

Meredith B. McGuire

Religion, Gesundheit und Krankheit

Verschiedene sozio-historische Prozesse haben mittlerweile eine Situation geschaffen, in welcher die Verbindung zwischen Religion auf der einen Seite und Gesundheit, Krankheit und Heilung auf der anderen Seite in so hohem Maße problematisch geworden ist, daß die Aufmerksamkeit gerechtfertigt ist, die ihr z. B. in diesem CONCILIUM-Heft zuteil wird. Wir werden einige dieser Prozesse (insbesondere die institutionelle Unterscheidung zwischen Religion und Medizin, den fortschreitenden Einfluß der Medizin in vielen Lebensbereichen und die Rationalisierung der Medizin) kurz untersuchen. Jeder dieser Prozesse hat nicht nur bedeutende Probleme für die Kranken selbst geschaffen, sondern auch gesellschaftlich-strukturelle Hindernisse sowohl für die Religion als auch für die Medizin errichtet in Hinsicht auf den Umgang mit den Bedürfnissen der Kranken. Und zum Schluß erhebt dieser Aufsatz die Forderung nach neuen (und nicht nach alten aufpolierten) Antworten der Religion auf die Fragen nach dem Leiden der Kranken und Sterbenden.

Ursachen der Trennung

Welche Prozesse haben die Bedeutung der Religion für Gesundheit und Krankheit problematisch gemacht? Warum sollte unsere Gesellschaft daran zweifeln, daß die Religion ein integrierender Bestandteil des Schutzes der Gesundheit, des

Heilens von Krankheiten und der Antworten auf die Nöte von Leidenden und Sterbenden ist?

Institutionelle Unterscheidung

Während traditionellerweise Krankheit und Heilung mit zahlreichen anderen institutionellen Bereichen (besonders Religion und Familie) verflochten waren, hat sich die westliche Medizin mehr und mehr von diesen anderen institutionellen Domänen abgesetzt. Lange bevor es den Beruf des Mediziners gab, war Heilung die Aufgabe von Müttern oder Ammen, von Kräutersammlern und Volksheilern, von Ordensleuten, Hebammen usw. Die Differenzierung der Medizin beinhaltete die Entwicklung eines ganz bestimmten Wissensschatzes, eines Heers von Spezialisten, die diesen Wissensschatz und seine Anwendung kontrollieren, und der öffentlichen Anerkennung (oder Legitimation) der Autorität von medizinischen Spezialisten. Obwohl die Wurzeln dieser Differenzierung der Medizin mindestens bis auf die frühe griechische und persische Medizin zurückgehen, hat die Medizin erst in diesem Jahrhundert eine so große Legitimierung und Spezialisierung erreicht, daß sie eine professionelle Dominanz aufbauen konnte und einen großen Anteil von Funktionen übernahm, die früher von Religion, Familie oder anderen Institutionen mitgetragen oder kontrolliert worden waren (Freidson, 1970).

Darüber hinaus hat die institutionelle Differenzierung eine ausgedehnte interne Spezialisierung der westlichen Medizin bewirkt, die größtenteils der Ausdehnung der weitgefächerten bürokratischen Hintergründe für Studium und Praxis der Medizin und den mächtigen zugrundeliegenden Voraussetzungen des Paradigmas der Biomedizin selbst zuzuschreiben sind (dazu später mehr). Eine Folgeerscheinung der institutionellen Differenzierung moderner Medizin besteht beispielsweise darin, daß sie sich auf die Krankheiten, die als bestimmte Pathologien definiert werden, und nicht auf die kranken Personen konzentriert. Wenn wir akzeptieren, daß ein solch spezielles Augenmerk auf biophysische Pathologien für die Heilung ausreichend ist, dann gibt es allerdings keinen Grund, danach zu fragen, was die Religion den Kranken bieten kann. Dieses differenzierte Modell der Medizin schreibt den Antworten der Religion auf Krankheit periphere (wenn auch wertvolle) nicht-heilende Rollen zu,

so wie zum Beispiel Trost für die Sterbenden oder Hilfe für Menschen mit chronischen Krankheiten und für Menschen, die unfähig sind, ihr Schicksal zu meistern. Dieses medizinische Modell begrenzt nicht nur die Wirksamkeit der medizinischen Heilung (dazu später mehr), sondern unterschätzt auch die Macht nicht-medizinischer Möglichkeiten von Heilung.

Der wachsende Einfluß der Medizin

Der Begriff der Gesundheit ist ein *gesellschaftliches Ideal*, das innerhalb der verschiedenen historischen Perioden und innerhalb der verschiedenen Kulturen sehr unterschiedlich geprägt ist. Das Amerika des 19. Jahrhunderts beispielsweise definierte die ideale Frau der Oberschicht als blaßhäutig, fragil und empfindlich; eine robuste Gesundheit implizierte einen Mangel an Vornehmheit. In anderen Zeiten, Kulturen oder Subkulturen dagegen konnte «Gesundheit» charakterisiert werden als physische Stabilität, Fruchtbarkeit, Geistigkeit, Dickleibigkeit oder Jugend. Die Werte der jeweiligen Kulturen hinsichtlich des allgemeinen Wohlergehens und der erwünschten menschlichen Qualitäten verkörpern sich in ihrem Ideal von Gesundheit.

Krankheit ist daher eine Form von Deviation (d.h. ein Abweichen von den allgemein etablierten Normen). Gemäß Durkheim dagegen bedeutet allein die Existenz sozialer Normen — wie auch immer sie definiert sein mögen —, daß es in allen Gesellschaften diese Deviation (Abweichung) geben muß. Er argumentiert, daß die gesellschaftliche Reaktion auf die Deviation «vor allem dazu dient, sich nach den konformen (nicht-abweichenden) Menschen zu richten. . .» ([1893] 1964: 108). Die Reaktion auf Krankheit dient also dazu, die Normen und Ideale einer Gesellschaft für Kranke und Gesunde nachhaltig zu befestigen.

Eine zentrale Funktion der gesellschaftlichen Reaktionen auf Krankheit ist die soziale Kontrolle (d.h. die Gesellschaft versucht, das Verhalten ihrer Mitglieder innerhalb ihrer Normen durch Mittel wie Abschreckung, Anreiz, Belohnung und Bestrafung zu kontrollieren). Ob eine soziale Gruppe das Individuum straft, hängt weitgehend von ihrer Definition ab, ob das Individuum für sein abweichendes Verhalten verantwortlich ist oder nicht. Zum Beispiel variiert die Reaktion der Menschen auf Kranke je nach ih-

rem Urteil darüber, ob die Kranken simulieren, ihre Krankheit selbst verschuldet haben, oder «unschuldige» Opfer einer Krankheit sind. Überall in der Geschichte sind religiöse, gerichtliche oder medizinische Institutionen in dreifacher Hinsicht wichtige Mittel der sozialen Kontrolle gewesen: Definition der Abweichung, Bestimmung der Verantwortlichkeit und Verwaltung der Bestrafung.

Die meisten modernen Gesellschaften zeichnen inzwischen eine *medizinische Definition der Deviation*; d.h. medizinische Definitionen von Abweichung und medizinische Methoden der sozialen Kontrolle haben sich durchgesetzt und überdecken religiöse und andere Definitionsansätze über die Deviation. Tatsächlich ist «Schlechtigkeit» gleich «Krankheit» geworden (Conrad und Schneider, 1980). Die Anziehungskraft medizinischer Definitionen von Deviation als «Krankheit» ist verständlich. Religiöse Definitionen erscheinen als zu unrationale, und in religiös pluralistischen Gesellschaften fehlt ihnen die gesellschaftsweite Anerkennung. Und obwohl sie eher als rational eingestuft werden, erscheinen die gerichtlich-gesetzlichen Definitionen über Deviation wiederum als zu abhängig von menschlichen Entscheidungen, wie beispielsweise das Urteil eines Geschworenengerichts. Im Gegenteil dazu erscheinen medizinische Definitionen über Deviation als «wissenschaftlich» und rational, basierend nicht auf menschlicher Entscheidung, sondern auf technischer Fachkenntnis.

Krankheit als der medizinische Begriff von Deviation ist jedoch *kein* neutraler wissenschaftlicher Begriff. Er ist letztlich ein moralischer Begriff, der eine Bewertung von Normalität oder Erwünschtheit etabliert (Freison, 1970: 208). Die scheinbare Rationalität der medizinischen Diagnose verschleiert einen essentiell wertenden Vorgang. Der medizinische Beruf hat kontinuierlich die Definition der Deviation verbreitet, wonach «Krankheit» ein weites Feld nicht-akzeptierten Verhaltens miteinschließt: Alkoholismus, Homosexualität, Promiskuität, Drogensucht, Brandstiftung, Selbstmord, kindliche Nervosität, Kindermißbrauch und ziviler Ungehorsam (siehe Conrad und Schneider, 1980). Darüber hinaus hat die professionelle Dominanz der Medizin in den meisten westlichen Gesellschaften die «Medizinisierung» vieler «normaler» Prozesse des menschlichen Lebens zur Folge

gehabt: Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt, Kinderernährung und -erziehung, Wechseljahre, Altern und Tod — sie alle sind unter die Schutzherrschaft medizinischer Beratung und Kontrolle gestellt worden (Zola, 1983).

Dieser Prozeß der Medizinisierung hat tatsächlich die Legitimität alternativer Definitionen von Gesundheit und Krankheit (wie z.B. diejenigen religiöser Gruppen) eingeschränkt. Er hat gleichzeitig die Macht der Kranken, der Familien und nichtmedizinischer Autoritäten eingeschränkt, was Entscheidungen über wichtige Bereiche des Lebens, der Gesundheit, der Krankheit und des Todes betrifft.

Ein hauptsächliches Merkmal der Institution «Medizin» in modernen westlichen Gesellschaften ist, daß die Funktion des Heilens von Krankheiten radikal getrennt worden ist von der Funktion, den Kranken ein Gefühl der eigenen Bedeutung und des Dazugehörens zu geben. Die medizinische Institution hat sich selbst auf das Heilen von Krankheiten (als biophysische Entität) und die körperliche Pflege von kranken Menschen festgelegt. Ärzte wenden sich nicht speziell dem Kranksein des Menschen zu: Was die Krankheit für den Menschen bedeutet, wie sie dieser erfährt, wie diese das Leben dieses Menschen beeinflusst, seine Gefühle und persönlichen Beziehungen (Kleinmann, 1988). Die Sinn und Zugehörigkeit schaffenden Funktionen der Heilung werden als relativ unwichtig behandelt und auf private Institutionen wie Religion und Familie verlagert. Die moderne Medizin betrachtet die Fragen nach Sinn und Bedeutung als nicht in Beziehung stehend mit der Verursachung oder Heilung von gesundheitlichen Problemen. Daher werden die institutionellen Strukturen getrennt — sowohl was die Autoritätsbereiche angeht wie auch in Hinsicht des gesellschaftlich-medizinischen Bereichs.

Das ungleichgewichtige Autoritätsverhältnis, das die Dominanz der Medizin bewirkt hat, so zu kritisieren, bedeutet jedoch nicht, eine Rückkehr zu der Machtausübung über diese Lebensbereiche zu empfehlen, wie sie historisch betrachtet von religiösen Gruppen vollzogen wurde. Nichtsdestoweniger ist die medizinische Autorität weder moralisch neutral eingestellt, noch dazu in der Lage, eine wirkliche Hilfestellung zu leisten, solange sie ausschließlich auf technischem Fachwissen beruht. Indem sie nur technische Kriterien gelten läßt, kann sich die Medizin beispielsweise nicht definitiv zu vielen der

schwierigen moralischen Entscheidungen in den Fragen über Leiden und Sterben (siehe etwa die ethischen und politischen Probleme bei Callahan, 1987, 1989) äußern.

Obwohl in den modernen Gesellschaften Schutzvorrichtungen zur Bewahrung einer gewissen Toleranz und Wahlfreiheit aufrechterhalten werden, müssen sie institutionalisierte Strukturen entwickeln, welche die Gruppen, die ihren Mitgliedern Orientierung, soziale und emotionale Unterstützung und konkrete Hilfe in ihren Nöten geben, legitimieren und ihnen einen Platz in der Gesellschaft bereitstellen (siehe Levin und Idler, 1981). Auch wenn diese Gruppen natürlich die traditionellen Kräfte wie etwa die traditionellen religiösen und familiären Gruppen einschließen würden, könnten sie ebenso nicht-medizinische Heiler (wie z.B. die *espiritistas*), nicht-traditionelle Religionen (wie Spiritisten-Zirkel), nicht-traditionelle Familienformen (wie nicht-verheiratete Partner) und nicht-traditionelle Selbsthilfegruppen (wie solche, in denen Menschen, welche die gleiche Krankheit oder Krise haben, sich gegenseitig helfen) einbeziehen.

Die Rationalisierung der Medizin

Ein anderer Aspekt der Modernisierung, der die Beziehung der Religion zu Gesundheit und Heilung beeinflusst, ist die Rationalisierung, die Anwendung von Kriterien einer funktionalen Rationalität auf viele Aspekte des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens. Bezogen auf die Arbeitsteilung fördert die Rationalisierung bürokratische Formen der Organisation und ein schwerpunktmäßiges Interesse an Leistung, Standardisierung und instrumentellen Kriterien für die Entscheidungsfindung, wie man es am Beispiel eines modernen Krankenhauses sehen kann. Die Rationalisierung betont außerdem rationale Erkenntnisweisen wie den Gebrauch der empirischen Evidenz zur Erklärung von Naturphänomenen ohne jeden Bezug auf nicht-natürliche Denkkategorien. Eine Nebenwirkung dieser Rationalisierung ist der Schwerpunkt auf Technologie und Technik, um das rationale Wissen in rationale Anwendung und Beherrschung zu transformieren.

Das Wissen der modernen westlichen Medizin beruht auf verschiedenen Annahmen hinsichtlich des Körpers der Krankheit und der Erkenntnisweisen. Diese Annahmen sind das Ergebnis

einer langen Geschichte des westlichen Denkens, aber sie haben gemischte Auswirkungen auf Gesundheit und Heilung. Das medizinische Modell setzt einen Geist-Körper-Dualismus voraus, in dem man davon ausgeht, daß physische Krankheiten und ihre Ursachen zweifellos innerhalb des Körpers vermutet werden können (Engel, 1977; siehe auch Gordon, 1988; Kirmayer, 1988). Nach den Prinzipien des medizinischen Modells kann der Körper getrennt von der Person, die in ihm lebt, verstanden und behandelt werden (Hahn und Kleinman, 1983).

Obwohl die philosophische Fundierung dieser Geist-Körper-Dichotomie zurückgehen mag bis auf Descartes' Unterscheidung zwischen der *res cogitans* und der *res extensa*, wurden die praktischen Fundamente wahrscheinlich im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert mit der Verlagerung des medizinischen Interesses auf klinische Observation und pathologische Anatomie gelegt. Foucault (1973) hat aufgewiesen, daß die Medizin ihre Art, den Körper zu betrachten, veränderte und dabei den starren «klinischen Blick» entwickelte. Während der Arzt früher den Körper indirekt «sah» (vermittelt durch die Beschreibungen, die die Patienten selbst über ihre Krankheitserfahrungen gaben), betonte der klinische Blick direkte klinische Observation und ärztliche Untersuchung. Aus der in steigendem Maße hochdifferenzierten pathologischen Anatomie resultierte, daß die Krankheiten hinsichtlich der Veränderungen des Gewebes, die man sehen konnte, wenn man den Körper wie in der Chirurgie oder Autopsie öffnete, abstrahierend definiert wurden. Dieser Ansatz der Abstraktion und Verbegrifflichung von Krankheiten hatte in der Praxis der klinischen Medizin (Sullivan, 1986: 344–345) massiven Einfluß auf die Trennung des Körpers von allen geistigen Elementen (z.B. Denken, Gefühle, Geist).

Eine zweite Voraussetzung der modernen Medizin ist der *physische Reduktionismus*, der davon ausgeht, daß Krankheit auf gestörte körperliche (z.B. biochemische oder neurophysiologische) Funktionen reduziert werden kann. Dieser physische Reduktionismus schließt *per Definition* gesellschaftliche, psychologische, geistige und verhaltensbedingte Dimensionen der Krankheit aus (Engel, 1977). Das Ergebnis dieses Reduktionismus zusammen mit dem Geist-Körper-Dualismus in der Medizin ist, daß eine Krankheit im *individuellen* Körper lokalisiert wird. Indem sie

solche Begriffe verwendet, ist die moderne Medizin allerdings recht dürftig ausgestattet, was ihren Umgang mit dem Elend des *gesellschaftlichen* Körpers oder mit dem Einfluß des gesellschaftlichen oder emotionalen Lebens eines Individuums auf seine physische Gesundheit betrifft. Ein anderes Ergebnis dieser kurzsichtigen Lokalisierung der Krankheiten ist die allgemeine Unaufmerksamkeit der Medizin für gesellschaftliche Bedingungen, die zur Krankheit beitragen, aber auch bei der Heilung mithelfen können. Zum Beispiel leidet ein Mensch, der an einem Computerarbeitsplatz tätig ist und der ein Handwurzelsyndrom und ein Magengeschwür entwickelt hat, wahrscheinlich an berufsbedingtem physischen und emotionalen Stress; aber der reduktionistische Schwerpunkt der Medizin lokalisiert dieses Problem eher im individuellen Körper als in den ungesunden Bedingungen, unter denen dieser Mensch arbeiten muß.

Eine dritte Voraussetzung des westlichen medizinischen Modells ist, was Dubos (1959) die «*Doktrin der spezifischen Ätiologie*» nannte — der Glaube daran, daß jede Krankheit einzeln betrachtet werden muß und daß sie auf je spezifischen, potentiell identifizierbaren Ursachen beruht. Nachdem Pasteur und Koch im 19. Jahrhundert bewiesen hatten, daß die Einimpfung bestimmter virulenter Mikroorganismen (d.h. Bakterien) in den Körper bestimmte Krankheiten verursacht, wurde die Identifikation dieser spezifischen Wirkstoffe und die Demonstration ihrer ursächlichen Verbindung mit spezifischen Krankheiten zu einem zentralen Schwerpunkt der wissenschaftlichen Medizin. Nach der Auffassung von Dubos hat diese Doktrin trotz ihrer bedeutenden theoretischen und praktischen Errungenschaften selten zu einem ganzheitlichen Verständnis der Krankheitsverursachung geführt. Er fragt, warum z.B. nur manche Menschen zu manchen Zeiten krank werden, obwohl die infektiösen Erreger doch immer und überall zu finden sind.

Obwohl die Erforschung bestimmter krankheitsverursachender Stoffe im Rahmen der Infektionskrankheiten relativ erfolgreich war, hat sie sich in der Erklärung komplexer, chronischer Krankheiten als zu simpel erwiesen. Ein anderer unerwünschter Nebeneffekt dieser Voraussetzung ist nach Dubos die Suche nach einer medizinischen «Wunderkugel», die jede Krankheit «treffen und töten» könnte. Dieses Bemühen hat

zu einer Überbetonung pharmazeutischer Produkte im «*armentarium*» (Waffenlager) des modernen Arztes geführt. Auch wenn sich einige medikamentöse Eingriffe (z.B. die Polio-Impfung) als effektiv erwiesen haben, gibt Dubos' Analyse zu verstehen, daß ein größerer Nutzen für die Gesundheit erzielt worden wäre, wenn man das Geld und die Energie der Gesellschaft in öffentliche Gesundheitsmaßnahmen und weitere Verbesserungsprogramme für die sozialen und gesundheitlichen Umweltbedingungen der Bevölkerung investiert hätte.

Eines der ältesten westlichen Bilder für das Verständnis des Körpers ist das der *Maschinen-Metapher* — eine andere implizite Voraussetzung der modernen Medizin. Gemäß dieser Metapher ist die Krankheit eine Fehlfunktion bestimmter Bestandteile des Mechanismus (so wie das «Versagen» der Lunge). Andere Kulturen verwenden andere Metaphern. Die antiken ägyptischen Gesellschaften z.B. wählten das Bild eines Flusses — die chinesische Tradition wiederum bezog sich auf das Gleichgewicht elementarer Kräfte (Yin und Yang) der Erde (Osherson und Amarsingham, 1981). Die moderne Medizin hat dieses Bild des Körpers als Maschine ausgebaut, indem sie auf Kosten eines nun nicht mehr möglichen ganzheitlichen Bildes einzelne Systeme oder Organe hervorhob. Diese Maschinen-Metapher förderte ein instrumentalistisches Verständnis des Körpers, in dem die Rolle des Arztes darin besteht, die defekten Teile zu «reparieren».

Ohne die bedeutenden Leistungen, die durch dieses medizinische Modell erreicht wurden, schmälern zu wollen, sollten wir doch einige dieser Voraussetzungen, auf denen die moderne westliche Medizin beruht, hinterfragen. Indem wir den «Unterbau» des Heilungsbetriebes überdenken, könnten wir besser den Nöten (einschließlich der bio-physischen Nöte) der Kranken begegnen, wir könnten dazu in der Lage sein, mehr Fürsorge und mehr personenorientierte Ärzte zu etablieren, und wir könnten einen Blick darauf werfen, wie die Religion in wirksame Ansätze zur Heilung der ganzen Person reintegriert werden könnte.

Die Bedeutung der Religion für Gesundheit und Heilung

Einige jüngere Entwicklungen werben für ein neues Verständnis für die Verbindung zwischen

Religion und Gesundheit. Obwohl die traditionellen Reaktionen der Religion auf Krankheit einige Gültigkeit (und Effektivität) in ihrem kulturellen Umfeld hatten, sollten diejenigen, die die Rolle der Religion für Gesundheitsfürsorge und Heilung wieder geltend machen wollen, nicht bloß alte Glaubensinhalte und -praktiken unkritisch aufgreifen. Vielmehr bedarf es einiger kreativer, neuer Ansätze, um sich der Gesundheit und den Heilungsbedürfnissen moderner Menschen in modernen sozialen Kontexten zuzuwenden. Die folgende Diskussion skizziert einige dieser Ansätze für eine neue Wertschätzung der Leistung der Religion (und anderer nichtmedizinischer Quellen) und ihre Wirkung auf Gesundheit und Heilung.

Ein neues medizinisches Modell

Selbst innerhalb einiger Bereiche des medizinischen Betriebs ist ein wachsendes Interesse an der Entwicklung eines neuen medizinischen Modells festzustellen — das Interesse an einem Ansatz, der Geist, Körper und Gesellschaft nicht nur als miteinander verbunden, sondern als sich in komplexer und bisher zu wenig verstandener Weise gegenseitig durchdringend betrachtet. Die Krankheit, die früher als rein biogenetisches Faktum betrachtet wurde, sieht man nun im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und psychologischen Verhältnissen wie Streß, Konflikt, Bedrohungsgefühl, Rollenunzufriedenheit, schneller gesellschaftlicher Veränderung und Machtlosigkeitsgefühl.

Einige Forscher meinen, daß Streß und emotionale Bedrängnis den Körper beeinflussen durch die Wirkungen des zentralen Nervensystems auf die immunologische Abwehr und möglicherweise durch das streßempfindliche Nervensystem. Andere Forscher haben festgestellt, daß die Wirkung des Stresses auf den Körper davon abhängt, welche Bedeutung der einzelne dem Streß erzeugenden Ereignis beimißt. Eine zunehmende Zahl von medizinischer und sozio-psychologischer Literatur argumentiert so, daß biophysische Bedingungen eng verbunden sind mit dem Gefühl des Wohlergehens, der Selbstsicherheit und Harmonie des einzelnen in seinem gesellschaftlichen Umfeld (zu einem kurzen Überblick über die ausgedehnte Literatur über die Geist-Körper-Gesellschaft-Verbindung,

wie sie für Gesundheit und Heilung geltend gemacht wird, siehe Freund und McGuire, 1991).

Einige Wissenschaftler haben darauf aufmerksam gemacht, daß der «Plazebo-Effekt» ernster genommen werden müßte, vielleicht auch als Beleg für die Macht von Symbolen für den Heilungseffekt. Obwohl das medikamentöse Plazebo z.B. nicht chemisch wirksam ist, kann es geschehen, daß der einzelne ein echtes Gefühl der Besserung und Gesundung hat, wenn er es einnimmt (Moerman, 1979). Religiöse Rituale und Symbole können dem Gläubigen ein ähnliches Gefühl der Besserung geben — sowohl was die physischen wie auch was die psychologischen Wirkungen betrifft (McGuire, 1988; Moerman, 1979).

Wenn manche dieser Geist-Körper-Gesellschaft-Verbindungen ernstgenommen werden, können wir uns die weitreichenden Möglichkeiten nicht-biophysischer (einschließlich religiöser) Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Heilung vorstellen. In einem ganzheitlicheren Modell könnte dann z.B. die soziale und emotionale Unterstützung, die eine Familie, eine religiöse oder andere Gruppe bietet, mehr als ein an den Rand gedrängter Faktor sein, nämlich ein zentraler Bestandteil des Heilungsprozesses. Religiöse Überzeugung, Gebet, Meditation oder rituelle Praktiken und das Gefühl von Gemeinschaft sind potentielle Quellen eines gesteigerten Wohlergehens der ganzen Person (einschließlich ihres Körpers).

Würden die individualistischen Tendenzen des gegenwärtigen medizinischen Modells verabschiedet, so würde es möglich, den ganzen Bereich der Krankheitsursachen in den Blick zu nehmen, statt sich streng auf die rein physischen Ursachen zu konzentrieren. In einer erschreckend hohen Zahl der Fälle werden kranke Körper von der *Gesellschaft* produziert: durch Unterernährung und das Fehlen des grundlegendsten öffentlichen Gesundheitsschutzes (wie z.B. Abwasserkanalisation, sicheres Wohnen und sauberes Wasser), durch Umweltverschmutzung, Arbeitsmarktschwankungen und gefährliche Produkte, durch Krieg, politische Folter, Straßenkriminalität und Kindesmißbrauch in der Familie. Religiöse Institutionen sind ebenso dazu in der Lage, diese gesellschaftlichen Ursachen von Krankheiten anzusprechen, wie die medizinischen Institutionen. Würde die Religion in diesen Fällen einbezogen und angewen-

det, könnte sie das Wohlergehen der Menschen in weit direkterer Weise bewirken als ein medizinisches System, das darauf beruht, die Menschen individuell (als individuelle Körper) zu behandeln, *nachdem* ihre Gesellschaft sie krank gemacht hat.

Dieser Ansatz würde erfordern, den Horizont zu erweitern, d.h. die Linie jenseits der Grenze des Körpers eines Kranken zu ziehen: in den Bereich des weiteren emotionalen und gesellschaftlichen Kontextes der Krankheit (McKinlay, 1986). Solange der Körper des Kranken als «Problem» lokalisiert wird, beschäftigen sich Behandlung und Vorsorge nur mit diesem individuellen Körper. Es gibt einige wichtige (und vielleicht unbequeme) politische und gesellschaftspolitische Implikationen in der Behandlung der Ursachen von Krankheit und Not zugunsten des Wohlergehens der ganzen Person.

Leiden und Unglück

Die Erfahrung einer Krankheit ist quälend, weil sie die Ordnung und das Sinngefüge bedroht, welche die Menschen ihrem Leben gegeben haben. Sie bedroht die Fähigkeit, die nahe oder ferne Zukunft zu planen, zu kontrollieren und das Leben zu organisieren. Krankheit, Leiden und Tod werfen Fragen auf wie: Warum passiert das mir? Warum jetzt? Wer ist verantwortlich? Wie konnte Gott zulassen, daß das geschieht? Warum müssen gute Menschen leiden, während es den schlechten gut geht? Und so weiter. Die westliche Medizin hat Schwierigkeiten, mit den Sinnfragen der Leidenden umzugehen.

Cassell (1982: 639) bemerkt, daß der Grund, warum die Biomedizin darin versagt, mit dem Kummer der Menschen angemessen umzugehen, der ist, daß das Leiden «von Personen, nicht bloß von Körpern erfahren wird, und seine Ursprünge in den Veränderungen hat, die die Intaktheit der Person als komplexe soziale und psychologische Ganzheit bedrohen». Als Resultat des medizinischen «Scheuklappen»-Modells ist anzusehen, daß das medizinische Personal oft unbewußt Leiden entstehen läßt, indem es das Leiden der Patienten nicht gelten läßt, oder die persönliche Bedeutung, die der Patient seiner Krankheit beimißt, nicht anerkennt oder nicht darauf eingeht. Viele Menschen suchen Hilfe und Heilung weniger für die Krankheit selbst,

sondern in ihrem Leiden und Unglück (und deshalb sind sie oft tief enttäuscht von der medikamentösen Behandlung, die — wenn überhaupt — nur die Krankheit als Gegenstand der Behandlung betrachtet).

Cassell (1982: 642) stellt fest, daß «Menschen daran leiden, was sie in Relation zur Welt der Dinge, Ereignisse und Beziehungen verloren haben». Eine junge Frau zum Beispiel litt unbeschreiblich unter der Entfernung ihrer Gebärmutter, der sie sich sechs Jahre vor unserem Interview unterzogen hatte. Unverheiratet, kinderlos und erst 29 Jahre alt hatte sie «einen ungeheuren Teil [ihrer] Zukunft» verloren. Die Ärzte und das Krankenhauspersonal mögen ihre spezielle Gebärmuttererkrankung als Hauptgegenstand ihrer Arbeit betrachtet haben und behandelten sie anschließend «wie ein undankbares Kind, das über vergossene Milch weint» (so zitiert in McGuire, 1988).

Kleinman, der die Notwendigkeit des Zuhörens betont, und der die Anerkennung und Berücksichtigung der Bedeutung, die die Kranken ihrem Leid selbst beimessen, unterstreicht, sagt:

«Die kulturelle Bedeutung der Krankheit entwickelt das Leid zu einer distinktiven moralischen oder spirituellen Form von Not. Ob das Leiden zur rituellen Darstellung der Verzweiflung gemacht wird, zum moralischen Paradigma dafür, wie Schmerz und Verlust getragen werden können (wie im Falle Ijobs), oder zum ultimativen menschlichen Dilemma des Alleingelassen-seins in einer bedeutungslos gewordenen Welt — lokale kulturelle Systeme liefern sowohl das theoretische Netzwerk der Mythen und die etablierten Vorschriften für rituelles Verhalten, die den Kummer des Einzelnen in ein sanktioniertes symbolisches Modell für die ganze Gruppe verwandeln.»

Religion ist durch ihre Fähigkeit, auf Leiden und seelische Nöte effektiv zu reagieren, potentiell mit Heilung verbunden. Religion braucht nicht nur die Funktion eines Trostes zur Besänftigung der Leidenden zu übernehmen (obwohl auch das eine wertvolle Funktion ist), sondern kann auch eine Quelle des neu belebten Gefühls für den Zusammenhang der Welt, wie ein Mensch ihn empfindet, sein, indem sie zerstörte Beziehungen mit geliebten anderen Menschen, wertvolle Gruppenbande und verlorene soziale Rollen wiederherstellt. In meiner Untersuchung spiritueller Ansätze zur Heilung (siehe McGuire,

1988) sprachen die Angesprochenen sehr eindrucksvoll davon, daß sie sich verändert und erweitert — nicht verkleinert — fühlten durch das Resultat ihrer Krankheitserfahrung.

Krankheit, Leid und Dissens

Die Anthropologen haben festgestellt, daß Krankheit oft eine Ausdrucksweise für Leid ist, wodurch der Körper des Individuums in großem Maße seine sozialen und psychologischen Nöte ausdrücken kann. Wenn zum Beispiel eine Iranerin über ihr «zusammengepreßtes Herz» klagt, mag sie wohl gleichzeitig damit ihren Kummer über ihr Äußeres, über Probleme beim Geschlechtsverkehr, mögliche Unfruchtbarkeit, Altern oder gesellschaftliche Schande (Good, 1977) ausdrücken. Die Körpersymbolik ist ein beherrschender und mächtiger Ausdruck größerer individueller oder gesellschaftlicher Zusammenhänge und Bedeutungen. Solche Ausdrucksweisen für ein Leiden in der heutigen westlichen Gesellschaft können z. B. sein: Appetitlosigkeit, Magengeschwüre, Beschwerden in den Wechseljahren, Herzschmerzen, Atemprobleme, irgendwelche chronischen Schmerzen. Anzunehmen, daß diese Probleme ein Ausdruck von Leid sind, heißt nicht, daß sie nicht *gleichzeitig* physischer Natur und eine sehr reale Erfahrung des Leidenden sind; das heißt vielmehr, daß eine erfolgreiche Behandlung sich auf irgendeine Weise den Sorgen, und nicht bloß den physischen Symptomen des kranken Menschen zuwenden muß.

Krankheit kann außerdem ein Versuch sein, seinen Dissens und seine Unzufriedenheit über enttäuschte und nicht erfüllte menschliche Bedürfnisse auszudrücken. Letztlich sagt dieser kranke Mensch nichts anderes als: «Ich will nicht mehr.» Dieser Anspruch auf die Rolle des Kranken ähnelt der aktiven Strategie des passiven Widerstands. Im Extremfall ist die Krankheit eine Weigerung, etwas zu bewältigen, zu kämpfen und durchzuhalten (Lock, 1986). Die medizinische (und oft auch die religiöse) Reaktion darauf war häufig eine individualisierte Perspektive auf diesen Prozeß, die seine tieferen gesellschaftlichen Wurzeln nicht anerkannte.

Ja, tatsächlich waren die Antworten der Medizin und Religion zu oft Ausdruck einer sozialen Kontrolle, die diesen sich ankündigenden Dis-

sens unterdrückte und seine Wirkung bagatellierte. Es ist zum Beispiel sehr unwahrscheinlich, daß ein Arzt oder religiöser Berater, der versucht, einer Frau mit häufigen Kopfschmerzen und «Nervenattacken» zu helfen, aus ihrer Darstellung der Krankheit ein Aufbegehren gegen die schlechte Arbeitssituation oder unterdrückere Familienrollen «heraus hört». Außerdem würden diese heutigen Berater wohl kaum zugeben, daß ihr Aufbegehren gerechtfertigt (obwohl kontraproduktiv) sein könnte, sondern höchst wahrscheinlich eine soziale Kontrollfunktion ausüben, um das Aufbegehren dieser Frau zu dämpfen und sie wieder in eine engere Konformität mit den gesellschaftlichen Erwartungen einzubinden. Sie würden ihr sagen: «Sie müssen sich der Situation anpassen, und diese Valiumtabletten (oder inspirierenden Botschaften und Gebete) werden Ihnen helfen, sich in der Zwischenzeit besser zu fühlen.»

Wieviel anders würde eine medizinische oder religiöse Antwort ausfallen, die diesen Dissens als legitim anerkennen könnte! Ein junger afroamerikanischer Internist aus der Mittelschicht, der in einem innerstädtischen Krankenhaus arbeitet, rief aus: «Je mehr ich sehe, desto bestürzter bin ich darüber, wie unwissend ich war — unempfindlich für die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Ursachen für

Krankheiten. . . . Heute sah ich eine sehr dicke, unter Bluthochdruck leidende Mutter von sechs Kindern. Kein Ehemann. Keine Familienunterstützung. Kein Beruf. Nichts. Eine Welt voll von brutaler Gewalt, Armut, Drogen und Teenagerschwangerschaften, und — und voller geisttötender Krisen: eine nach der anderen. . . . Was sie tötet, ist ihre Welt, nicht ihr Körper. Tatsächlich ist ihr Körper das Produkt ihrer Welt. Sie ist ein massiv übergewichtiger, unförmiger Koloss und hat die Umstände, das Fehlen von Ressourcen und gemeine Äußerungen überlebt, um zu konsumieren und weiterzuwursteln — unmöglich, sich das anzuhören und nicht wütend zu werden über die Begrenztheit ihrer Welt. Hey, was sie braucht, sind keine Medikamente, sondern eine soziale Revolution.» (Zitiert nach Kleinman, 1988: 216-217.)

Über ihre traditionelle Funktion als Quelle sozialer Kontrolle hinaus kann die Religion außerdem dazu dienen, den Menschenrechten und dem legitimen sozialen Dissens Gehör zu verleihen. Religiöse Gruppen und individuelle Berater können sich den tiefen Quellen von Unzufriedenheit und Unglück öffnen. Wenn Krankheit eine Metapher für Leiden und Dissens ist, kann die Religion eine Quelle der Heilung sein, wenn sie nur bereit ist, diese Bedeutung der Krankheit anzuerkennen.

Bibliographische Hinweise

D. Callahan, *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society* (New York 1987).

D. Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress* (New York 1989).

E. Cassell, *The nature of suffering and the goals of medicine: New England Journal of Medicine* 306 (1983) 639-645.

P. Conrad/J. Schneider, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (St. Louis 1980).

R. Dubos, *The Mirage of Health* (Garden City, N.Y. 1959).

E. Durkheim, *The Division of Labor in Society* (New York 1964 [1983]).

G. Engel, *The need for a new medical model: Science* 196 (1977) 129-136.

M. Foucault, *The Birth of the Clinic* (New York 1973).

E. Freidson, *Profession of Medicine* (New York 1979).

P. Freund und M. McGuire, *Health, Illness and the Social Body* (Englewood Cliffs, N.J. 1991).

B. Good, *The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran: Culture, Medicine and Psychiatry* 1 (1977) 25-58.

D. Gordon, *Tenacious assumptions in Western medicine:*

Biomedicine Examined, hg. von M. Lock und D. Gordon (Dordrecht 1988) 19-56.

R. Hahn und A. Kleinman, *Biomedical practice and anthropological theory: Am. Rev. of Anthropology* 12 (1983) 305-333.

L. Kirmayer, *Mind and body as metaphors: Hidden values in biomedicine: Biomedicine Examined*, hg. von M. Lock und D. Gordon (Dordrecht 1988) 57-94.

A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (New York 1988).

L. Levin und E. Idler, *The Hidden Health Care System: Mediating Structures and Medicine* (Cambridge, Mass. 1981).

M. Lock, *Speaking <truth> to illness: Metaphor, reification, and a pedagogy for patients*, Paper presented to the American Anthropological Association 1986.

M. McGuire, *Ritual Healing in Suburban America* (New Brunswick, N.J. 1988).

J. McKinlay, *A case for refocusing upstream: The political economy of illness: P. Conrad und R. Kern (Hgg.), The Sociology of Health and Illness* (New York 1986) 484-498.

D. Moerman, *Physiology and symbols: The anthropological implications of the placebo effect*, S. 156-167: L. Romanucci-Ross u.a. (Hgg.), *The Anthropology of Medicine* (South Hadley, Mass. 1983).

D. Moerman, «Anthropology of symbolic healing»: *Current Anthropology* 20 (1979) 59-66.

S. Osherson und L. Amarasingham, *The machine metaphor in medicine: Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*, hg. von E. Mishler u.a. (Cambridge 1981) 218-249.

M. Sullivan, *In what sense is contemporary medicine dualistic?: Culture, Medicine and Psychiatry* 10 (1986) 331-350.

I. Zola, *Socio-Medical Inquiries* (Philadelphia 1983).

Aus dem Englischen übersetzt von Astrid Dehé

David N. Power

Das Sakrament der Krankensalbung

Offene Fragen

Die meisten neueren Veröffentlichungen zur Theologie des Sakramentes der Krankensalbung erschienen im Kielwasser des Zweiten Vatikanischen Konzils oder der Promulgation des revidierten sakramentalen Ritus¹. Die Konstitution über die Liturgie bestimmte die Richtung, welche dieses neu erwachte Interesse die Autoren einschlagen ließ, durch die bloße Feststellung, daß das, was für gewöhnlich «Letzte Ölung» genannt worden war, passender «Krankensalbung» zu nennen sei. Und da diese nicht als ein Ritus für den Augenblick des Sterbens gemeint sei, «ist der rechte Augenblick für ihren Empfang sicher schon gegeben, wenn der Gläubige beginnt, wegen Krankheit oder Altersschwäche in Lebensgefahr zu geraten»².

Dies wurde in scharfem Kontrast zu der Position gesagt, die von manchen prominenten Theologen in den Jahren vor dem Konzil vertreten wurde, die dieses Sakrament als eine Salbung angesichts des Todes darstellten, sodaß es irgend-

MEREDITH B. McGUIRE

An der New School for Social Research zum Ph. D. promoviert. Professorin für Soziologie und Anthropologie an der Trinity University in San Antonio, Texas. Ehemalige Präsidentin der Society for the Scientific Study of Religion sowie der Association for the Sociology of Religion. Veröffentlichungen u.a.: *Religion: The Social Context* (Wadsworth); *Pentecostal Catholics* (Temple University Press); *Ritual Healing in Suburban America* (Rutgers University Press); (zus. mit Peter Freund:) *Health, Illness and the Social Body* (Prentice-Hall Publ.). Außerdem zahlreiche Zeitschriftenartikel zur Religionssoziologie und zur medizinischen Soziologie und Anthropologie. Anschrift: Prof. Dr. Meredith B. McGuire, Trinity University, Dept. of Sociology and Anthropology, 715 Stadium Drive, San Antonio, Texas 78212, USA.

wie eine Parallele zu der Salbung darstellte, welche zu Ende des Christenlebens als Ergänzung zur Taufe gespendet wird³. Zu gleicher Zeit war jedoch die konziliare Position schon vorbereitet worden durch historische Studien über die unterschiedlichen Verwendungen gesegneten Öls in den frühen christlichen Jahrhunderten und durch die Untersuchung der Eucharistie für die Segnung der Öle im Laufe des Mittelalters, aus der das Interesse an sowohl leiblichen als auch geistlichen Wirkungen der Salbung erhellt⁴.

In theologischen Veröffentlichungen nach dem Konzil wurde offenkundig, daß vier Punkte der Erörterung bedurften, wenn Autoren die üblichen scholastischen Distinktionen verwendeten⁵. Diese Punkte waren: Materie und Form des Sakramentes, sein Spender, die Empfänger, zu deren Wohl es bestimmt ist, und seine Wirkungen. Zu allen diesen Punkten gibt es unterschiedliche Standpunkte in der Diskussion und außerdem einige thematische Gesichtspunkte, die bei der Revision des Ritus keine Beachtung gefunden haben. Deswegen kann man wohl sagen, daß es im Licht der Geschichte und des Dogmas noch einige offene Fragen gibt, deren Diskussion zu weiteren Veränderungen im kirchlichen Gebrauch des Sakramentes der Krankensalbung führen könnte. Diese Punkte sollen in diesem Aufsatz untersucht werden. Der Aufsatz will auch eine Gesamtsicht bieten, in deren Licht diese Fragen ein neues Gesicht erhalten und einer echt kirchlichen Lösung zugänglich werden.