

## Spirituell, aber nicht religiös?

### Überlegungen zur Einbeziehung der spirituellen Dimension in der Behandlung von religiös nicht gebundenen Krebspatienten<sup>1</sup>

*Liane Hofmann, Freiburg*

**Zusammenfassung:** Die Einbeziehung der spirituellen Dimension bei chronischen und schweren Erkrankungen ist mittlerweile unter dem Begriff „Spiritual Care“ im Klinikalltag einer ganzheitlich und interprofessionell ausgerichteten Gesundheitsversorgung fest verankert. Eine der gängigen Herangehensweisen, Weiterbildungen im Bereich von Spiritual Care zu strukturieren, besteht darin, die jeweiligen religionspezifischen Besonderheiten zu reflektieren, die in der Behandlung von religiös gebundenen Patienten der verschiedenen Weltreligionen von Bedeutung sind. Ergänzend dazu nimmt der vorliegende Beitrag die wachsende Gruppe derjenigen westlichen Individuen als mögliche Patientengruppe in den Blick, die sich in den traditionellen institutionalisierten Formen der Religiosität nicht länger beheimatet fühlen und sich anstelle dessen einer der mannigfaltigen Erscheinungsformen einer persönlich geprägten, nicht religiös gebundenen Spiritualität zuwenden. Der Beitrag geht der Frage nach, welche spirituellen Bedürfnisse, Nöte und Krisen solche Patienten durchleben können und wie wir diese als Begleitende in der Gesundheitsversorgung erfassen und ansprechen können. Dabei liegt der Schwerpunkt auf einer psychologisch-psychotherapeutischen Perspektive.

**Schlüsselworte:** Spiritualität, Spiritual Care, Psychoonkologie, chronische Erkrankungen, psychotherapeutische Zugänge

## Spirituell, aber nicht religiös

Die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen, die spirituelle und religiöse Dimension in die Psychotherapie und Gesundheitsversorgung einzubeziehen, gehört zu meinen Arbeitsschwerpunkten als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Freiburger Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene. Ein weiterer Schwerpunkt liegt dabei auf den Formen einer nicht religiös gebundenen Spiritualität. Diese wird oftmals auch als „posttraditionelle“ oder „transkonfessionelle“ Spiritualität bezeichnet. Menschen, die eine nicht religiös gebundene Spiritu-

---

1) Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrags, gehalten beim Rheinfelder Psychotherapie-  
tag „Psychoonkologie und Spiritualität“, 23. 01. 2020

alität pflegen, bilden die Patientengruppe, über die ich in diesem Beitrag sprechen werde. Was zeichnet sie aus?

Sozial- und religionswissenschaftliche Studien zeigen, dass sich das religiöse Feld seit einigen Jahrzehnten in einem deutlichen Wandel befindet. Dieser Wandel wurde auch unter dem Begriff „spiritual turn“ gefasst. Er ist einerseits gekennzeichnet durch einen zunehmenden Bedeutungsverlust der etablierten Religionen und traditionellen Glaubenslehren. Eine wachsende Zahl von Menschen erlebt die tradierten religiösen Begriffe und Dogmen als nicht mehr glaubwürdig und zeitgemäß oder ist der Amtskirche gegenüber kritisch eingestellt. Die Kirchenbänke sind vielerorts leer und die Kirchenmitgliedschaften sinken. Doch ungeachtet all dessen scheint das menschliche Bedürfnis nach Transzendenz und spiritueller Rückbindung damit nicht ebenfalls obsolet zu sein. Vielmehr scheint es ungebrochen fortzubestehen, sich seine Wege allerdings in neuen Ausdrucksformen zu bahnen. Dem entspricht, dass sich eine zunehmende Zahl von Menschen als „spirituell, aber nicht religiös“ bezeichnet. Auf der Suche nach einer zeitgemäßen und als persönlich stimmig erlebten Form des Transzendenzbezugs stoßen diese Menschen auf ein stetig wachsendes Angebot an weltanschaulichen Deutungssystemen und Praktiken aus den verschiedenen religiösen und spirituellen Traditionen der Welt. Deren unterschiedliche Elemente werden dabei oftmals in eklektischer und synkretistischer Manier nach eigenem Gusto zusammengestellt. Religionswissenschaftler sprechen diesbezüglich von „individuellen Religiositätskompositionen“ oder „Patchwork-Religiositäten“. All dies hat mittlerweile zu einer enormen Pluralisierung und Individualisierung des religiösen Feldes geführt.

Wir können von daher im Grunde genommen nicht länger von „Spiritualität“ im Singular sprechen, sondern müssen vielmehr von einer Vielfalt an „Spiritualitäten“ ausgehen. Zu den gemeinsamen Kennzeichen dieser postmodernen Spiritualitäten gehören vor allem die Privatisierung des Religiösen und die starke Betonung der eigenen inneren Erfahrung. Auch sind Formen der postmodernen Spiritualität in hohem Maße individualistisch, selbstbestimmt und religiösen Autoritäten gegenüber oftmals kritisch eingestellt. Wesentlich sind vielmehr das Gefühl einer grundlegenden Verbundenheit und die Suche nach Wahrheit, Erfüllung und Sinn – was auch die Frage nach letztgültigen Werten und einer ultimativen Wirklichkeit miteinschließt. In einem solchen Kontext wird auch die Verwirklichung des eigenen persönlichen wie auch spirituellen Potenzials zu einem wichtigen Anliegen (siehe hierzu Heelas & Woodhead, 2004; Jacobowitz, 2017). Über diese Patientengruppe möchte ich hier im Wesentlichen sprechen.

## **Empirische Befunde zur Gesundheitsrelevanz von Spiritualität und Religiosität**

Empirische Forschung bezüglich des Zusammenhangs von Religiosität und Spiritualität einerseits und psychischer und physischer Gesundheit andererseits war lange Zeit durch eine religionskritische Haltung geprägt. Es gab vergleichsweise wenige Studien zu diesem Thema – und wenn, so lag deren Fokus vornehmlich auf den pathogenen Auswirkungen der Religiosität. Dies änderte sich ab Mitte der 1980er Jahre. Seit dieser Zeit findet sich eine stetig wachsende Zahl an empirischen

Untersuchungen und akademischen Fachpublikationen zur Gesundheitsrelevanz von Spiritualität und Religiosität. Dabei liegt der Fokus jedoch nunmehr zunehmend auf den möglichen salutogenen Wirkungen einer religiösen oder spirituellen Orientierung. Diesbezüglich wurde auch schon von einem „spiritual turn“ in den Gesundheitswissenschaften gesprochen.

Die empirische Forschung zeigt, dass religiöse und spirituelle Glaubensüberzeugungen und Praktiken das subjektive Wohlbefinden und den Gesundungsprozess sowohl auf der psychischen wie auch der physischen Ebene beeinflussen können. Dabei können die Wirkungen – je nach Ausformung der spirituellen oder religiösen Orientierung – für die Gesundheit sowohl abträglich als auch förderlich sein. Zur Frage, durch welche psychologischen Mechanismen sich die spirituelle oder religiöse Orientierung auf die Gesundheit auswirkt, hat der Religionspsychologe Sebastian Murken eine Systematisierung der vorliegenden Erklärungsansätze vorgelegt. Klein und Albani kommen diesbezüglich zu dem Fazit, dass all diesen Theorien gemeinsam sei, „dass die adaptiven und maladaptiven psychischen Mechanismen das Stressniveau absenken oder erhöhen und positive wie negative Emotionen hervorrufen können, was jeweils mit förderlichen oder schädlichen psycho-neuro-immunologischen Effekten verbunden ist“ (2011, S. 233).<sup>2</sup>

Die spirituelle Orientierung eines Patienten kann wesentlich dazu beitragen, wie er seine Erkrankung deutet, verarbeitet und bewältigt. Je stärker seine Spiritualität in der Persönlichkeit verankert ist, hier spricht man auch von „Zentralität“, umso wichtiger ist es, diese in der Psychotherapie und Behandlungspraxis miteinzubeziehen (Klein & Albani, 2011; Mehnert & Höcker, 2011).

## **Besondere Bedeutung von Spiritualität in existenziell bedrohlichen Situationen**

Eine besondere Dringlichkeit und somit Indikation, die spirituelle Perspektive in die Behandlungspraxis einzubeziehen, scheint vor allem dann gegeben, wenn Menschen von Grenzsituationen und extrem belastenden Lebensereignissen wie einer schweren oder lebensbedrohlichen Erkrankung betroffen sind (Hofmann, 2011; Mehnert & Höcker, 2011).

Angesichts einer solchen Situation beginnen viele Betroffene, sich mit existenziellen, religiösen oder spirituellen Fragen auseinanderzusetzen. Die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit und die begrenzten Möglichkeiten, das eigene Schicksal zu beeinflussen, rücken schmerzlich ins Bewusstsein. Die Betroffenen fragen sich: „Warum ich?“, „Hat meine Erkrankung einen tieferen Sinn?“, „Gibt es eine höhere Macht?“, „Hat mein Leben eine Bestimmung?“ oder „Was geschieht nach dem Tod?“

Hier kann die spirituelle Orientierung eines Patienten zu einer wesentlichen Quelle der Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung sowie der anste-

---

2) Sowohl bei Spiritualität und Religiosität als auch bei Gesundheit handelt es sich um sehr komplexe Phänomene, die auf vielfältige Weise interagieren können. Für eine differenzierte Betrachtung des gesundheitswissenschaftlichen Forschungsstandes zu diesem Themengebiet siehe Klein, Berth und Balck (2011) sowie Zwingmann und Hodapp (2018).

henden Veränderungsprozesse werden. Die verschiedenen Weltreligionen haben gerade angesichts der existenziellen Herausforderungen des Menschseins eine Fülle von Antworten gegeben.

Auch die Befunde der empirischen Sinnforschung scheinen dies zu bestätigen, indem sie die besondere Bedeutung einer spirituellen oder religiösen Orientierung als Quelle des Sinnerlebens dokumentieren. So zeigt sich, dass es deutlich zur Sinnerfüllung beiträgt, wenn Menschen an eine transzendente Macht und ein Weiterexistieren nach dem Tod glauben. Personen, die Spiritualität oder explizite Religiosität in ihrem Leben verwirklichen, erreichen der bekannten Sinnforscherin Tatjana Schnell zufolge die höchsten Werte an Sinnerfüllung (Schnell, 2011). Dies sieht sie unter anderem darin begründet, dass Spiritualität und Religiosität das menschliche Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Bedeutungshaftigkeit und Orientiertheit in besonderem Maße unterstützen.

## **Spirituell orientierte Behandlungsansätze**

Nach diesem Überblick zu wesentlichen Hintergründen der Thematik möchte ich im Weiteren einige allgemeine Überlegungen zu möglichen therapeutisch leitenden Fragen und therapeutisch begleitenden Zugängen in der Arbeit mit spirituell orientierten Krebspatienten anstellen. Ich werde dabei die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten berufsgruppenübergreifend skizzieren und den Fokus aufgrund meiner Ausbildung auf psychologische und psychotherapeutische Perspektiven legen.

Zudem ist es für unsere Zwecke sinnvoll, zwischen therapeutisch-kurativen und palliativen Schwerpunktsetzungen in der Arbeit mit Patienten zu unterscheiden. Zu den therapeutisch-kurativen Zielsetzungen gehören die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und der Anpassung an die veränderten Lebensumstände, die Förderung von Gesundungsprozessen oder auch die Identifizierung und Aktivierung der Ressourcen des Patienten. Zu den palliativen Schwerpunkten gehört es unter anderem, den Patienten darin zu unterstützen, eine Haltung des Einwilligens und der Akzeptanz angesichts des nahenden Lebensendes zu finden und Frieden mit dem zu schließen, worunter er leidet, sowie für die Qualität der verbleibenden Lebenszeit Sorge zu tragen.<sup>3</sup>

## **Relevante Gesichtspunkte in der Begleitung spiritueller orientierter Krebspatienten**

Ganz prinzipiell gilt es, im Gespräch mit den Patienten herauszufinden, welche Aspekte der spirituellen Orientierung sich für die Krankheitsverarbeitung als hilfreich und stärkend erweisen könnten und welche Aspekte als maladaptiv, belastend oder gar als pathogen.

Strukturell gilt es, das Augenmerk auf die folgenden Aspekte zu richten:

---

3) Für einen Überblick zu psychotherapeutischen Interventionen in der Palliativ- und Hospizversorgung siehe Berthold et al. (2017).

- auf die spirituellen Krisen und Nöte des Patienten („spiritual struggles“)
- auf seine spirituellen Bedürfnisse und Anliegen („spiritual needs“) und schließlich
- auf seine spirituellen Stärken und Ressourcen („spirituelles Coping“)

Demzufolge lauten die Fragen, die für uns als potenzielle Begleiterinnen und Begleiter handlungsleitend sind, wie folgt:

1. Welche spirituellen Nöte und Krisen, welche spirituellen Bedürfnisse und welche spirituellen Stärken und Ressourcen zeichnen Patienten mit einer Krebserkrankung aus?
2. Und: Wie kann ich deren spirituelle Nöte und Bedürfnisse im Rahmen von Spiritual Care erfassen, ansprechen und therapeutisch begleiten?
3. Und schließlich: Wie kann ich deren spirituelle Ressourcen explorieren und zum Zwecke der Krankheitsbewältigung gezielt nutzen?

Hierbei ist es wichtig, dass die Begleitung patientenzentriert und individualisiert erfolgt. Aufgrund der zuvor beschriebenen hohen Diversität der Spiritualitäten ist es wichtig, differenziert zu erfassen:

- was der Patient selbst unter Spiritualität versteht und
- wie er diese in seinem Leben konkret zum Ausdruck bringt
- welche Bedeutung Spiritualität für seinen Krankheitsumgang hat
- ob und wie er diese Dimension im Behandlungsprozess einbezogen haben will und
- welches die Rolle des Begleiters dabei sein soll

Interviewleitfäden zur Erhebung von diesbezüglichen Informationen wurden beispielsweise von Frick, Weber und Borasio (2002, s. a. Frick et al., 2006) mit SPIR<sup>4</sup> vorgelegt oder von David Lukoff (2014) mit SOPP.<sup>5</sup>

## Spirituelle Krisen und Nöte („spiritual struggles“)

Nicht immer jedoch ist es der erkrankten Person problemlos möglich, ihre bisherige spirituelle Orientierung im Sinne eines positiven religiösen Copings als Quelle der Unterstützung zur Bewältigung ihrer Erkrankung heranzuziehen. Anstelle dessen kann die Konfrontation mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen oder terminalen Erkrankung zunächst einmal – wie bei jedem anderen Menschen auch – eine tiefgehende Vertrauens- und Glaubenskrise auslösen, begleitet von inneren Kämpfen, die um existenzielle und spirituelle Fragen kreisen. Einhergehend damit kann es zum Verlust oder Infragestellen von bislang haltgebenden und identitätsstiftenden Strukturen spiritueller Natur kommen. Dies kann sich auswirken bis hin zum weiteren sozialen Bezugssystem — wenn es etwa aufgrund solcher spirituellen Konflikte zum Kontaktabbruch mit der spirituellen Bezugsgruppe

---

4) SPIR von Frick, Weber & Borasio (Akronym: Spirituelle und Glaubensüberzeugungen / Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen / Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft oder Gruppe / Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?)

5) SOPP von David Lukoff (Akronym: Religious/Spiritual Strengths / Organized Religion/Spirituality / Personal Religion/Spirituality / Problems with Religion/Spirituality), bis dato nur in englischer Sprache verfügbar.

oder einem spirituellen Lehrer kommt. Gefühle des Grolls, des Zorns und der Enttäuschung können vorherrschen, Betroffene fühlen sich von Gott verlassen, ge- oder enttäuscht von einer höheren Macht oder der spirituellen Lehre, an die sie geglaubt und auf deren schützendes Wirken sie vertraut haben. Eine andere Form eines spirituellen Konfliktes kann vorliegen, wenn der Erkrankte den Eindruck hat, das Deutungssystem seiner spirituellen Bezugsgruppe und Lehre lege ihm nahe, die eigene Erkrankung als Strafe Gottes, einer höheren Macht oder als Folge karmischer Gesetzmäßigkeiten zu verstehen. Auch dies kann in Gefühlen des Grolls, der Scham, der Schuld, des Versagens und der Niedergeschlagenheit resultieren.

Innere Kämpfe dieser Art können sehr kräftezehrend sein und mit einer Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit sowie einer Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen (Exline, 2018; Murken & Reis, 2011). Bei interpretativen Prozessen dieser Art spricht man in der Fachliteratur auch von negativem religiösem Coping. Hier besteht eine Aufgabe der begleitenden Gesundheitsfachkraft darin, derartige negative und maladaptive Interpretationen im gemeinsamen Gespräch behutsam-kritisch zu hinterfragen und den Patienten zu einer kognitiven Umstrukturierung und einem positiven Reframing des Krankheitsprozesses zu geleiten. Denn umgekehrt kann eine solche Erkrankung, aus einer positiven und wachstumsorientierten Sichtweise wahrgenommen, etwa dazu dienen, die eigene Spiritualität und die Hingabe an diese zu vertiefen oder aber auch die Krankheit als Möglichkeit zu tiefgreifenden seelischen Wachstums- und Reifungsprozessen zu verstehen. Auch kann allein die Tatsache, womöglich erstmals über diese zuvor verborgenen Ängste und Sorgen mit jemandem sprechen zu können, für den Patienten schon eine große Erleichterung und Hilfe bedeuten.

Vor dem Hintergrund einer Metaanalyse der empirischen Studien aus dem deutschsprachigen Raum zum Thema Spiritualität/Religiosität und psychische Gesundheit empfehlen Zwingmann und Hodapp (2018) die individuell gelebte Religiosität bzw. Spiritualität des Patienten im Rahmen präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen grundsätzlich zu erfassen. Angesichts des Befundes einer deutlich stärker ausgeprägten negativen Korrelation zwischen einem „negativen Umgang mit Religion oder Gott“ („negatives religiöses Coping“) und psychischer Gesundheit im Vergleich zu anderen R/S-Maßen, die überwiegend leicht positive Zusammenhänge ergaben, raten die Autoren zudem an, bei der Erhebung insbesondere die negativen religiös-spirituellen Aspekte in den Blick zu nehmen, um mögliche Belastungspotenziale zu identifizieren.

## **Das Identifizieren und Aktivieren von spirituellen Ressourcen**

Die Aktivierung der persönlichen Ressourcen des Patienten gilt in der Psychotherapieforschung als ein zentraler Mechanismus der Unterstützung von psychotherapeutischen Wandlungsprozessen sowie der Besserung von Gesundheits-Outcomes und des subjektiven Wohlbefindens (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Von daher besteht eine weitere Aufgabe im Tätigkeitsfeld von Spiritual Care darin, die möglichen spirituellen Ressourcen des Patienten zu explorieren und den Zugang dazu zu unterstützen (Vieten & Scamell, 2015).

Um ein Gefühl dafür zu bekommen, in welchem Ausmaß vergangene oder gegenwärtige spirituelle Praktiken und Glaubensüberzeugungen sich als Stärken oder Ressourcen erwiesen haben, empfehlen die beiden klinischen Psychologen Vieten und Scamell beispielsweise, die folgenden Fragen zu stellen (Vieten & Scamell, 2015, S. 147f., Übers. LH):

- Gibt es da etwas im Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen spirituellen Praxis, das dazu führt, dass Sie sich mental oder emotional besser fühlen?
- Gibt es diesbezüglich etwas, das Ihnen in der Vergangenheit geholfen hat?
- Gibt es da Aspekte Ihrer spirituellen Orientierung, die dazu beitragen, Schwierigkeiten zu bewältigen und gute Entscheidungen zu treffen?
- Gibt es da etwas, das Sie sich stärker oder weniger einsam, deprimiert oder ängstlich fühlen lässt?

Vieten und Scamell unterscheiden zudem zwischen äußeren und inneren spirituellen Ressourcen. Äußere spirituelle Ressourcen können zum Beispiel die Mitglieder der eigenen spirituellen Gemeinschaft sein oder aber auch ein spiritueller Lehrer. Auch weitere Aktivitäten im Zusammenhang mit der spirituellen Gemeinschaft, wie etwa die Inanspruchnahme von spiritueller Anleitung oder Beratung oder die Teilnahme an Kursen und Vorträgen zu spirituellen Themen, sind mögliche äußere Ressourcen. Hier kann man z.B. erfragen, wie häufig die Patienten unter normalen Bedingungen derartige spirituelle Angebote wahrnehmen. Soziale Zusammenkünfte dieser Art können ein wichtiges Gegenmittel gegen Isolation sein und soziale und emotionale Unterstützung bieten. Erbauliche Worte bei einem Vortrag oder einer Zusammenkunft zu hören, kann zudem Trost und Halt spenden. Schließlich hilft dies dabei, den Alltag zu strukturieren. Man kommt aus dem Haus und einer Negativspirale des Grübelns kann so entgegengetreten werden. Wo möglich, gilt es, die Wiederaufnahme von solchen Aktivitäten zu fördern – wobei dies selbstredend einen entsprechenden Gesundheitszustand voraussetzt. Auch ist dies in der Regel vor allem während der Phasen nach einem Klinikaufenthalt oder zwischen zwei Klinikaufenthalten möglich.

Vor allem im Klinikkontext kann es hilfreich sein, den Patienten darin zu bestärken, eine frühere spirituelle Praxis wie Yoga, Meditation, Gebet oder einen anders gearteten Zugang wiederaufzunehmen, der dazu dient, einen Ort der Stille und der Transzendenz im eigenen Inneren zu erfahren. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Büchern, Zeitschriften, Audio- oder Videoaufnahmen, Webseiten bis hin zu Smartphone-Apps im Zusammenhang mit religiösen oder spirituellen Glaubensüberzeugungen und Praktiken. Man kann explorieren, welche davon in der Vergangenheit für den Patienten hilfreich waren, und den Zugang zu solchen Materialien unterstützen. Und man kann derartige Materialien auch in einer Klinikbibliothek zur Verfügung stellen. Sie können wesentliche Quellen des Vertrauens, der Hoffnung, des Sinns und der Bedeutungshaftigkeit erschließen.

## **Spirituelle Bedürfnisse und Anliegen**

Spirituelle Bedürfnisse und Anliegen sind je nach Behandlungskontext und Möglichkeiten ebenfalls zu explorieren und zu unterstützen. Mögliche spirituelle Anliegen von Patienten können z.B. sein: Hoffnung und Sinn wiederzufinden, die Beziehung

zu Gott oder einer höheren Macht zu stärken, unter solchen erschwerten Bedingungen eine positiv-stärkende Beziehung zur spirituellen Gemeinschaft aufrechtzuerhalten, Gefühle von Zorn, Frustration oder der Enttäuschung gegenüber dem Göttlichen zu bearbeiten und aufzulösen, zu verstehen, wie die Geschehnisse mit dem Wirken einer höheren Macht zu vereinbaren sind, Schritte der Vergebung hinsichtlich belastender Beziehungen einzuleiten oder sich der Gegenwart und Führung des Göttlichen im täglichen Leben wieder stärker bewusst zu sein (vgl. Hefti, 2011, S. 619).

In einer kulturübergreifenden Studie an Patienten mit Krebserkrankungen berichtete ein Drittel der befragten Patienten von unbefriedigten spirituellen oder existenziellen Bedürfnissen, 40 % gaben an, Hilfe bei der Sinnsuche zu brauchen, 42 % Hilfe beim Finden von Hoffnung und 39 % Hilfe beim Finden spiritueller Ressourcen. 43 % der Patienten wünschten sich jemanden, mit dem sie über das Erlangen von innerem Frieden, den Sinn des Lebens (28 %) sowie Tod und Sterben (25 %) sprechen können (Moadel et al., 1999).

Ein Instrumentarium für die strukturierte Erfassung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von chronisch erkrankten Patienten wurde mit dem Spiritual-Needs-Fragebogen von Büssing et al. (2011 b; s. a. Büssing, 2011 a) vorgelegt. Die Intention dieses Instrumentes besteht darin, durch die gezielte Identifizierung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten und deren Berücksichtigung im Rahmen der Behandlung wesentliche Aspekte der Lebensqualität zu verbessern. Weitere Möglichkeiten der Exploration von Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen, die zum Verbalisieren der Erfahrungen anregen und mit einer bildlichen Darstellung verbunden sind, wären spirituelle Geschichten, spirituelle Lebenskarten, spirituelle Genogramme, spirituelle Ökogramme, oder spirituelle Ökogramme (Zumstein-Shaha & Alder, 2018).

## **Einige Beispiele spirituell-psychologisch orientierter Interventionen**

### **Krankheit und Sterben aus der Perspektive existenzieller Entfremdung**

Im letzten Abschnitt meines Beitrags möchte ich exemplarisch einige Zugänge beschreiben, die mir in der spirituell-psychologisch orientierten Begleitung von krebskranken Patienten hilfreich erscheinen.

Ein vielversprechender Zugang scheint mir zu sein, eine schwere Krankheit unter der Perspektive von Entfremdungsprozessen zu verstehen. So unterscheidet der Palliativpsychologe Daniel Berthold (2014) in Anlehnung an die existenzielle Psychotherapie drei Formen des subjektiv erlebten Getrenntseins, welches Patienten erleben können:

- ein Getrenntsein von sich selber, ein sogenanntes „intrapersonelles Getrenntsein“ aufgrund der innerlich ablaufenden Prozesse und Veränderungen
- ein Getrenntsein von seiner sozialen Umwelt, ein sogenanntes „interpersonelles Getrenntsein“, u. a. bedingt durch kommunikativ-soziale Konflikte, die im Verbund mit der Erkrankung auftreten können
- und schließlich das Gefühl eines grundsätzlichen Getrenntseins – im Sinne einer existenziellen Isolation

Berthold formuliert seine Überlegungen mit Blick auf die palliativpsychologische Arbeit. Meines Erachtens ist eine solche Herangehensweise grundsätzlich

auch bei schweren, nicht-terminalen Erkrankungen sinnvoll. In Bezug auf die spirituall-psychologische Arbeit mit dem Patienten besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, diesen drei Formen des Isolationserlebens mit adäquaten psychologischen Interventionen entgegenzuwirken und durch die Erschließung verschiedener Arten von Sinnperspektiven eine entsprechend ausgerichtete Reintegration zu ermöglichen. Spiritualität im engeren Sinne meint gemeinhin die Einbindung des Menschen in einen umfassenderen Kontext – im Sinne von „Re-ligio“. Das therapeutische Antidot zu einem Zustand des existenziellen Getrenntseins wäre folglich in der Arbeit mit Patienten, „die Einbindung des eigenen Selbst an ein transzendentes Prinzip“ zu unterstützen (ebenda, S. 238). Berthold (2014, S. 239) beschreibt dies wie folgt: „Im Grunde steht der spirituellen Bedürfnislage sterbender Patienten damit eine *spirituelle Öffnung* ... im Sinne einer Selbsttranszendenz gegenüber, die das Bewusstsein über die räumlich und zeitlich erfahrene Begrenzung und Relativität des Egos hinausführt.“

Auch der Psychologe, Philosoph und Wissenschaftshistoriker Harald Walach (2018) diskutiert Krankheitsprozesse in seinem Band *Heilung kommt von innen* unter der Perspektive der Entfremdung. Demzufolge sind Krankheitsprozesse auf einer grundlegenden Ebene auf Prozesse der Entfremdung zurückzuführen, die auf verschiedenen Dimensionen angesiedelt sein können. So können wir uns entfremdet fühlen von uns selbst, von unserem sozialen Umfeld, von unserem Eingebettetsein in die Natur oder aber auch von unseren tiefsten Lebensintentionen, von unserem „Wesenskern“. Das Ziel der Therapie besteht Walach zufolge dementsprechend darin, gemeinsam herauszufinden, wie es um die einzelnen Dimensionen im persönlichen Leben bestellt ist, und eine entsprechende Neukonstruktion des eigenen Lebenskontextes einzuleiten.

Dies entspricht im Grunde genommen einer ganzheitlichen Sichtweise, wie sie mittlerweile auch in vielen Bereichen des Gesundheitssystems angestrebt wird. Ich habe manchmal jedoch den Eindruck, dass diese ganzheitliche Perspektive in der Praxis des Klinikalltags dann doch häufig hinter unserem Wissensstand und den bekundeten Zielsetzungen zurückbleibt. Krankheit – so viel wissen wir – ist zumeist multifaktoriell bedingt. Von daher ist es sinnvoll, auch im Heilungsprozess möglichst alle potenziellen Wirkfaktoren anzusprechen. Welcher davon dann im Heilungsprozess den Ausschlag gibt, darüber haben wir nur begrenztes Wissen. Vielmehr müssen wir von einer synergetischen und kumulativen Wirkung der verschiedenen Faktoren ausgehen. So gesehen können auch alle Faktoren, die für den Patienten *wesentlich* sind und die sein subjektives Wohlbefinden stärken, sich als für den Gesundungsprozess relevant erweisen.<sup>6</sup> Jenseits von Symptomreduktion und Gesundungsprozessen ist „heil sein“ seiner Etymologie gemäß jedoch vor allem im Sinne von „Ganzwerdung“ als eine tiefgreifende Integration all unserer Wesensaspekte zu verstehen. Gerade in einem solchen Sinne können sich auch psychologische und spirituelle Hilfestellungen als äußerst wichtig erweisen.

---

6) Mögliche Ausnahmen hiervon sind beispielsweise abträgliche pharmakologische Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Wirkstoffen, wie z.B. Medikamenten und Vitaminen oder Nahrungsergänzungsmitteln, die es stets zu bedenken gilt.

Eine schwere Erkrankung bringt üblicherweise all unsere gewohnten Lebensabläufe mehr oder weniger zum Stillstand. Sie kann daher eine mehr oder weniger erzwungene Gelegenheit sein, unsere Lebenssituation einer Generalüberprüfung zu unterziehen. Und in einem solchen Sinne würde ich Spiritualität gänzlich immanent mit dem in Verbindung bringen wollen, was uns im innersten Kern angeht, mit unseren tieferen Anliegen und Werten, mit den Dingen und Tätigkeiten, die unsere Seele erfüllen und die uns eine tiefe Zufriedenheit und Freude vermitteln. Krankheit kann immer eine Gelegenheit sein, genauer hinzuschauen, wo wir in unserem Leben gerade stehen und inwiefern wir – möglicherweise, ohne es zu realisieren – den Kontakt zu diesen Dingen verloren haben. Wir können neu schauen, wo wir uns in unserem alltäglichen Leben von dem entfernt haben, was uns wirklich im Innersten angeht. Wir können uns fragen, woraus wir in früheren Lebensphasen Erfüllung, Sinn und Freude geschöpft haben, und wo immer möglich, diesbezüglich eine Kurskorrektur vornehmen. Der Benediktinerpater David Steindl-Rast definiert Spiritualität demgemäß als „hochgradige Lebendigkeit“ – in Anlehnung an den Begriff „spiritus“, der auch mit „Geist, Atem, Hauch“ als das bewegende Prinzip schlechthin beschrieben wurde. Jeder von uns muss sich fragen: „Wie erlebe ich Lebendigkeit?“ „Wo bin ich am lebendigsten?“ Dort beginnt für ihn Spiritualität (Steindl-Rast, 2012).

Krankheiten können zuweilen tiefgreifende seelische Ursachen haben, darüber wissen wir meines Erachtens zu wenig. Aber wir haben wohl alle schon Fälle erlebt oder von ihnen gehört, in denen psychische Kurskorrekturen verbunden mit entsprechenden Veränderungen der Lebensweise zu erstaunlichen Heilungsprozessen geführt haben. Und selbst dort, wo all dies nicht zu einer Symptomreduktion führt, trägt eine solche Herangehensweise doch gewiss zu einer höheren subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit bei.

### **Arbeit mit heilsamen inneren Bildern**

Ein weiterer Zugang, der mir für die Stärkung der eigenen Selbstheilungskräfte nützlich erscheint, ist die Arbeit mit inneren Bildern. Imaginierte innere Helferfiguren und Bilder von heilsamen und sicheren Orten werden mittlerweile unter unterschiedlichen Begrifflichkeiten und in den verschiedensten psychotherapeutischen Kontexten miteinbezogen. Ich selbst habe unter anderem eine Ausbildung in therapeutischer Psychosynthese nach Roberto Assagioli absolviert. Dies ist ein tiefenpsychologisch fundierter Ansatz, der die transpersonale Dimension in der therapeutischen Arbeit explizit miteinbezieht. Die Psychosynthese ist ein methodenübergreifendes Verfahren und sie nutzt u. a. Elemente aus der Gestalttherapie, den kreativen Therapien, den achtsamkeitsbasierten Ansätzen und dem katathymen Bilderleben.

In der Arbeit mit Patienten werden zur Unterstützung von Prozessen der Integration und der Anbindung an spirituell-transpersonale Bewusstseinsqualitäten in geführten inneren Reisen zuweilen spezifische evokative Bilder verwendet, so zum Beispiel eine Wanderung zum Tempel der Stille oder der Aufstieg aus den Niederungen des Alltags zu einem Berggipfel, auf dem man einer weisen Person oder einem weisen Wesen begegnet. In ganz ähnlicher Weise wird in der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie im Kontext von ressourcenorientierten Meditationen ein

breites Spektrum an möglichen Motiven angeboten, so z. B. in Bezug auf ein Wesen, welches für den Klienten die Qualitäten des Mitgefühls und der Weisheit verkörpert. Das offerierte Spektrum reicht hierbei von einem geliebten Haustier über vertraute Bezugspersonen bis hin zu einem spirituellen Wesen oder Lehrer. Dem Klienten wird es hierdurch ermöglicht, den eigenen Resonanzen entsprechend das für ihn stimmige Bild in seinem eigenen Inneren entstehen zu lassen und daraus auch für die Zukunft Kraft zu schöpfen (siehe hierzu etwa Pollak, Pedulla & Siegel, 2015, S. 168).

Bei spirituell affinen Personen können in einem solchen Kontext auch Helfer und Erfahrungen mit einer stark numinosen Qualität auftauchen. Solche inneren Reisen können Erfahrungen von tiefem Frieden und der Unterstützung durch eine Quelle auslösen, die umfassender ist als das persönliche Selbst. Auch können sie überraschende und wegleitende Botschaften hinsichtlich virulenter Fragen erschließen und dadurch das Selbstwirksamkeitserleben fördern. Interessanterweise bin ich hierzu gerade auf ein, wie ich finde, äußerst spannendes aktuelles Buch gestoßen. Die Autorin Gisela Cöppicus Lichtsteiner ist klinische Psychologin, Daseinsanalytikerin und Therapeutin für katathym imaginative Therapie. Basierend auf Fallbeispielen aus der eigenen therapeutischen Praxis vertritt sie die These, dass katathyme Imaginationen spirituell-religiöse Erfahrungen ermöglichen können, die selbst in den schwierigsten Situationen der Therapie noch zu existenzieller Wiedergutmachung des Leidens und zu seelischem Wachstum führen können. Sie schreibt: „Spontane oder induzierte religiös-existenzielle Begegnungen in der Imagination ermöglichen ... eine Heilung des Grundes und Kerns der Persönlichkeit“ (S. 67). In diesem Zusammenhang wirft sie auch die Frage auf, „ob eine eigentliche ‚Transzendente Funktion‘ als vierte Wirkdimension im therapeutischen Geschehen der katathym imaginativen Psychotherapie postuliert werden könnte – in Ergänzung zu den drei bekannten Wirkdimensionen ‚Bearbeitung unbewussten Konfliktmaterials‘, ‚Befriedigung archaischer Bedürfnisse‘ und ‚Entfaltung kreativer Problemlösungen‘“ (ebenda, S. 69).

### **Anleitung zu Achtsamkeit und Selbstmitgefühl**

Im Umgang mit körperlichen oder seelischen Erkrankungen erweisen sich auch achtsamkeitsbasierte Ansätze und Ansätze zur Förderung von Selbstmitgefühl als wertvolle Mittel zur Unterstützung der Selbstregulation und des subjektiven Wohlbefindens. Deren positive Auswirkungen auf verschiedenste Störungsbilder und Belastungssituationen sind durch eine Vielzahl an empirischen Studien gut belegt (Grossman et al., 2004; Germer, 2013), auch in der Behandlung von Krebspatienten (DGHO, 2017).

Die Anleitung zu einer Praxis der Achtsamkeit unterstützt Patienten dabei, negative Kreisläufe des ständigen Grübelns zu unterbrechen, Abstand zu belastenden Gefühlszuständen zu bekommen, reaktive Verhaltensmuster zu unterbrechen, Zugang zu einem Ort der inneren Zentriertheit und der Stille zu erhalten, eine Haltung der Akzeptanz zu kultivieren und die vermeintlich kleinen Dinge des Alltags, die gerade in einer Krankheitsphase so wichtig sein können, wieder bewusster wahrzunehmen und wertzuschätzen. Sie gibt dem Patienten eine Möglichkeit an die Hand, selbst etwas für seinen inneren Zustand zu tun und damit Einfluss auf

das Krankheitsgeschehen zu nehmen. Dadurch wird auch sein Selbstwirksamkeitserleben gestärkt. Wenngleich diese Ansätze, Programme und die zugehörigen Materialien vollkommen säkular konzipiert sind und auch von nicht gläubigen Patienten gewinnbringend genutzt werden können, so besitzen sie aus verschiedenen Gründen dennoch eine Nähe zu spirituellem Gedankengut. Von daher dürften sich spirituell orientierte Patienten womöglich besonders von solchen Ansätzen angesprochen fühlen und daran anknüpfen können.

Die Förderung und Anleitung zu Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl dürfte gerade für Menschen, die unter einer schweren Erkrankung leiden, ein wesentliches Agens sein, um die eigenen schwierigen Gefühle bewusster wahrzunehmen und sich diesen mit einer liebevoll-fürsorglichen Haltung zuzuwenden, anstatt sich zu verschließen, zu verhärten, sich zu kritisieren oder sich selbst zu überfordern. Neurophysiologischen Mechanismen des Bedrohungssystems (Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin) und den daraus resultierenden dysregulativen Stresskreisläufen kann hierdurch entgegengewirkt werden. Anstelle dessen wird die Aktivierung des neurophysiologischen „Fürsorgesystems“ (Ausschüttung von Oxytocin und körpereigenen Opiaten) gefördert, was mit einem subjektiven Empfinden von nährenden und schützenden Qualitäten einhergeht (Germer, 2013).

Zu diesen achtsamkeits- und mitgeföhlbasierten Ansätzen liegen mittlerweile sowohl 8-wöchige Kursmodule vor, an denen man in einem Gruppenkontext teilnehmen kann, wie auch eine Vielfalt an Audiomaterialien und Büchern, die man selbständig je nach aktueller Befindlichkeit und Kapazität nutzen und praktizieren kann.

## Abschließende Beurteilung

Was die Integration von Spiritualität in die Patientenversorgung angeht, so lassen sich große Fortschritte verzeichnen. Mittlerweile gibt es eine Fülle an qualitativ hochwertiger Fachliteratur zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Einbeziehung der spirituellen und religiösen Dimension in die Psychotherapie und Gesundheitsversorgung. Darin werden Praxisstandards, ethische Richtlinien, Prozeduren der informierten Einwilligung sowie mögliche Modelle einer Integration vorgestellt. Gleichwohl gibt es nach wie vor auch viele Fragen, die recht kontrovers diskutiert werden. Der Umgang mit religiösen und spirituellen Themen und die Entwicklung und Implementierung von integrativen Ansätzen erfordern eine hohe Sensibilität, spezifische Fachkenntnisse und nicht zuletzt auch eigene Erfahrungen bezüglich der zugrunde liegenden Traditionen und Methoden. Fragen dieser Art erfordern ein interdisziplinäres Vorgehen, die Reflexion der professionellen Zuständigkeitsbereiche und deren Grenzen, die Klärung von wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Fragen und nicht zuletzt eine wissenschaftlich-empirische Überprüfung und Validierung der verwendeten Verfahren.

Ganz abgesehen davon stellt sich für mich jedoch die grundsätzliche Frage: „Wie viel Einbeziehung von Spiritualität ist im Krankenhausalltag und bei niedergelassenen Spezialpraxen oder Hausärzten mit ihrem Mangel an Personal und bei engem Zeitbudget sowie geringer Privatsphäre überhaupt möglich?“ Meine vorherigen Ausführungen lassen diese Frage außer Acht. Sie waren vor allem dazu gedacht,

einen ersten Überblick zu den diesbezüglich relevanten Fragestellungen und Vorgehensweisen zu vermitteln. Doch selbst wenn es dem behandelnden Arzt oder der zuständigen Gesundheitsfachkraft an Zeit und möglicherweise auch Kompetenz mangelt, die erforderlichen Aufgaben einer spirituell orientierten Begleitung selbst zu übernehmen, so wäre schon viel gewonnen, wenn die genannten Fragen im Rahmen einer Anamnese gezielt angesprochen würden, um die diesbezüglich relevanten Informationen zu erhalten. Daran anknüpfend könnte man in einem weiteren Schritt bei Bedarf und im Idealfall gezielt kompetente Ansprechpartner für die jeweilige Problematik, Aufgabenstellungen und Patientenbedürfnisse benennen und an diese verweisen.

### Literatur

- Berthold, D.* (2014): Palliativpsychologie. Spiritualität als tragende Säule eines klinisch-psychologischen Anwendungsfachs. *Spiritual Care* 3(3): 232–240.
- Berthold, D., Gramm, J., Gaspar, M., Sibelius, U.* (2017): Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Büssing, A.* (2011 a): Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit Krankheit. In: A. Büssing, N. B. Kohls (Hrsg.): *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 107–122). Berlin, Heidelberg: SpringerMedizin.
- Büssing, A., Lux, E. A., Janko, A., Kopf, A.* (2011 b): Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse bei Patienten mit chronischen Schmerz- und Krebserkrankungen. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 41: 69–73.
- Cöppicus Lichtsteiner, G.A.* (2019): Wenn der Lebensfaden brennt: Spirituell-religiöse Erfahrungen Traumatisierter in der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.* (Hrsg.) (2017): Achtsamkeit. Abgerufen am 16.03.2021 von <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/achtsamkeit/@@guideline/html/index.html>
- Exline, J. J., Rose, E. D.* (2018): Religiöse und spirituelle Konflikte. In: C. Zwingmann, C. Klein, F. Jeserich (Hrsg.): *Religiosität: Die dunkle Seite. Beiträge zur empirischen Religionsforschung* (S. 65–91). Münster: Waxmann.
- Frick, E., Weber, S., Borasio, G. D.* (2002): SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer „spirituellen Anamnese“. Abgerufen am 16. 3. 2021 unter <https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/SPIR.pdf>
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S., Borasio, G. D.* (2006): A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal for Cancer Care* 15(3): 238–43.
- Germer, C.* (2013): Die Entwicklung von Selbstmitgefühl. In: U. Anderssen-Reuster, P. Meibert, S. Meck (Hrsg.): *Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining: Methoden einer achtsamen Bewusstseinskultur* (S. 199–215). Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M.* (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63–73.
- Heelas, P., Woodhead, L.* (2004): *The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality*. Malden MA: Blackwell Publishing.
- Hefti, R.* (2011): Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions* 2: 611–627.
- Hofmann, L.* (2011): Spirituelle oder religiöse Orientierung und deren Auswirkung auf die psychotherapeutische Tätigkeit. In: A. Büssing, N. B. Kohls (Hrsg.): *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (S. 173–192). Berlin, Heidelberg: SpringerMedizin.
- Jacobowitz, S.* (2017): Überlegungen zur postmodernen Spiritualität. Besonderheiten, Chancen, Risiken. *Bewusstseinswissenschaften: Transpersonale Psychologie und Psychotherapie* 23(1): 21–31.
- Klein, C., Albani, C.* (2011): Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: C. Klein, H. Berth, F. Balck (Hrsg.): *Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 215–247). Weinheim: Juventa.

- Klein, C., Berth, H., Balck, F.* (2011): Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze. Weinheim: Juventa.
- Lukoff, D.* (2014): From personal experience to clinical practice to research: A career path leading to public policy changes in integrating spirituality into mental health. *Spirituality in Clinical Practice* 1(2): 145–152.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., Dutcher, J.* (1999): Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology* 8(5): 378–385.
- Murken, S., Reis, D.* (2011): Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung. In: C. Klein, H. Berth, F. Balck (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze (S. 321–333). Weinheim: Juventa.
- Pollak, S., Pedulla, T., Siegel, R.* (2015): Gemeinsam sein: Grundlegende Kompetenzen für die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. Freiburg: Arbor.
- Schnell, T.* (2011): Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung. In: C. Klein, H. Berth, F. Balck (Hrsg.): Gesundheit – Religion – Spiritualität: Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze (S. 259–271). Weinheim: Juventa.
- Steindl-Rast, D.*: Dankbarkeit als spiritueller Weg. Radio Vorarlberg/ORF-Interview vom 05.01.2012. Abgerufen am 16.03.2021 von <https://vorarlberg.orf.at/v2/radio/stories/2514404/>
- Vieten, C., Scamell, S.* (2015): Spiritual and religious competencies in clinical practice: Guidelines for psychotherapists and mental health professionals. Oakland: New Harbinger.
- Walach, H.* (2018): Heilung kommt von innen: Selbstverantwortung für die Gesundheit übernehmen. München: Knaur MensSana.
- Zumstein-Shaba, M., Alder, J.* (2018): Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose? *Spiritual Care* 7(3): 281–291.
- Zwingmann, C., Hodapp, B.* (2018): Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit: Zentrale Ergebnisse einer Metaanalyse über Studien aus dem deutschsprachigen Raum. *Spiritual Care* 7(1): 69–80.

### **Spiritual, but not religious? Reflections on the inclusion of the spiritual dimension in the treatment of non-religiously bound cancer patients**

**Summary:** The inclusion of the spiritual dimension in the treatment of chronic and serious illnesses is nowadays firmly anchored under the term “Spiritual Care” in the daily clinic routine of a holistic and interprofessionally oriented health care. One of the common approaches to structuring further training in the field of Spiritual Care is to reflect on the respective religion-specific characteristics that are important in the treatment of religiously bound patients of the different world religions. In addition, the present contribution takes a look at the growing group of Western individuals as a possible patient group who no longer feel at home in the traditional institutionalized forms of religiousness and instead turn to one of the manifold manifestations of a personally shaped, non-religiously bound spirituality. This article explores the question of what spiritual needs, struggles and crises such patients can experience and how we can assess and address them as accompanying health care professionals. The focus is on psychological-psychotherapeutic perspectives.

**Keywords:** spirituality, spiritual care, psycho-oncology, chronic diseases, psychotherapeutic approaches

**Kontakt:** [hofmann@igpp.de](mailto:hofmann@igpp.de)  
[www.igpp.de/eks/liane\\_hofmann.htm](http://www.igpp.de/eks/liane_hofmann.htm)