

## „Geborgenheit im Glauben“ oder „Krankheit als Strafe“?

# Die Lebensqualität orientiert sich an der religiösen Krankheitsverarbeitung

### Hintergrund und Fragestellung

Glaube und Spiritualität können in der Krankheitsverarbeitung terminaler Krebspatienten eine bedeutende Rolle spielen. Wenig Bedeutung wurde bislang der Unterscheidung in Positives und Negatives Religiöses Coping (PRC/NRC) sowie einem möglicherweise unterschiedlichen Einfluss auf die Lebensqualität beigemessen. Diese Studie prüfte bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zum einen, inwieweit es einen messbaren Zusammenhang zwischen Lebensqualität und religiöser bzw. spiritueller Auseinandersetzung mit der Erkrankung gibt, zum anderen inwieweit sich PRC/NRC unterschiedlich auf die Lebensqualität auswirken.

### Patienten und Methodik

Die longitudinale Multicenterstudie umfasste Daten von 170 Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung (Fernmetastasen und Versagen der First-line-Chemotherapie). Die Patienten mussten physisch und psychisch stabil und kognitiv fähig sein, an den strukturierten Interviews teilzunehmen. Es wurden standardisierte Instrumente zur Erhebung der Schlüsselvariablen Lebensqualität, Religiöses Coping [1, 2] und Selbstwirksamkeit [3] eingesetzt. Um die Religiösität zu erfassen, benutzten die Autoren Einzelfragen zur religiösen Anbindung, Häufigkeit der Kirchenbesuche sowie zur Bedeutung der Religion im eigenen Leben. Zudem wurden soziodemographische Daten, Lebenszeitdepression und Gesundheitszustand (Zubrod-Scale) erfragt.

### Ergebnisse

Von den 170 in die Analyse eingeschlossenen Patienten waren 54% Männer, 66% Weiße. Das Durchschnittsalter betrug 58 Jahre. 61% der Patienten besaßen einen höheren Schulabschluss und 59% waren verheiratet. Der Zubrod-Score wies 87% der Teilnehmenden einen guten allgemeinen Gesundheitsstatus aus. 17% der Befragten hatten eine Lebenszeitdepression. 80,5% der Patienten bekannten sich zu einer Religion, die sie auch aktiv praktizierten; davon waren 40% katholisch, 20% protestantisch, 3,5% jüdisch und 17% andersgläubig. Für 66% der Befragten war Religion sehr wichtig, für 20% teilweise wichtig und für 14% überhaupt nicht wichtig. Fast die Hälfte der Patienten (45%) berichtete, ein- bis zweimal pro Woche an Gottesdiensten teilzunehmen. Die Mehrzahl (75%)

führt sogar mindestens einmal monatlich zusätzlich private religiöse Aktivitäten durch. Frauen und Farbige setzten stärker PRC ein, Farbige zudem weniger NRC. Patienten mit einem höheren Schulabschluss waren an beiden Verarbeitungstypen weniger beteiligt. PRC war mit einer besseren Gesamtlebensqualität sowie besseren Werten auf den Skalen Existenzielle Bedrohtheit und soziale Unterstützung assoziiert. Interessanterweise war PRC mit einer Steigerung körperlicher Symptome verbunden. NRC war mit einer schlechteren Lebensqualität sowie mit schlechteren Werten auf den Skalen Existenzielle Bedrohtheit und Psychologisches Wohlbefinden assoziiert.

### Schlussfolgerung

Eine verstärkt positive religiöse Auseinandersetzung mit der Erkrankung geht mit einer besseren Lebensqualität einher, eine verstärkt negative religiöse Auseinandersetzung mit einer schlechteren Lebensqualität. Zukünftige Untersuchungen sollten daher im Längsschnitt untersuchen, welchen Einfluss religiöse Krankheitsverarbeitung auf die Gesundheit bzw. das Krankheitserleben hat und ob dabei Persönlichkeitsfaktoren eine Rolle als Moderator- oder Mediatorvariablen spielen. ■

**Schlüsselwörter:** Krankheitsverarbeitung – Lebensqualität – Palliativmedizin – Psychosoziale Belastung – Religiöses Coping – Spiritualität

Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006;9:646–57.

**Tabelle 1**

Zusammenstellung der Einzelitems zur Erfassung der Skalen Positives und Negatives Religiöses Coping.

#### Positives Religiöses Coping, Items entnommen aus dem MMRS-Fragebogen ( $\beta = 0,97$ )

1. Ich fühle die Gegenwart Gottes.
2. Ich finde Stärke und Wohlbehagen in meinem Glauben.
3. Ich wünsche mir, näher an Gott oder in einer Einheit mit Gott zu sein.
4. Ich fühle die Liebe Gottes direkt oder durch andere weitergegeben.
5. Ich frage nach Gottes Hilfe inmitten meiner täglichen Aktivitäten.
6. Ich fühle mich von Gott in meinen täglichen Aktivitäten geführt.
7. In der Verbundenheit mit Gott empfinde ich Genuss, der mich von meinen täglichen Sorgen befreit.

#### Negatives Religiöses Coping, Items entnommen aus dem Brief-RCOPE-Fragebogen ( $\beta = 0,73$ )

1. Ich habe mich gefragt, ob Gott mich aufgegeben hat.
2. Ich fühle, dass mein Krebs die Strafe Gottes für meine Sünden ist.
3. Ich habe Gottes Liebe in Frage gestellt.
4. Ich frage mich, was ich getan habe, dass Gott mich derart straft.
5. Ich frage mich, ob meine Kirche mich verlassen hat.
6. Ich habe darüber nachgedacht, ob die Krankheit des Teufels Werk ist.
7. Ich habe die Macht Gottes angezweifelt.

## Glaube hilft nicht immer bei der Krankheitsverarbeitung

Kommentar von Tanja Vollmer



Dr. rer. nat.

**Tanja C. Vollmer**

Psycho-Onkologie  
der Medizinischen  
Klinik III, Klinikum  
Großhadern der Uni-  
versität München  
E-Mail:  
Tanja.Vollmer@med.  
uni-muenchen.de

Seelsorge obliegt in nahezu allen deutschen Krankenhäusern einer Berufsgruppe mit theologischer Grundausbildung. Weder bezeichnen wir die Angehörigen dieser Berufsgruppe als Therapeuten noch würden sie sich selbst offiziell so nennen. Dies hat vornehmlich zwei Gründe: Zum einen ist die Wirkung religiöser bzw. spiritueller Ressourcen und Auseinandersetzung mit der lebensbedrohlichen Erkrankung auf das physische und psychische Wohlbefinden eines Patienten noch nicht hinreichend untersucht. Zum anderen erhalten Seelsorger keinen direkten Auftrag, in das therapeutische Geschehen einzugreifen oder daran mitzuwirken. Ein konsiliarischer Einsatz als symptomreduzierende Intervention, die beim Patienten körperliche sowie seelische Zustandsverbesserung erreichen soll, ist die absolute Ausnahme. Ebenso sind Fragen nach spirituellen Ressourcen eines Krebspatienten innerhalb eines medizinischen Aufklärungsgesprächs kein wirkliches Thema. Und das, obwohl seit Jahren weltweit Spiritualität eine der vier Dimensionen der standardisierten Erhebungen zur Lebensqualität darstellt und in diesem Zusammenhang gut untersucht ist.

### Spiritualität als Krankheitsverarbeitung?

Im Rahmen der Palliativmedizin wandelt sich das Therapieziel Heilung oder Lebensverlängerung in das Therapieziel Lebensqualität um. Neben den medizinischen Therapien spielen hier auch vielfältige psychologische, soziale und pflegerische Maßnahmen eine Rolle [4]. Seit einiger Zeit wird über den Anteil spiritueller Ressourcen und religiöser Begleitungs- und Behandlungsansätze im Rahmen der Palliativmedizin diskutiert. Ob Spiritualität von Krebspatienten bewusst zur Krankheitsverarbeitung eingesetzt wird bzw. in der Verarbeitung der Todeskonfrontation eine Rolle spielt, rückt erst in neuerer Zeit in den Fokus psychonkologischer Studien. Offen ist bislang die Frage, inwieweit Glaube und Spiritualität einen direkten Einfluss auf das körperliche, psychische und seelische Wohlbefinden und damit auf das Zielkriterium Lebensqualität haben.

Die referierte Studie liefert erste Hinweise, dass bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung die religiöse bzw. spirituelle Auseinandersetzung mit der Erkrankung einen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Eine deutliche Schwäche der Studie ist, dass es sich um keine Längsschnittuntersuchung handelt und damit die Stabilität der Effekte nicht belegt werden kann. Zudem sind zur Erhebung der beiden Pole Einzelitems zweier stan-

dardisierter Fragebögen zusammengeführt worden, ohne diese nach den klassischen testtheoretischen Kriterien zu prüfen. Gerade aber die Erhebung spiritueller Copingstrategien und -ressourcen weist große Schwierigkeiten bei der Konzeption von Messinstrumenten auf [5]. Auch ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den europäischen Raum problematisch, da Glaube und Religion in den USA einen anderen Stellenwert hat und der Hauptstichprobenanteil der Studie aus Patienten afroamerikanischer Kulturen bestand, deren Bezug zu spirituellen Kraftquellen unvergleichbar tiefe Wurzeln im allgemeinen Krisenerleben hat.

Zu den Stärken der Studie gehört, dass die Autoren sich an die Divergenz der religiösen Krankheitsverarbeitung wagen. Viele Studien ziehen sich hier auf das Konstrukt „spirituelles Wohlbefinden“ zurück [6]. Zudem geben die Ergebnisse erste Hinweise darauf, dass es nicht nur wichtig ist, festzustellen, dass Glaube und Spiritualität eine Ressource für den Patienten darstellen, sondern vor allem, in welche Richtung diese Ressource eingesetzt wird.

### Fazit – Was gibt uns die Studie Neues?

Die Studie liefert einen wichtigen Beitrag in der kontroversen Diskussion, ob der Einbezug von Spiritualität und Religion in den klinischen Gesamttherapieansatz für Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen sinnvoll und hilfreich ist [7]. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität insgesamt sowie einzelne Dimensionen in unmittelbarem Zusammenhang mit der spirituellen bzw. religiösen Krankheitsverarbeitung stehen. Während die erlebte Stärkung durch Glauben und spirituelle Handlungen mit einer Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens einhergeht, hängt der erlebte Glaubensverlust bzw. das Verlassenheitsgefühl mit einer Abnahme des allgemeinen Wohlbefindens zusammen. Wie die Integration dieser Aspekte in das Therapiekonzept konkret aussehen soll, lässt die Studie offen. Ebenso finden wir keine Antwort auf die Frage, welche Berufsgruppe sich dieser „Behandlungsdimension“ unmittelbar annehmen soll. ■

### Literatur

1. Pargament KI et al. J Sci Study Relig 1998;37:710–24.
2. Idler EL et al. Res Aging 2003;25:327–365.
3. Schwarzer R, Jerusalem M. In Weinman J et al: Measures in Health Psychology. A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs. Windsor, UK. NFER-NELSON, 1995;35–7.
4. Gruber U et al. Internist 2000;7:619–27.
5. Frick E et al. Z f Palliativmedizin 2005;6:91.
6. McClain CS et al. Lancet 2003, 361:1603–7.
7. Sloan RP et al. N Engl J Med 2000;342:1913–6.