

Spiritualität, Religiosität und Krankheitsumgang

A. BÜSSING, T. OSTERMANN UND P.F. MATTHIESSEN

Einführung

Der in der heutigen Zeit naturwissenschaftlich arbeitenden Arzt richtet sein Handeln an streng rationalen Gesichtspunkten aus, in denen Aspekte der Religion und Spiritualität zumeist keinen Platz haben. Die Wurzeln hierfür liegen – historisch gesehen – in der Emanzipation der Wissenschaft von religiös-doktrinärem Bevormundung durch kirchliche Institutionen (Walach 2005). Im Zuge dieser separierenden Entwicklung ist es nicht verwunderlich, dass sich z.B. Wissenschaftler der *National Academy of Science* mehrheitlich skeptisch gegenüber der Existenz einer transzendenten Wirklichkeit zeigten und 93% nicht an einen Gott oder an die Unsterblichkeit der Seele glauben (Larson und Witham 1998). Dies steht jedoch im Gegensatz zur „Normalbevölkerung“, die sowohl in den USA als auch in Europa mehrheitlich als religiös im konventionellen Sinne zu bezeichnen ist (Kosmin und Lachman 1993; Jagodzinski und Dobbelaere 1993; Gallup 1995; Koenig 2003). Unsere Untersuchungen in denen sich ca. 70% der Patienten als religiös, jedoch bis zu 20% als weder religiös noch spirituell und ca. 10% als spirituell, aber nicht religiös eingestellt bezeichneten, bestätigen diese Ergebnisse (Büssing et al. 2004, 2005).

Die Bedeutung von Spiritualität und Religiosität (SpR) als Mittel zur Krankheitsbewältigung wird derzeit nicht nur in der Komplementärmedizin diskutiert. Für viele Patienten ist ihr Glaube eine von vielen möglichen „Bewältigungsstrategien“, wie z.B. ein aktives problemorientiertes Coping, Kampfgeist, Ablenkung, Bagatellisierung und Wunschdenken, Suche nach sozialer Unterstützung oder Hilflosigkeit und depressive Verarbeitung. Holland et al. (1999) konnten zeigen, dass das Vertrauen eines Patienten in seine spirituellen und religiösen Überzeugungen eher mit einem aktiv-kognitiven als mit einem passiven Copingstil assoziiert ist. Was aber mit dem Begriff Spiritualität⁷⁾ tatsächlich gemeint ist, darüber gibt es keinen allgemeinen Konsens. Die Formulierung deckt ein begriffliches Feld ab, das sich im Spannungsg-

⁷⁾ Als sehr offenen Konsens hinsichtlich des Begriffes haben wir folgenden Formulierung gewählt (Büssing et al., 2004): „Mit dem Begriff *Spiritualität* wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet (die aber nicht notwendigerweise identisch mit Religiosität ist), bei der sich der/die Suchende seines/ ihres „göttlichen“ Ursprungs bewusst ist (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z.B. Gott, Allah, JHW, Tao, Brahman, Prājna, All-Eines u.a.) und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer individuell gelebten Spiritualität, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann. Die hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen“.

feld religiöser und theistischer Vorstellungen, säkularer humanistisch-existentialistischer Elemente und esoterisch geprägter Heilsangebote bewegt. Dass eine durch den kommerzialisierten „Esoterik-Markt“ instrumentalisierte Spiritualität durchaus auch das Bedürfnis nach übersinnlichen Erfahrungen, rascher „exklusiver“ Erlösung befriedigt, trägt zur kritischen Voreingenommenheit bei.

Eine spirituelle Grundhaltung bzw. religiöse Praxis scheint in der Tat einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsumgang zu haben (Übersichten Sloan et al. 1999; Thoresen 1999; McCullough et al. 2000; Sloan und Bagiella 2002; Powell et al. 2003; Seeman et al. 2003; Stefanek et al. 2004; Walach 2005). „Spirituelles Wohlbefinden“ scheint zudem insbesondere bei Patienten in finalen Krankheitsstadien vor Depressivität und Verzweiflung zu schützen (Fehring et al. 1997; Nelson 2002; McClain et al. 2003). Aber es gibt keine Studie, die valide belegen könnte, dass eine SpR-Praxis tatsächlich zu einem längeren Überleben oder gar zu einer Heilung führen könnte. Vielmehr sind es bestimmte Verhaltens- und Ernährungsweisen, die in manchen Religionsgemeinschaften gefördert werden und die dann auch mit einer „gesünderen“ Lebensweise assoziiert sind. Auch das soziale Eingebundensein in eine unterstützende Gemeinschaft spielt hier eine bedeutende Rolle, was möglicherweise ebenfalls die Beobachtung erklären könnte, dass ein religiöses Engagement mit einer signifikant verringerten Mortalität assoziiert ist (McCullough et al. 2000).

Letztendlich ist es aber nicht die persönliche Überzeugung von Wissenschaftlern oder die methodologische Qualität der vorliegenden Studien, die für den Patienten von Relevanz sind, sondern seine eigene Einstellung dazu, ob für ihn sein Glaube hilfreich im Umgang mit Krankheit ist oder nicht. So steht auch bei den medizinischen Entscheidungsprozessen von Krebspatienten und ihren Angehörigen an erster Stelle die Meinung des behandelnden Arztes, aber schon an zweiter Stelle ihre Glaubensüberzeugung (Vertrauen in Gott), sogar vor dem Vertrauen in die Medikamente, während die behandelnden Onkologen das Vertrauen in Gott an letzte Stelle setzen (Silvestri et al. 2003).

Die mögliche Diskrepanz der religiösen Einstellungen der Behandelnden und Behandelten mag dazu beigetragen haben, dass die SpR Einstellung der Patienten, die für ihn selber von eminenter Bedeutung im Umgang mit seiner Krankheit sein können, im Arzt-Patienten-Dialog nicht berücksichtigt werden und die „Zuständigkeit“ für diese Seite des Patienten an den Pfarrer oder Psychotherapeuten delegiert werden. Es mag auch zutreffen, dass das medizinische Personal keine Zeit, Courage oder tatsächlich Interesse hat, diese Seite des Patienten anzusprechen (Peterson 1985; Peach 2003), oder sich mit einem eingeschränkten Interesse der Patienten konfrontiert sieht, über solch persönliche Dinge überhaupt zu sprechen (Ehman et al. 1999), obwohl es sich viele durchaus zu wünschen scheinen (King und Bushwick. 1994). Murray und et al. (2004) wiesen ausdrücklich darauf hin, dass es den

von ihnen untersuchten Krebspatienten in weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadien in der Regel sehr schwer gefallen ist, über das beinahe schon tabuisierte Thema wie Glaubensüberzeugungen und Hoffnungen zu sprechen, aber dass die Gespräche, wenn das Vertrauen einmal aufgebaut war, eine befreiende Qualität hatten.

Spiritualität und Krankheitsumgang bei Krebspatienten

Das „spirituelle Wohlbefinden“ ist für die Lebensqualität im Endstadium der Krebserkrankung der wichtigste Prädiktor (Brady et al. 1999; McClain et al. 2003). Levine und Tarq (2002) fanden signifikante Korrelationen zwischen „spirituellem Wohlbefinden“ und dem funktionellen Wohlbefinden, während der Themenkomplex „Bedeutung und Friede“ eher mit dem körperlichen Wohlbefinden korreliert.

Die meisten Krebspatienten verlassen sich nicht nur auf die konventionellen Therapien, sondern nehmen zusätzliche alternative und/oder komplementäre Angebote wahr. Wer sich diesen Angebote zuwendet, ist in der Regel deutlich jünger, hat einen höherem Bildungslevel und einen mehr aktiven Coping-Stil und eine stärkere religiöse Einbindung als Patienten, die diese Therapieangebote nicht wahrnehmen (Moschen et al. 2001). Es wurde vermutet, dass die Nutzung alternativer/komplementärer Therapien Ausdruck einer „psychologischen Not“ sind, was bei der Betreuung berücksichtigt werden müsse.

Es ist verständlich, dass Patienten mit lebensbedrohenden Erkrankungen in vielen Fällen Hilfe jenseits der konventionellen Angebote suchen und in verzweifelten Fällen auch eine Rückbindung bei einer helfenden Instanz der Religionstraditionen – oder ihre Glaubensüberzeugung enttäuscht in Frage stellen, wenn die Gebete und Wünsche nicht erfüllt wurden. Im Zuge der fortschreitenden Individualisierung und Säkularisierung ist es allerdings unklar, ob und welche Patienten tatsächlich einen Zugang zu SpR suchen und wie dies den individuellen Umgang mit Krankheit beeinflusst. Dazu muss zunächst differenziert werden, ob sich ein Mensch nominell einer Konfession zugehörig empfindet, ob sich seine SpR auch im Alltag äußert oder ob er sich trotz einer möglichen Abwendung von den institutionalisierten Formen der Religiosität dennoch einer spirituellen Quelle verbunden weiß.

Rückbindung und Krankheitsinterpretation

Nach unseren Untersuchungen suchen fast alle Krebspatienten nach Sinn und Halt in ihrem Leben (Büssing et al. 2005). Die Hälfte von ihnen beschäftigt sich infolge ihrer Erkrankung auch wieder mit SpR Fragen und ist zudem der Überzeugung, dass ein Zugang zu einer SpR Quelle ihre Krankheit günstig beeinflussen kann. Aber nur 43% suchen auch einen Zugang zu SpR – vielmehr sind sie der Meinung, dass sie keine SpR Anleitung bräuchten, da sie selber wüssten „wo es lang geht“. Etwa die Hälfte ist zudem der Meinung, dass sie keinen Einfluss auf ihr Leben hätte, da

es vorherbestimmt sei. Jedoch fast alle Krebspatienten kommen durch ihre Krankheit dazu, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem Leben wichtig ist. Für zwei Drittel ist Krankheit ein Hinweis etwas in ihrem Leben zu ändern – die meisten kommen wieder dazu sich mit sich selbst zu beschäftigen und sehen Krankheit sogar als Chance für ihre persönliche Entwicklung an.

Auf die inhaltlich sehr komplexe Frage, ob sie sich vorstellen könnten, dass Situationen und Umstände, die sie heute als belastend oder unangenehm empfinden, später einmal (rückblickend) förderlich für sie gewesen sein werden könnten, antworteten 57% zustimmend und nur 4% ablehnend (Büssing et al., unveröffentlicht). Die Mehrzahl der Patienten (87%) gab an, dass ihre Lebenswege letztendlich doch zu einer Situation geführt haben, mit der sie zufrieden sind. Mit ihrem bisherigen Leben sind nur 9% wirklich unzufrieden. Die meisten von ihnen haben (auch weiterhin) noch viele Wünsche und Träume, die sie verwirklichen möchten, und konnten in ihrem bisherigen Leben viele ihrer Anliegen und Träume verwirklichen (80%).

Hinsichtlich der Möglichkeiten zur Vertiefung ihrer SpR war auffällig, dass nur ein Drittel der Krebspatienten diese durch die gemeinsame Praxis mit anderen erfahren und vertiefen, während zwei Drittel die Praxis alleine und in Stille bevorzugten (Büssing et al. 2005). Hierzu suchen sie besondere Orte auf, an denen sie „auftanken“ und Kraft schöpfen können – und zwar auch Patienten, die sich als „weder religiös noch spirituell“ einschätzen (R-S-). Der Trend zur Individualisierung und „Religionsentfremdung“ insbesondere bei den Jüngeren könnte sich langfristig für diese als ungünstig auswirken, da für viele Patienten die konventionellen religiösen Institutionen – insbesondere im Alter, wenn auch der Rückhalt einer Partnerschaft wegfällt – eine soziale „Rückhaltgemeinschaft“ darstellen, die sich nicht nur über einen gemeinsamen Glauben definiert.

Operationalisierung des Interesses an Rückbindung und der positiven Krankheitsinterpretation

Mit Hilfe des von unserer Arbeitsgruppe entwickelten SpREUK-Fragebogens (Ostermann et al. 2004; Büssing et al. 2005) konnten wir zeigen, dass Frauen ein signifikant größeres Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung sowie positiver Krankheitsdeutung („Krankheitsbotschaft“) haben und deutlich häufiger von den günstigen Auswirkungen der SpR auf ihre Lebensbezüge überzeugt sind als Männer, während sich ihr Vertrauen in eine externe Führung nicht graduell von dem der männlichen Patienten unterscheidet (Büssing et al. 2005). Eine geringere Schulbildung korreliert jedoch mit einem geringeren Interesse an einer Suche nach sinngebender Rückbindung und einer geringer ausgeprägten positiven Krankheitsdeutung, während die Krankheitsdauer jedoch keinen Einfluss auf die Ausprägung der Subskalen-Scores hatte (Büssing et al. 2005).