommen aus: Wagner, R. (2003). 80. Dieses Programm setzt allerdings eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychoonkologen und Sozialarbeitern voraus.

⁵²⁵ Beck, A.T. (1979). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München.

Beck, A. T. et al. (1981) Kognitive Therapie der Depression. München.

Insgesamt zeigt sich bei Krebspatienten nach einer Diagnose häufig eine Anpassungsstörung, gefolgt von Depression, Angst -und Panikstörung. In den Ersterkrankungsphasen treten bei ca. ein Drittel der Patienten reaktive psychopathologische Störungen auf, die überwiegend allein, mithilfe des sozialen Netzes, eines Seelsorgers oder Psychotherapeuten ohne Medikation behandelt werden können. (statistische Erhebung in der Klinik für Strahlentherapie Halle, Rittweger 2002). Ein hoher Prozentsatz von HNO-Patienten und Bronchial-CA-Patienten leiden unter einer Suchterkrankung.

⁵²⁶ Grawe, K. et al. (1995). 451.

⁵²⁷ Wolfersdorf, Manfred (1992). Depressives Kranksein. Verstehen und Behandeln. München, 118.

Hautzinger et al. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim.

drs. (1998). Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen.

nungslosigkeit, dass man ihm nicht helfen könne.“⁵²⁸ Der Patient ist auf der verzweifelten Suche nach Hoffnung.

Beispiel: Herr B., (30 Jahre, HNO-CA)

*„Ob es schneit, regnet oder die Sonne scheint,
es ist mir einerlei.
Ob ein Vogel auf dem Ast schön singt, wie nie,
oder eine Blume mit farbenfroher Pracht im Gras aufblüht,
es ist mir einerlei.
Lachende Menschen sind mir zuwider.
Wie gern würde ich wieder lachen und weinen, nur wie geht das?
Wie gern würde ich mich an den kleinen Dingen des Lebens freuen, nur wie geht das?
Es ist ein Labyrinth, aus dem ich keinen Ausgang finde.
Jeder Weg, der mir Hoffnung verspricht,
endet in einer Sackgasse. Wo ist der Faden
im Labyrinth und entlang der Angstmauern,
der mich zum Ausgang führt?
Wie ein Untoter, der nicht mehr lebt, nichts fühlt, der einfach nur existiert.
Keine Wärme, keine Kälte, keine Liebe, keinen Hass verspürt.
Zu nichts gehörig, dazwischen die Glaswand, wieder fühlen, bleibt ihm verwehrt.
Wie ein Blinder wandert er hin und her verzweifelt auf der Suche nach Hoffnung“.*

Beispiel: Frau S. (46 Jahre, Mamma-CA)

„Es ist wie eine Sackgasse, ich bin in mich gekehrt, müde, tief erschüttert. Ich belaste nur die Anderen, alles ist mechanisch, ich funktioniere hinter einer Glaswand, es wird nie wieder anders, eher schlimmer, z. B. die Gleichgültigkeit. Ich fühle mich völlig abgeschnitten vom Leben, bin wie versteinert, die quälende Unruhe und die Schlaflosigkeit machen mich ganz mürbe. Irgendwann werden mich alle vergessen haben, ich kann nicht mehr arbeiten, nicht mehr lieben, mich auf nichts mehr konzentrieren, ich werde nie wieder die Alte. Alle Türen sind zu! Ich habe das Bild vor Augen, alles zu verlieren, mein Zuhause, die Kinder und meinen Mann, die ganze Zukunft. Ich fühle mich in mich selbst eingeschlossen“.

Neben medikamentöser Therapie drückt die Patientin ihre Hoffnungslosigkeit und Hoffnung in Bildern aus. Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit erlebt sie als ein Fischernetz, welches über ihr hängt, einen Tunnel ohne Licht. Ein weiteres Bild stellt ein Blatt mit einem durchgehenden Riss dar. Ihre Hoffnung sieht sie zu Beginn der Behandlung als ein kleines Licht in ihrem Kerker und am Ende eine aufgehende Sonne am Meer (siehe Bilder 24 u. 25). Es erweist sich durchaus als sinnvoll, neben der therapeutischen Arbeit an den Kognitionen, die beiden Gefühle Hoffnungslosigkeit und Hoffnung über Bilder ausdrücken zu lassen, da depressive Menschen ausschließlich von ersterem bestimmt sind.

⁵²⁸ Wolfersdorf, M. (1992). 119.



Bild 24: Frau S. (46 Jahre) „Licht in dunkler Nacht“
Hoffnungsbild nach der ersten Behandlungswoche



Bild 25: Frau S. „Hoffnung entsteht in mir wie ein Sonnenaufgang am Meer“
Hoffnungsbild nach der vierten Behandlungswoche

2.4.3 Ressourcenorientiertes Vorgehen⁵²⁹ - Hoffnung als Ressource des Lebens

Was sind Ressourcen menschlichen Lebens? „Letztlich alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt wird oder als hilfreich erlebt wird, kann als eine Ressource betrachtet werden“⁵³⁰ Bevor mit Krebspatienten an ihren Ressourcen gearbeitet werden kann, muß gewährleistet sein, dass sie nicht unter Tumorschmerzen oder einem umfassenden physisch/psychischen Erschöpfungszustand (Fatigue) leiden.⁵³¹

Beispiel 1: Die Entwicklung positiver Perspektiven: Die Interventionsmethode EPOS⁵³²

Oftmals sind Patienten zu Beginn einer Psychotherapie demoralisiert, hoffnungslos, in dauerhafter Anspannung, mit geringem Selbstwert und auf ihre Probleme fokussiert. Entsprechend gibt es Schwierigkeiten, den Blick für eine positive Zukunft zu öffnen, bzw. überhaupt eine Vorstellung davon zu entwickeln, was stattdessen schön und erstrebenswert sein soll. Dazu können Zielkonflikte die Motivation beeinträchtigen. Die Interventionsmethode EPOS ist ein Manual, basierend auf handlungstheoretischen und ressourcenorientierten Modellen, um Patienten dabei zu unterstützen, Ziele für ihr weiteres Leben zu formulieren. Die EPOS erstreckt sich über 2-3 Therapiestunden und ist somit auch im klinisch-stationären Bereich gut anwendbar. Sie gliedert sich in drei Abschnitte nach einem Beziehungsaufbau mit dem Patienten:

1. Imagination zum Entwurf positiver Ziele
2. Vorbereitung der Auswertung durch Therapeut und Patient
3. Auswertung der Imagination und Zielerarbeitung

Zunächst wird der Patient angeregt, im Rahmen einer Imaginationsübung positive, durchaus auch unrealistische, phantasievolle Zukunftsvorstellungen zu entwickeln. Die Übung wird erklärt, Ruhe und Entspannung wird hergestellt. Dies dauert ca. 30-40 Minuten. Um sich gedanklich von den aktuellen Belastungen zu lösen, kann es sinnvoll sein, mit der „Rucksack-Metapher“ zu arbeiten.

⁵²⁹ Schemmel, H. & Schaller, J. (2003) (Hrsg.) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. Tübingen.

Willutzki, U. (2000). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine „neue“ Perspektive? In: M. Hermer (Hrsg.) Psychotherapie. Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhundert (193-212). Tübingen.

Vgl. Storch, M. & Krause F. (2002). Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Göttingen.

⁵³⁰ Definition: Nestmann (1996). In: Seminarunterlagen Willutzki, U. 2.

⁵³¹ Als Verhaltenspsychologische Interventionen bei Tumorschmerzen neben einer umfassenden medikamentösen Einstellung eignen sich Entspannungstrainings, Hypnose, systematische Desensibilisierung, Biofeedback, Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren und operante Verfahren. Vgl. dazu Larbig & Tschuschke (2000) (Hrsg.) Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. 60ff.

Hankemeier, U. et al. (2001). Tumorschmerztherapie. Heidelberg.

Grabbar, E. Chronisches Erschöpfungssyndrom. Wenn das Leben nur noch eine Last ist, in: Deutsches Ärzteblatt, Köln, Jg. 99, Heft 21, 1413ff.

⁵³² Koban, Ch. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 33.Jg., 2/01. Tübingen: Dt. Gesellschaft. f. Verhaltenstherapie e. V. 225ff.

Willutzki, U. (2000). Positive Perspektiven in der Psychotherapie. Ruhr-Universität Bochum. Fakultät für Psychologie: Habilitation.

Der Patient wird zunächst gebeten, sich auf eine Bergtour zu begeben und dabei seine schwierigsten Probleme im Rucksack zu tragen. Im Verlauf der Wanderung werden die Probleme allmählich ausgepackt und an den Wegrand abgelegt. Dadurch soll dem Patienten die Hinwendung zu positiven und unbeschwerten Gedanken sowie Gefühlen erleichtert werden, ohne seine Probleme außer Acht zu lassen. Zur Durchführung der weiteren Imagination eignet sich z. B. eine Einstiegsfrage: „Angenommen, ich würde Sie in einem Jahr wieder treffen. Bis dahin ist Ihr Leben gut verlaufen, Sie haben die Dinge erreicht, die Ihnen wichtig waren, vieles hat sich so gefügt, wie Sie es sich gewünscht haben. Wo treffe ich Sie, was tun sie, wie sind Sie?“⁵³³ Der Therapeut soll den Patienten dabei auf der Basis der Prinzipien imaginativer Therapieansätze begleiten⁵³⁴. Ein sanfter Ausstieg wäre, die Vorstellungen des Patienten zu einem Bild zu verdichten, ihn ein inneres Foto mitnehmen zu lassen, auf das zurückgegriffen werden kann. Auch ist es sinnvoll, ihm ein Band der Imagination mitzugeben. Die Analyse von Patient und Therapeut dient der Auswertungsvorbereitung. Ziel dieser Auswertungsphase ist es, die in der Imagination entwickelten Zukunftsvorstellungen gemeinsam zu analysieren, Ziele abzuleiten und ihren Zusammenhang zu betrachten. Zunächst wird dazu die aktuelle Situation aufgegriffen und die Imagination aktiviert. In einem zweiten Schritt erfolgt die Explizierung persönlich bedeutsamer Ziele, indem einzelne imaginierte Aspekte und deren persönliche Bedeutsamkeit aufgegriffen werden. Ein dritter Schritt beschäftigt sich mit der Strukturierung und Bearbeitung der Zielstruktur: Einer Unterscheidung zwischen Erhaltungs- und Veränderungszielen, Bezügen zwischen verschiedenen Zielen, die Klärung der Prioritäten sowie die Abstimmung von Therapiezielen (Lebenszielen). Zum Abschluß stehen eine Reihe günstig formulierter Ziele, die sich durch positive Formulierungen auszeichnen. „Ich möchte nicht mehr so einsam sein!“, sondern: „Wie möchten Sie stattdessen sein?“. Die Ziele sollten persönlich bedeutsam sein und eher den Anfang von etwas, als das Ende beschreiben. Hilfreich kann dabei die Frage sein: „Was wäre hier für Sie das erste kleine Anzeichen dafür, dass Sie sich auf dem Weg befinden oder wohler fühlen?“ Damit einhergeht, Ziele prozeßhaft zu formulieren: „Wie werden Sie das tun?“ und ebenfalls konkret, verhaltensnah und präzise: „Wie werden Sie das im Einzelnen tun?“⁵³⁵. Es ist nicht selten, dass Krebspatienten aufgrund ihrer Diagnose und Prognose sich von fern gesteckten Zielen, auch Lebenszielen⁵³⁶, verabschieden müssen. In der

⁵³³ Koban, C. & Willutzki, U. (2001). 229.

⁵³⁴ Leuner, H. (1981). *Katathymes Bilderleben*. Stuttgart.

⁵³⁵ Im Blick auf die Hoffnung findet sich an dieser Stelle die Überzeugung von Snyder wieder, der Hoffnung ausschließlich zielorientiert definiert „Hope is defined as the process of thinking about one goals along with the motivation to move toward (agency) and the ways to achieve (pathways) those goals.“⁵³⁵. So charakterisiert er Hoffnung als kognitives Gefüge (Zielsetzung), welches sich aus zwei Komponenten zusammensetzt: (1) aus dem Gefühl, erfolgreich zielgerichtet handeln zu können (agency), und (2) aus der Zuversicht, erfolgreiche Lösungswege einschlagen zu können (pathway). Beide Komponenten stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und bleiben über Zeit und Situationstyp hinweg konstant. Für einen hoffnungslosen Krebspatienten kann ein kleinster Schritt neuer Zielorientierung zu einem Erleben der Hoffnung führen.

⁵³⁶ Vgl. dazu Pöhlmann, K. et al. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. Schwerpunkt: Ziele in der Psychotherapie. 33.Jg.,2/01. Tübingen.

Andritzky, W. (2001). Zur Diskussion um Therapiefreiheit, Selbstverantwortung und alternative Gesundheitskultur. *Zeitschrift der Dt. Transpersonalen Gesellschaft e. V.* J. Grubner & P. Meyer-Dohm (Hrsg.) Berlin.

Regel verändert es sich im Laufe der Krankheitsgeschichte so, dass Patienten eher mittelfristige und kurzfristige Ziele erreichen wollen. Ziele sind immer verbunden mit der Vorstellung und Hoffnung, diese auch zu erreichen.

Beispiel 2: „Moment of excellence“ – Intensivierung einer Ressource

Der Begriff „Moment of excellence“ bezieht sich auf einen „Top-Zustand“, das Erleben einer Situation, in der viele Ressourcen vorhanden waren. Dieser ist mit einem positiven Selbstwert verbunden. Ziel ist es, diese Ressourcen im Alltag wieder verfügbar zu machen.

Vorgehensweise:

- sich an eine Ressource erinnern
- mit allen Sinnen erleben (VAKOG)
- einen Anker setzen (z.B. Bewegungsanker)
- eine Bezeichnung finden (Kennwort oder Satz zur Erinnerung)
- Future pace (In welcher künftigen Situation kannst du diesen inneren Zustand brauchen?)

Beispiel 3: Ressourcenaktivierung mithilfe eines Briefes

-Brief schreiben unter dem Thema: Wie sieht Ihr Leben nach der Therapie aus bzw. in einem halben Jahr?

-Brief an Mitpatienten schreiben: Stellen Sie sich vor, Sie haben Ihre Krankheit überstanden und es gibt noch einen Mitpatienten, dem es noch nicht gut geht, der mitten in der Therapie steht. Sie schreiben ihr/ihm einen Brief. Was würden Sie gern mitteilen, was Ihnen hilfreich gewesen ist?

Beispiel 4: Rituale

Patientin S. zündete sich jeden Abend eine Kerze an und bedankte sich für den Tag und die Lebenszeit nach ihrer Diagnose (siehe Fall 2).

Beispiel 5: Fragen

-Belohnungsfrage: „Wie werden Sie sich belohnen, wenn Sie die Chemotherapie und Bestrahlung überstanden haben?“

-Wunderfrage: „Stellen Sie sich vor, die Probleme wären über Nacht gelöst: Woran werden Sie es erkennen? Was wird anders sein? Wer aus Ihrer Familie würde es als Erster merken? Was würden Sie an Ihnen sehen?“ Oder „Nehmen wir an, Sie könnten besser mit ihrer Diagnose umgehen, woran würden Sie oder ihr Partner es merken?“ Vor dieser Frage an den Patienten kann eine Entspannungsübung (Tagtraum) stehen.

-Krisenfrage: „Stellen Sie sich vor, Sie müssten in wenigen Minuten aufbrechen in ein unbekanntes Land und dürften nur einen Notfallkoffer mitnehmen, was würden Sie unbedingt einpacken? Worauf könnten Sie nicht verzichten?“

-Erfahrungsfrage: „Stellen Sie sich vor, die Therapie wird erfolgreich verlaufen, sie ist beendet und Sie haben sie mutig durchgestanden. Sie sitzen danach im Kreis ihrer Familie oder bei Freunden und sprechen über diesen Weg. Was würden Sie den Anderen sagen, was Ihnen besonders hilfreich gewesen ist?“

Oder im Blick auf den Partner/Angehörigen: „Was würde Ihre Frau, die erkrankt ist/war, berichten, was ihr von Ihnen besonders hilfreich gewesen ist?“

2.4.4 Kognitive Bewältigungsstrategien – z. B. Selbstverbalisierung⁵³⁷

Die Auseinandersetzung mit inneren Stimmen findet in fast allen Verfahren statt, die innere Bilder verwenden. Die Selbstverbalisierungstherapie bezieht sich ausdrücklich auf inneres Sprechen. Jeder Mensch führt innere Monologe, die sich auswirken auf sein Denken, Fühlen und Handeln. Viele Kinder begleiten ihr Handeln mit Selbstgesprächen, mit den Jahren werden diese immer mehr nach innen verlagert. Ziel dieser Methode ist es, dass der Patient mittels Veränderung kognitiver Prozesse soweit gebracht wird, dass er Problem- und Stresssituationen, die Angst oder Schmerz auslösen, selbst bewältigen kann. Das Spektrum für den Einsatz dieser Methode ist breit, oft in Verbindung mit einer Entspannungsmethode. So wird diese Methode auch eingesetzt bei Krebspatienten und ihren Ängsten, vor medizinischen Eingriffen, Streß aufgrund von Lebenskrisen und Depressionen⁵³⁸. Für einen effektiven, inneren Monolog ist nach Meichenbaum folgendes wichtig:

- „ 1. Aufgabenstellung und Problemdefinition (Was muss ich eigentlich tun?)
2. Gerichtete Aufmerksamkeit (Ich muss konzentriert sein, besser langsam als schnell.)
3. Handlungsanleitung (Ich muss jetzt genau dies und das tun.)
4. Selbstverstärkung (Das hat jetzt gut geklappt.)
5. Korrektur (Das muss anders werden, aber vorsichtig!)“⁵³⁹

Beispiel: „*Als der Arzt mir die Diagnose sagte, konnte ich nicht mehr sprechen, ich habe nur noch überlegt: Was kann ich jetzt tun? Ich habe angefangen, mit meinem Krebs und den Zellen innerlich zu sprechen. Die Tage danach habe ich angefangen, mich mit meiner Krankheit zu beschäftigen, in sämtlichen Büchern und im Internet gesucht, mit meinem Arzt genau die Therapien besprochen, die möglich sind. Bisher habe ich die Chemotherapie und die Bestrahlung gut vertragen. Ich hoffe, dass das so bleibt. Wenn ich wieder zu Hause bin, werde ich mehr auf mich achten, wie Ernährung, weniger Stress, mehr Zeit für meine Beziehungen*“ (Herr R., 51 J. Rektum-CA).

⁵³⁷ Siehe Grawe, K. et al. (1995). 415; Friebel, V. (2000). 114ff. Diese Therapiemethode geht zurück auf Meichenbaum, D. (1986). Warum führt die Anwendung der Imagination in der Psychotherapie zu Veränderung? In: Singer, J. L. & K. S. Pope (Hg.): Imaginative Verfahren in der Psychotherapie. Paderborn. 453-468. Meichenbaum entwickelte in den 70er Jahren die Selbstverbalisierung als Verfahren der kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie, bekannt auch unter anderen Begriffen wie „Selbstinstruktionstraining“, „Stressimpfungstraining“. Ellis, A. (1977). Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München.

⁵³⁸ Grawe, K. et al. (1995). 415ff.

⁵³⁹ Friebel, V. (2000). 116.

Ellis hat darauf verwiesen, dass bei Erwachsenen besonders ihre Gefühle durch negative Selbstverbalisierung und zugrunde liegende ungünstige Überzeugungen beeinträchtigt werden, wie z. B. „Ich muß unbedingt von allen anderen geliebt werden. Ich muß überall kompetent und tüchtig sein, sonst bin ich kein wertvoller Mensch...Wenn etwas nicht so wird, wie ich es mir vorstelle, ist das eine Katastrophe. Unglück kommt immer von außen, ich kann nichts dagegen tun. Ich muß immer daran denken, dass gefährliche oder beängstigende Dinge jederzeit geschehen könnten...Mein gegenwärtiges Leben wird entscheidend von meiner Vergangenheit bestimmt, weil diese unauslöschlich ist...Es gibt für alle Probleme eine einzige richtige und perfekte Lösung, die es nur zu finden gilt“⁵⁴⁰

Beispiele Patienten:

„Ich habe vieles im Leben falsch gemacht und werde jetzt mit dieser Krankheit dafür bestraft“.(Rektumpatientin, 55 Jahre)

„Mein Vater ist vor 25 Jahren auch schon an Krebs gestorben, jetzt erleide ich das gleiche Schicksal, ich sehe nur noch die Bilder von seinem Sterben vor mir“. (Mammapatientin, 46 Jahre)

„Durch die Krankheit kann ich nicht mehr arbeiten, ich bin ein völlig wertloser Mensch geworden“ (Patient mit Magen-Ca, Informatiker).

„ Ich bin selbst Schuld an dieser Krankheit, nie habe ich auf mich geachtet, ich war immer nur für andere da“ (Mammapatientin, 46 Jahre).

Solche Überzeichnungen können identifiziert und bearbeitet werden, z. B. kann die Frage: „Wie kommen Sie zu dieser Überzeugung, ich möchte sie gern besser verstehen?“ ein Anfang sein. Für die therapeutische Unterstützung eignet sich im Blick auf die Selbstverbalisierung der sokratische Dialog, damit im inneren Dialog nicht auf der dunklen Seite stehen geblieben wird. Offensichtlich scheinen Selbstverbalisierung im Zusammenhang mit Niederlagen, wie Patienten ihre Krebserkrankung häufig erleben, wichtig zu sein.⁵⁴¹ Die Grundannahmen sind durch die Vorstellungsbilder über die Zukunft geprägt. An dieser Stelle macht es Sinn, nach der Hoffnung zu fragen. So bleibt man nicht stehen bei einer ausschließlichen Rationalisierung der Situation oder bei einem Grundtenor des Optimismus, wie es Seligman eher vertritt.

2.4.5 Der Hoffnungsfunke in der Krisenintervention⁵⁴²

Eine Krise und ihre Bewältigung hängen von der ganz subjektiven Möglichkeit des jeweiligen Menschen ab. Krise ist immer relativ definiert. Auslöser stehen im Verhältnis zu den eigenen

⁵⁴⁰ drs. S. 117.

⁵⁴¹ Seligman, M. (1993). Pessimisten küsst man nicht. München. Seligman redet von automatischen Gedanken, die Gegenbeweise brauchen oder Ablenkungen.

⁵⁴² Kuhn, W. E. (2002). Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie. Dortmund.

Vgl. Baumgartner, I. (1992). Heilende Seelsorge in Lebenskrisen. Düsseldorf: Patmos.

Möglichkeiten. Menschen, die eine Krebsdiagnose erfahren, erleben in der Regel kurzfristig oder längerfristig eine Krise. Patienten berichten, dass die Zeit still steht, alles infrage gestellt wird (Beziehungen, Glaube, Beruf), der Endlichkeit des eigenen Lebens nicht mehr auszuweichen ist, ein Gefühl der Ohnmacht und Verzweiflung sich innerlich breit macht. Oftmals ist eine passive Suizidalität gegeben, d. b. suizidale Gedanken ohne eine konkrete Umsetzung.

Beispiel: Patientin B., 22 Jahre

Sie wird nach umfangreicher Diagnostik von ihrem behandelten Arzt im Beisein der Psychologin über ihre Krebsdiagnose Glioblastom (Hirntumor) aufgeklärt. Der Tumor ist bereits fortgeschritten und nur noch palliativ zu behandeln. Die Lebenszeitprognose dieser Erkrankung liegt unter einem Jahr. Die Patientin hatte vierzehn Tage vor der Diagnose Doppelbilder gesehen und Gleichgewichts- sowie Wortfindungsstörungen bemerkt. Seit einem Jahr lebt sie mit ihrem Partner in einer gemeinsamen Wohnung und studiert. Sie geriet nach dem Gespräch in eine akute Krise, die ca. sechs Stunden anhielt.

Psychologische Krisenintervention⁵⁴³ :

Eine dem Krisenanlaß und der Persönlichkeit der Patientin angemessene Würdigung der Krise trägt dazu bei, einen Zusammenbruch sowie Suizid zu verhindern und das angeschlagene Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Zunächst geht es nur um die Distanzierung von der Krise, um Abstand zu gewinnen und Raum für eine weitere Klärung. Der Therapeut sollte dazu neun Regeln beachten:

1. Dem Patienten das Gefühl geben, es ist endlos Zeit.
2. Erst einmal lange zuhören, dann strukturieren.
3. Auf positive Aspekte achten, sich für später merken.
4. Empfindungen und Gefühle zurzeit der Krise ausführlich erfragen und zulassen.
5. Das Ausmaß der Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Trauer unbedingt ertragen.
6. Auf Passivität und Aktivität des Patienten achten.
7. Geduldig und konkret nach suizidalen Gedanken fragen.
8. Beachten, wo und wann Gefühle ins Spiel kommen.
9. Auf Überzeugungen und Gedanken von Wertlosigkeit, auf absolute Aussagen achten und behutsam in angemessene Sätze umformulieren⁵⁴⁴.

⁵⁴³ vgl. zur Krisenintervention bei Krebspatienten die Ausführungen von Tschuschke, V. (2002). Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 103 – 117.

Anderson, G. (1997). Diagnose Krebs: 50 Erste Hilfen. Reinbek.

Schuchardt, Erika (2002). Warum gerade ich? 33ff. Schuchardt greift für die Krisenverarbeitung des Menschen auf das Symbol einer Spirale zurück und geht von acht Spiralphasen als einen Lernweg aus: Ungewissheit, die sich untergliedert in drei Zeitphasen: Unwissenheit- Unsicherheit- Unannehmbarkeit; Gewissheit; Aggression; Verhandlung; Depression; Annahme; Aktivität und Solidarität.

Bräutigam, W. & Meerwein, F. (1985). Das therapeutische Gespräch mit Krebskranken. Bern.

⁵⁴⁴ vgl. Dross, M. (2001) Krisenintervention. Göttingen.; Reimer, C. (1996). Krisen und Krisenintervention. Kurzpsychotherapie. In: C. Reimer et al. (Hrsg.). Psychotherapie. Berlin. 497-508; vgl. Dormann, W. (1996). Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München.

Wolfsdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart.

LeShan, L. (1999). Psychotherapie gegen Krebs. Stuttgart.

Dazu bedarf es eines geschützten und ruhigen Ortes. Entspannungsverfahren können eine erste Erfahrung der Kontrolle über aversive Gefühle ermöglichen. Klärende Techniken heutiger Krisenintervention dienen der weiteren Erhellung neuer und unklarer Lebenssituationen und der damit verbundenen mehr oder weniger bewussten, zum Teil widersprüchlichen Intentionen, wie innere Dialoge, Fokussieren, Zeitprojektionen, Wunderfrage. Die dadurch aktivierte Bewältigungsmotivation wird mithilfe von problemorientierten Methoden, wie dem Problemlösungsvorgehen, der Grübelbearbeitung, kognitiven Umstrukturierungen umgesetzt und eingeübt. Eine Würdigung der Krise hat immer Vorrang vor allen Interventionen, die bei schweren Verlusten und Schädigungen sonst wie Bagatellisieren des Geschehenen wirken. Dazu gehört auch die spätere Würdigung der Biographie: Die Schwere der Lebensgeschichte als das Besondere zu würdigen. Das Interesse an der Lebensgeschichte kann nicht groß genug sein.

Interventionstechniken⁵⁴⁵ zur Krisenbewältigung:

Würdigung der Krise	Emotionale Entlastung/Selbstwertstabilisierung
Distanzierung von der Krise durch Entspannungstraining	Beruhigung, Kontrolle aversiver Gefühle
Fokussierung	Erfassung der gefühlten Bedeutung des Problems
Imagination/Zeitprojektion	Selbstberuhigung, antizipierte Bewältigung schwierigster Situationen
Innere Helfer	Ressourcenaktivierung
Problemlösetraining/ Rollenspiel	Selbstbehauptung, Klärung befürchteter Situationen Arbeit mit Anteilen der Person: Gespräch zwischen verzweifelten und hoffnungsvollen Menschen
Wunderfrage	Aktivierung von konkreter Änderungsmotivation, Zielklärung
Stressimmunisierungstraining Umgang mit Sich – Sorgen/Grübeln Sinnfragen	

Als Prävention eignen sich ein mündlicher oder schriftlicher Vertrag, ein Notfallplan, Warnsignale, Stimuliewahrnehmung, Medikation, alternative Gedanken auf Band aufnehmen und mitgeben, Telefonkontakte. In der Krise erfolgt das Sterben von Hoffnung, um gleichzeitig neue Hoffnung zu gewinnen. So ist jede Krise des Lebens eine Krise der Hoffnung. Nicht zuletzt führt diese zu der Frage nach einer Hoffnung, die trägt und bewahrt?

⁵⁴⁵ Ich danke Frau Dipl. psych. M. Dross für die zur Verfügung gestellten Kriseninterventionstechniken. Vgl. Dross, M. (2001). Krisenintervention. Göttingen.

3. Zusammenfassung - Der Seelsorger und Psychotherapeut als `Fürhoffender` Hoffnung als Beziehungsgeschehen⁵⁴⁶

Hoffnung ist nicht nur eine Beziehungsemotion, sondern gleichzeitig ist die Beziehung im menschlichen Leben eine wesentliche Grundlage für die Entstehung und Bewahrung von Hoffnung. Im seelsorgerlichen und therapeutischen Kontext, in Zeiten der Krankheit und Krise, geschieht dies in besonderer Weise. Seelsorger und Therapeuten sind Fürhoffende für den, der zunächst ohne Hoffnung kommt. Jeder Mensch, ob bewusst oder unbewusst, trägt in sich ein mehr oder weniger großes Hoffnungspotential (vgl. Abbildung 48), das sich aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zusammensetzt. Ist die Hoffnung der Gegenwart nicht spürbar, so können doch vergangene Hoffnungserfahrung tragen, bzw. Bilder der Zukunft entworfen werden. Im seelsorgerlichen und therapeutischen Prozeß spielt der Faktor Hoffnung in seiner zeitlichen Einbindung eine entscheidende Rolle. Seelsorger und Psychotherapeuten bringen ihr eigenes Hoffnungspotential, ihre eigene Hoffnungsbiographie in eine Patientenbeziehung ein. Oftmals sind sie für einen Menschen über eine Zeit ein Hoffnungsträger, indem sie mehr für den Anderen hoffen können als er selbst. Hoffnung weckt und stärkt sich zunächst aus erfahrener Beziehung, sie trägt sich wechselseitig. In der Krise der Hoffnung, meist mit dem Beginn einer Diagnose, kann die „andere“ Hoffnung nur entstehen und wachsen im Rahmen einer Beziehung zwischen zwei Menschen, die einander nicht vorenthalten, was sie sind und was sie hoffen können. Aufgrund der Hoffnung „kann das Leben den Tod zur Sprache kommen lassen – und der Tod wird in der Sprache des Lebens zu reden beginnen...wo es möglich ist, mündet das seelsorgerliche Gespräch in das Gebet, in dem diese grenzüberschreitende Hoffnung sich ausdrückt“⁵⁴⁷. In dieser Beziehung ist der Betroffene nicht „Objekt der Behandlung, sondern Daseinspartner in der Begegnung“⁵⁴⁸. Es liegt in der Hoffnung, dass sie sich keine Stunde zu früh aufgibt;- es könnte doch noch eine Zeit miteinander und füreinander gegeben sein. Seelsorge und psychotherapeutische Begleitung krebserkrankter Menschen versucht, mit den Betroffenen den Weg zu einer anderen Wirklichkeit zu gehen. Dabei wird auf unterschiedliche Methoden zurückgegriffen. Entscheidend aber bleibt, wo

⁵⁴⁶Vgl. Schulz, W. (1996). Therapeut- Patient- Beziehung. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin. 9-14.

Zimmer, D. (Hrsg.) (1983). Die therapeutische Beziehung. Weinheim.

Caspar, F. (1996). Beziehungen und Probleme verstehen. Bern.

Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.). Die Therapeut- Patient- Beziehung in der Verhaltenstherapie. München. 215-244 und Krause, R. (1998). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen. Stuttgart. 45-104. „Was ist eine Beziehung?“

Schulte, D. (2003). Fragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV). Uni-Bochum. Unveröffentlicht. Beschrieben wird die Entwicklung eines Fragebogens für Patienten zur Beurteilung ihrer Therapie. Auf der Basis von zwei Forschungsfragebögen besteht der PATHEV aus drei Subskalen: Hoffnung auf Besserung, Furcht vor Veränderung und Passung. Aus den bisherigen Ergebnissen geht hervor, daß die Testgüte der Skalen gut ist und diese sich als theoriekonform erweisen. Sie erlauben eine Prognose von 13 – 16% der Varianz des Therapieerfolgs.

Van der Geest, H. (1995). Unter vier Augen. Beispiel gelungener Seelsorge. Zürich: TVZ.

Ziemer, J. (2000). Seelsorgelehre. Eine Einführung in Studium und Praxis. Göttingen. 150-174.

⁵⁴⁷ Scheytt, C. (1990). Seelsorgerliche Stützung unheilbar Kranker. In: E. Aulbert & N. Niederle (Hrsg.). Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. 196.

⁵⁴⁸ Müller, R. (1992). Von den Grenzen der Psychotherapie. Ist analytische Therapie nur Redekur? Analytische Psychologie 23, Basel. 211.

beide sich begegnen mit ihrem Hoffnungspotential, sei es lebensbiographisch, auf der Ebene gegenwärtiger Hoffnungen oder zukünftiger, transzendenter Hoffnungen.

Hoffnungspotential des Menschen

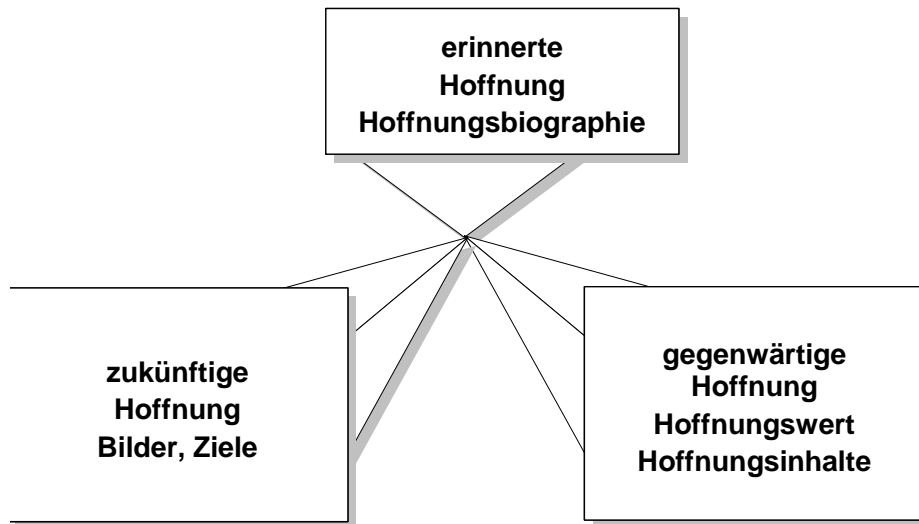


Abbildung 48: Hoffnungspotential des Menschen

Wie schon erwähnt, steht die Seelsorge in der Moderne heute vor der Fragestellung: Wie leben Menschen mit ihrer alltäglichen Hoffnung, die ihre religiöse Verwurzelung verloren hat? Hier ist die Seelsorge herausgefordert mit dem Patienten seine neue Hoffnungssprache zu finden. Der Ansatz der Seelsorge liegt daran anzuknüpfen, was der andere heute glaubt. Krebskranke stellen die einfache Frage: „Wie bestehe ich den nächsten Tag?“ – eine Hoffnung, die an die Grenze der Transzendenz reicht. Die Freisetzung von Hoffnung, ihre Modifikation führt aus der Verzweiflung. Dies kann z. B. gelingen mit der Wiederentdeckung eines eigenen inneren Hoffnungsbildes und den damit verbundenen Emotionen, einem spirituellen Ausdruck, der Entdeckung der eigenen Hoffnungsbiographie, mithilfe biblischer Texte und Hoffnungstexte, einer neuen Lebenszielsetzung oder mithilfe einer Glaubenshoffnung. Seelsorge wird die Hoffnung eines Menschen immer in die Beziehung zu seiner Lebensgeschichte und Gotteserfahrung setzen.

Psychotherapie geht in ihrem Handeln ressourcenorientiert vor. Die Freisetzung von Hoffnung erfolgt ebenfalls über innere Bilder und die damit verbundenen positiven Emotionen, die Arbeit an den Kognitionen sowie über ziel- und lösungsorientiertes Handeln. Hoffnung wird dabei überwiegend im alltäglichen Leben angesiedelt.

Diskussion III

Wie kann Hoffnung aktiviert bzw. rekonstruiert werden bei einem hoffnungslosen oder verzweifelten Patienten? Seelsorgerliche und psychotherapeutische Fallbeispiele sowie Möglichkeiten des Handelns wurden zu dieser Fragestellung vorgestellt. Die Hoffnungsbiographie eines Menschen ist individuell wie seine Lebensgeschichte. So bedarf es auch unterschiedlicher Zugänge. Seelsorge und Psychotherapie können sich hierbei sinnvoll ergänzen. Beinhalten die seelsorgerlichen und tiefenpsychologischen Ansätze eher bildhafte, meditative sowie spirituelle, emotionale Zugänge zur Hoffnung eines Menschen, so richtet sich der Schwerpunkt der Verhaltenstherapie überwiegend auf die Kognitionen und Zielveränderungen des Menschen, um wieder mehr Hoffnung zu eröffnen. Wie deutlich ist, kann die Hoffnung eines anderen Menschen kaum direkt beeinflusst werden. Sie bedarf dessen eigener Erfahrung. So erhält sie Nahrung über Bilder, andere Erfahrungen, innere Einstellungen, eine veränderte Lebenshaltung, Worte oder durch eine Beziehung. Der Wiedergewinn, der Augenblick des Erlebens von Hoffnung kann nicht empirisch abgebildet werden im Gegensatz zu den Prozessen der Initialisierung. Ein vermeintlich starrer Ablauf der Verzweiflung wird mit einer anderen hoffnungsvollen Erfahrung und Ausrichtung plötzlich und „radikal“ abgebrochen, und es erfolgt ein überraschender Aufbruch ins Offene, Unbestimmte. Durch diese „Erschütterung“ wird das um sich selbst verzweifelt kreisende Bewusstsein verändert und einen Moment lang wach und hell. Seelsorge und Psychotherapie suchen genau danach, wodurch und wie dieser Prozess initialisiert werden kann (Bild, geistliches Wort, Segenszuspruch, Zielsetzung, tröstende Beziehung?). Oftmals reicht die Erfahrung eines Augenblicks der Hoffnung, um weiterleben zu können.

Beispiel: Patient B. (56 Jahre), Rektum:

„Mit meinem Hoffnungsbild vom Regenbogen im Herzen habe ich diese schwere Therapiezeit überlebt“.

Der eigentliche Prozess und Moment der Hoffnung entzieht sich einer Erklärung: er geschieht. Indem versucht wird, im Nachhinein dieses Ereignis lückenlos zu deuten, wird nicht zugelassen, dass die „Erschütterung“ durch Hoffnung, die in die Verzweiflung plötzlich aufleuchtet, die gewohnten Erklärungsmuster aufbricht. Dieser Augenblick der Begegnung entzieht sich der Sprache und ist nicht fassbar. Interessant bleibt die Beschreibung der Ansätze in Seelsorge und Psychotherapie, die diesen Prozess anstoßen können. Bisher gibt es dazu weder Fachliteratur noch einen interdisziplinären Austausch. Allerdings wird hierbei eine Trennung zwischen professionellen Helfern und Patienten zu überwinden sein, denn Hoffnungsentstehung ist verwurzelt in einer Beziehung, wie aus dieser Arbeit ersichtlich wird. Im Weiteren wird eine praktische Zusammenarbeit zwischen Seelsorgern und Psychotherapeuten davon abhängig sein, inwieweit beide Berufsgruppen ihre unterschiedlichen Möglichkeiten als gegenseitige Ergänzung in der Betreuung von Patienten respektieren oder aber eine solche Ergänzung ausschließen.

Epilog: Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen Seelsorge und Psychotherapie angesichts der Frage nach der Hoffnung

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung des modernen Hoffnungs-begriffs an ausgewählten Beispielen in den Disziplinen Theologie, Philosophie, Psychologie und Medizinische Psychologie. Insgesamt stellt dies den Versuch einer Bestandsaufnahme dar, den modernen Hoffnungs-begriff interdisziplinär zu betrachten, sowie ein integratives Hoffnungsmodell zu entwickeln.

Ein zweiter Schritt beinhaltet sieben empirische Untersuchungen zu den Fragestellungen: wie Hoffnung heute zur Sprache kommt, worauf sie sich bezieht? Und wie die Hoffnung in den untersuchten Gruppen ausgeprägt ist? Onkologische Patienten, Seelsorger und Psychotherapeuten wurden dazu befragt.

Im dritten Teil dieser Arbeit wird versucht, praktische Konsequenzen aus Theorie und Empirie zu ziehen und Möglichkeiten in Seelsorge und Psychotherapie für den Umgang mit der Hoffnung bei einer Krebserkrankung aufzuzeigen. Wie kann Hoffnung aktiviert bzw. regeneriert werden? Das Material von Seelsorge und Psychotherapie ist ähnlich, der Umgang damit ist aufgrund verschiedener Menschenbilder jedoch unterschiedlich. Die geistliche, seelsorgerliche Begleitung setzt das Material, das der Einzelne mitbringt, immer wieder in Beziehung zu Gott. Wie korrespondieren das Selbstbild, die individuelle Geschichte und die existenzielle Erfahrung mit dem Gottesbild? Wie sieht jemand Gott und damit sich selbst? Welchen Einfluß besitzt die Lebens- und Hoffnungs-geschichte und die damit verbundenen Beziehungen auf die derzeitige Hoffnung des Einzelnen? Hoffnung ist nach Luther „eine von Gott eingegossene Kraft“. Sie ist untrennbar verbunden mit Glaube und Liebe. Hoffnung geschieht in der Offenbarung Gottes. In der tiefenpsychologischen Erklärung Eriksons dagegen ist Hoffnung ein erster Entwicklungsschritt des Menschen und entsteht aufgrund der Erfahrung mit vertrauensvollen Bezugspersonen als Lebenswille, Lebenskraft, durch die Erfahrung von menschlicher Liebe. Hoffnung bleibt somit dem menschlichen Leben und seinen Grenzen verhaftet. Sie erfährt darin selbst Grenzen in ihren Möglichkeiten der Zielorientierung, aber auch der individuellen Selbstbezogenheit und Entfaltung. Sie schöpft ihre Kraft aus dem menschlichen Vermögen und bleibt allein dadurch eine enttäuschbare sterbende Hoffnung. Als Ressource des Lebens vermittelt sie sich als etwas Machbares, Regenerierbares und steht in der Gefahr, in Krisen des Lebens nicht tragfähig zu bleiben oder aber selbst in eine Hoffnungs-krise zu führen.

Für die weitere Hoffnungs-forschung bieten sich in Psychologie und Seelsorge folgende Fragestellungen an:

Die psychologische Erforschung menschlicher Hoffnung führt zu Fragen nach Persönlichkeits-merkmalen, die Einfluß auf die Hoffnung nehmen können bzw. diese reduzieren. Die Möglichkeit der Psychotherapie bezieht sich vorrangig darauf, an diesen Persönlichkeitsmerkmalen zu arbeiten. Inwieweit ist Hoffnung selbst ein Persönlichkeitsmerkmal des Menschen und wer bzw. was beeinflusst dieses? Was zeichnet z. B. einen sehr hoffnungsvollen Menschen aus? Welcher Persönlichkeitsentwicklung bedarf dieser? Hoffnung steht psychologisch, wie gezeigt, im engen Zusammenhang mit Beziehung und Bindung. Eine Analyse der Entwicklung menschlicher Hoffnung und dem derzeitigen Wissen von Bindungstheorien würde einen fruchtbaren Ansatz in der weite-

ren Forschung ergeben. Hoffnung als menschliche Ressource verstanden und Möglichkeit einer Krankheits- und Sterbensbewältigung (Coping) ist von der Psychologie überhaupt noch zu entdecken, will sie der Betreuung von Krebspatienten gerecht werden. Eine weitere Fragestellung bezieht sich auf zunehmende Krankheitsbilder unserer Zeit, wie z. B. Depression. Inwiefern kann von einer Komorbidität zwischen dem Hoffnungsvermögen und dem Krankheitsbild einer Depression gesprochen werden?

Seelsorge in der Moderne begegnet überwiegend Menschen, die für sich selbst Glaube, Hoffnung und Liebe getrennt erleben. Hier wird sie in Zukunft eine Brückenfunktion wahrzunehmen haben. Ob die Seelsorge heute die christliche Hoffnung so weitergeben kann, dass sie diese Menschen existenziell erreicht, wird eine entscheidende Frage bleiben. Seelsorge an Menschen, die an Krebs erkrankt sind, geht über ein psychologisches Hoffnungs- und Gottesverständnis hinaus. Gott ist nicht eine Ressource des Menschen, sondern Grundlage menschlichen Lebens und die Gotteserfahrung in der Zeit der Krankheit kann den Menschen zu einer tragenden Glaubenshoffnung führen. Die Selbstreflexion der Seelsorge und ihre Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen psychologischen Verständnis der Hoffnung mündet in die Frage: Was einem Menschen in Zeiten der Krise Hoffnung gibt, die trägt und sich nicht verbraucht. Seelsorge selbst ist betroffen von der Krise der Hoffnung in der Gegenwart. Dies drückt sich u. a. aus in einer überwiegenden Hilflosigkeit oder Schweigen, Gottes Hoffnung zur Sprache zu bringen oder in der einseitigen Inanspruchnahme psychologischer Rede und Methoden. Wie kann sie aussehen, die eigene seelsorgerliche Sprache der Hoffnung in der Begegnung mit sehr hoffnungslosen Menschen?

In der Arbeit mit Krebspatienten braucht es Seelsorge und Psychotherapie. Beides sind unterschiedliche Wege zur Hoffnung eines Menschen. Wird ein Mensch allein psychotherapeutisch behandelt, kann die Gefahr bestehen, dass ihm die transzendente Hoffnungsdimension fehlt. Jede Frage nach der Hoffnung impliziert aber eine spirituelle Frage. Sie kann zum Glauben führen. Jede Frage nach der Hoffnung impliziert auch die Enttäuschung und Verzweiflung, ein „sich von Gott und Mensch verlassen fühlen“. Dort, wo ein Mensch in der Krise der Verzweiflung lebt, liegt meistens im Nachhinein das Werden, der Beginn neuer Hoffnung. Das eigene Leben und die Seele bleiben immer auch ein Geheimnis, bleiben im Verborgenen. Dorthin reicht keine Methode der Seelsorge oder der Psychotherapie. Die Versöhnung mit der eigenen abgebrochenen Hoffnungsbiographie gelingt offensichtlich weniger mit einer psychologischen Methode. Dazu bedarf es der Erfahrung einer guten stärkeren Kraft und Macht sowie Gottes Geist, dem Zuspruch und dem Segen. Die Frage nach dem Ort, wo ich mich selbst als Mensch lebendig und hoffnungsvoll spüre, führt in alltägliche Begegnungen und ist zugleich Ort meiner Gottesbegegnung. Wo konnte ich mich z. B. als Kind vergessen? Wie heilen meine Wunden? Können diese therapeutisch heilen oder ist der spirituelle, seelsorgerliche Weg für mich der heilende Weg? In den Fragen: Warum stehe ich heute auf, welche Spur will ich verfolgen, was darf ich heute hoffen, liegen Antworten. Fragen, die Seelsorge und Psychotherapie heute gestellt werden.

Mit drei Arten menschlicher Hoffnung, die nicht voneinander zu trennen sind, haben sich beide weiter auseinander zu setzen, wenn sie ihr und Hoffnungssuchenden gerecht werden wollen:

1. Hoffnung als enttäuschbare, sterbende Hoffnung
2. Hoffnung als regenerierbare Hoffnung und
3. Hoffnung als offenbarte Hoffnung Gottes

Nur die offenbarte Glaubenshoffnung vermag die sterbende und regenerierbare menschliche Hoffnung anzuerkennen, einzuordnen und zu überbieten. Sie führt zum Letzten und bleibt, weil sie aus dem Bleibenden kommt.

Hoffnung

„Die harzigen Hüllen behüten zart die Knospen,
bis unter dem Widder die Sonne erstarkt.
Die winzigen Hirne der Vögel verstehen die
Fahrten und Flüge aus Mittag und Morgen.
Die Sterne des Bären am Himmel bewahren
den ewigen Abstand im kosmischen Bild.
Hoffnung als Frühaufsteherin vor dem schwärzesten Tag,
sie legt sich erst nieder, wenn du schon schläfst.
Und sie befällt wie ein Rausch mich,
es könnten auch unsere Leben –
von fernen Kräften gehalten, im eigenen Einsehn
gewandelt – am Ende Gerettete sein“.

(Gedicht auf dem Nachttisch einer Cervixpatientin, 53 J.)

Literaturverzeichnis:

- Achenbach, G. B. (2001). *Lebenskönnerschaft*. Freiburg: Herder.
- Achenbach, G. B. (2000). *Das kleine Buch der inneren Ruhe*. Freiburg: Herder.
- Achterberg, J. (1989). *Heilung durch Gedankenkraft. Die heilende Kraft der Imagination*. Bern: Huber.
- Adams, E. & Partee, R. (1998). *Hope: The critical factor in recovery*. New York: Uni.-Press.
- Allport, G. W. (1949). *Persönlichkeit. Eine psychologische Interpretation*. Stuttgart: Klett.
- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan.
- Ammermann, N. (1999). *Religiosität und Kontingenzbewältigung*: Münster: Lit.-V.
- Ammermann, N. (1994). *Zur Konstruktion von Seelsorge: Seelsorge, Erkenntnistheorie und Methodenfrage unter dem Aspekt der Psychologie der persönlichen Konstrukte und auf dem Hintergrund konstruktivistischer Erkenntnistheorien*. Frankfurt a. Main: Lang.
- Anacker, U. (1981). *Hoffnung – Kants Versuch, die Idee der Gerechtigkeit zu denken*. In: Philosophisches Jahrbuch im Auftrag der Görres – Gesellschaft. H. Krings (Hrsg.). München: Freiburg-V., 257ff.
- Andersen, B. L./ Kiecolt - Glaser, J. K. & Glaser, R. (1994). *A biobehavioral model of cancer stress and disease course*. American Psychologist, 49, 389 - 404.
- Anderson, G. (1997). *Diagnose Krebs: 50 Erste Hilfen*. Reinbek: Rowohlt.
- Andritzky, W. (2001). *Vielfalt in der Therapie. Zur Diskussion um Therapiefreiheit, Selbstverantwortung und alternative Gesundheitskultur*. In: Zeitschrift der Dt. Transpersonalen Gesellschaft e. V. J. Gruber & P. Meyer-Dohm (Hrsg.) Berlin: Leutner.-V.
- Ansohn, E. (1978). *Die Wahrheit am Krankenbett. Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe*. München: Pfeiffer.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Armstrong, L. & Jenkins, S. (2000). *Tour des Lebens. Wie ich den Krebs besiegte und die Tour de France gewann*. Bergisch-Gladbach: Lübbe.
- Asendorpf, J. B. (1996). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Atkinson, J.W. & Feather, N. T. (1966). *A theory of achievement motivation*. New York: Wiley.
- Auden, W. H. (1951). *Das Zeitalter der Angst*. Frankfurt a. Main.

- Auerbach, L. et.al (2002). *Krebs und Komplementärmedizin*. Wien. Maudrich.
- Auerbach, L./ Fleck-Vaclavik, I./ Hellan, J. & Özalp, M. (2002). *Krebs und Komplementärmedizin*. Wien: W. Maudrich.
- Augustinus, A. (1984). *Bekenntnisse*. Leipzig: St. Benno.
- Aulbert, E. & Niederle, N. (Hrsg.) (1990). *Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken*. Stuttgart: Thieme.
- Aulbert, E. (Hrsg.) (1993). *Bewältigungshilfen für den Krebskranken*. Stuttgart: Thieme.
- Averill, J. R./Catlin, G. & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer.
- Baldermann, I. (1999). *Auferstehung sehen lernen: entdeckendes Lernen an biblischen Texten*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Baldermann, I. (Hrsg.) (1995). *Hoffnung lernen*. Religion 5/6. Stuttgart: Klett.
- Bamberger, G. (2001). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: Union.
- Baumgartner, I. (1992). *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*. Düsseldorf: Patmos.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Barth, H.-M. (2001). *Dogmatik. Evangelischer Glaube im Kontext der Weltreligionen*. Gütersloh: Gütersloher-Verlagshaus.
- Barth, K. (1922). *Römerbrief*. Zürich 2, 289.
- Basch, M. F. (1976). *The concept of affekt. A re-examination*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 24, 759-777.
- Beck, A. T. (1963). *Thinking and Depression*. Archives in General Psychiatry, 9, 324 – 333.
- Beck, A. T. (1990). *Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*. American Journal of Psychiatry, 147 (2), 190 - 195.
- Beck, A. T. et al. (1981) *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Beile, H. (1998). *Religiöse Emotionen und religiöses Urteil*. Ostfildern: Schwabenverlag.
- Beintker, H. (1951). *Zur Datierung und Einordnung eines neuen Luther-Fragmentes*. Wiss. Zeitschrift Greifswald 1, 70-78.
- Beißer, F. (1993). *Hoffnung und Vollendung*. Gütersloh: Mohn

- Benedict de Spinoza (1955). *Die Ethik nach geometrischer Methode*. O. Baensch (Hrsg. und Übers.).Hamburg.
- Benzein, E. & Savemann, B.-I. (1998). *One step towards the understanding of hope: a concept analysis*. International Journal of Nursing Studies 35. 322 –329.
- Berendt, J. E. (1988). *Das Dritte Ohr. Vom Hören der Welt*. Reinbeck: Rohwolt.
- Beuth von, F. (Hrsg.) (2002). *Grundlagen der Komplementärmedizin. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Hippokrates.
- Beyer, H.-J. (1997). *Jugend in Ostdeutschland: Befinden, Wünsche, Probleme*. Köln: DIV, Dt. Inst.-Verl.
- Beyersdorff, H. (2000). *Ganzheitliche Krebsbehandlung*. Stuttgart: TRIAS.
- Biehl, P. (1996) *Zukunft und Hoffnung in religionspädagogischer Perspektive*, in: JRP 10. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener-V.,125-158.
- Biehl, P. (1999). *Festsymbole*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener-V.
- Biehl, P. (2001). *Eschatologie*. In: Lexikon der Religionspädagogik. Bd. 1. N. Mette & F. Rickers (Hrsg.). Neukirchen-Vluyn: Neukirchener-V.
- Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts. Selected papers on psycho-analysis*. London.
- Bloch, E. (1959). *Das Prinzip Hoffnung*: in 5 Teilen (4. Aufl. 1993). Frankfurt: Suhrkamp.
- Blum, A. et al. (2003). *Psychosoziale Belastung und subjektives Erleben von Melanompatienten in der ambulanten Nachsorge*. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin. 53. Jg., 5. Stuttgart. 258-266.
- Boethius, A. (1997). *Trost der Philosophie*. Frankfurt: Insel.
- Bolay, W. (1996). „*Ich bin gespannt, wie der Himmel aussieht*“. *Seelsorge mit Sterbenden*. In: M. Klessmann (Hrsg.) Handbuch der Krankenhauseelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 87 – 96.
- Bollnow, O. F. (1979). *Neue Geborgenheit. Das Problem einer Überwindung des Existenzialismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bopp, A. (1999). *Die Mistel. Heilpflanze in der Krebstherapie*. Reinbeck: Rowohlt.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1984). *Bindung*. Frankfurt a. Main: Fischer.

- Bräutigam, W. & Meerwein, F. (1985). *Das therapeutische Gespräch mit Krebskranken*. Bern: Huber.
- Brown, P. (1989). *The concept of hope: Implications for care of the critically ill*. *Critical Care Nurse*, 9 (5), 97-105.
- Brück, M. von (2002). *Wie können wir leben? Religion und Spiritualität in einer Welt ohne Maß*. München: Beck.
- Buck, R. (1983). *Emotional development and emotional education*. in: R. Plutchick und H. Kellermann (Hrsg.). *Emotion. Theory, research and experience*. Vol. 2: Emotions in early development (pp. 259-292). New York.
- Burish, T. G. et al. /Lyles, J. N. et al./ Cannici, J. et al. (1995). *Progressive Muskelentspannung*. in: Grawe, K./ Donati, R. & Bernauer, F. (Hrsg.). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 580.Tabelle 4.7.2.1.
- Busch C. J. (1998). *Hoffnungslosigkeit und Hoffnung*. In: S. Kaasa (Hrsg.). *Palliative Behandlung und Pflege*. Nordisches Lehrbuch. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Camus, A. (1983). *Der glückliche Tod*. Hamburg: Rowohlt.
- Camus, A. (1942, 1959). *Der Mythos des Sisyphos*. Hamburg: Rowohlt.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber.
- Cassileth, B. R. (1980). *Information and participation preferences among cancer patients*. *Annals of Internal Medicine*, 92, 832-836.
- Charles T. (2002). *Die Formen des Religiösen in der Gegenwart*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Christ-Friedrich, A. (1998). *Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Problem der Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft* (1980). F. Böckle/ F.-X. Kaufmann/ K. Rahner & B. Welte (Hrsg.). Teilband 10. Freiburg: Herder.
- Ciampi, L. (1999). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Comte-Sponville, A. (1996). *Ermutigung zum unzeitmäßigen Leben*. Reinbeck: Rowohlt.
- Condrau, G. & Sporken, P. (1980). *Sterben- Sterbebeistand*. In: *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft*. Herder. 86-116.
- Cousins, N. (1989). *Head first: The biology of hope and the healing power of the human spirit*. New York: Penguin.
- D`Zurilla, T. J. & Goldfried, M.R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *American Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- Davila, N. G. (1992). *Auf verlorenem Posten*. Wien.
- Davitz, J. R. (1969) *The language of emotion*. New York: Academic Press.
- DeBotton, A. (2002). *Trost in der Philosophie*. Frankfurt: Fischer.
- Decher, F. (2002). *Verzweiflung. Anatomie eines Affekts*. Springe/Deister: D. zu Klampen.
- Deister, T. (2000). *Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellung. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten*. Mainz: Grünewald.
- Demmerling, Ch. (Hrsg.) (1995). *Vernunft, Gefühl und moralische Praxis. Überlegungen zur Kultur der praktischen Vernunft*. In: drs. Vernunft und Lebenspraxis. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Depping, K. (2000). *Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten. Auswege aus Schwermut und Verzweiflung*. Hannover: LVH.
- Descartes, R. (1649). *Ueber die Leidenschaften der Seele*. (lateinisches Original übers. von J. H. v. Kirchmann, Rene Descartes philosophische Werke), 2. Aufl., Leipzig: Verlag der Dürr'schen Buchhandlung, 1891.
- DeShazer, S. (2002). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer-System.
- Deutsche Thomas-Ausgabe. (1955). *Summa Theologica. Die Menschlichen Leidenschaften*. Bd. 10. Albertus – Magnus - Akademie (Hrsg.). Heidelberg.
- Didier, S. (1995). *Der religiöse Glaube - seine Bedeutung bei Coping, Support und Heilung von Krebs*. Göttingen. Diss.
- Die Bibel* (1968). Nach der Deutschen Übersetzung M. Luthers. Altenburg: Ev. Haupt- Bibelgesellschaft.
- Domin, H. (1979) „ *Nicht müde werden*“ in: I. Drewitz (Hrsg.) Hoffungsgeschichten. Gütersloh: Verlagshaus.
- Dorrmann, W. (1996). *Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten*. München: Pfeiffer.
- Dorsch, H. Häcker & K. H. Stapf (Hrsg.) (1998). *Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Duden, Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in 6 Bänden*. (1977). Hrsg. und bearb. vom wiss. Rat und den Mitarbeitern der Dudenredaktion unter der Leitung von G. Drosdowski. Mannheim: Dudenverlag. Bd. 3: G-Kal, 1270.
- Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). *Hope: Its spheres and dimensions*. Nursing Clinics of North America, 20 (2), 379 – 391.

- Ebeling, G. (1986). *Dogmatik des christlichen Glaubens. Bd. I-III*. Berlin: EVA.
- Ebeling, G. (1997). *Luthers Seelsorge an seinen Briefen dargestellt*. Tübingen: Mohr.
- Ehlert, U. (Hrsg.) (2003). *Verhaltensmedizin*. Lehrbuch. Berlin: Springer. 327ff.
- Ehrmann, M. (Hrsg.) (2003). *Desiderata. Die Lebensregel von Baltimore*. München: Pattloch.
- Eibach, U. (1991). *Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener. (Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie/Band 1).
- Eibach, U. (1991). *Der leidende Mensch vor Gott. Krankheit und Behinderung als Herausforderung unseres Bildes von Gott und dem Menschen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener. (Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie/Band 2).
- El-Gamel, V. (1993). *The usefulness of hope for a nursing assessment on the oncology unit*. *Journal of Cancer*, 2, 22-30.
- Eliade, M. (1998) *Das Heilige und das Profane. Vom Wesen des Religiösen*. Frankfurt a. Main: Insel.
- Ellis, A. (1977). *Die rational - emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Engelhardt, D. von (1986). *Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur der Patienten*. Heidelberg.
- Engelhardt, P. (1984). *Hoffnung*. in: *Neues Handbuch theologischer Grundbegriffe* (1984). P. Eicher (Hrsg.). München. Kösel.
- Erikson, E. H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Zürich: Pan.
- Erikson, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (1971). *Einsicht und Verantwortung*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Erikson, E. H. (1975). *Der junge Mann Luther*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Eschmann, H. (2000). *Theologie der Seelsorge. Grundlagen Konkretionen Perspektiven*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Evangelisches Gesangbuch* (2000). Ausgabe für die Ev.-Luth. Kirchen in Bayern und Thüringen. Ev. - Luth. Kirche in Bayern (Hrsg.). München: Ev. Presseverband.
- Evangelisches Kirchenlexikon. Internationale theologische Enzyklopädie*. (1989). E. Fahlbusch / J. M. Lochman/ J. Mbiti/ J. Pelikan & L. Vischer (Hrsg.) Zweiter Band G-K. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 543-550.

Fahrenbach, H. (1956). *Wesen und Sinn der Hoffnung. Versuch über ein Grenzphänomen zwischen phil. und theol. Daseinsauslegung*. Heidelberg: Diss.

Fairchild, R. W. (1991). *Seelsorge mit depressiven Menschen*. Aus dem Amerikanischen von K. Laubach. Mainz: Grünewald.

Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Faller, H./ Bülzebruck, H./ Schilling, S./ Drings, P. & Lang, H. (1997). *Beeinflussen psychologische Faktoren die Überlebenszeit bei Krebskranken?* Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 47, 206-218.

Faller, H./ Schilling, H. & Lang, H. (1994). *Ergebnisse der Mehrebenenforschung über emotionale Belastung und Hoffnung bei Krebskranken*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2, 309-319.

Faller, H./Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). *Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie*. In: Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 53. Jg., (5). Stuttgart: Thieme, 229ff.

Farran, C. J./ Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness*. Thousand Oaks: SAGE.

Farran, C. J./ Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1999). *Hoffnung und Hoffnungslosigkeit. Konzepte für die Pflegeforschung und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Farran, C. J./ Wilken, C. S. & Popovich, J. M. (1992). *Clinical assessment of hope*. Issues in Mental Health Nursing, 13, 129-138.

Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). *Messung des Selbstwertgefühls. Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala*. Diagnostica, Vol. 42 (3).

Feuchtersleben, E. von (1845). *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Wien: C. Gerold.

Feyerabend, P. (1978). *Wider den Methodenzwang*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

Fikentscher, E. (1993). *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart: Thieme.

Filipp, S. – H. & Freudenberg, E. (1998). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Psychomedizin 10/1.

Filipp, S. – H. (Hrsg.) (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Union.

Fintelmann, V. (Hrsg.) (2002). *Onkologie auf anthroposophischer Grundlage*. Stuttgart: Mayer.

- Fischer, J. & Gäbler, U. (Hrsg.) (1997). *Angst und Hoffnung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Foelz, S. (1979). *Gewissheit im Suchen. Gabriel Marcells konkretes Philosophieren auf der Schwelle zwischen Philosophie und Theologie*. Leipzig: St. Benno. Diss.
- Fowler, J. W. (2000). *Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn*. Gütersloh: Kaiser.
- Fraas, H.-J. (1993). *Die Religiosität des Menschen. Ein Grundriß der Religionspsychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (UTB 1578)
- Frankl, V. E. (1990). *Der leidende Mensch*. München: Piper.
- Frankl, V. E. (1991). *Das Leiden am sinnlosen Leben*. Wien: Herder.
- Freud, S. (1895a). *Studien über Hysterie*. Gesammelte Werke (G W 1-10) Bd. 1. A. Freud (Hrsg.). Frankfurt a. Main: Fischer.
- Freud, S. (1942). *Psychische Behandlung*. in: G W., Bd. 1. A. Freud. (Hrsg.) Frankfurt a. Main: Fischer.
- Freud, S. (1942). *Über Psychotherapie*. in: GW., Bd 5. A. Freud. (Hrsg.). Frankfurt a. Main: Fischer.
- Freud, S. (1982). *Trauer und Melancholie*. Berlin: Volk und Wissen.
- Friebel, V. (2000). *Innere Bilder. Imaginative Techniken in der Psychotherapie*. Düsseldorf: Walter.
- Fritz, P. et. al. (2001). *Therapie mit Mistelextrakten in der Onkologie*. Eine Kontroverse ohne Ende? In: Der Onkologe. 7/01. Berlin. 1247-1252.
- Fröhlich, W. D. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch zur Psychologie*. München. dtv. 224.
- Fromm, E. (1991). *Die Revolution der Hoffnung*. (2. Aufl.). München: dtv.
- Fuchs, G. (Hrsg.) (1996). *Angesichts des Leids an Gott glauben? Zur Theologie der Klage*. Frankfurt a. Main: Knecht.
- Fuchs, R. (1984). *Stationen der Hoffnung. Seelsorge an krebserkrankten Kindern*. Zürich: Kreuz.
- Fuchs, T. & Mundt, Ch. (Hrsg.) (2002). *Monographien zur Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie Bd. 3. Affekt und Affektive Störungen*. Paderborn: Schöningh.
- Fuchs-Heinritz, W. (2000). *Zukunftsorientierungen und Verhältnis zu den Eltern*, in: Jugendwerk der Dt. Shell (Hrsg.), Jugend 2000, 1, Opladen.
- Gennerich, C. (2000). *Vertrauen. Ein beziehungsanalytisches Modell-untersucht am Beispiel der Beziehung von Gemeindegliedern zu ihrem Pfarrer*. Bern: Huber.

- Gensicke, T. (1995). *Stimmungs- und Wertewandel in den neuen Bundesländern*. Halle: Uni-Verl.
- George, H. (2000). *Gesunder Charakter statt Gesundbeten?* In: Psychologie Heute. (11). Weinheim: Beltz.
- Gerdes, N. (1989). *Desiderate an die künftige psychoonkologische Forschung*. In: R. Verres & M. Hasenbring (Hrsg.). *Jahrbuch der medizinischen Psychologie* (Bd. 3). Berlin: Springer.
- Gesenius, W. (1786). *Medizinisch - moralische Pathematologie oder Versuch über die Leidenschaften und ihren Einfluß auf die Geschäfte des körperlichen Lebens*. Erfurt: Georg Adam Kenfer.
- Glaserfeld v., E. (1996). *Wege des Wissens. Konstruktivistische Erkundungen durch unser Denken*. H. R. von Fischer (Hrsg.). Heidelberg: Barth.
- Glock, E. (2001). *Krankheitsverarbeitung bei Tumorpatienten: Zur Spezifität und Stabilität von Coping-Prozessen bei Brustkrebspatientinnen, Hodenkrebspatienten und Lymphonpatienten*. Marburg: Shaker-V.
- Godfrey, J. J. (1987). *A philosophy of human hope*. Dordrecht: M. Nijhoff.
- Grabbar, E. (1999). *Chronisches Erschöpfungssyndrom. Wenn das Leben nur noch eine Last ist*. in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 21. Köln, 1413ff.
- Grawe, K./Donati, R. & Bernauer, F. (Hrsg.) (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992). *Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung*. In: J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.). *Die Therapeut- Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger, 215-244.
- Grimm, J. & Grimm, W. (1877). *Deutsches Wörterbuch*. Leipzig: S. Hirzel, 1668-1672.
- Grom, B. (1996). *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Groopman, J. (2004). *The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness*. Harvard: Random House.
- Grossarth-Maticek, R. (2002). *Gesundheitsfaktor Nummer eins: der Glaube*. In: Christ & Leben. Idea Spektrum. 5
- Grözinger, A. (1986). *Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte*. In: Wege zum Menschen (38). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 178ff.
- Grün, A. (2001). *Seelsorge und Psychotherapie*. Zürich. Vortrag am 22. 09. 2001.
- Hammelstein, P. & Roth, M. (2002). *Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes*. In: Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 23 (2), 191-203.

- Handbuch philosophischer Grundbegriffe.* (1973) Studienausgabe Bd . 3. H. Krings; H.-M. Baumgartner & Ch. Wild (Hrsg.): München. Hoffnung, 692ff.
- Hankemeier, U. et al. (2001). *Tumorschmerztherapie.* Heidelberg: Springer.
- Haring, C. (1995). *Einführung in die Hypnosetherapie.* Stuttgart: Enke.
- Hartmann, M. (1990). *Praktische Psycho-Onkologie.* München. Urban & Schwarzenberg.
- Hasenbring, M. (1992). *Was kann die Psychologie leisten? Der Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf von Tumorpatienten.* In: W. Fichten & G. Lauth (Hrsg.): *Perspektiven einer ganzheitlich-patientenorientierten Krebsbehandlung.* 43 - 61. Oldenburg: BIS.
- Hasenbring, M. (1994). *Onkologie.* In: W.- D. Gerber/ H.- D. Basler & U.Tewes (Hrsg.). *Medizinische Psychologie.* München: Urban & Schwarzenberg, 180ff.
- Hautzinger M. (1998). *Depression.* Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. et al. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen.* Weinheim: Union.
- Heckel, U. (1997). *Schwachheit und Gnade. Trost im Leiden bei Paulus und in der Seelsorgepraxis heute.* Stuttgart: Mohr.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln.* Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1963). *Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation.* Meisenheim: Hain.
- Heidemann, E. (1990). *Prinzip „Hoffnung“ in der Aufklärung des chronisch Krebskranken.* In: E. Aulbert & N. Niederle (Hrsg.) *Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken.* Stuttgart: Thieme.
- Heiliger, Ch. & Kürten, K. (1992). *Jugend 1992,* in: Institut für empirische Psychologie (Hrsg.). *Die selbstbewusste Jugend.* Köln. 68-156.
- Heim, E.M. & Schwarz, R. (Hrsg.) (1998). *Spontanremissionen in der Onkologie.* Stuttgart: Schattauer.
- Hell, D. (1992). *Welchen Sinn macht Depression. Ein integrativer Ansatz.* Reinbeck: Rowohlt.
- Hell, D. (2002). *Die Sprache der Seele verstehen. Die Wüstenväter als Therapeuten.* Freiburg: Herder.
- Heller, P. (1995). *Veränderungen von Werthaltungen und Lebenszielen und veränderte Anforderungen an die Sozialpolitik.* Halle: KSPW.
- Hemann, H. (2001). *Eine psychologische Konzeption der Hoffnung mittels sprachphilosophischer Fundierung und Methodik.* Marburg: Tectum.

- Hennig, Ch./ Murken, S. & Nestler, E. (2003). *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn: Schöningh.
- Hennig, Ch. & Nestler, E. (Hrsg.) (2000). *Religionspsychologie heute*. Frankfurt a. Main: Lang.
- Henning, Ch. & Nestler, E. (Hrsg.) (2002). *Konversion*. Zur Aktualität eines Jahrhundertthemas. Frankfurt a. Main: Lang.
- Herrlen-Pelzer, S. & Rechenberg, P. (Hrsg.) (1998). *Malen mit Krebspatienten: ein Beitrag zur Krankheitsbewältigung*. Ulm: Fischer. (Monographien zur Kunsttherapie; Bd.2)
- Herschbach, P. (1985). *Psychosoziale Probleme und Bewältigungsstrategien von Brust-und Genitalkrebspatientinnen*. München: Röttger.
- Herschbach, P./ Heinrich, G. & Oberst, U. (1994). *Lebensqualität in der Nachsorge. Eine Evaluationsstudie*. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 28, 241-251.
- Herth, K. A. (1989). *The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer*. Oncology Nursing Forum, 16 (1), 67-72.
- Herth, K. A. (1990a). *Forstoring hope in terminally ill people*. Journal of Advanced Nursing 15, 1250-1259.
- Herth, K. A. (1990b). *The relationship between hope, coping styles, concurrent losses and setting to grief resolution in elderly widow (er)s*. Research in Nursing and Health 13, 109-117.
- Herth, K. A. (1991). *Development and refinement of an instrument to measure hope*. Scholarly Inquire für Nursing Practice, 5 (1), 39-51.
- Herth, K. A. (1992). *An abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation*. Journal of Advanced Nursing, 17,1251-1259.
- Herth, K. A. (1995). *Engendering hope in the chronically and terminally ill: nursing interventions*. American Journal of Hospice and Palliative Care 12, 31-39.
- Herth, K. A. (2000). *Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer*. Journal of Advanced Nursing. 32 (6), 1431-1441.
- Hildebrandt, B. (2001). *Was dürfen wir hoffen? Der Mensch und seine Zukunft*. In: M. Herbst (Hrsg.). Der Mensch und sein Tod. Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung. Frankfurt a. Main: Lang. (Greifswalder theologische Forschungen Bd. 3). 319-336.
- Hilgard, E. R. (1963). *Motivation in learning theory*. In: S. Koch (Ed.), Psychology. A study of science (Vol. 5) (pp. 253-283). New York: McGraw-Hill
- Hirsch, E. (1937). *Hilfsbuch zum Studium der Dogmatik. Die Dogmatik der Reformatoren und der altevangelischen Lehrer quellenmäßig belegt und verdeutscht*. Berlin: W. de Gruyter.
- Holm, N. G. (1990). *Einführung in die Religionspsychologie*. München: Reinhardt.

- Honecker, M. (1982). *Die Hoffnung des Glaubens und die Verantwortung der Welt: Verifikationen*. FS G. Ebeling. Tübingen: Mohr.
- Hufeland, C. W. (1860). *Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern*. (8. Aufl.). Berlin: G. Reimer.
- Huppmann, G. (2000). *Frühe Medizinische Psychologie der Hoffnung: Von Descartes (1649) bis v. Feuchtersleben (1845)*. Mainz: Uni-Verlag.
- Husebo, S. & Klaschik, E. (1998). *Palliativmedizin*. Berlin: Springer.
- Huxel, K. (2000). *Die empirische Psychologie des Glaubens. Historische und systematische Studien zu den Pionieren der Religionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. Diss.
- Irving, L. M. / Snyder, C. R. & Crowson, J. J. (1998). *Hope and Coping with Cancer by College Women*. In: *Journal of Personality*. Vol.66. (2) Malden, MA: Blackwell Publishers. 195-214.
- Izard, C. E. (1981). *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim: Belz.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: Uni.-Press.
- Jacobson, E. (1995). *Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München: Gräfe & Unzer.
- Jähnig, U. (2001). *Zusammenhänge von subjektiven Gottesbildern und Merkmalen psychischer Gesundheit/Krankheit in biographischer Perspektive*. Leipzig. psych. Diss.
- James, W. (1997). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung*. Frankfurt a. Main: Insel.
- Jaspers, K. (1963). *Die Kraft der Hoffnung*. In: *Merkur, München* (17), Nr. 181, 219.
- Joest, W. (1967). *Ontologie der Person bei Luther*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Joest, W. (1986). *Der Weg Gottes mit dem Menschen. Dogmatik Bd. 2* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jörns, K.-P. & Großholz, C. (Hrsg.) (1998). *Was die Menschen wirklich glauben*. Gütersloh: Kaiser
- Jossutis, M./Schmidt, H. & Scholpp, S. (Hrsg.) (2000). *Auf dem Weg zu einer seelsorgerlichen Kirche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jung, C. G. (1958). *Gesammelte Werke* (GW, Bd. 1-20). L. Jung – Merker/ E. Rief & L. Zander. (Hrsg.). Olten: Walter. GW 14 *Mysterium coniunctionis* 1968 und GW 16 *Praxis der Psychotherapie*.
- Jung, C. G. (1997). *Psychologie und Religion*. (4. Aufl.). München: dtv.

- Kaasa, S. (1998). *Zusammenarbeit in der letzten Phase des Lebens*. In: S. Kaasa (Hrsg.). *Palliative Behandlung und Pflege*. Nordisches Lehrbuch. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kaasa, S. (1999). *Hap. Tidsskrift for Den norske laegeforening* (Zeitschrift der Norwegischen Ärztevereinigung, Übers. d. Verf.). Nr. 9/1999; 119; 1313 - 5.
- Kabat - Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Bern: Barth.
- Kafka, F.C. (1985). *Vom Bau der chinesischen Mauer*. Leipzig: Kiepenheuer.
- Kallinke, D. (1996). *Schmerzbewältigung*. Niedernhausen/Ts.
- Kanfer, F.H / Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement - Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kant, I. *Werke in sechs Bänden*. (1983). W. Weischedel (Hrsg.). Stuttgart: Reclam.
- Karle, I. (1996). *Seelsorge in der Moderne. Eine Kritik der psychoanalytisch orientierte Seelsorgelehre*. Neukirchen: Neukirchener-V.
- Kast, V. (1990). *Die Dynamik der Symbole*. Olten: Walter.
- Kast, V. (1991). *Freude Inspiration Hoffnung*. Olten: Walter.
- Käunicke, A. (1987). *Als Seelsorger in einer Tumorklinik*. In: N. Niederle & E. Aulbert (Hrsg.). *Der Krebskranke und sein Umfeld*. Stuttgart: Thieme, 88-103.
- Kehr, H. M. (2002). *Souveränes Selbstmanagement. Ein wirksames Konzept zur Förderung von Motivation und Willensstärke*. Weinheim: Beltz.
- Keitel, H. (1998). *Man darf dem Patienten nicht die Hoffnung nehmen*. Vortrag auf dem 2. Kongress der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin in Berlin am 12.9.1998.
- Kremer, R. (2001). *Religiosität und Schlaganfall. Bewältigen religiöse Menschen anders?* Frankfurt a. Main: Lang.
- Kerstiens, F. (1969). *Die Hoffnungsstruktur des Glaubens*. Mainz: Uni.-V. Diss.
- Kiehn, A. et. al. (Hrsg.) (1992). *Bibliodrama*. Stuttgart: Kreuz.
- Kierkegaard, S. (1976). *Über den Begriff der Ironie*. Frankfurt a. Main.
- Kierkegaard, S. (1995 - 1849). *Die Krankheit zum Tode*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Kießling, K. (2002) *Seelsorge bei Seelenfinsternis. Depressive Anfechtung als Provokation diakonischer Mystagogie*. Freiburg: Herder.
- Klauer, T. & Philipp, S.-H. (1997). *Formen der Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten*. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe. 377ff.

Kleeberg, U. R. (1998). *Hoffnung erhalten bei unheilbar Krebskranken*. Medizinische Klinik, 93. München, 322-327.

Klein, M. (1962). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart. Klett.

Klein, R. & Klein, W. (1993). *Der Hoffnung ein Fest. Wege zum eigenen Glauben finden*. Stuttgart: Quell-Verlag.

Klessmann, M. (1995). *Erinnerung und Erwartung. Dimension christlicher Praxis aus pastoralpsychologischer Sicht*. In: Evangelische Theologie. Auf der Suche nach dem Proprium kirchlicher Praxis. Gütersloh. 55. Jg., 4-95.

Klessmann, M. (1998). *Über die Seelsorgebewegung hinaus...? Ein Bericht zur neueren Seelsorgeliteratur*. In: Pastoraltheologie, 87. Göttingen. 46-61.

Klessmann, M.(Hrsg.) (1996). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klusmann, D. (1996). *Hoffnung als metaphorisch aufgebautes Erlebnisfeld*. unveröffentlichtes Manuskript.

Koban, Ch. & Willutzki, U. (2001). *Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS*. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 33. Jg., 2/01. Tübingen: Dt. Gesellschaft. für Verhaltenstherapie e. V., 225ff.

Körner, A./ Geyer, M. & Brähler, E. (2002). *Das NEO- Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI): Validierung anhand einer deutschen Bevölkerungsstichprobe*. Diagnostica, Vol 48 (1).

Korner, J. N. (1970). *Hope as a method of coping*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34 (2), 134-139.

Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Band 1: Grundlagen und Band 2: Modelle. Stuttgart: Kohlhammer.

Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.

Kuhn, W. E. (2002). *Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie*. Dortmund: Borgmann.

Küng, H. (1988). *Religion – das letzte Tabu? Über die Verdrängung der Religiosität*. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 38, 103-111.

Küng, Hans (1994). *Das Christentum. Wesen und Geschichte*. München: Piper.

Kutter, P. (1980b). *Über die Rolle der Affekte*. Psychoanalyse 1, 188 –201.

Kutter, P. (1994). *Liebe, Haß, Neid, Eifersucht: Eine Psychoanalyse der Leidenschaften*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kutter, P. (2001). *Affekt und Körper*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Lapide, P. E. (1976). *Die Hoffnung des Paulus. Der Heidenapostel aus jüdischer Sicht*: LM 15,128-132.
- Lapide, P. (1988). *Am Scheitern hoffen lernen*. Gütersloh: Mohn.
- Larbig, W. & Tschuschke, V. (Hrsg.) (2000). *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München: Reinhardt.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1974). *Psychological stress and coping in adaptation and illness*. International Journal of Psychiatry in Medicine 5, 321 - 333.
- Lazarus, R. S. (1991). *Cognition and motivation in emotion*. American Psychologist, 46, 352-367.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Press Oxford University.
- LeDoux, J. (1993). *From psychological stress to the emotions*. Annual Review of Psychology, 44, 1-121.
- LeDoux, J. (1995). *Emotion. Clues from the brain*. Annual Review of Psychology, 46, 209.
- Leibnitz, G. W. (1765). *Neue Abhandlungen über den menschlichen Verstand*. (Lateinisches Original übers. von E. Cassirer, Hamburg: Felix Meiner,1971.)
- Lenhossek, M. (1804). *Untersuchungen über Leidenschaften und Gemüthsaffekten, als Ursachen und Heilmittel der Krankheiten*. Pesth: Matthias Trattner.
- Lersch, Ph. (1970). *Aufbau der Person*. München: Barth.
- LeShan, L. (1989). *Cancer as a turning point*. New York: E.P.Dutton.
- LeShan, L. (1993). *Diagnose Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LeShan, L. (1999). *Psychotherapie gegen Krebs*. (8. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lettner, K. / Sölva, M. & Baumann, U. (1996). *Die Bedeutung positiver und negativer Aspekte sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden*. Zeitschrift für Differentielle Diagnostische Psychologie, Vol. 17 (3).
- Leuner, H. (1981). *Katathymes Bilderleben*. Stuttgart: Thieme.
- Leuner, H. (Hrsg.) (1993). *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Lexikon der Psychologie Bd. 2*. W. Arnold / H. J. Eysenk & R. Meili (Hrsg.). Augsburg: Bechtermünz Verlag. 885.
- Lexikon für Theologie und Kirche* (1996). W. Kasper (Hrsg.) Bd. 5. H.-K. Freiburg: Herder.

- Link, K.-H. et. al. (Hrsg.) (2000). *Ernährung & Krebs. Einfluß der Diät bei der Entstehung und Behandlung von Tumorerkrankungen*. Ulm: Fabri.-V.
- Lipps, B. & Huppmann, G. (1998). *Zur Medizinischen Psychologie der Hoffnung*. unveröffentlichter Vortrag beim Kongress der Dt. Gesellschaft für Medizinische Psychologie in Hamburg. 4. - 6. 6. 1998.
- Lochman, J. M. (1974). *Trägt oder trägt die christliche Hoffnung?* Zürich.
- Löw, R. (1995/96). *Tod und Erwartung. Zur Säkularisierung der christlichen Eschatologie*. In: Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken. F. G. Jünger & M. Himmelheber (Hrsg.) Jahrgang 25.
- Luckmann, T. (1991). *Die unsichtbare Religion*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1971). *Sinn als Grundbegriff der Soziologie*. In: J. Habermas & N. Luhmann: *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Luther, H. (1991). *Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit*. In: WzM, 43. Jg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 262-273.
- Luther, H. (1992). *Religion und Alltag*. Stuttgart: Radius-Verlag.
- Luther, H. (1998). *Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge*. In: *Praktische Theologie* 33. Jg., Heft 3. Gütersloh: Kaiser. 163-176.
- Luther Deutsch. Die Werke Martin Luthers in neuer Auswahl für die Gegenwart*. Ergänzungsband III Lutherlexikon. K. Aland (1956). Berlin: EVA.
- Lückel, K. (2001). *Begegnung mit Sterbenden. Gestaltseelsorge in der Begleitung mit Sterbenden*. Gütersloh: Kaiser.
- Lynch, W. F. (1965). *Images of hope: Imagination as healer of the hopeless*. Baltimore: Helicon.
- Machel, J. (2001). *Hoffen und Handeln*. In: *Lebenswerte. Orientierung im Wandel der Welt*. K. Möllering & U. Behlau (Hrsg.). Leipzig: EVA.
- Magaletta, P. R. & Oliver, J. M. (1999). *The hope construct, will and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being*. In: *Journal of clinical psychology*, Vol. 55 (5), 539-551.
- Manual Psychoonkologie* (2002). A. Sellschopp et. al (Hrsg.). *Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. Tumorzentrum München: W. Zuckschwerdt.
- Marcel, G. (1954). *Sein und Haben*. Paderborn: Schöningh.
- Marcel, G. (1962). *Homo viator: Introduction to a metaphysics of hope*. New York: Harper & Row.

- Marcel, G. (1964). *Philosophie der Hoffnung*. München: List.
- Margraf, J. & Becker, E. (1997). *Angststörungen*. In: K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.). *Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Enzyklopädie der Psychologie, Serie II, Bd. 2*. Göttingen: Hogrefe
- Marquardt, F.-W. (1993). *Was dürfen wir hoffen, wenn wir hoffen dürften?* Gütersloh: Kaiser.
- Marsch, W.-D. (1963). *Hoffen worauf? Auseinandersetzung mit Ernst Bloch*. Hamburg: Furche-Verlag.
- Marsch, W.-D. (1969). *Zukunft*. Stuttgart. Kreuz.
- Martin Luther Taschenausgabe (1983). *Evangelium und Leben, Bd. 4*. H. Beintker/ H. Jung-hans & H. Kirchner (Hrsg.). Berlin: EVA.
- Martini, C. M. (1997). *Die Tugenden: Grundhaltungen christlicher Existenz*. München: Verlag Neue Stadt.
- Maslow, A. H. (1994). *Motivation und Persönlichkeit*. Hamburg: Reinbeck.
- Mayring, P. (1990). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Dt. Studien - Verlag.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Union.
- McClelland et al. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- McClelland, D. C. (1985). *Human motivation*. London: Scott, Foresman & Co.
- McFadden, D. (1979). *Quantitative methods for analysing travel behaviour of individuals: some recent developments*. In: Hensher, D.A. & Stopher, P.R. (eds). *Behavioural travel modelling*. London: Croom Helm, 279-318.
- McGill, J. S. (1991). *Functional status as it relates with and without cancer*. Birmingham: Dissertation abstracts international, 53, 771 B.
- Meerwein, F. & Bräutigam, W. (Hrsg.) (1998). *Einführung in die Psychoonkologie*. (5. Aufl.) Bern: Huber.
- Meerwein, F. & Leuenberger, R. (1980). *Trauer und Trost*. In: *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft*. (Teilband 10) Herder. 118-139.
- Meichenbaum, D. (1986). *Warum führt die Anwendung der Imagination in der Psychotherapie zu Veränderung?* In: J. L. Singer & K. S. Pope (Hrsg.): *Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 453-468.
- Melges, F. T & Bowlby, J. (1969). *Types of hopelessness in psycho-pathological process*. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.

- Metzger, G. (1964). *Gelebter Glaube. Die Formierung reformatorischen Denkens in Luthers erster Psalmvorlesung, dargestellt am Begriff des Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meulemann, H. (1996). *Werte und Wertewandel. Zur Identität einer geteilten und wiedervereinten Nation*. Weinheim: Union
- Meyer, W.-U./ Schützwohl, A. & Reisenzein, R. (Hrsg.) (2001). *Einführung in die Emotionspsychologie. Emotionstheorien von Watson, James und Schachter*. Bd. I . Bern: Huber.
- Meyer, W.-U/ Schützwohl, A. & Reisenzein, R. (Hrsg.) (1999). *Evolutionarypsychologische Emotionstheorien*. Bd. II Bern: Huber.
- Middendorf, H. (1985). *Über die Hoffnung*. Amsterdam: Rodopi.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. (2nd ed.) Philadelphia: F. A. Davis.
- Minkowski, E. (1959). *L'esperance* in: Tijdschrift voor Filosofie (21), Nr.1.
- Mishel, M. H. /Hostetter,T. / King, B. & Graham, V. (1984). *Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer*. Cancer Nursing, 7, 291-299.
- Mitscherlich, A. (1967). *Die Unfähigkeit zu trauern*. München: Piper.
- Mitscherlich, Alexander (1963). *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft*. München: Piper.
- Moltmann, J. (1994). *Das Experiment Hoffnung*. München: Chr. Kaiser.
- Moltmann, J. (1997). *Theologie der Hoffnung*. (13. Aufl.) Gütersloh: Kaiser.
- Moltmann, J. (1995). *Das Kommen Gottes: christliche Eschatologie*. Gütersloh: Kaiser.
- Moltmann, J. (1997). *Wer ist Christus für uns heute?* Gütersloh: Kaiser.
- Moltmann, J. (2003). *Im Ende – der Anfang. Eine kleine Hoffnungslehre*. Gütersloh: Kaiser.
- Montada, L. (1995). *Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets*. In: R. Oerter & L. Montada. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, 518ff.
- Moosbrugger,H./Zwingmann,C. & Frank,D. (Hrsg.) (1996). *Religiosität, Persönlichkeit und Verhalten. Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster: Waxmann-Verlag.
- Morgenthaler, Ch. (2002). *Von der Pastoralpsychologie zur empirischen Religionspsychologie?* in: Wege zum Menschen. 54. Jg./5. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Morgenthaler, Ch. (2002). *Systemische Seelsorge. Impulse der Familien -und Systemtherapie für die kirchliche Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, E. (2000). *Du spürst unter deinen Füßen das Gras. Autogenes Training in Phantasie - und Märchenreisen*. Frankfurt a. Main: Fischer.

- Müller, E. (1994). *Inseln der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder - und Erwachsene*. München.
- Müller, G. (Hrsg.) (1986). *Hoffnung*. In: Theologische Realenzyklopädie Band XV. Berlin: de Gruyter. 480-498.
- Müller, R. (1992). *Von den Grenzen der Psychotherapie- ist analytische Therapie nur Redekur?* Analytische Psychologie 23, Basel.
- Müller, U. (2003). *Alternative Glaubenserwartungen in voller Blüte*. In: Kerbe-Forum für Sozialpsychiatrie, 21.Jg.,2. BEB (Hrsg.) Stuttgart. 23ff.
- Müller- Fahrenholz, G. (2000). *Phantasie für das Reich Gottes. Die Theologie Jürgen Moltmanns*. München: Verlag Neue Stadt.
- Murken, S. (2002). *Religionspsychologie in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme*. in: WzM. 54. Jg./4, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.185ff.
- Muthny, F. A. & Haag, G. (Hrsg.). (1993). *Onkologie im psychosozialen Kontext. Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung*. Heidelberg: Asanger.
- Nagel, G. A. (1998). *Unkonventionelle Mittel in der Krebstherapie*. Freiburg: Karger.
- Nauer, D. (2001). *Seelsorgekonzepte im Widerstreit. Ein Kompendium*. (Praktische Theologie heute). Stuttgart: Kohlhammer.
- Newberg, A./D`Aquili, E. & Rause,V. (2003). *Der gedachte Gott. Wie Glaube im Gehirn entsteht*. München: Piper.
- Niederle, N. & Aulbert, E. (Hrsg.) (1987). *Der Krebskranke und sein Umfeld*. Stuttgart: Thieme.
- Nowotny, M. (1989). *Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument*. Oncology Nursing Forum, 16 (1), 57-61.
- Noy, R. C. (1982). *A revisia of the psychoanalytic theorie of affect*. The Annual of Psychoanalysis 10, 139-186.
- Nuland, S. B. (1994). *Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?* München: Kindler.
- Nunn, K. P. (1996). *Personal hopefulness: A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry*. British Journal of the Medical Psychology, 69, 227- 245.
- Obayuwana, A. & Carter, A. (1982). *The anatomy of hope*. Journal of the National Medical Association, 74 (9), 229-234.
- Obst, H. (2000). *Konfessionslos? Eine neue Konfession*. In: D. Cyranka & H. Obst (Hrsg.). *Mitten in der Stadt. Halle zwischen Säkularisierung und religiöser Vielfalt*. Halle: Verlag Frankeche Stiftung.

- Oehlrich, M. & Stroh, N. (2001). *Internetkompass Krebs*. Berlin: Springer.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (1995). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Union.
- Olshausen, B. & Flentje, M. (2003). *Emotionale Belastung und Unterstützungsbedürfnis bei Mammakarzinompatientinnen zu Beginn der Strahlentherapie*. In: Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 53. Jg., 5. Stuttgart. 229ff.
- Oser, F. & Gemünder, P. (1988). *Der Mensch – Stufen seiner religiösen Entwicklung: ein stukturgenetischer Ansatz*. Gütersloh: Mohn.
- Otto, J. H./ Euler, H. A. & Mandl, H. (Hrsg.) (2000). *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*. Weinheim: Beltz.
- Pannenberg, W. (1983). *Anthropologie. In theologischer Perspektive*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pannenberg, W. (1971). *Theologie und Reich Gottes*. Gütersloh. Kaiser.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Pemsel-Maier, S. (2000). *Der Traum vom ewigen Leben*. Stuttgart: Katholisches Bibelwerk.
- Peseschkian, N. (1998). *Positive Psychotherapie. Theorie und Praxis*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, C. & Bossio, L. M. (1991). *Health and optimism*. New York: Free Press.
- Picht, G. (2001). *Utopie und Hoffnung*. in: Das richtige Maß finden. Der Weg des Menschen ins 21. Jahrhundert. Freiburg: Herder.
- Pieper, A. (2001). *Glückssache. Die Kunst gut zu leben*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Pieper, J. (1996). *Über die Hoffnung*, in: Werke, Bd. IV, Schriften zur Philosophischen Anthropologie und Ethik: Das Menschenbild der Tugendlehre. Hamburg: F. Meiner. 282f.
- Pieper, J. (1935). *Über die Hoffnung*. Olten: Walter.
- Pieper, J. (1977). *“Über die Hoffnung der Kranken“*. In: M.-P. Engelmeier (Hrsg.). Von der Hoffnung der Kranken. St. Augustin.
- Pieper, J. (1986). *Lieben, hoffen, glauben*. München: Kösel.
- Pieper, J. (1995ff). *Werke in acht Bänden*. B. Wald (Hrsg.). Hamburg: F. Meiner.
- Pieper, J. (1999). *Glück und Kontemplation*. In: Werke, Bd. VI. *“Hoffnung-auf was?“*. Hamburg: F. Meiner. 162

- Piper, H.-C. (1980). *Gespräche mit Sterbenden*. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.
- Plügge, H. (1962). *Über suizidale Kranke*. In: Wohlbefinden und Mißbefinden. Tübingen: Mohr.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion. A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.
- Pöhlmann, H. G. (Hrsg.) (1993). *Melanchthon, Loci Communes 1521*. Gütersloh: Mohn.
- Pöhlmann, K. et al. (2001). *Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen*. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Schwerpunkt: Ziele in der Psychotherapie. 33.Jg.,2. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Pruyser, P. W. (1968). *A dynamic psychology of religion*. New York: Harper & Row.
- „Psychoonkologie“ (2001). In: Der Onkologe. Organ der Dt. Krebsgesellschaft e. V. Bd. 7, Heft 2, (2). Berlin: Springer.
- Rauchfleisch, U. (1991). *Leiden - verzweifeln - hoffen*. Freiburg: Paulus.
- Reimer, C. (1996). *Krisen und Krisenintervention. Kurzpsychotherapie*. In: C. Reimer et. al. (Hrsg.). Psychotherapie. Berlin: Springer, 497-508.
- Revenstorf, D. & Zeyer, R. (1998). *Hypnose lernen*. Heidelberg: Auer.
- Revers, W. J. (1949). *Die Psychologie der Langeweile*. Meisenheim: Anton Hain.
- Rheinberg, F. (1994). *Motivation*. Heidelberg: Kohlhammer.
- Ringel, E. & Frischenschlager, O. (Hrsg.) (1986). *Vom Überleben zum Leben. Psychische und soziale Aspekte der Krebserkrankung*. Wien: Maudrich.
- Rittweger, J. (2000). *Hoffnung und subjektives Belastungsempfinden von Strahlentherapiepatienten während der medizinischen Therapie*. Halle. Psych. Diplomarbeit.
- Robrecht, J. (2002). *Woher kommt mir Hilfe? Empirische Studie zur Religiosität seelisch leidender Menschen am Beispiel 25-40 jähriger in Psychotherapie*. Mainz: Echter-V.
- Rolf, S. (2003). *Vom Sinn zum Trost. Überlegungen zur Seelsorge im Horizont einer relationalen Ontologie*. Heidelberger Studien zur Praktischen Theologie (Bd. 6). H. Schmidt / Ch. Möller & H. Schwier (Hrsg.). Münster: LIT.
- Ross, T. (2004). *Bindung, Selbstregulation und Religion. Bindungstheoretische Interpretation religiösen Verhaltens*. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 86-97.
- Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs: General and Applied, 80 (1), Whole No. 609,1-18.
- Saage, R. (1997). *Utopieforschung. Eine Bilanz*. Darmstadt: Primus-Verlag

- Salomon, F. (1993). *Seelsorgerliche Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung*. In: E. Aulbert (Hrsg.). *Bewältigungshilfen für den Kranken*. Stuttgart: Thieme. 155-169.
- Sartre, J.-P. & Levy, B. (1991). *L'espoir maintenant*. Lagrasse: Verdier.
- Sautet, M. (1999). *Ein Cafe für Sokrates*. Berlin. *Philosophie für jedermann*. Düsseldorf: Artemis & Winkler.
- Schaeffler, R. (1979). *Was dürfen wir hoffen? Die katholische Theologie der Hoffnung zwischen Blochs utopischen Denken und der reformatorischen Rechtfertigungslehre*. Darmstadt.
- Schaeffler, R. (1981). *Philosophie der Hoffnung als Sokratik der praktischen Vernunft*. In: *Philosophisches Jahrbuch im Auftrag der Görres – Gesellschaft*. H. Krings (Hrsg.). München. 242ff.
- Scheich, G. (1999). *Mit positivem Denken zum treuen Untertan*. In: *Publik Forum*. (4). Oberursel: Verlagsgesellschaft.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). *Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schemmel, H. & Schaller, J. (Hrsg.) (2003). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Scherer-Rath, M. (2000). *Herausforderung für die pastorale Beratung und Begleitung von Menschen in Lebenskrisen*. Münster: Waxmann.
- Scheytt, C. (1990). *Seelsorgerliche Stützung unheilbar Kranker*. In: E. Aulbert & N. Niederle (Hrsg.). *Die Lebensqualität chronisch Kranker*. Stuttgart: Thieme. 183-197.
- Schleiermacher, F. (1958). *Über die Religion. Reden an die Gebildeten unter ihren Verächtern*. H.-J. Rothert (Hrsg.). Hamburg. (Original 1799).
- Schlömer - Doll, U. & Doll, D. (1996). *Zeit der Hoffnung - Zeit der Angst. Psychologische Begleitung von Krebspatienten*. Wien: Springer.
- Schlömer, U. & Klusmann, D. (1995). *Hoffnung bei Strahlentherapiepatienten mit infauster Prognose*. *Strahlentherapie und Onkologie*. 171: 385-389.
- Schlömer, U. (1994). *Psychologische Unterstützung in der Strahlentherapie*. Wien: Springer.
- Schmid, W. (2000). *Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Schmid, W. (1998). *Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Schmidt - Rathjens, C. (1998). *Persönlichkeit und Krebs: Studie zur subjektiven und objektiven Relevanz von psychologischen Faktoren bei der Krebsentstehung*. Berlin: Pabst Science Publishers.

- Schmidt, C. (2003). *Notfall-Psychologie/Notfall-Seelsorge – die Akutversorgung*. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 35. Jg., 2. Tübingen: Dt. Gesellschaft f. Verhaltenstherapie e. V., 253ff.
- Schmitz v. E. (Hrsg.) (1992). *Religionspsychologie. Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmoll, H.-J. /Höffken, K. & Possinger, K. (Hrsg.) (1997). *Kompendium internistischer Onkologie. Teil 2*. Berlin: Springer.
- Schneider, I.- K. (1998). *Erziehung unter dem Einfluß konträrer Weltanschauungen. Dichte biographische Beschreibung*. Weinheim: Union.
- Schneider, K. & Schmalt, H.-D. (2000). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider-Flume, G. (1998). *Glaube in einer säkularen Welt*. in: Neue Zeitschrift für Systematische Theologie 40. 80-90.
- Schneider – Flume, G. (2000). *Gott in der Zeit*. in: Zeitschrift für Theologie und Kirche 97. 343-361.
- Schneider-Flume, G. (2002). *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider-Harpprecht, Ch. (1989). *Trost in der Seelsorge*. Stuttgart.
- Schnell, T. (2004). *Wege zum Sinn. Sinnfindung mit und ohne Religion-Empirische Psychologie der Impliziten Religiosität*. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 3-20.
- Schnoor, H. (1988). *Psychoanalyse der Hoffnung*. Heidelberg: Asanger.
- Schreiner, M. (2001). *Emotionales Lernen*. In: Lexikon der Religionspädagogik. Bd. 1. N. Mette & F. Rickers (Hrsg.). Neukirchen-Vlyn: Neukirchener-V.
- Schuchardt, E. (2002). *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen. Fazit aus Lebensgeschichte eines Jahrhunderts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Jubiläumsausgabe.
- Schulte, D. (2003). *Fragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)*. Uni-Bochum. Uni.-V.
- Schultz, I. H. (1973). *Das Autogene Training*. Stuttgart: Thieme.
- Schulz, W. (1996). *Therapeut- Patient- Beziehung*. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.). Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, 9-14.
- Schumacher, A. (1990). *Sinnfindung bei brustkrebserkrankten Frauen*. Frankfurt: Lang.
- Schumacher, B. N. (2000). *Rechenschaft über die Hoffnung. Josef Pieper und die zeitgenössische Philosophie*. Mainz: Grünewald.

- Schwarz, H. (2002). *Die christliche Hoffnung. Grundkurs Eschatologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwarz, R. (1962). *Fides, spes und charitas beim jungen Luther*. Göttingen. In: AKG 34.
- Schwarz, R. (1994). *Die Krebspersönlichkeit. Mythos und Klinische Realität*. Stuttgart: Schattauer.
- Seils, M. (1996). *Glaube*. (Bd. 13). Gütersloh: Kaiser.
- Seligman, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Seligman, M. (1993). *Pessimisten küsst man nicht*. München: Knaur.
- Selinger, K. & Straube, E. R. (2002). *Glaube versetzt Berge. Bei jedem die gleichen?* In: Wege zum Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 54. Jg./ 4.
- Servan-Schreiber, D. (2004). *Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente*. München: Kunstmann.
- Sherer, M. / Maddux, J. E. et al. (1982). *The self-efficacy scale: Construction and validation*. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Siegel, B. (1998). *Prognose Hoffnung*. (8. Aufl.) Düsseldorf: Econ & List.
- Simonton, O. C. et al. (1982). *Wieder gesund werden*. Reinbeck: Rowohlt.
- Simonton, O. C./Henson, R.M. & Hampton, B. (1995). *Auf dem Wege der Besserung – Schritte zur körperlichen und spirituellen Heilung*. Reinbek: Rowohlt.
- Sloterdijk, P. (1997). *Gespräch mit Hans-Jürgen Heinrichs, „Kantilenen der Zeit“*. in: Lettre International 36, 74.
- Snyder, C. R. et al. (1991). *The will and the ways: Development and validation of an individual difference measure of hope*. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 570 - 585.
- Snyder, C. R. (1994). *Hope and Optimism*. In: Encyclopedia of Human Behavior, Vol.2 San Diego, CA: Academic Press. 535-542.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.
- Snyder, C. R. et. al. (1996). *Development and validation of the state hope scale*. Journal of Personality and Social Psychology, 70, 356.
- Snyder, C. R. (1998). *Hope theory: Updating a common process for psychological change*. Unpublished manuscript, the University of Kansas, Lawrence.
- Snyder, C. R. et al. (1999). *Hoping*. In C. R. Snyder (Ed.), Coping: The psychology of what works (pp. 205-231). New York: Oxford Uni-Press.

- Snyder, C. R. (2000). *Hypothesis: There is hope*. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, research, and applications* (pp. 3-21). Orlando, FL: Academic.
- Snyder, C. R. et al. (2002). *Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion*. In *Psychological Inquiry. An international Journal of peer commentary and Review*. R. F. Baumeister & C. Sedikides (Ed.). Mahwah.13 (3). 234-238.
- Sons, R. (1995). *Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie. Die Entwicklung der evangelischen Seelsorge in der Gegenwart*. Stuttgart: Calwer. (Calwer Theologische Monographien: C, Praktische Theologie und Missionswissenschaften; Bd. 24)
- Sontag, S. (1996). *Krankheit als Metapher*. Frankfurt a. Main: Fischer.
- Sölle, D. & Steffensky, F. (1995). *Wider den Luxus der Hoffnungslosigkeit*. Freiburg: Herder.
- Sölle, D. (1984). *Leiden*. Stuttgart: Kreuz.
- Spiegel, D. et al. (1981). *Group support for patients with metastatic cancer*. In: *Archiv Gen Psychiatry*, Vol. 38, 527ff.
- Spiegel, D. & Classen, C. (2000). *Group Therapy for Cancer Patients*. Basic Behavioral Sciences. New York: Basic Book.
- Stachel, G. (1971). *Religionsunterricht-kognitiv und/oder affektiv?: KatBl 96*.
- Stahl, G. E. (1695). *Über den mannigfaltigen Einfluß von Gemütsbewegungen auf den menschlichen Körper*. (lateinisches Original übers. in J. Steudel & R. Zaunick (Hrsg.), *Sudhoffs Klassiker der Medizin*, Band 36, Georg Ernst Stahl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1961).
- Steiner, B. (2001). *Aspekte der Behandlung mit der KiP bei Krebspatienten*. In: U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.). *Psychotraumatologie und Kathym-imaginative Psychotherapie*. Berlin. 285ff.
- Steinkellner, W. et al. (1998). *Krebstherapie in der Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Stierlin, H. & Grossarth - Maticsek, R. (1998). *Krebsrisiken - Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Stiller, H. (1996). *Seelsorge mit Krebspatienten*. In: M. Klessmann (Hrsg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. 74 – 86.
- Stock, K. (1986). *Hoffnung als Dimension der Freiheit*. In: *Gottes Zukunft- Zukunft der Welt*, FS J.
- Stock, K.(1989). *Hoffnung*, in : *EKL. Internationale theologische Enzyklopädie 2*. Göttingen.
- Stock, K. (1995). *Grundlegung der protestantischen Tugendlehre*. Gütersloh: Kaiser.

Stock, K. (Hrsg.) (1994). *Die Zukunft der Erlösung. Zur neueren Diskussion um die Eschatologie*. Gütersloh: Kaiser

Stockhorst, U. (2003). *Krebserkrankungen*. In: Ehlert, U. (Hrsg.). *Verhaltensmedizin*. Lehrbuch. Berlin: Springer, 327ff.

Stoner, M. & Kaempfer, S. (1985). *Recalled life expectancy information, phase of illness and hope on cancer patients*. *Research in Nursing and Health*, 8, 269-274.

Storch, M. & Krause, F. (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit den Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Göttingen: Huber.

Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco: Jossey Bass.

Strunk, R. (1985). *Vertrauen. Grundzüge einer Theologie des Gemeindeaufbaus*. Stuttgart: Quell-Verlag.

Student, J.-Ch. (2000). *Im Himmel welken keine Blumen. Kinder begegnen dem Tod*. Freiburg: Herder.

Sundermeier, T. (1999). *Was ist Religion*. Gütersloh: Kaiser.

Tacke, Helmut (1989). *Mit den Müden zur rechten Zeit reden. Beiträge zu einer bibelorientierten Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.

Tausch, A.-M. (1989). *Gespräche gegen die Angst*. Hamburg: Rowohlt.

Taylor, Ch. (2002). *Die Formen des Religiösen in der Gegenwart*. Frankfurt a. Main. Suhrkamp.

Taylor, S. E. (1983). *Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation*. *American Psychologist*, 38, 1161 - 1173.

Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions: Creative self - deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

Tesch-Römer, C./ Salewski, C. & Schwarz, G. (Hrsg.) (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz.

Theologische Realenzyklopädie (TRE) (1986). G. Müller (Hrsg.) Bd. I; Bd. 15, H.-I.

Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament (1984). Bd.2. E. Jenni & C. Westermann (Hrsg.). München: Kaiser. „qwh“, 619 - 629.

Theologisches Handwörterbuch zum Neuen Testament (1935). Bd.2. G. Kittel (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer. „elpis“, 515-530.

Tillich, P. (1962). *Auf der Grenze*. Eine Auswahl aus dem Lebenswerk. Stuttgart: Piper.

- Tillich, P. (1966). *Hoffnung*. In: Theologie für Nichttheologen. ABC protestantischen Denkens. J. Schultz (Hrsg.). Stuttgart: Kreuz, 167-171.
- Tillich, P. (1975). *In der Tiefe ist Wahrheit. Religiöse Reden*, 1. Folge. Stuttgart: Piper.
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- Ulich, D. & Mayring, Ph. (1992) *Psychologie der Emotionen*. Stuttgart: Thieme.
- Ulich, D. (1984). *Psychologie der Hoffnung*. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3. Göttingen.
- Utsch, M. (1998). *Religionspsychologie. Voraussetzungen, Grundlagen, Forschungsüberblick*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (1993). *Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1 und 2*. Weinheim: Hogrefe.
- Van der Geest, H. (1995). *Unter vier Augen. Beispiel gelungener Seelsorge*. Zürich: TVZ.
- Van der Ven, J. A. (1994). *Entwurf einer empirischen Theologie*. Kampen: Kok
- Verres, R. & Klusmann, D. (1997). *Strahlentherapie im Erleben der Patienten* Heidelberg: Barth.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst, Subjektive Theorien von Laien über die Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer.
- Verres, R. (1991). *Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche*. München: Piper.
- Verres, R. (1997). *Lebenskunst und psychotherapeutische Medizin*. Psychotherapeut 42, 17ff.
- Verres, R. (1997). *Zur Transzendenz von Hoffnung bei unheilbaren Krankheiten*. Zeitschr. der Dt. Gesellsch. f. Logotherapie u. Existenzanalyse. 5: 88-102.
- Verres, R. (1998). *Sehnsucht und Erfüllung*. Univ. HD (Hrsg.): Sucht-Studium Generale. Heidelberg: Univ.-Verlag.
- Vogel, Ch. (2000). *Spiel-Raum der Gefühle. Die Funktion des Gefühls im seelsorgerlichen Gespräch*. (Erfahrung und Theologie; Bd. 35). Frankfurt a. Main: Lang
- Vopel, K. W. (2000). *Lebendiges Lernen und Lehren*. Bd. 21 (7. Aufl.) Iskopress.
- Wagner, R. (2003). *Krebs - den Lebensfaden wiederfinden. Psychoonkologie für den niedergelassenen Arzt*. Stuttgart: Mayer.
- Walter, E. (1940). *Glaube, Hoffnung und Liebe im Neuen Testament*. Freiburg: Herder.

- Weber-Gast, I. (1978). *Weil Du nicht geflohen bist vor meiner Angst. Ein Ehepaar durchlebt die Depression des einen Partners*. Mainz.
- Weil, S. (1984). *Schwerkraft und Gnade*. München: Piper.
- Weiner, B. (1994). *Motivationspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Weis, J. (2002). *Leben nach Krebs. Belastungen und Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Weis, J. (1998). *Alternativmedizin*. In: Onkologie 21. Berlin: Springer.
- Weisman, A. D. (1979). *Coping with cancer*. New -York: Mc Graw - Hill Book Comp.
- Weiss, M. / Budach, V. / Dinges, S. & Fritzsche, F. (1999). *Sinnerleben als Kriterium der Lebensqualität bei Krebspatienten*. In: G. Krampen (Hrsg.) Beiträge zur angewandten Psychologie. Bonn: Dt. Psychologen – Verlag, 131ff.
- Welk, H.-J. (Hrsg.) (1989). *Zwischen Resignation und Hoffnung. Die Phase der Progredienz*. Ergebnisbericht der 7. Jahrestagung der dapo e.V. in Hamburg-Rissen vom 7. - 10.6.1989.
- Westhoff, K. (2001). *Bilderwelt krebskranker Kinder. Eine Annäherung zwischen Intuition und Empirie*. Stuttgart: Schattauer
- Wiegmann, H. (Hrsg.) (1987). *Die ästhetische Leidenschaft. Texte zur Affektenlehre des 17. und 18. Jhd.* Hildesheim: G. Olms-Verlag.
- Willutzki, U. (2000). *Positive Perspektiven in der Psychotherapie*. Ruhr-Universität Bochum. Fakultät für Psychologie: Habilitation.
- Willutzki, U. (2000). *Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine „neue“ Perspektive?* In: M. Hermer (Hrsg.) Psychotherapie. Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhundert (193-212). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Winkler, K. (2000). *Seelsorge*. Lehrbuch. Berlin: de Gruyter.
- Winkler, K. (2003). *Das Problem „Hoffnung“ zwischen Wunschdenken und exakter Phantasie*. In: E. Hauschildt & J. Ziemer (Hrsg.) Grundmuster der Seele. Pastoralpsychologische Perspektiven. Arbeiten zur Pastoralpsychologie Bd.41. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wittgenstein, L. (1984). *Über Gewissheit*. Werkausgabe Bd. 8. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Wogenstein, R. (1998). *Hoffen können. Vertröstung oder Trost?* Berlin. unveröffentlichter Vortrag.
- Wolfersdorf, M. (1992). *Depressives Kranksein. Verstehen und Behandeln*. München: Quintessenz.
- Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wiss. Verl.-G.

Wolfradt, U. & Six, B. (2003). *Religiosität, Aberglauben, Werte und Zukunftsängstlichkeit vor der Jahrtausendwende*. In: C. Henning & E. Nestler (Hrsg.). *Konversion. Zur Aktualität eines Jahrhundertthemas*. Frankfurt a. Main: Lang. 153-171.

Wolfradt, U. & Müller – Plath, G. (2003). *Quantitative Methoden in der Religionspsychologie*. In: Ch. Henning/ S. Murken & E. Nestler (Hrsg.). *Einführung in die Religionspsychologie*. Paderborn: Schöningh. 164-183.

Yalom, I. D. (2001). *Und Nietzsche weinte*. Zürich: Piper.

Yalom, I. D. (2000). *Die Reise mit Paula*. München: Bertelsmann.

Zeichen der Zeit (1998). *Wertewandel*. Heft1 (52). Leipzig: EVA.

Zettl, S. & Hartlapp, J. (1996). *Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner*. Bonn: Weingärtner.

Ziemer, J. (2000). *Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

Ziemer, J. (2004). *Weltlichkeit und Spiritualität. Seelsorge unter den Bedingungen der Säkularität*. In: WzM, 56. Jg. (1). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 21-37.

Zimmer, D. (Hrsg.) (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: Union.

Zimmermann, W. (Hrsg.) (1987). *Getroste Verzweiflung. Eine Auswahl von Lutherworten*. Berlin: Renner.

Zook, D. J. & Yasko, J. M. (1983). *Psychologic factors: Their effects on nausea and vomiting experienced by clients receiving chemotherapy*. *Oncology Nursing Forum*, 10, 76-81.

Zückert, J. F. (1764). *Medicinische und moralische Abhandlungen von den Leidenschaften*. Berlin: August Mylius.

Anhang:¹

Promotionsarbeit Teil II: Teil A Untersuchung 1

1. Hoffnungskalen von Herth und Snyder

Herthscher Hoffnungsindex

Es folgt eine Reihe von Aussagen. lesen Sie bitte jede Aussage durch und machen Sie ein Kreuz (X) in das Kästchen, das zum Ausdruck bringt, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage *jetzt, in diesem Augenblick* zustimmen können.

	Ich lehne diese Aussage entschiede n ab	Ich lehne diese Aussage ab	Ich stimme dieser Aussage zu	Ich stimme dieser Aussage entschied en zu
1. Ich habe eine positive Lebenseinstellung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ich habe kurz-, mittel- und langfristige Ziele.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ich bin einsam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Am Ende jedes Tunnels sehe ich Licht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Mein Glaube gibt mir Trost.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich habe Angst vor meiner Zukunft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich erinnere mich an glückliche Zeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich verfüge über eine tiefe innere Stärke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ich kann Liebe/Fürsorge geben und nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich habe eine Orientierung in meinem Leben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Für mich hat jeder Tag seine Möglichkeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Mein Leben ist sinn- und wertvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

¹ Aufgrund der Vorschriften des Datenschutzes wurden die Untersuchungsdaten an das Institut für Psychologie der MLU-Halle/W. angebunden. Ich danke Dr. habil. Uwe Wolfradt für diese Möglichkeit.

Snydersche Hoffnungsskala

Anweisung:

Lesen Sie sich jede Stellungnahme genau durch. Wählen Sie dann aus den folgenden vier Möglichkeiten diejenige Aussage, die auf Sie am besten zutrifft, und schreiben Sie die entsprechende Zahl in den freien Raum davor.

1= Völlig falsch 2=Meistens falsch 3= Meistens richtig 4=Völlig richtig

- 1. Mir fallen viele Möglichkeiten ein, aus einem Schlamassel wieder herauszukommen. (Denken)
- 2. Meine Ziele verfolge ich mit großer Bestimmtheit. (Handeln)
- 3. Ich bin meistens müde. (Kontrollitem)
- 4. Mit jedem Problem kann man auf viele Arten umgehen. (Denken)
- 5. Bei einer Diskussion lasse ich mich leicht an die Wand reden. (Kontrollitem)
- 6. Ich sehe viele Möglichkeiten, um im Leben die Dinge zu bekommen, die mir wirklich wichtig sind. (Denken)
- 7. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit. (Kontrollitem)
- 8. Wenn andere verzagen, gebe ich noch lange nicht auf, sondern suche weiter nach Lösungen. (Denken)
- 9. Aufgrund meiner Erfahrungen bin ich für die Zukunft gut gerüstet. (Handeln)
- 10. Ich habe es im Leben recht weit gebracht. (Handeln)
- 11. Ich mache mir ständig über irgend etwas Gedanken. (Kontrollitem)
- 12. Die Ziele, die ich mir setze, erreiche ich auch. (Handeln)

Teil A Untersuchung 3:

1. Fragebogen der Alternativmedizinstudie

MLU-Halle/W.

Medizinische Fakultät/Klinik für Strahlentherapie

Voßstr. 1

Halle/S. 06110

Dipl.-Theol./Dipl.-Psych. Jutta Rittweger

Psychologin

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient,
die folgende Untersuchung möchte dazu beitragen, die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten zu erfassen, von denen Sie sich eine Heilung Ihrer Krebserkrankung erhoffen. Dabei kommen auch die Möglichkeiten der Alternativmedizin und spirituelle Unterstützung in Betracht. Die Befragung ist anonym und unterliegt den Datenschutzbestimmungen.

Wir bitten Sie um folgende persönliche Angaben:

Geschlecht:		
Alter:		
Familienstand:		
Kinder:		
Konfession:		
Krebserkrankung:	Diagnose:	
	seit:	

	Operation	Chemo- therapie	Bestrahlung	Sonstiges
bisherige Behandlungen:				
momentane Behandlungen:				
zukünftige Behandlungen:				

Bitte kreuzen Sie an, auf welche der folgenden Therapien sich Ihre Hoffnung stützen?

	JA	NEIN
Stärkungsmittel (z. B. Ginseng)		
Chemotherapie		
Kräuter/Wurzeln (welche?)		
neue Studien (Studienpatient/in, welche?)		
modifizierte biologische Chemotherapie		
aktiv spezifische Immuntherapie (ASI-Impfung)		
Misteltherapie und Thymuspräparate		
Ayurveda-Therapie		
Hyperthermie		
Fiebertherapie		
Hoffnung auf Spontanheilung		
Stärkung des Immunsystems (Vitamine/Mineralien)		
spezielle Diät (z. B. Öl-Eiweiß Kost)		
Psychotherapie		
Seelsorge (ev./kathol./andere?)		
Heilpraxis-Naturheilverfahren		
Bachblütentherapie		
Operation		
Homöopathie		
traditionelle chinesische Medizin		
Bestrahlung		
Meditation		
Selbstbesinnung auf das Wesentliche im Leben		
Reisen in die Natur (Berge, Meer)		
Glauben an Gott		
Gebet		
Glaube an eine höhere Schutzmacht		
Atemtherapie		
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie		
Entspannungsübungen (welche?): ...		
Visualisierung/Bilder (welche?): ...		
Musiktherapie		
Kunsttherapie		

	JA	NEIN
Tagebuch führen/Erfahrungen niederschreiben		
Feldenkrais		
Bewegungstherapie		
Physiotherapie		
positives Denken		
Glaube an mich selbst (Autosuggestion)		
Orakel (z. B. Tarotkarten)		
Magische Rituale		
Aromatherapie		
Steine (welche?):	...	
Erdstrahlung		
Maskottchen/Talisman		
spirituelle Heiler z. B. Besprechung, Handauflegung		
Fernheiler		
Astrologie (Horoskop)		
Pilgerfahrt (z. B. Lourdes; Schwarze Madonna)		
Anderes (bitte ergänzen):	...	

N=102 Kriterium, stationär, mindestens ein Jahr erkrankt mit Rezidiv

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

2. Deskriptive Statistik

Tabelle 1 : Verteilung der Krebsdiagnosen der Rezidivpatienten

		Krebsdiagnose (lateinisch)			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Cervix	17	16,7	17,0	17,0
	Mamma	16	15,7	16,0	33,0
	Rectum	26	25,5	26,0	59,0
	HNO	18	17,6	18,0	77,0
	Glioblaston	10	9,8	10,0	87,0
	Bronchial	3	2,9	3,0	90,0
	Andere	10	9,8	10,0	100,0
	Gesamt	100	98,0	100,0	
Fehlend	System	2	2,0		
Gesamt		102	100,0		

Tabelle 2: Präferenzen für Konventionelle Therapien in Abhängigkeit von der Krebsdiagnose

Konventionelle Therapien	Cervix	Mamma	Rectum	HNO	Glioblaston	Bronchial	andere
Chemotherapie	88,2	80	96,2	76,5	90	66,7	90
Operation	82,4	80	84,6	64,7	80	100	90
Bestrahlung	94,1	73,3	100	94,1	90	100	90

Tabelle 3: Deskriptive Statistiken zur Häufigkeit der Nutzung von Alternativtherapien

			Mittelwert	Median	Standardab- weichung
Krebsdiagnose (lateinisch)	Cervix	Häufigkeit alternativer Therapieformen	17,29	16,00	6,21
	Mamma	Häufigkeit alternativer Therapieformen	19,87	22,00	6,62
	Rectum	Häufigkeit alternativer Therapieformen	18,23	18,50	5,96
	HNO	Häufigkeit alternativer Therapieformen	13,24	14,00	6,05
	Glioblaston	Häufigkeit alternativer Therapieformen	19,40	20,00	5,52
	Bronchial	Häufigkeit alternativer Therapieformen	12,33	12,00	2,52
	Andere	Häufigkeit alternativer Therapieformen	18,50	21,00	9,22

Tabelle 4: Präferenzen für Alternativtherapien auf Krebsdiagnosen (Nennungen ab 50% relativer Häufigkeit)

Alternativtherapie	Cervix	Mamma	Rectum	HNO	Glioblaston	Bronchial	andere
Stärkungsmittel	11,8	53,3	30,8	23,5	30	0	30
Kräuter/Wurzeln	47,1	40	73,1	52,9	40	33,3	70
Teilnahme neue Studien	29,4	20	46,2	17,6	10	33,3	10
Misteltherapie/Thymuspräparate	41,2	46,7	57,7	23,5	40	33,3	70
Hoffnung auf Spontanheilung	52,9	60	61,5	29,4	80	33,3	50
Stärkung des Immunsystems	76,5	86,7	69,2	52,9	70	66,7	70
Spezielle Diät	41,2	40	50	58,8	40	0	60
Psychotherapie	47,1	60	11,5	5,9	20	0	10
Seelsorge	35,3	53,3	42,3	23,5	40	0	40
Homöopathie	35,3	40	42,3	11,8	70	33,3	30
Meditation	17,6	53,3	38,5	17,6	70	0	20
Selbstbesinnung	64,7	80	61,5	52,9	90	33,3	90
Reisen in die Natur	82,4	66,7	92,3	52,9	70	66,7	80
Glaube an Gott	35,3	60	50	52,9	60	0	40
Gebet	35,3	53,3	50	52,9	50	0	30
Glaube an höhere Schutzmacht	52,9	40	61,5	52,9	80	33,3	50
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	23,5	26,7	50	29,4	30	66,7	50
Entspannungsübungen	52,9	73,3	42,3	58,8	50	66,7	50
Visualisierung/Bilder	29,4	46,7	38,5	17,6	60	0	40
Musiktherapie	11,8	60	30,8	0	20	0	40
Tagebuch führen	47,1	60	23,1	5,9	30	0	20
Bewegungstherapie	52,9	60	65,4	35,3	70	66,7	40
Physiotherapie	76,5	60	42,3	23,5	60	66,7	70
Positives Denken	82,4	86,7	96,2	82,4	80	66,7	90
Glaube an mich selbst	76,5	73,3	96,2	76,5	90	66,7	70
Maskottchen/Talisman	47,1	26,7	23,1	29,4	70	33,3	60
Astrologie	47,1	6,7	26,9	11,8	30	33,3	40

Tabelle 5: Präferenzen für alternative Therapieformen (Mehrfachnennungen)

Group \$THERAP Hoffungsvolle Therapieformen
(Value tabulated = 1)

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
Stärkungsmittel	T1	28	1,6	28,0
Chemotherapie	T2	87	5,0	87,0
Kräuter/Wurzeln	T3	55	3,2	55,0
Teilnahme an neuen Studien	T4	26	1,5	26,0
Modifizierte biologische Chemotherapie	T5	9	,5	9,0
Aktiv spezifische Immuntherapie	T6	6	,3	6,0
Misteltherapie / Thymuspräparate	T7	45	2,6	45,0
Ayurveda-Therapie	T8	4	,2	4,0
Hyperthermie	T9	4	,2	4,0
Fiebertherapie	T10	6	,3	6,0
Hoffnung auf Spontanheilung	T11	55	3,2	55,0
Stärkung des Immunsystems	T12	70	4,0	70,0
Spezielle Diät	T13	47	2,7	47,0
Psychotherapie	T14	24	1,4	24,0
Seelsorge	T15	38	2,2	38,0
Heilpraxis-Naturheilverfahren	T16	20	1,2	20,0
Bachblütentherapie	T17	1	,1	1,0
Operation	T18	80	4,6	80,0
Homöopathie	T19	36	2,1	36,0
Traditionelle chinesische Medizin	T20	19	1,1	19,0
Bestrahlung	T21	92	5,3	92,0
Meditation	T22	33	1,9	33,0
Selbstbesinnung auf das Wesentliche im L	T23	69	4,0	69,0
Reisen in die Natur	T24	75	4,3	75,0
Glauben an Gott	T25	48	2,8	48,0
Gebet	T26	46	2,7	46,0
Glaube an eine höhere Schutzmacht	T27	55	3,2	55,0
Atemtherapie	T28	31	1,8	31,0
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	T29	36	2,1	36,0
Entspannungsübungen	T30	54	3,1	54,0
Visualisierung/Bilder	T31	35	2,0	35,0
Musiktherapie	T32	25	1,4	25,0
Kunsttherapie	T33	13	,8	13,0
Tagebuch führen/Erfahrungen niederschrei	T34	29	1,7	29,0
Feldenkrais	T35	7	,4	7,0
Bewegungstherapie	T36	54	3,1	54,0
Physiotherapie	T37	52	3,0	52,0
Positives Denken	T38	86	5,0	86,0
Glaube an mich selbst	T39	81	4,7	81,0
Orakel	T40	4	,2	4,0
Magische Rituale	T41	1	,1	1,0
Aromatherapie	T42	15	,9	15,0
Heil-Steine	T43	16	,9	16,0
Erdstrahlung	T44	1	,1	1,0
Maskottchen/Talisman (Besprechung/Handau	T45	38	2,2	38,0
Spirituelle Heiler	T46	10	,6	10,0
Fernheiler	T47	6	,3	6,0
Astrologie	T48	27	1,6	27,0
Pilgerfahrt	T49	13	,8	13,0
Anderes	T50	20	1,2	20,0
		-----	-----	-----
	Total responses	1732	100,0	1732,0

2 missing cases; 100 valid cases

Tabelle 6: Präferenzen für spirituelle, seelsorgerische sowie psychotherapeutische Unterstützung (Angaben in Prozent)

Spirituelle Alternativtherapien	Cervix	Mamma	Rectum	HNO	Glioblaston	Bronchial	andere
Psychotherapie	47,1	60	11,5	5,9	20	0	10
Seelsorge	35,3	53,3	42,3	23,5	40	0	40
Meditation	17,6	53,3	38,5	17,6	70	0	20
Glaube an Gott	35,3	60	50	52,9	60	0	40
Gebet	35,3	53,3	50	52,9	50	0	30
Glaube an höhere Schutzmacht	52,9	40	61,5	52,9	80	33,3	50

Teil A: Untersuchung 4

Interviewleitfaden: Strahlentherapiepatienten (Rittweger)

1. Was verstehen Sie unter Hoffnung? (subjektive Hoffnungsdefinition)
2. Welche Hoffnung mußten Sie durch Ihre Krankheit aufgeben? (Verlust spezifischer Hoffnung)
3. Welche Hoffnung konnten Sie behalten? (Bewahrung spezifischer Hoffnung)
4. Hat sich Ihre Hoffnung seit Ihrer Krankheit verändert, ist z. B. eine neue Hoffnung dazugekommen? (Gewinn von Sinn/neuer Hoffnung)
5. Wenn Sie ihre Hoffnung mit einem Bild oder Symbol beschreiben, wie würde es aussehen? (generalisierte Hoffnung)
Mit welchen Gefühlen verbinden Sie Ihre Hoffnung? (kognitiv/affektive Dimension)
6. Was sind für Sie jetzt Momente der Hoffnung? (gegenwärtige spezifische Hoffnung)
7. Welche religiöse Hoffnung haben Sie? (spirituelle Dimension)
8. Auf welche Menschen, Dinge, Erfahrungen bezieht sich Ihre Hoffnung? (relationale Dimension)
9. Gibt es für Sie eine „falsche Hoffnung“ oder was würden Sie darunter verstehen?
10. Welche Lebenseinstellung haben Sie derzeit? (Lebensphilosophie)

Teil B: Untersuchung 5

1. Deskriptive Statistik

Tabelle 7: Geschlechterverteilung der untersuchten Gruppen

Kreuztabelle

			GRUPPE			Gesamt
			Kontroll- gruppe	Seelsorger	Psycho- therapeu- ten	
Geschlecht	weiblich	Anzahl	55	46	57	158
		% von GRUPPE	62,5%	51,7%	69,5%	61,0%
	männlich	Anzahl	33	43	25	101
		% von GRUPPE	37,5%	48,3%	30,5%	39,0%
Gesamt	Anzahl	88	89	82	259	
	% von GRUPPE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 8: Altersverteilung der untersuchten Gruppen

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: AGE

GRUPPE	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Kontrollgruppe	44,28	8,586	88
Theologen	43,63	10,810	89
Psychotherapeuten	39,33	8,148	82
Gesamt	42,49	9,502	259

Tabelle 9: Bildungsabschlüsse der untersuchten Gruppen

Kreuztabelle

			GRUPPE			Gesamt
			Kontroll- gruppe	Seelsorger	Psycho- therapeu- ten	
Bildung	Abitur	Anzahl	9	84	81	174
		% von GRUPPE	10,2%	94,4%	98,8%	67,2%
	Realschule	Anzahl	79	5	1	85
		% von GRUPPE	89,8%	5,6%	1,2%	32,8%
Gesamt	Anzahl	88	89	82	259	
	% von GRUPPE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 10: Religiöse Bindung der untersuchten Gruppen

Kreuztabelle

			GRUPPE			Gesamt
			Kontroll- gruppe	Seelsorger	Psycho- therapeu- ten	
REL	nein	Anzahl	60	0	40	100
		% von GRUPPE	68,2%	,0%	48,8%	38,6%
	ja	Anzahl	28	89	42	159
		% von GRUPPE	31,8%	100,0%	51,2%	61,4%
Gesamt	Anzahl	88	89	82	259	
	% von GRUPPE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 11: Konfessionszugehörigkeit der religiös-gebundenen Befragten (n=158)

Kreuztabelle

			GRUPPE			Gesamt
			Kontroll- gruppe	Seelsorger	Psychot- herapeu- ten	
RELIGIO	evangelisch	Anzahl	16	86	32	134
		% von GRUPPE	57,1%	97,7%	76,2%	84,8%
	katholisch	Anzahl	11	2	9	22
		% von GRUPPE	39,3%	2,3%	21,4%	13,9%
	andere	Anzahl	1	0	1	2
		% von GRUPPE	3,6%	,0%	2,4%	1,3%
Gesamt	Anzahl	28	88	42	158	
	% von GRUPPE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 12: Familienstand der untersuchten Gruppen

Kreuztabelle

			GRUPPE			Gesamt
			Kontroll- gruppe	Seelsorger	Psycho- therapeu- ten	
FAM	verheiratet	Anzahl	66	69	44	179
		% von GRUPPE	75,0%	77,5%	54,3%	69,4%
	feste Partnerschaft	Anzahl	6	9	18	33
		% von GRUPPE	6,8%	10,1%	22,2%	12,8%
	ledig	Anzahl	8	4	8	20
		% von GRUPPE	9,1%	4,5%	9,9%	7,8%
	geschieden	Anzahl	8	7	11	26
		% von GRUPPE	9,1%	7,9%	13,6%	10,1%
Gesamt	Anzahl	88	89	81	258	
	% von GRUPPE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

2. Fragebögen:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Jutta Rittweger
Dr. Uwe Wolfradt
06099 Halle
Tel. 0171/3 639 197



Studie



Hoffnung wird in Theologie und Philosophie als ‚Grundbedingung menschlichen Seins‘ konzipiert, ohne die kein Dasein möglich sei. Hoffnung ist heute in der Theologie wie auch in der Psychologie eine kaum untersuchte Erfahrungsform menschlichen Lebens. Es ist das Anliegen dieser Studie zu erfahren, was Theologen/innen und Seelsorger/innen unter Hoffnung verstehen und wie sie diese in ihre Praxis integrieren.

Hierzu liegt Ihnen folgender Fragebogen vor, der sich aus verschiedenen Skalen zusammensetzt. Wir sind sehr auf Ihre Hilfe angewiesen. Bitte lassen Sie hierbei keine der Fragen aus. Sie tragen zu wichtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen auf diesem Forschungsgebiet bei. Neben den Skalen werden Ihnen zusätzlich Fragen zur Hoffnung vorgelegt, die Sie bitte spontan schriftlich beantworten. Wir sind hierbei an Ihrer persönlichen Einschätzung interessiert. Ihre Daten werden anonym computergestützt ausgewertet. Die Ergebnisse werden Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung gestellt.

Wir hoffen (um bei dem Thema zu bleiben), dass Ihnen auch das Thema persönliche Anregungen für Ihrer Praxis gibt und danken Ihnen schon jetzt für Ihre engagierte Mitarbeit.

1. Alter: Jahre Bitte eintragen!
2. Geschlecht: weiblich männlich
3. Schulbildung: Bitte eintragen !
4. erlernter Beruf Bitte eintragen !
5. momentane Tätigkeit Bitte eintragen !
6. Ihre Konfession Bitte eintragen !
7. Haben Sie Kinder? ja nein
8. Wenn Ja, wie viel Bitte eintragen !
9. Ihr Familienstand

verheiratet	<input type="checkbox"/>
feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
ledig	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>

Auf den nächsten Seiten erscheint auf der linken Seite stets eine Aussage und auf der rechten Seite mehrere Kästchen, die das Ausmaß Ihrer persönlichen Einschätzung wiedergeben.

Hierbei ist es wichtig, zu überlegen, wie stark Sie dieser Aussage zustimmen. Versuchen Sie daher das Kästchen anzukreuzen(X), das Ihre Meinung am besten wiedergibt.

Beispiel:

Ich esse gerne kurz vor Mitternacht.

trifft nicht zu				trifft völlig zu
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Es folgt eine Reihe von Aussagen. lesen Sie bitte jede Aussage durch und machen Sie ein Kreuz (X) in das Kästchen, das zum Ausdruck bringt, inwieweit Sie der jeweiligen Aussage *jetzt, in diesem Augenblick* zustimmen können.

	Ich lehne diese Aussage entschiede n ab	Ich lehne diese Aussage ab	Ich stimme dieser Aussage zu	Ich stimme dieser Aussage entschied en zu
1. Ich habe eine positive Lebenseinstellung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ich habe kurz-, mittel- und langfristige Ziele.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Ich bin einsam.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Am Ende jedes Tunnels sehe ich Licht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Mein Glaube gibt mir Trost.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich habe Angst vor meiner Zukunft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich erinnere mich an glückliche Zeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich verfüge über eine tiefe innere Stärke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Ich kann Liebe/Fürsorge geben und nehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich habe eine Orientierung in meinem Leben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Für mich hat jeder Tag seine Möglichkeiten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Mein Leben ist sinn- und wertvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Unten finden Sie weitere Aussagen, die auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Benutzen Sie hier die Kästchen und kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Einstellung am besten wiedergibt.

- | | trifft
nicht zu | | | | | | trifft
völlig
zu |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 1. Mein Leben entspricht zumeist meinem Ideal. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 2. Meine Lebensumstände sind ausgezeichnet. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 4. Bis jetzt habe ich in meinem Leben die mir wichtigen Dinge bekommen. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich fast nichts anders machen. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |

Unten finden Sie weitere Aussagen, die auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Benutzen Sie hier die Kästchen und kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Einstellung am besten wiedergibt.

- | | trifft
nicht zu | | | | | | trifft
völlig
zu |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| 1. Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 2. Hin und wieder denke ich, daß ich gar nichts taue. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 3. Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 4. Ich besitze die gleichen Fähigkeiten wie die meisten Anderen Menschen auch. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 5. Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 6. Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 7. Ich halte mich für einen wertvollen Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 8. Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 9. Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |
| 10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden. | <input type="checkbox"/>
1 | <input type="checkbox"/>
2 | <input type="checkbox"/>
3 | <input type="checkbox"/>
4 | <input type="checkbox"/>
5 | <input type="checkbox"/>
6 | |

Im folgenden finden Sie 60 Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie auch hier bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob die jeweilige Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 60 Aussagen steht Ihnen wieder eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung.

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustim- mung	Starke Zu- stimmung
1. Ich bin nicht leicht beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bekomme häufig Streit mit meiner Familie und Meinen Kollegen/Mitstudenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so daß ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich unter starkem Streß stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bin kein sehr systematisch vorgehender Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich fühle mich selten einsam und traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich glaube, daß es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören läßt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

als mit ihnen zu wetteifern.

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustim- mung	Starke Zu- stimmung
20. Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich glaube, daß man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zuläßt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit der Arbeit beginne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich glaube, daß wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten religiöser Autoritäten achten sollten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schiefgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Ich bin kein gut gelaunter Optimist.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustim- mung	Starke Zu- stimmung

43. Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustim- mung	Starke Zu- stimmung

44. In Bezug auf meine Einstellungen bin ich nüchtern und unnachgiebig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

45. Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

46. Ich bin selten traurig oder deprimiert.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

47. Ich führe ein hektisches Leben.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

48. Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

49. Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

50. Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

51. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

52. Ich bin ein sehr aktiver Mensch.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

53. Ich bin sehr wißbegierig.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

54. Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

55. Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

56. Manchmal war mir etwas so peinlich, daß ich mich am liebsten versteckt hätte.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

57. Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

58. Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

59. Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

60. Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustim- mung	Starke Zu- stimmung

Teil B: Untersuchung 5:
3. Deskriptive Statistik

Tabelle 13: Deskriptive Statistiken zum Vergleich der Untersuchungsgruppen

Gruppenzugehörigkeit:		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Anzahl
Seelsorger	Neurotizismus-Skala	30,43	6,29	17,00	49,00	82
	Extraversion-Skala	41,30	5,60	27,00	57,00	82
	Offenheit für neue Erfahrungen-Skala	46,12	5,19	31,00	56,00	82
	Verträglichkeit-Skala	45,33	4,52	33,00	54,00	82
	Gewissenhaftigkeit-Skala	45,68	5,70	32,00	56,00	82
	Selbstwert-Skala	49,39	6,16	32,00	58,00	82
	Lebenszufriedenheit-Skala	22,06	3,77	10,00	30,00	82
Psychotherapeuten	Neurotizismus-Skala	32,64	5,74	17,00	47,00	89
	Extraversion-Skala	40,58	5,63	25,00	56,00	89
	Offenheit für neue Erfahrungen-Skala	43,99	4,86	29,00	54,00	89
	Verträglichkeit-Skala	44,62	3,80	33,00	56,00	89
	Gewissenhaftigkeit-Skala	42,80	6,41	17,00	55,00	89
	Selbstwert-Skala	46,16	6,06	28,00	58,00	89
	Lebenszufriedenheit-Skala	20,73	3,26	10,00	28,00	89
Kontrollgruppe	Neurotizismus-Skala	31,28	6,22	18,00	50,00	88
	Extraversion-Skala	40,25	4,87	27,00	54,00	88
	Offenheit für neue Erfahrungen-Skala	39,80	5,25	29,00	57,00	88
	Verträglichkeit-Skala	43,45	4,88	30,00	54,00	88
	Gewissenhaftigkeit-Skala	46,52	5,87	32,00	59,00	88
	Selbstwert-Skala	50,16	6,56	28,00	60,00	88
	Lebenszufriedenheit-Skala	20,01	4,88	7,00	30,00	88

Tabelle 14: Deskriptive Statistiken zum Vergleich der HHI-Werte der Untersuchungsgruppen

		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Anzahl
Gruppenzugehörigkeit	Seelsorger	39,43	4,30	22,00	46,00	82
	Psychotherapeuten	38,73	3,21	31,00	47,00	89
	Kontrollgruppe	38,31	4,76	22,00	48,00	88

Tabelle 15: Varianzzerlegung der NEO-FFi-Persönlichkeitsdimensionen, des Selbstwerts und der Lebenszufriedenheit

ONEWAY ANOVA

		Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Neurotizismus-Skala	Zwischen den Gruppen	214,180	2	107,090	2,895	,057
	Innerhalb der Gruppen	9468,453	256	36,986		
	Gesamt	9682,633	258			
Extraversion-Skala	Zwischen den Gruppen	49,014	2	24,507	,849	,429
	Innerhalb der Gruppen	7393,496	256	28,881		
	Gesamt	7442,510	258			
Offenheit für neue Erfahrungen-Skala	Zwischen den Gruppen	1775,071	2	887,535	34,125	,000
	Innerhalb der Gruppen	6658,087	256	26,008		
	Gesamt	8433,158	258			
Verträglichkeit-Skala	Zwischen den Gruppen	153,107	2	76,554	3,916	,021
	Innerhalb der Gruppen	5004,939	256	19,551		
	Gesamt	5158,046	258			
Gewissenhaftigkeit- Skala	Zwischen den Gruppen	673,791	2	336,895	9,330	,000
	Innerhalb der Gruppen	9244,070	256	36,110		
	Gesamt	9917,861	258			
Selbstwert-Skala	Zwischen den Gruppen	795,242	2	397,621	10,123	,000
	Innerhalb der Gruppen	10055,083	256	39,278		
	Gesamt	10850,324	258			
Lebenszufriedenheit- Skala	Zwischen den Gruppen	182,564	2	91,282	5,618	,004
	Innerhalb der Gruppen	4159,212	256	16,247		
	Gesamt	4341,776	258			

Tabelle 16 – 20: Dokumentation der logistischen Diskriminanzanalyse

Verarbeitete Fälle

		Anzahl	Rand-Prozentsatz
Gruppenzugehörigkeit	Seelsorger	82	31,7%
	Psychotherapeuten	89	34,4%
	Kontrollgruppe	88	34,0%
Gültig		259	100,0%
Fehlend		0	
Gesamt		259	
Teilgesamtheit		259 ^a	

a. Die abhängige Variable hat nur einen in 259 (100,0%) Teilgesamtheiten beobachteten Wert.

Informationen zur Modellanpassung

Modell	-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Signifikanz
Nur konstanter Term	568,746			
Endgültig	430,186	138,561	18	,000

Pseudo-R-Quadrat

Cox und Snell	,414
Nagelkerke	,466
McFadden	,244

Logistische Parameterschätzer der Diskriminanzanalyse der drei untersuchten Gruppen

Gruppenzugehörigkeit ^a		B	Standardfehler	Wald	F.G.	Signifikanz	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
								Untergrenze	Obergrenze
Seelsorger vs. Kontrollgruppe	Konstanter Term	,064	,259	,062	1	,803			
	NEUROTIC	-,075	,044	2,981	1	,084	,927	,852	1,010
	EXTRAVEC	-,024	,041	,341	1	,559	,976	,901	1,058
	OFFENC	,267	,042	40,406	1	,000	1,306	1,203	1,418
	VERTRAEAC	,104	,047	4,988	1	,026	1,110	1,013	1,216
	GEWISSEC	-,060	,037	2,576	1	,108	,942	,875	1,013
	SELBSTWC	-,157	,047	11,246	1	,001	,855	,780	,937
	ZUFRIEDC	,173	,057	9,188	1	,002	1,189	1,063	1,330
	AGEC	-,052	,022	5,720	1	,017	,949	,910	,991
DMANN	,139	,433	,104	1	,748	1,150	,492	2,686	
Psychotherapeuten vs. Kontrollgruppe	Konstanter Term	-,013	,259	,003	1	,959			
	NEUROTIC	-,030	,041	,523	1	,469	,971	,896	1,052
	EXTRAVEC	,015	,040	,141	1	,707	1,015	,939	1,098
	OFFENC	,208	,040	27,091	1	,000	1,231	1,139	1,332
	VERTRAEAC	,121	,048	6,427	1	,011	1,128	1,028	1,238
	GEWISSEC	-,101	,036	7,641	1	,006	,904	,842	,971
	SELBSTWC	-,185	,044	17,766	1	,000	,831	,762	,906
	ZUFRIEDC	,146	,053	7,493	1	,006	1,157	1,042	1,285
	AGEC	,000	,019	,001	1	,982	1,000	,963	1,038
DMANN	,846	,415	4,166	1	,041	2,331	1,034	5,254	

a. Die Referenzkategorie lautet: Kontrollgruppe.

Klassifikation

Beobachtet	Vorhergesagt			
	Seelsorger	Psycho- therapeuten	Kontroll- gruppe	Prozent richtig
Seelsorger	49	21	12	59,8%
Psychotherapeuten	24	45	20	50,6%
Kontrollgruppe	13	14	61	69,3%
Prozent insgesamt	33,2%	30,9%	35,9%	59,8%

Tabellen 21 – 24: Dokumentation des linearen Regressionsmodells zur Vorhersage des Hoffungsvermögens der Befragten

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardab- weichung	N
Herth-Hoffnungsindex	38,8069	4,14670	259
Seelsorger vs. andere	,3436	,47584	259
Psychotherapeuten vs. andere	,3166	,46605	259
Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert	,0000	6,12614	259
Extraversion Grand-Mean-Zentriert	,0000	5,37093	259
Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert	,0000	5,71722	259
Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert	,0000	4,47129	259
Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert	,0000	6,20011	259
Selbstwert Grand-Mean-Zentriert	,0000	6,48502	259
Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert	,0000	4,10227	259
Alter Grand-Mean-Zentriert	,0000	9,50168	259
Mann vs. Frau	,3900	,48869	259

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistiken				
					Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Änderung in Signifikanz von F
1	,110 ^a	,012	,004	4,13744	,012	1,578	2	256	,208
2	,618 ^b	,382	,359	3,31928	,369	21,250	7	249	,000
3	,619 ^c	,383	,355	3,32949	,001	,238	2	247	,788

a. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere

b. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere, Extraversion Grand-Mean-Zentriert, Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert, Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert, Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert, Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert, Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert, Selbstwert Grand-Mean-Zentriert

c. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere, Extraversion Grand-Mean-Zentriert, Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert, Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert, Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert, Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert, Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert, Selbstwert Grand-Mean-Zentriert, Alter Grand-Mean-Zentriert, Mann vs. Frau

ANOVA^d

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	54,043	2	27,021	1,578	,208 ^a
	Residuen	4382,305	256	17,118		
	Gesamt	4436,347	258			
2	Regression	1692,954	9	188,106	17,073	,000 ^b
	Residuen	2743,393	249	11,018		
	Gesamt	4436,347	258			
3	Regression	1698,235	11	154,385	13,927	,000 ^c
	Residuen	2738,112	247	11,085		
	Gesamt	4436,347	258			

a. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere

b. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere, Extraversion Grand-Mean-Zentriert, Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert, Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert, Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert, Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert, Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert, Selbstwert Grand-Mean-Zentriert

c. Einflußvariablen : (Konstante), Psychotherapeuten vs. andere, Seelsorger vs. andere, Extraversion Grand-Mean-Zentriert, Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert, Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert, Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert, Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert, Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert, Selbstwert Grand-Mean-Zentriert, Alter Grand-Mean-Zentriert, Mann vs. Frau

d. Abhängige Variable: Herth-Hoffnungsindex

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	
		B	Standardfehler	Beta			
1	(Konstante)	38,307	,441		86,853	,000	
	Seelsorger vs. andere Psychotherapeuten vs. andere	,424	,622	,049	,681	,497	
		1,120	,635	,126	1,764	,079	
2	(Konstante)	38,526	,411		93,842	,000	
	Seelsorger vs. andere Psychotherapeuten vs. andere	,759	,589	,087	1,289	,199	
		,063	,609	,007	,103	,918	
	Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert	-,100	,044	-,148	-2,271	,024	
	Extraversion Grand-Mean-Zentriert	,104	,044	,135	2,381	,018	
	Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert	,097	,044	,133	2,191	,029	
	Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert	,034	,049	,037	,701	,484	
	Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert	,012	,038	,018	,324	,746	
	Selbstwert Grand-Mean-Zentriert	,189	,047	,295	3,975	,000	
	Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert	,166	,059	,164	2,835	,005	
	3	(Konstante)	38,627	,439		87,969	,000
		Seelsorger vs. andere Psychotherapeuten vs. andere	,807	,597	,093	1,352	,178
			,038	,620	,004	,061	,951
		Neurotizismus Grand-Mean-Zentriert	-,106	,045	-,157	-2,340	,020
		Extraversion Grand-Mean-Zentriert	,102	,044	,132	2,299	,022
Offenheit für neue Erfahrungen Grand-Mean-Zentriert		,095	,044	,131	2,129	,034	
Verträglichkeit Grand-Mean-Zentriert		,027	,052	,029	,519	,604	
Gewissenhaftigkeit Grand-Mean-Zentriert		,011	,038	,017	,289	,773	
Selbstwert Grand-Mean-Zentriert		,188	,048	,293	3,926	,000	
Lebenszufriedenheit Grand-Mean-Zentriert		,161	,059	,159	2,700	,007	
Alter Grand-Mean-Zentriert		-,008	,023	-,018	-,349	,727	
Mann vs. Frau		-,280	,468	-,033	-,597	,551	

a. Abhängige Variable: Herth-Hoffnungsindex

Teil B: Untersuchung 6

4. Interviewleitfaden: Seelsorger/Psychotherapeuten (Rittweger)

1. Was verstehen Sie unter Hoffnung? (subjektive Hoffnungsdefinition)
2. Welche Hoffnung mussten Sie in Ihrem Leben aufgeben? (Verlust spezifischer Hoffnung)
3. Welche Hoffnung konnten Sie behalten? (Bewahrung spezifischer Hoffnung)
4. Hat sich Ihre Hoffnung im Leben verändert, ist z. B. eine neue Hoffnung dazugekommen? (Gewinn von Sinn/neuer Hoffnung)
5. Wenn Sie ihre Hoffnung mit einem Bild oder Symbol beschreiben, wie würde es aussehen? (generalisierte Hoffnung)
Mit welchen Gefühlen verbinden Sie Ihre Hoffnung? (kognitiv/affektive Dimension)
6. Was sind für Sie jetzt Momente der Hoffnung? (gegenwärtige spezifische Hoffnung)
7. Welche religiöse Hoffnung haben Sie? (spirituelle Dimension)
8. Auf welche Menschen, Dinge, Erfahrungen bezieht sich Ihre Hoffnung? (relationale Dimension)
9. Gibt es für Sie eine „falsche Hoffnung“ oder was würden Sie darunter verstehen?
10. Welche Lebenseinstellung haben Sie derzeit? (Lebensphilosophie)

Teil C: Untersuchung 7

Deskriptive Statistik

Tabelle 25-27: Varianzanalyse der Herthschen Hoffnungsindex in allen 6 untersuchten Gruppen

ONEWAY deskriptive Statistiken

Herthsche Hoffnungsindex

	N	Mittelwert	Standardab- weichung	Standard- fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
Ersterkrankungen Onkologie	47	34,7660	5,45819	,79616	33,1634	36,3685	17,00	44,00
Rezidivpatienten Onkologie	51	37,7843	5,13931	,71965	36,3389	39,2298	22,00	47,00
Seelsorger	89	38,7303	3,21489	,34078	38,0531	39,4076	31,00	47,00
Psychotherapeuten	82	39,4268	4,30053	,47491	38,4819	40,3718	22,00	46,00
Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	88	38,3068	4,76423	,50787	37,2974	39,3163	22,00	48,00
Kontrollgr.2: nicht-klinische	47	38,4894	3,66459	,53454	37,4134	39,5653	31,00	48,00
Gesamt	404	38,1708	4,56745	,22724	37,7241	38,6175	17,00	48,00

Test der Homogenität der Varianzen

Herthsche Hoffnungsindex

Levene- Statistik	df1	df2	Signifikanz
3,837	5	398	,002

ONEWAY ANOVA (ETA²= 8,52 %)

Herthsche Hoffnungsindex

	Quadrat- summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	716,113	5	143,223	7,411	,000
Innerhalb der Gruppen	7691,103	398	19,324		
Gesamt	8407,215	403			

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Herthsche Hoffnungsindex

LSD

(I) Untersuchte Substichprobe	(J) Untersuchte Substichprobe	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Ersterkrankungen Onkologie	Rezidivpatienten Onkologie	-3,0184*	,88886	,001	-4,7658	-1,2709
	Seelsorger	-3,9644*	,79264	,000	-5,5227	-2,4061
	Psychotherapeuten	-4,6609*	,80425	,000	-6,2420	-3,0798
	Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	-3,5409*	,79420	,000	-5,1022	-1,9795
	Kontrollgr.2: nicht-klinische	-3,7234*	,90682	,000	-5,5062	-1,9407
Rezidivpatienten Onkologie	Ersterkrankungen Onkologie	3,0184*	,88886	,001	1,2709	4,7658
	Seelsorger	-,9460	,77203	,221	-2,4638	,5718
	Psychotherapeuten	-1,6425*	,78395	,037	-3,1837	-,1013
	Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	-,5225	,77363	,500	-2,0434	,9984
	Kontrollgr.2: nicht-klinische	-,7050	,88886	,428	-2,4525	1,0424
Seelsorger	Ersterkrankungen Onkologie	3,9644*	,79264	,000	2,4061	5,5227
	Rezidivpatienten Onkologie	,9460	,77203	,221	-,5718	2,4638
	Psychotherapeuten	-,6965	,67290	,301	-2,0194	,6264
	Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	,4235	,66085	,522	-,8757	1,7227
	Kontrollgr.2: nicht-klinische	,2410	,79264	,761	-1,3173	1,7993
Psychotherapeuten	Ersterkrankungen Onkologie	4,6609*	,80425	,000	3,0798	6,2420
	Rezidivpatienten Onkologie	1,6425*	,78395	,037	,1013	3,1837
	Seelsorger	,6965	,67290	,301	-,6264	2,0194
	Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	1,1200	,67473	,098	-,2065	2,4465
	Kontrollgr.2: nicht-klinische	,9375	,80425	,244	-,6436	2,5186
Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	Ersterkrankungen Onkologie	3,5409*	,79420	,000	1,9795	5,1022
	Rezidivpatienten Onkologie	,5225	,77363	,500	-,9984	2,0434
	Seelsorger	-,4235	,66085	,522	-1,7227	,8757
	Psychotherapeuten	-1,1200	,67473	,098	-2,4465	,2065
	Kontrollgr.2: nicht-klinische	-,1825	,79420	,818	-1,7439	1,3788
Kontrollgr.2: nicht-klinische	Ersterkrankungen Onkologie	3,7234*	,90682	,000	1,9407	5,5062
	Rezidivpatienten Onkologie	,7050	,88886	,428	-1,0424	2,4525
	Seelsorger	-,2410	,79264	,761	-1,7993	1,3173
	Psychotherapeuten	-,9375	,80425	,244	-2,5186	,6436
	Kontrollgr.1: nicht soz. Berufe	,1825	,79420	,818	-1,3788	1,7439

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.