

Arndt Büssing, Thomas Ostermann, Peter F. Matthiessen

Adaptives Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten

Zusammenfassung:

Konfrontiert mit schwerer Krankheit suchen viele Patienten Rückbindung an eine helfende Instanz der Religions-Traditionen. Im Zuge der zunehmenden Säkularisierung und Individualisierung ist jedoch unklar, für welche Patienten Spiritualität/Religiosität eine Ressource darstellt. Untersuchungen unserer Arbeitsgruppe haben ergeben, dass im Vergleich zu Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen vor allem Krebspatienten Vertrauen in eine höhere Unterstützung (intrinsische Religiosität) haben; sie zeigen ebenfalls eine signifikant ausgeprägtere Suche nach sinngebender Rückbindung (spirituelle Quest-Orientierung) sowie eine positive Krankheitsinterpretation (im Sinne eines „Hinweises“ zur bewussten Lebensveränderung). Zwischen intrinsischer Religiosität auf der einen und Depressivität, Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität auf der anderen Seite bestehen nur leichte Zusammenhänge, so dass diese als weitgehend unabhängige Dimensionen zu betrachten sind. Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Spiritualität, die für die Sinnfindung einen Bezugsrahmen darstellt, in ihrer besonderen Bedeutung für die Krankheitsbewältigung in der modernen Medizin (wieder) Raum findet.

Schlüsselworte:

Spiritualität, Religiosität, Krebspatienten, Krankheitsumgang, Coping

Abstract:

Confronted with severe disease, several patients may rely on helping instance of religious traditions. In face of an ongoing process of secularisation and individualisation, it is unclear which patients regard spirituality/religiosity as a resource at all. Investigations of our group have shown that, in contrast to patients with other chronic diseases, particularly cancer patients have Trust in a Higher Source (intrinsic religiosity), are significantly more in Search for Meaningful Support (spiritual quest orientation) and have a Positive Interpretation of Disease (in terms of a hint to actively change life). There were just small correlations between intrinsic religiosity on the one hand, and depression, life satisfaction and health-related quality on the other hand, and thus they should be regarded as rather independent dimensions. Nevertheless, in the context of coping it is of outstanding importance that spirituality, which is a frame of reference for meaning and purpose in life, gains attention (again) in modern medicine.

Keywords:

Spirituality, religiosity, cancer patients, coping

Krankheit wird meist als eine Unterbrechung des Lebensflusses angesehen, die durch einen Spezialisten rasch und effizient behoben werden soll. Die Verantwortlichkeit für diese „Restitutionsleistung“ wird in der Regel an eine ärztliche Instanz delegiert. Patienten fragen im Zuge der Auseinandersetzung mit Krankheit aber auch nach ihren eigenen Möglichkeiten und versuchen ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, sich bewusster und gesünder zu ernähren, mehr auf eigene Bedürfnisse zu achten etc. Diese internalen Formen der Gesundheits-Kontrollüberzeugung (im Sinne einer bewussten und gesunden Lebensführung sowie einer perspektivischen und positiven Einstellung) sind nicht ausschließlich Verhaltensweisen chronisch Kranker, sondern werden auch von Gesunden wertgeschätzt (Büssing et al., 2007c).

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen erfahren Patienten oftmals die Begrenztheit der medizinischen Möglichkeiten und suchen Rückbindung an eine helfende (noch mächtigere) Kontrollinstanz der Religions-Traditionen. Im Vergleich zu andere Patienten mit chronischen Erkrankungen haben vornehmlich Krebspatienten ein signifikant größeres Vertrauen in Gottes Hilfe – aber auch in die Möglichkeiten der konventionellen Medizin (externe Gesundheits-Kontrollüberzeugung). Ein höheres Alter (Abbildung 1A) und das weibliche Geschlecht sind als wichtige Einflussgrößen zu nennen (Büssing et al., 2007c).

Auch wenn eine physische Heilung nicht immer möglich ist, so scheint es doch andere Formen der „Lösung“ zu geben (Büssing, 2008b): Eine Patientin mit rasch fortschreitendem metastasiertem Bronchialkarzinom berichtete eindrücklich, dass sie, nachdem sie in einer Meditationsgruppe und einer Gebetsgruppe Halt gefunden hatte, sich nun endlich erlöst fühle. Ihr ging es nicht darum, dass eine spirituelle/religiöse Praxis zur körperlichen Heilung führt, sondern ihr beim Umgang

mit der Erkrankung und der Finalität hilft. Dies scheint eine wichtige Möglichkeit der Spiritualität zu sein – Bewältigungsstrategien, Sinn und Halt zu finden.

Eine spirituelle Grundhaltung bzw. religiöse Praxis kann in der Tat einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsumgang haben (Koenig et al., 2001). Als Bewältigungsstrategie (Coping) im Sinne eines Anpassungsprozesses kann Spiritualität/Religiosität (SpR) das Selbstwertgefühl des Kranken unterstützen, seinem Leben Sinn und Bedeutung geben sowie emotionalen Trost und Hoffnung (Thuné-Boyle et al., 2006). „Spirituelles Wohlbefinden“ schützt insbesondere Patienten in finalen Krankheitsstadien vor Depressivität und Verzweiflung (Fehring et al., 1997; McClain et al., 2003).

Aber die meisten Krebspatienten fühlen sich hinsichtlich ihrer spirituellen Bedürfnisse durch das medizinische System nicht oder nur minimal unterstützt, während sich viele auch durch eine Religionsgemeinschaft nicht unterstützt sehen (Balboni et al., 2007). Vor dem Hintergrund, dass die Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse sich jedoch als signifikant mit der Lebensqualität der Tumorpatienten assoziiert darstellte (Balboni et al., 2007), muss die Frage gestellt werden, wie diese Unterstützung der spirituellen Ressourcen im Gesundheitssystem zu implementieren ist – jenseits der bisherigen Verortung im Kontext institutionalisierter Religiosität („Dafür ist der Pfarrer zuständig...“). Im Zuge der zunehmenden Säkularisierung und Individualisierung lautet die Frage zunächst, für welche Patienten SpR überhaupt eine Ressource darstellt.

Sind Spiritualität oder Religiosität für Krebspatienten eine besondere Ressource?

Bei den Patienten mit chronischen Erkrankungen sind es vor allem Krebspatienten, die ein signifikant größeres Vertrauen in eine höhere Unterstützung

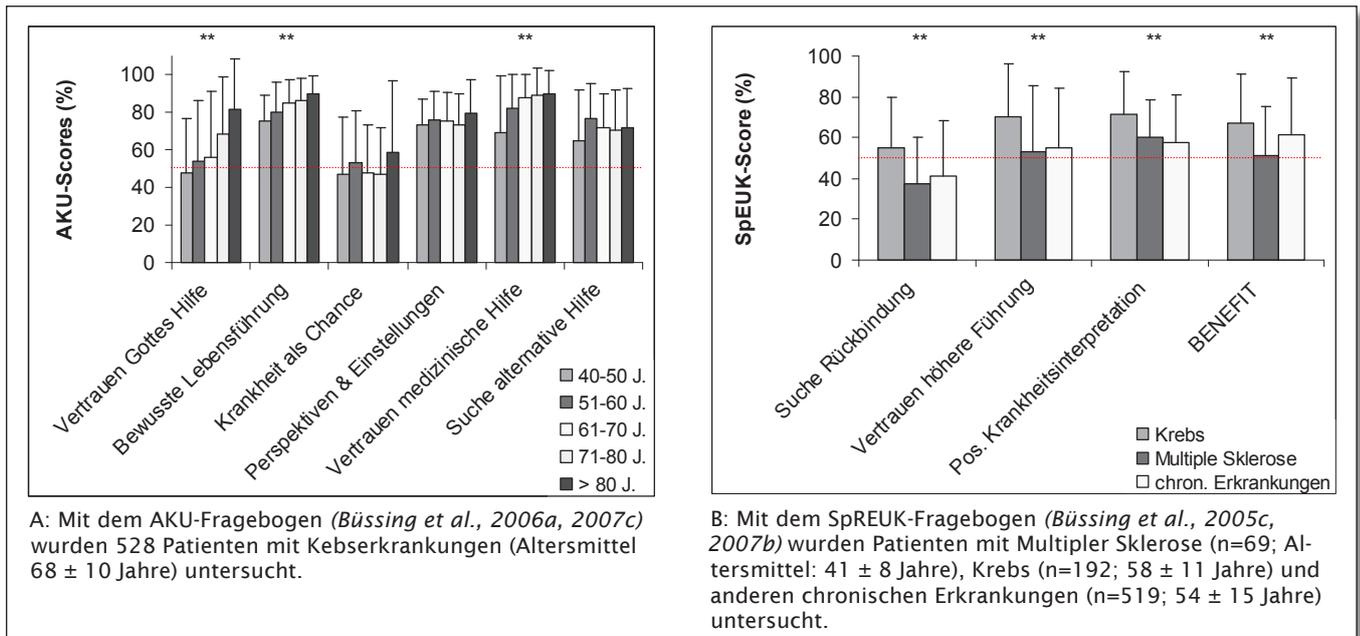


Abbildung 1: Adaptive Stile des Krankheitsumganges und Spiritualität/Religiosität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. Scores > 50% entsprechend einer zustimmenden Haltung, Scores < 50% einer eher ablehnenden Haltung. Die Unterschiede sind mit $p < 0,001$ (ANOVA) statistisch signifikant.

(intrinsische Religiosität) haben als Patienten mit Multipler Sklerose, chronischen Schmerzerkrankungen oder anderen chronischen Erkrankungen (Büssing et al., 2007a, 2007c). Sie zeigen infolge ihrer Erkrankung ebenfalls eine signifikant ausgeprägtere Suche nach sinngebender Rückbindung (spirituelle Quest-Orientierung) sowie eine positive Krankheitsinterpretation (im Sinne eines „Hinweises“ zur bewussten Lebensveränderung). Eine aktuelle Auswertung, welche den möglichen Benefit der SpR hinsichtlich der Lebensbezüge (tiefere Beziehung mit Umwelt und Mitmenschen; bewusster Umgang mit dem Leben; besserer Umgang mit Krankheit; Erlangung geistiger und körperlicher Gesundheit; Zufriedenheit und innerer Frieden; innere Kraft) untersucht, bestätigt die Relevanz, die Patienten mit Krebs und anderen chronischen Erkrankungen ihrer SpR zuschreiben (Abbildung 1B). Gerade die Quest-Orientierung, die mit einer spirituellen und existentialistischen Konnotation versehen ist, ist bei den Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen von keiner großen Relevanz, während die intrinsische Religiosität im unentworfenen Mittelfeld des Interesses liegt. Einen Benefit durch SpR sehen insbesondere die signifikant jüngeren Patienten mit Multipler Sklerose nicht.

Um zu beantworten, durch welche soziodemographischen Kenngrößen diese Einstellungen und Überzeugungen beeinflusst sind, wurden daher

bei 192 Krebspatienten (73% Frauen; Altersmittel 58 ± 11 Jahre; 83% christlich) Regressionsanalysen durchgeführt, die zeigten, dass für die Suche nach sinngebender Rückbindung und die SpR-Selbsteinschätzung als Prädiktoren in Frage kommen, wobei das Geschlecht den stärksten Effekt hat ($\beta = -0.345$). Vertrauen in höhere Führung kann am besten durch die Religionszugehörigkeit vorhergesagt werden ($\beta = -0.386$). Das Geschlecht ist ebenfalls der Haupt-Prädiktor einer positiven Krankheitsinterpretation ($\beta = -0.446$), während für den Benefit durch SpR Geschlecht und Schulbildung als Prädiktoren in Frage kommen; hierbei war ebenfalls das Geschlecht der wichtigste Prädiktor ($\beta = -0.273$).

Die Untersuchung der SpR-Selbsteinschätzung der Krebspatienten gibt differenzierten Aufschluss, dass sich 32% als sowohl religiös als auch spirituell einschätzen, 36% als religiös, aber nicht spirituell, 12% als spirituell, aber nicht religiös und 20% als weder religiös noch spirituell. Dieser Anteil nicht-religiöser Patienten ist bei Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen deutlich höher (Büssing et al., 2007a, 2007b), was insofern von Bedeutung ist, als dass die konventionellen SpR-Angebote für diese Patienten möglicherweise nicht angemessen sind. Die nicht-religiös, nicht-spirituell eingestellten Patienten sollten jedoch

nicht als „spirituell defizitär“ angesehen werden, da sie andere Aspekte wertschätzen. Insbesondere sehen sie Krankheit nicht nur als störende Unterbrechung an, sondern können sie auch als herausfordernde „Chance“ im Sinne einer positiven Krankheitsinterpretation mit der Möglichkeit zur Neuorientierung des Lebens wertschätzen (Büssing et al., 2005b, 2007a). Diese positive Krankheitsinterpretation hat einen deutlichen spirituellen Bezug und korreliert insbesondere mit der Suche nach Sinngebender Rückbindung ($r=0.43$), weniger mit dem Vertrauen in höhere Führung ($r=0.25$).

Wie erfahren und vertiefen Krebspatienten ihre SpR? Nur ein Drittel bevorzugt hier eine gemeinsame Praxis mit anderen, die meisten jedoch eine Praxis alleine und in Stille (Büssing et al., 2005a, 2006b). Hierzu suchen sie besondere Orte auf, an denen sie „auftanken“ und Kraft schöpfen können. Auch dies unterstreicht, dass die konventionellen religiösen Angebote möglicherweise nicht immer den Bedürfnissen der Patienten entsprechen, die einen deutlich individuelleren Zugang „allein und in Stille“ suchen. Bestätigung findet dies durch die Analyse der Übungshäufigkeit SpR-Formen der Praxis (Büssing et al., 2005d). Die organisierte Religiosität (z.B. regelmäßiger Kirchgang) spielt bei Krebspatienten im Vergleich zur nicht-organisierten Religiosität (z.B. persönliches Gebet)

eine deutlich geringere Rolle (Büssing et al., 2005d, 2007c). Eine aktuelle Auswertung unseres Datenpools ergab, dass 58% der Krebspatienten häufig oder regelmäßig beten und nur 30% häufig oder regelmäßig zur Kirche gehen (56% selten). Jedoch spielt die Meditation, als eine Ausdrucksform der individualisierten Spiritualität, für die Krebspatienten nur eine geringe Rolle (26% meditieren häufig oder regelmäßig und 31% selten). Das Einsetzen für andere oder die Zuwendung zur Natur sind hier bedeutsamer. Die SpR der Krebspatienten würde sich also eher in einer Zuwendung zu den Mitmenschen und einer generellen Naturverbundenheit ausdrücken denn in einer Zuwendung zum Transzendenten.

Intrinsische Religiosität und Gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die intrinsische Religiosität, die auch als adaptive Coping-Strategie aufzufassen ist (Büssing et al., 2007c)? Anhand der Daten von 534 Krebspatienten (67% Männer; Altersmittel 68 ± 10 Jahre) lässt sich zeigen, dass Vertrauen in Gottes Hilfe mit der Krankheitsbewertung „Krankheit als Chance“ zusammenhängt ($r=0.44$; $p<0.001$), deutlich schwächer mit einer bewussten und gesunden Lebensführung ($r=0,27$; $p<0,001$). Der leichte Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in Gottes Hilfe und der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität verschwindet jedoch, wenn man hinsichtlich der Altersstruktur kontrolliert, was die Bedeutung dieser Variable für die Interpretation der Studienlage unterstreicht.

In einer Subgruppe krebskranker Frauen (Fischer et al., in Vorbereitung; $n=394$; Altersmittel 60 ± 7 Jahre) zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Vertrauen in Gottes Hilfe und der Lebenszufriedenheit (BMSLS) oder Ängstlichkeit und Depression (HADS); lediglich die depressive Flucht vor Krankheit (AKU) zeigte einen schwachen Zusammenhang ($r=0,174$; $p=0,001$). Auch in 115 jüngeren Patienten (51% Frauen; Altersmittel 48 ± 10 Jahre) mit Depression und/oder Alkoholabhängigkeit (Büssing et al., 2008a) ließ sich kein Zusammenhang zwischen Vertrauen in Gottes Hilfe und der Depressivität (BDI) nachwei-

sen, jedoch ein Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit ($r=0.238$; $p=0.011$) und wieder mit der Flucht vor Krankheit ($r= -0.201$; $p=0.032$).

Intrinsische Religiosität, Depressivität und Gesundheitsbezogene Lebensqualität sind somit unabhängige Dimensionen. Jedoch scheint ein negativer Zusammenhang mit der Flucht vor Krankheit zu bestehen und – in Abhängigkeit vom Erkrankungskontext – auch ein (schwacher) Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit.

Vorherbestimmung und Schicksal

Die Aussage, dass das Leben vorherbestimmt sei und man kein Einfluss darauf habe, wird von den Patienten mit chronischen Erkrankungen abgelehnt, von den Patienten mit Multipler Sklerose aber noch am ehesten positiv beantwortet (Büssing et al., 2006b). Alle untersuchten Patienten lehnten es ab, Krankheit einfach hinzunehmen und mit Fassung tragen zu müssen. Dies steht im Gegensatz zur Auffassung arabischer Muslime, die fast alle angaben, Krankheit hinnehmen und mit Fassung tragen zu müssen und keinen Einfluss auf das Leben zu haben, da es vorherbestimmt sei (Büssing et al., 2007b). Für gläubige Muslime sind die „spirituellen Ursachen“ von Krankheit im Willen Allahs begründet, sie kann ein Hinweis zur „Rückbesinnung“ auf die eigentliche Wurzel des Lebens (Allah) angesehen werden – eine Haltung, die von deutschen Patienten in Bezug auf Gott überwiegend abgelehnt wird (Büssing et al., 2007b).

Ausblick

SpR ist zumeist mit einer in die Zukunft gerichteten Perspektive des Heilwerden-Wollens verbunden, mit der Erwartung eines „geerdeten Himmels“, auf den man sich berufen und in dem man sich sicher sein kann. Heilwerden bezieht sich daher auf eine Versöhnung mit all seinen Bedingungen, Situationen und Perspektiven. Die SpR stellt für die Sinnfindung einen Bezugsrahmen dar. Es ist somit von zentraler Bedeutung, dass die Spiritualität in ihrer besonderen Bedeutung für die Krankheitsbewältigung und die Sinnfindung auch und gerade in der modernen Medizin (wieder) Raum findet. Denn auch nach der Abkehr von der institutionalisierten

Religiosität bleibt für viele Patienten ein „spirituelles Grundbedürfnis“, das seinen Ausdruck sucht, aber gerade im Krankheitsfall nicht immer einen Adressaten hat – und im Gesundheitssystem bisher marginalisiert erscheint. In der Regel sind den ärztlichen und pflegenden Begleitenden die spirituellen Bedürfnisse ihrer Patienten nicht bekannt. Auch wenn man diese SpR-Einstellungen und Bedürfnisse selber nicht teilt, sollten sie zumindest in ihrer Bedeutung für die Betroffenen wertgeschätzt werden.

Literatur:

- Balboni et al. (2007): J Clin Oncol. 25, 555-560
 Büssing et al. (2005a): J Relig Health 44, 321-340
 Büssing et al. (2005b): Anticancer Res 25, 1449-1456
 Büssing et al. (2005c): Health and Quality of Life outcomes 3,10 (1-10)
 Büssing et al. (2005d): Health Qual Life Outcomes 3, 53 (1-11)
 Büssing et al. (2006a): J Compl Integr Med 3, 4 (1-26)
 Büssing (2006b): In: Büssing A, Ostermann T, Glöckler M, Matthiessen PF (Hrsg.). Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Frankfurt, S. 69-84
 Büssing et al. (2007a): Int J Psych Med 37, 39- 57
 Büssing et al. (2007b): Saudi Medical Journal 28, 22-23
 Büssing et al. (2007c): Breast Care 2, 195-202
 Büssing et al. (2008a): Health and Quality of Life Outcomes 6, 4 (doi:10.1186/1477-7525-6-4)
 Büssing (2008b): Dtsch Z Onkol 40, 28-31
 Fehring et al. (1997): Oncol Nurs Forum 24, 663-671
 Koenig et al. (2001): Ann Pharmacother 35, 352-359
 McClain et al. (2003): Lancet 361,1603-1607
 Thuné-Boyle et al. (2006): Soc Sci Med. 2006; 63:151-164

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Arndt Büssing
 Lehrstuhl für Medizintheorie
 und Komplementärmedizin
 Arbeitsgruppe Spiritualität und Medizin
 Universität Witten Herdecke
 Gerhard-Kienle-Weg 4
 58313 Herdecke
 E-Mail: arndt.buessing@uni-wh.de