Sebastian Murken, Dorota Reis

Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung

Einleitung

Die Diagnose Krebs kann heutzutage jeden treffen und verändert das Leben der Betroffenen von einem Moment auf den anderen. Was bisher als selbstverständlich galt, gilt nicht mehr. Fragen nach Tod und Sterben, nach möglichem Leiden und nach der Zukunft, die noch bleibt, werden aktualisiert. Welche Bedeutung spielt in einer derartigen Situation der Glaube? Diese, in der Forschung lange Zeit wenig berücksichtigte Frage (Folkman 1997) ist in den letzten 20 Jahren zunehmend thematisiert worden (Cigrang, Hryshko-Mullen & Peterson 2003; Feher & Maly 1999; Gall & Cornblatt 2002; Gall et al. 2005). Inzwischen stellen onkologische Patienten die am gründlichsten und umfangreichsten untersuchte Patientenpopulation in der Religionspsychologie dar (Siegel, Andermann & Schrimshaw 2001; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman 2006), und Konzepte wie *Spiritualität* oder *Religiosität* finden Eingang in theoretischen Modellen zur Verarbeitung kritischer Lebensereignisse, z. B. in den Konstrukten *meaning-based coping* (Folkman 1997; Folkman & Greer 2000; vgl. den Beitrag von Klein & Lehr in diesem Buch), *Kohärenzsinn* (Antonovsky 1997; vgl. die Beiträge von Berth, Klein & Balck sowie von Klein & Albani) oder *posttraumatisches Wachstum* (Tedeschi, Park & Calhoun 1999).

Die Forschung zur Krankheitsverarbeitung fokussiert heute in der Regel auf psychische Aspekte der Krankheitsbewältigung durch Maße des Wohlbefindens und der Lebensqualität, nachdem der Effekt von Persönlichkeitsfaktoren und Copinganstrengungen auf den objektiven Krankheitsverlauf eher unbedeutsam zu sein scheint (Faller 2004). Onkologische Patienten leiden unter sehr vielfältigen Belastungen, primär durch die Diagnosestellung, die Erkrankung und ihre Behandlung, sekundär aber auch durch psychische Folgestörungen, v. a. Angst und Depressivität, die oftmals entwickelt werden. Maß des Erfolgs oder Misserfolgs der Krankheitsbewältigung ist daher, in wieweit eine Anpassung an den so radikal veränderten Lebenskontext gelingen kann. Ein religiöses Selbstverständnis kann angesichts dieser extremen Belastungen durch eine potenziell terminale Erkrankung vielfältige Funktionen übernehmen: es bietet einen Interpretationsrahmen für Leiden und Tod, erleichtert Sinnfindung, mindert den Kontrollverlust und er-

möglicht die Erfahrung sozialer Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft.

Grundlagen der Erforschung von Religiosität und Spiritualität im Kontext von Krebserkrankungen

Konzeptionelle und methodische Gesichtspunkte

Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Bedeutung existenzieller Themen im Adaptationsprozess sind jedoch inkonsistent (Pargament, Ano & Wachholtz 2005; Stefanek, McDonald & Hess 2005). Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen bestehen große Differenzen bezüglich des theoretischen Verständnisses von Religiosität und Spiritualität (vgl. den Beitrag von Utsch & Klein) und ihrer Operationalisierung (Hall, Meador & Koenig 2008; Sherman & Simonton 2001; vgl. den Beitrag von Zwingmann, Klein & Höfling) sowie methodischen Einschränkungen vieler Studien durch querschnittliche Designs, mangelnde Kontrolle potenzieller Konfundierungsvariablen oder die Verwendung inadäquater Erhebungsinstrumente (Stefanek et al. 2005). Zusammenfassend lassen sich sowohl positive, die psychosoziale Anpassung fördernde Effekte finden (z. B. Baider et al. 1999; Jenkins & Pargament 1995; Mehnert, Rieß & Koch 2003; Tarakeswar et al. 2006), als auch negative oder gar keine Zusammenhänge (z. B. Holland et al. 1999; Tate & Forchheimer 2002), wobei aufgrund von Literaturreviews (Bjorek 1997; Siegel, Andermann & Schrimshaw 2001; Stefanek et al. 2005; Thuné-Boyle et al. 2006) insgesamt von schwachen positiven Trends (Tendenzen) ausgegangen werden kann.

Wenig hilfreich erscheint die Verwendung von sehr allgemeinen Maßen zur Religiosität („Wie wichtig ist Ihnen ihr Glaube?“). Während in manchen Untersuchungen ein Drittel bis zur Hälfte der befragten Krebskranken das Bedürfnis nach Unterstützung und einem Austausch zu Fragen der Spiritualität, Lebenssinn, Hoffnung und Sterben äußern (Jenkins & Pargament 1995) und in einer Untersuchung von Feher und Maly (1999) sogar 91 % der an Brustkrebs erkrankten Frauen berichteten, dass Spiritualität und religiöser Glaube bei der Bewältigung wichtig waren, gaben in einer gemischten (Krebs-, HIV- und kardiologische Patienten) Stichprobe von Deister (2000) nur 13 % der Befragten an, dass die Religiosität eine Bedeutung für ihre Krankheitsbewältigung habe. Darüber hinaus scheinen globale Maße der Religiosität und Spiritualität wenig geeignet, die psychosoziale Anpassung der Betroffenen vorherzusagen (Sherman, Plante, Simonton, Latif & Anaisie 2009; Zwingmann, Wirtz, Müller, Körber & Murken 2006). Eine nicht zu unterschätzende Quelle für die Heterogenität der Ergebnisse mag in den bedeutsamen Unterschieden in der Religiosität amerikanischer und (west-)europäischer Stichproben liegen. Es kann davon ausgegangen werden, dass hierzulande viele der US-Befunde angesichts niedrigerer durch-

schnittlicher Zentralitätswerte (Huber 2003; vgl. auch den Beitrag von Huber in diesem Buch) – insbesondere einem weit niedrigeren Anteil hochreligiöser Personen (Bertelsmann-Stiftung 2007) – nicht repliziert werden können.

Die Konstrukte Religiosität und Spiritualität müssen daher multidimensional erfasst werden (vgl. den Beitrag von Zwingmann, Klein & Höfling). Messungen mit einigen wenigen Items sind zu global konzipiert und somit ungeeignet als Prädiktoren relevanter Outcome-Variablen, darüber hinaus aber auch mit Maßen der Lebensqualität und Wohlbefindens konfundiert (vgl. z. B. Yanez et al. 2009: „spiritual well-being“).

Das Konzept des religiösen Coping

Dem Konzept quasi-dispositioneller religiöser Überzeugungen stellen Pargament und Mitarbeiter eine eher situationsorientierte Sichtweise entgegen: entscheidend sei, in wie weit die Glaubensüberzeugungen als Ressource wahrgenommen und im Prozess der Krankheitsverarbeitung tatsächlich eingesetzt werden. Obwohl damit sehr vielfältige Möglichkeiten subsumiert werden, wie Menschen Religiosität einsetzen, um psychischen, sozialen oder physischen Stress zu bewältigen (Pargament 1997; Sherman & Simonton 2001), erlaubt diese Konzeptualisierung, religiöse Effekte auf das psychosoziale Wohlbefinden im Prozess der Krankheitsbewältigung deutlicher darzustellen, als es mit Hilfe globaler Maße der Religiosität im Allgemeinen möglich ist (Pargament et al. 1990; Zwingmann, Müller, Körber & Murken 2008; vgl. den Beitrag von Klein & Lehr).

Religiöses Coping stellt damit nur *einen* möglichen Fokus, Religiosität psychologisch relevant zu messen, dar (Hall, Meador & Koenig 2008), die Ergebnisse empirischer Arbeiten bestätigen jedoch die Richtigkeit einer solchen konzeptionellen Beschränkung. Ein Überblick über 40 Studien zur Effektivität spezifischer religiöser Bewältigungsstrategien (Pargament 1997) zeigt bei 53 % der 468 untersuchten Zusammenhänge statistische Signifikanz gegenüber lediglich 39 % bei globalen Religiositätsmaßen. Leider ist die ursprüngliche Konzeptualisierung des religiösen Coping als Mediator zwischen Religiosität und psychischem Wohlbefinden bei Stress und als Moderator des Zusammenhangs zwischen den Stressoren und Lebensqualität (Pargament 1997) bis dato empirisch kaum untersucht worden (Fabricatore, Handal, Rubio & Gilner 2004), verschiedene Untersuchungen konnten aber immerhin zeigen, dass das religiöse Coping die Outcomes unabhängig von den Effekten des nicht-religiösen Coping beeinflusst (Burker, Evon, Sedway & Egan 2005; Pargament et al. 1990; Tix & Frazier 1998).

Das Konstrukt selbst hat eine weitere Ausdifferenzierung in positive und negative Strategien erfahren. Positives religiöses Coping entspricht einer vertrauensvollen und konstruktiven Suche nach Unterstützung durch die Spiritualität, impliziert eine sichere und vertrauensvolle Gottesbeziehung

und wirkt sich eher positiv auf das psychische Wohlbefinden in einer Krise aus (Ano & Vasconcelles 2005; Pargament et al. 1994). Negatives religiöses Coping zeichnet sich aus durch religiös begründete Zweifel, Schuldgefühle und eine unsichere Gottesbeziehung. Belastende Ereignisse im Krankheitsverlauf werden als Strafe Gottes oder als Werk des Bösen attrahiert. Negative religiöse Strategien sind zwar *tendenziell* maladaptiv (Ano & Vasconcelles 2005; Exline & Rose 2005), führen zu mehr Distress und bedingen eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn 2001), wenn vorübergehend eingesetzt, können sie aber auch im Sinne einer spirituellen Reifung zur Adaptation beitragen (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn 2004). Die Bezeichnungen „positiv“ versus „negativ“ erweisen sich als nicht unproblematisch, weil damit eine Beeinflussung der Bewältigungsprozesse und ihres Ausgangs im Sinne von einem „guten“ versus „schlechten“ Coping suggeriert wird, was nicht von vorneherein gesagt werden kann (vgl. den Beitrag von Klein & Lehr). Zudem lässt diese Terminologie vermuten, dass die Strategien in einem Gegensatz zueinander stehen, was sich empirisch nicht halten lässt (Fitchett et al. 2004).

Während die Ergebnisse der US-amerikanischen Studien tendenziell eine weit häufigere Anwendung positiver religiöser Strategien belegen (Pargament, Smith, Koenig & Perez 1998; Pargament, Koenig & Perez 2000; Pargament et al. 2001; Sherman et al. 2009) und diese auch hauptsächlich untersucht wurden (z. B. Thuné-Boyle et al. 2006), gibt es dennoch Indizien, dass das negative religiöse Coping ein stärkerer Prädiktor der psychosozialen Anpassung sein könnte (Pargament et al. 2004; Sherman, Simonton, Latif, Spohn & Tricot 2005; Sherman et al. 2009; Zwingmann et al. 2006).

Religiöses Coping kann somit bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen eine wichtige Ressource (oder Belastung) darstellen (Siegel & Schrimshaw 2002), wobei religiöse Strategien nicht isoliert von allgemeiner Bewältigung betrachtet werden sollen (Siegel, Andermann & Schrimshaw 2001; Pargament et al. 1999).

Befunde zu religiösem Coping bei Krebserkrankungen

Im Folgenden soll exemplarisch auf einige Ergebnisse eingegangen werden, wobei eine Differenzierung entlang unterschiedlicher Krebsarten angesichts der sehr ähnlichen Belastungen nicht sinnvoll erscheint. Aufgrund unscharfer Definitionen ist es auch nicht immer möglich, Ergebnisse zum religiösen Coping bei Krebskranken von den Befunden globaler Religiosität zu trennen, teilweise werden von den Autoren die Begrifflichkeiten überhaupt nicht differenziert und im Wechsel nebeneinander verwendet.

Carver, Pozo, Harris und Noriega (1993) fanden an einer Stichprobe von Brustkrebspatientinnen, dass kurze Zeit nach der Diagnose das religiöse

Coping zwar die am häufigsten eingesetzte Ressource war, dass es aber keine direkten Einflüsse auf Optimismus und Stressempfinden der Patientinnen hatte. Allerdings fanden Carver et al. auch signifikante Zusammenhänge mit allgemeinem aktivem Coping und Reframing. Ähnliche Zusammenhänge fanden auch Holland et al. (1999) in einer Stichprobe von Melanompatienten. Religiöses Coping hatte dort keinen signifikanten Einfluss auf die Outcome-Variablen, stand aber in einem positiven Zusammenhang mit dem aktiven Coping. Dieses Ergebnis wurde an einer deutschen Stichprobe von Patienten mit malignem Melanom repliziert (Mehnert, Rieß & Koch 2003), während Baider et al. (1999) in Israel darüber hinaus gehend eine Reduzierung der psychischen Belastung beobachten konnten, so dass hier wiederum von einer eigenständigen Varianzaufklärung durch religiöse Strategien gesprochen werden kann. Teilweise werden auch Ergebnisse in Bezug auf einzelne religiöse Strategien berichtet: So fanden Mehnert und Koch (2001), dass Tumorpatienten öfter beteten als die Probanden einer Vergleichsgruppe. Für Krebspatienten vor einer Knochenmarktransplantation (Saleh & Brockopp 2001) war die Ausübung religiöser Rituale und das Gefühl der Verbundenheit mit Gott eine der wichtigsten Hoffnungsquellen, während die Studie von Jenkins und Pargament (1995) den Wert der positiven Unterstützung durch die eigene religiöse Gemeinschaft betont. Fehring, Miller und Shaw (1997) fanden in einer Stichprobe älterer Patienten mit unterschiedlichen Tumorarten einen positiven Zusammenhang zwischen verinnerlichter Religiosität, Hoffnung und psychischem Wohlbefinden. Eine große Querschnittbefragung von über 1500 Krebs- und HIV/AIDS-Patienten von Brady, Peterman, Fitchett, Mo und Cella (1999) ergab, dass selbst nach Kontrolle einer ganzen Reihe anderer Variablen wie physischem, emotionalem und sozialem Wohlbefinden, sozialer Erwünschtheit und Stimmung, das spirituelle Wohlbefinden ein bedeutsamer Prädiktor der globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität blieb (vgl. Tarakeshwar et al. 2006). Gall, Miguez de Renart & Boonstra (2000) konnten zeigen, dass religiöse Variablen das emotionale Wohlbefinden bei Langzeit-Überlebenden von Brustkrebs vorhersagen konnten. Nairn und Merluzzi (2003) wiederum bestätigten teilweise die theoretischen Annahmen Pargaments, wonach ein „deferring“ oder „collaborative style“ des religiösen Coping zu einer besseren Adaptation der Krebskranken an die Belastungssituation führt (vgl. zu den genannten Copingstilen den Beitrag von Klein & Lehr). In einer längsschnittlichen Untersuchung an einer Brustkrebs-Stichprobe von Yanez et al. (2009) führte spiritual well-being zu niedrigerer Depressivität und höherer Vitalität zwölf Monate später.

Angesichts der Fülle der Befunde zum positiven Einfluss des religiösen Coping auf diverse Wohlbefindens- und Anpassungsmaße onkologischer Patienten dürfen jedoch die Ergebnisse zum negativen religiösen Coping nicht übersehen werden. Sherman et al. (2005) haben Patienten mit multiplen Melanomen, die auf eine Knochenmarktransplantation gewartet ha-

ben, bezüglich ihrer positiven und negativen religiösen Strategien untersucht. Nach Kontrolle demographischer und medizinischer Konfundierungsvariablen blieb nur das negative religiöse Coping als signifikanter Prädiktor diverser psychischer Belastungsvariablen übrig, so dass von einer Beeinträchtigung der Lebensqualität durch negative religiöse Strategien gesprochen werden muss. Tarakeshwar und Mitarbeiterinnen (2006) haben bei Patienten mit fortgeschrittenem Krebsstadium sowohl den Einfluss positiver als auch negativer religiöser Krankheitsbewältigung nachweisen können. Während das positive religiöse Coping im Zusammenhang mit besserer Lebensqualität im Allgemeinen und auf der existenziellen und der Unterstützungs-Subskala, aber auch mit der Anzahl berichteter physischer Symptome stand, ging ein hoher Score auf der Skala des negativen religiösen Coping mit einer schlechteren Lebensqualität im Allgemeinen und in den psychischen und existenziellen Subskalen einher. Obwohl die Arbeit nur ein Querschnittsdesign aufweist, wurden die Ergebnisse für die Variablen Selbstwirksamkeit und berichtete Depressions-Episoden kontrolliert. Zwingmann et al. (2006) berichten, dass in einer deutschen Stichprobe von Brustkrebspatientinnen positive und negative religiöse Copingstrategien gleich starke, inverse Prädiktoren psychosozialer Anpassung waren, dass aber die Effekte religiöser Verarbeitung vollständig durch depressives Coping mediiert wurden. Eine Replikation auf Basis umfangreicher Daten einer Darmkrebs-Stichprobe konnte jedoch nicht gelingen, es zeigte sich vielmehr in Übereinstimmung mit Sherman et al. (2005; 2009) ein stärkerer Effekt negativer religiöser Strategien (Reis, Göllner & Murken, in Vorb.). Zwei aktuelle prospektive Untersuchungen berichten übereinstimmend für Stichproben von Myelom-Patienten (Sherman et al. 2009) und Brustkrebs-Patientinnen (Hebert, Zdaniuk, Schulz & Scheier 2009), dass keinerlei Effekte genereller religiöser Orientierung (in der Arbeit von Sherman et al. 2009) und eines positiven religiösen Coping (beide Studien) nachgewiesen werden konnten. Die Ergebnisse suggerieren aber, dass negatives religiöses Coping – obwohl seltener berichtet – auf moderate, aber signifikante Art und Weise zu einer schlechteren emotionalen Anpassung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt, und zwar sowohl quer- als auch längsschnittlich.

Fazit

Was darf nun aus dem bisherigen Stand empirischer Forschung resümiert werden? Die Belastungen, die mit der Diagnose, Krankheit und Behandlung einer Krebserkrankung einhergehen, führen einerseits zur Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen und zur Reflexion des eigenen Lebens. Andererseits können aus den Belastungen jedoch auch Angst und Depression resultieren, deren Ausprägung als Indikator für die Adaptation an die Krankheit operationalisiert werden kann (Faller 1998). Religiöse Überzeugungen

und Praktiken (falls vorhanden) können dabei wichtige Elemente im Verarbeitungsprozess onkologischer Patienten sein.

Während die globale und unspezifische Operationalisierung von Religiosität und Spiritualität im Bewältigungsprozess zu sehr heterogenen Ergebnissen führt, erlaubt die Berücksichtigung sowohl positiver als auch negativer religiöser Copingstrategien eine klarere Sicht auf die relevanten Zusammenhänge. Trotz nachweisbarer positiver Effekte religiöser Bewältigung auf das psychosoziale Wohlbefinden der Patienten dürfen auch potenzielle Risiken einer erhöhten Belastung aufgrund dysfunktionaler und maladaptiver Aspekte der Religiosität nicht außer Acht gelassen werden. Obwohl die negativen Aspekte religiöser Bewältigung seltener berücksichtigt (Fitchett, Rybarczyk, DeMarco & Nicholas 1999) und in den wenigen untersuchten Stichproben im Vergleich zu positiven Strategien konsistent seltener berichtet werden, erweisen sie sich doch vielfach als potentere Prädiktoren misslingender Adaptation. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass die positiven Effekte möglicherweise durch eine Konzeptualisierung der Anpassung als niedrigerem Score auf den Belastungsindikatoren artifiziell unterschätzt werden (Sherman et al. 2009; Zwingmann et al. 2006;). Zweifelsohne sind weitere längsschnittliche Untersuchungen zur besseren Klärung der Zusammenhänge und Überprüfung zahlreicher potenzieller Mediatoren und Moderatoren unabdingbar.

Konsequenzen für die psychoonkologische Praxis

Was folgt daraus für die Praxis? Die Forschungsergebnisse zeigen, dass selbst in säkulareren Gesellschaften als der US-amerikanischen persönliche religiöse und spirituelle Überzeugungen für viele Menschen nach wie vor eine hohe Bedeutung haben und angesichts extremer, mit einer Krebserkrankungen einhergehender Belastungen diesen eine hohe subjektive Relevanz zugewiesen wird. Je nach Verarbeitungsstil der Patienten (Murken & Müller 2007) kann die Aktivierung des individuellen Glaubenssystems funktional oder dysfunktional für die Krankheitsverarbeitung sein. Für das psychoonkologische Team stellt „spiritual care“ (Frick 2008; vgl. auch den Beitrag von Frick in diesem Buch) eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Respekt, Offenheit und eine wohlwollende Neutralität gegenüber der Erfahrungswelt der Kranken sind unabdingbar, selbst wenn die Überzeugungen nicht geteilt werden. Sinnbasierte, auf Frankls Logotherapie aufbauende Therapieansätze (für eine kurze Übersicht vgl. Mehnert 2008) versuchen Hilfestellungen anzubieten, damit die Patienten eigene Würde und Transzendenz wahrnehmen können. Darüber hinaus gilt es aber auch, im Rahmen von Interventionen die religiöse Orientierung als Ressource zu fördern – ohne die potenziellen Risiken zu übersehen. Dies kann bereits durch Erleichterung des Zugangs zu seelsorglichen Angeboten oder Akti-

vierung sozialer Unterstützung durch die religiöse Gemeinschaft umgesetzt werden (vgl. den Beitrag von Albani & Klein).

Literatur

- Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 461–480.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Baider, L., Russak, S.M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J. & Kaplan-Denour, A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: An Israeli sample. *Psycho-Oncology, 8*, 27–35.
- Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2007). *Bertelsmann – Religionsmonitor 2008*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Burker, E.J., Evon, D.M., Sedway, J.A. & Egan, T. (2005). Religious and non-religious coping in lung transplant candidates: Does adding God to the picture tell us more? *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 513–526.
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology, 8*, 417–428.
- Carver C.S., Pozo C., Harris S.D. & Noriega, V. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 375–390.
- Cigrang, J.A., Hryshko-Mullen, A. & Peterson, A.L. (2003). Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*, 133–137.
- Deister, T. (2000). *Krankheitsverarbeitung und religiöse Einstellungen. Ein Vergleich zwischen onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten*. Mainz: Grünewald.
- Exline, J.J. & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. In R.F. Paloutzian and C.L.Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion* (pp. 315–330). New York: Guilford.
- Fabricatore, A.N., Handal, P.J., Rubio, D.M. & Gilner, F.H. (2004). Stress, religion, and mental health: Religious coping in mediating and moderating roles. *The International Journal for the Psychology of Religion, 14*, 91–108.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (2004) Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13*, 99–108.
- Feher, S. & Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life. The role of religious faith. *Psycho-Oncology, 8*, 408–416.
- Fehring, R.J., Miller, J.F. & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum, 24*, 663–671.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B.D., DeMarco, G.A. & Nicholas, J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology, 44*, 333–353.

- Fitchett, G., Murphy, P.E., Kim, J., Gibbons, J.L., Cameron, J.R. & Davis, J.A. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates, and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 179–196.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207–1221.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11–19.
- Frick, E. (2008). Spiritualität: Religion und Glauben. In M. Dorfmueller & H. Dietzfelbinger (Hrsg.), *Psychoonkologie: Diagnostik – Methoden – Therapieverfahren* (S. 77–80). Elsevier: München.
- Gall, T.L., Miguez de Renart, R.M. & Boonstra, B. (2000). Religious resources in long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, 21–37.
- Gall, T.L. & Cornblatt, M.W. (2002). Breast cancer survivors give voice. A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 524–535.
- Gall, T.L., Charbonneau, C., Clarke, N.H., Grant, K., Joseph, A. & Shouldice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: Conceptual framework. *Canadian Psychology*, 46, 88–104.
- Hall, D.E., Meador, K.G. & Koenig, H.G. (2008). Measuring religiousness in health research: Review and critique. *Journal of Religion and Health*, 47, 134–163.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 537–545.
- Holland, J.C., Passik, S., Kash, K.M., Russak, S.M., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B. & Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14–26.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Jenkins, R.A. & Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 51–74.
- Mehnert, A. (2008). Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. *Psychologie in Österreich*, 1, 72–77.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001) Religiosität und psychische Befindlichkeit – Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10, 171–182.
- Mehnert, A., Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 147–166.
- Murken, S. & Müller, C. (2007). 'Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.' Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs. *Lebendiges Zeugnis*, 62, 115–128.
- Nairn, R.C. & Merluzzi, T.V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 428–441.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guilford.

- Pargament, K.I., Ano, G.G., & Wachholtz, A.B. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. In R.F. Paloutzian & C.L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 479–495). New York: Guilford.
- Pargament, K.I., Cole, B., Vandecreek, L., Belavich, T., Brant, C. & Perez, L. (1999). The vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology, 4*, 327–341.
- Pargament, K.I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K. & Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology, 18*, 793–824.
- Pargament, K.I., Ishler, K., Dubow, E.F., Stanik, P., Roullier, R., Crowe, P., Cullman, E.P., Albert, M. & Royster, B.J. (1994). Methods of religious coping with the Gulf War: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal for the Scientific Study of Religion, 33*, 347–361.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. & Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519–543.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine, 161*, 1881–1885.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G. Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology, 9*, 713–730.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G. & Perez, L.M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*, 710–724.
- Reis, D., Göllner, R. & Murken, S. (in Vorb.). *Positive and negative religious coping in German colon cancer patients. A replication.*
- Saleh, U.S. & Brockopp, D.Y. (2001). Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation: A phenomenological study. *Cancer Nursing, 24*, 308–314.
- Sherman, A.C. & Simonton, S. (2001). Assessment of religiousness and spirituality in health research. In T.G. Plante & A.C. Sherman (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 139–166). New York: Guilford.
- Sherman, A.C., Simonton, S., Adams, D.C., Vural, E. & Hanna, E. (2000). Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. *Head & Neck, 22*, 787–793.
- Sherman, A.C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R. & Tricot, G. (2005). Religious struggle and religious comfort in response to illness: Health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine, 28*, 359–367.
- Sherman, A.C., Plante, T.G., Simonton, S., Latif, U. & Anaissie, E.J. (2009). Prospective study of religious coping among patients undergoing stem cell transplantation. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 118–128.
- Siegel, K., Andermann, S.J. & Schrimshaw, E.W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health, 16*, 631–653.

- Siegel, K. & Schrimshaw, E.W. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 91–102.
- Stefanek, M., McDonald, P.G. & Hess, S.A. (2005). Religion, spirituality and cancer. Current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology* 14, 450–463.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L.C., Paulk, E., Pearce, M.J., Kasl, S.V., & Prigerson, H.G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine* 9, 646–657.
- Tedeschi, R., Park, C.L. & Calhoun, L. (1999). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Thuné-Boyle, I.C., Stygall, J.A., Keshtgar, M.R. & Newman, S.P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63, 151–164.
- Tix, A.P. & Frazier, P.A. (1998). The use of religious coping during stressful life events. Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411–422.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A.L., Park, C.L., Kwan, L., Ganz, P.A. & Blank, T.O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer. Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 730–741.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2006). Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 533–547.
- Zwingmann, C., Müller, C., Körber, J. & Murken, S. (2008). Religious commitment, religious coping and anxiety: A study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17, 361–370.

Constantin Klein, Hendrik Berth,
Friedrich Balck (Hrsg.)

Gesundheit – Religion – Spiritualität

Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze

Juventa Verlag Weinheim und München 2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2011 Juventa Verlag Weinheim und München
Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, 63654 Büdingen
Druck nach Typoskript
Printed in Germany

ISBN 978-3-7799-1979-7

Inhalt

Constantin Klein, Hendrik Berth, Friedrich Balck
Zur Einführung. Die Relevanz von Religiosität und Spiritualität
für die Gesundheitsforschung..... 11

Grundlegung: Begriffsbestimmungen und Messverfahren

Michael Utsch, Constantin Klein
Religion, Religiosität, Spiritualität.
Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe 25

Hendrik Berth, Constantin Klein, Friedrich Balck
Begriffsbestimmungen.
Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden und Lebensqualität..... 47

Christian Zwingmann, Constantin Klein, Volkmar Höfling
Messung von Religiosität/Spiritualität
im Rahmen der Gesundheitsforschung.
Ein Überblick über deutschsprachige Fragebogenskalen..... 65

Fokus Religion

Walter Bruchhausen
Beziehungen zwischen Gesundheit und Religion
von der Frühgeschichte bis zur Neuzeit 93

Robert Jütte
Judentum und Gesundheit 113

Ulrich Eibach
Gesundheit und Krankheit, Heilung und Heil im Christentum 125

Ina Wunn
Islam und Gesundheit..... 137

Markus Hero
Der Markt für spirituelles Heilen.
Eine soziologische Betrachtung seiner Akteure und Institutionen 149

Stefan Huber
Religiosität in Deutschland, Österreich und der Schweiz 163

Fokus Gesundheit

Arndt Büssing

Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke...189

Constantin Klein, Cornelia Albani

Religiosität und psychische Gesundheit –
empirische Befunde und Erklärungsansätze.....215

Anja Mehnert, Anja Höcker

Religion und körperliche Gesundheit –
empirische Befunde und Erklärungsansätze.....247

Tatjana Schnell

Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung.....259

Arjan W. Braam

Religion und Depression273

Human-Friedrich Unterrainer

Religion und Suchterkrankungen291

Sylvia Mohr, Pierre-Yves Brandt, Laurence Borrás,

Christiane Gilliéron, Philippe Huguelet

Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität
innerhalb der psychosozialen Dimensionen von Schizophrenie301

Sebastian Murken, Dorota Reis

Religiosität, Spiritualität und Krebserkrankung321

Constantin Klein, Dirk Lehr

Religiöses Coping333

René Hefti

Religion und Mortalität361

Cornelia Albani, Constantin Klein

Religiosität/Spiritualität in somatischer Behandlung,
Pflege und Psychotherapie375

Eckhard Frick SJ

Spiritual Care in der Humanmedizin: Profilierung und Vernetzung407

Die Autorinnen und Autoren.....421