

„Gott hat mich so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann.“

Religiöse Verarbeitungsstile nach der Diagnose Brustkrebs

von Sebastian Murken / Claudia Müller

Mit einer Krebserkrankung ist oft eine tiefe existentielle Verunsicherung verbunden, das Gefühl von Ausgeliefertsein, Kontrollverlust und Ohnmacht. Diese Verunsicherung beginnt meist direkt nach der Diagnose und hält lange an, so dass Betroffene sich noch Jahre nach der Diagnose als „gefährdet“ erleben. Sie leben mit Unsicherheit, Angst und dem ständigen Bewusstsein der Sterblichkeit. Die Diagnose Krebs stellt auch Anfragen an das bisherige Leben: „Habe ich richtig gelebt und meine Werte und Prioritäten im Leben richtig gesetzt?“ sind Gedanken, die in der rückblickenden Perspektive das eigene Selbstbild infrage stellen können.

Ob und in welcher Weise Frauen mit Brustkrebs ihre Religiosität in die Verarbeitung ihrer Erkrankung einbeziehen, ist Thema dieses Artikels. Dazu werden, nach allgemeinen Informationen zur Erkrankung an Brustkrebs und seiner Verarbeitung, Überlegungen zum Stellenwert der Religiosität in der Krankheitsverarbeitung angeschlossen. In einem weiteren Schritt zeigen wir anhand eines eigenen Forschungsprojektes unterschiedliche Formen, wie Religiosität in die Krankheitsverarbeitung einbezogen wird.

Kritisches Lebensereignis: Diagnose Brustkrebs

Kaum ein Lebensereignis ist so einschneidend wie die – meist unerwartete und plötzliche – Diagnose Brustkrebs. Die Diagnose erschüttert das bisherige Lebenskonzept und Selbstbild. Fragen wie „Warum ich?“, „Was wird aus mir?“, „Werde ich sterben?“, „Was wird aus meinen Kindern?“ drängen sich auf. Während die erste Zeit nach der Diagnosestellung gefüllt ist mit medizinischer Diagnostik, Informationssuche und dem Ringen um die bestmögliche Behandlungsoption, dominieren in späteren Phasen der Erkrankung häufig Fragen wie, „Wie kann ich mit der Erkrankung weiterleben?“, „Was bedeutet dies für meine Lebensperspektive?“, „Wie kann ich diese Krankheit verstehen?“. Kurz: „Wie kann ich mit der Erkrankung sinnvoll leben?“

Krankheitsverarbeitung ist entscheidend

Mit geschätzten rund 55 000 Neuerkrankungen im Jahr¹ gehört Brustkrebs zu den

¹ Schätzung des Robert-Koch-Instituts für das Jahr 2002, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutsch-

häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Obwohl die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei dieser Erkrankung mit 79 %² vergleichsweise günstig ist, bedeutet dies dennoch, dass jede fünfte betroffene Frau innerhalb von 5 Jahren an ihrer Erkrankung stirbt. Neben den körperlichen Belastungen durch Diagnose, Verlauf und Behandlung der Erkrankung entstehen auch psychische und emotionale Belastungen. Die Erkrankung aktualisiert im Bewusstsein der Betroffenen das Wissen um die eigene Sterblichkeit und konfrontiert unweigerlich mit der Endlichkeit des eigenen Lebens. Ängste und Zukunftssorgen entstehen, manch eine Betroffene reagiert mit depressiven Verstimmungen.

Sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen, mit solchen Belastungen umgehen zu lernen und diese zu bewältigen ist demnach eine wichtige Aufgabe der Krankheitsverarbeitung in der veränderten Lebenssituation. Dazu zählen alle emotionalen, kognitiven oder handlungsbezogenen Abläufe, die ein Mensch als bewusste oder unbewusste Reaktionen zeigt, um erwartete, entstehende oder bereits bestehende Belastungen abzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Entscheidend für den Erfolg dieses Prozesses ist, welche Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen, und wie funktional oder dysfunktional diese eingesetzt werden.³ So ist z. B. ein gut funktionierendes soziales Netzwerk in Krisenzeiten hilfreich.⁴ Wenn allerdings zu viele Personen täglich anrufen und sich nach dem Befinden erkundigen, kann dies auch zur Belastung werden.⁵

Religiöse Elemente in der Krankheitsverarbeitung

Gehört Religiosität zu den bedeutsamen Verarbeitungsressourcen bei einer Krebserkrankung? Welche Bedeutung hat Religiosität, insbesondere die Gottesbeziehung einer Person, für den Umgang mit der Erkrankung und für ihre Bewältigung? Diesen Fragen möchten wir im Folgenden nachgehen.

Der Zusammenhang von Religiosität auf der einen und Heil und Heilung auf der anderen Seite ist das Thema fast aller religiöser Schriften, die nicht nur eschatologische Heilsperspektiven entwickeln, sondern in denen oft ganz konkret der Zusammenhang von Glauben und Heilung dargestellt wird, wie etwa in Jesus'

land e.V. (GEKID) und das RKI, Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends, Saarbrücken ⁵2006, 14.

2 Ebd., 52.

3 Im englischen Sprachraum hat sich für diese Prozesse der Begriff „coping“ etabliert. Der Einbezug von Religion und Religiosität in diese Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesse wird mit „religious coping“ bezeichnet und meint dabei im weiteren Sinn jede Form von Hinwendung zum Glauben, unabhängig davon, ob Religion als Hilfe oder Hindernis erlebt wird; vgl. *K. I. Pargament, The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York 1997.

4 *B. John-Manthey / M. Thurke*, Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs: Ergebnisse einer Längsschnittstudie, Heidelberg, 1990; *K. Schröder*, Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung, in: *R. Schwarzer*, Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, Göttingen 1997.

5 *W. Schuth*, Krebs als Krise: Psychoonkologische Hinweise zum hilfreichen Umgang mit malignomkranken Frauen, in: *Gynäkologische Praxis* 19 (1995) 531-541; *A. Leppin / R. Schwarzer*, Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten, in: *R. Schwarzer*, Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, Göttingen 1997.

Wunderheilungen im Neuen Testament. In diesen Fällen wird besonders die heilsame Kraft eines unbedingten Glaubens hervorgehoben. Es wird jedoch in der Forschungsliteratur auch immer wieder auf mögliche belastende Effekte religiöser Vorstellungen hingewiesen. Der christliche Glaube, so das Argument, verhindere durch Bilder von Kleinheit, Bedürftigkeit und Sündigkeit des Menschen die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls und damit grundlegend die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit.

Die anekdotische Evidenz, dass Not beten lehre, findet auch ihre empirische Bestätigung: Menschen greifen in schweren Krisensituationen eher auf ihre Religion zurück, als im Zusammenhang alltäglicher Probleme. Gerade im Kontext lebensbedrohlicher Erkrankungen werden existentielle, religiöse oder spirituelle Fragen und Bedürfnisse deutlich.⁶

Trotz zahlreicher Studien ist die in neueren Überblicksarbeiten⁷ dokumentierte Befundlage zum Zusammenhang von Religiosität und Gesundheit nach wie vor uneinheitlich. Es finden sich Ergebnisse mit positiven, negativen oder gar keinen Zusammenhängen zwischen Glaubensausprägung und Krankheitsverarbeitung. Diese divergenten Ergebnisse werden unter anderem mit der unterschiedlichen Konzeptualisierung von Religiosität in Verbindung gebracht, die mal über die Häufigkeit des Kirchgangs und ein anderes mal über Konfessionszugehörigkeit oder z. B. über die Qualität der Gottesbeziehung erhoben wurde.

Wirkungsweise von Religiosität

Auf welche Weise Religiosität bei der Krankheitsverarbeitung wirksam ist, kann sehr unterschiedlich sein. Daher ist es wichtig, mögliche Modelle eines Wirkungszusammenhangs zu unterscheiden. *Larry R. Peterson* und *Anita Roy*⁸ nennen drei mögliche Aspekte von Religiosität, die dabei hilfreich sein könnten, negative Affektivität – als psychologische Antwort auf problematische oder bedrohliche Lebenssituationen – zu lindern:

- 1) Religiosität spendet Trost und gibt Hoffnung und Optimismus, dass problematische Aspekte des Lebens überstanden werden können.

6 *L. B. Bearon / H. G. Koenig*, Religious cognitions and use of prayer in health and illness, in: *The Gerontologist* 30 (1990) 249-253; *J. P. Bjorck / L. H. Cohen*, Coping with threats, losses, and challenges, in: *Journal of Social and Clinical Psychology* 12 (1993) 56-72; *K. P. Kaut*, Religion, spirituality, and existentialism near the end of life: Implications for assessment and application, in: *American Behavioral Scientist* 46 (2002) 220-234.

7 *M. O. Harrison / H. G. Koenig / J. C. Hays / A. Eme / G. Anedi / K. I. Pargament*, The epidemiology of religious coping. A review of recent literature, in: *International Review of Psychiatry* 13 (2001) 86-93; *L. H. Powell / L. Shahabi / C. E. Thoresen*, Religion and spirituality: Linkages to physical health, in: *American Psychologist* 58 (2003) 36-52; *K. S. Seybold / P. Hill*, The role of religion and spirituality in mental and physical health, in: *Current Directions in Psychological Science* 10 (2001) 21-24; *M. Stefanek / P. G. McDonald / S. A. Hess*, Religion, spirituality and cancer: Current status and methodological challenges, in: *Psycho-Oncology* 14 (2005) 450-463; *A. J. Weaver / K. J. Flannelly*, The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers, in: *Southern Medical Journal* 97 (2004) 1210-1214.

8 *L. R. Peterson / A. Roy*, Religiosity, anxiety, and meaning and purpose, in: *Review of Religious Research* 27 (1985) 49-62.

- 2) Die religiöse Gemeinschaft bietet emotionale Unterstützung und hilft so, Angst zu reduzieren.
- 3) Durch die Betonung von Jenseitigkeit bietet Religiosität die Hoffnung auf ein besseres Leben nach dem Tod und relativiert Sorgen und Ängste um Diesseitigkeiten.

Untersuchungen zeigen tatsächlich, dass die Lebensbedrohung, die viele Krebspatientinnen und -patienten erleben, den Bezug zu einer transzendenten Macht oder Wirklichkeit fördert. Es konnte empirisch belegt werden, dass Religiosität im Krankheitsverarbeitungsprozess von Krebspatienten bedeutsam ist und dass die Hinwendung zum Glauben zu den häufigsten Bewältigungsstrategien von Krebspatienten gehört. Der Glaube wird insbesondere für krebskranke Frauen eine Quelle des Trostes.⁹

Die meisten Forschungsergebnisse zu Religiosität und Krebs¹⁰ weisen darauf hin, dass bei Krebspatienten eine stärkere religiöse oder existentielle Orientierung mit günstigeren Anpassungsergebnissen verbunden ist: Religiösere oder spirituellere Patienten sind weniger belastet, weniger depressiv und ängstlich, sind lebenszufriedener und weniger hoffnungslos. Sie berichten bessere Lebensqualität und passen sich psychisch, jedoch nicht physisch, besser an die Erkrankung an. Es finden sich jedoch auch gegenteilige Befunde, die nahe legen, dass die Beziehung Religion-Krankheitsverarbeitung durchaus komplex ist. Über die Frage hinaus, ob und wie stark

jemand religiös ist, ist von Bedeutung, was eine Person glaubt und mit welchen Vorstellungen und Inhalten sich die Religiosität im Alltag äußert. In mehreren empirischen Studien identifizierte die Forschungsgruppe um *Kenneth I. Pargament*¹¹ zwei grundsätzlich voneinander abgrenzbare Muster, wie sich bei Menschen in Krisensituationen Religiosität einerseits positiv und andererseits negativ aktualisieren kann: Po-

9 C. S. Carver / C. Pozo / S. D. Harris / V. Noriega / M. F. Scheier / D. S. Robinson / A. S. Ketcham / F. L. Moffat jr. / K. C. Clark, How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (1993) 375-390; K. F. Ferraro / J. A. Kelley-Moore, Religious consolation among men and women: Do health problems spur seeking? in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 39 (2000) 220-234.

10 Die Forschungsentwicklung kann in Übersichtsarbeiten beobachtet werden, Beispiele: L. T. Flannelly / K. J. Flannelly / A. J. Weaver, Religious and spiritual variables in three major oncology nursing journals: 1990-1999, in: *Oncology Nursing Forum* 29 (2002) 679-685; H.-R. Lin / S. M. Bauer-Wu, Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature, in: *Journal of Advanced Nursing* 44 (2003) 69-80; J. J. Mytko / S. J. Knight, Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research, in: *Psycho-Oncology* 8 (1999) 439-450; A. C. Sherman / S. Simonton, Religious involvement among cancer patients: Associations with adjustment and quality of life, in: T. G. Plante / A. C. Sherman, *Faith and health. Psychological perspectives*, New York 2001; A. J. Weaver / K. J. Flannelly, The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers, in: *Southern Medical Journal* 97 (2004) 1210-1214.

11 K. I. Pargament / B. W. Smith / H. G. Koenig / L. Perez, Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (1998) 710-724; K. I. Pargament / N. Tarakeshwar / C. G. Ellison / K. M. Wulff, Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 40 (2001) 497-513.

sitiven religiösen Verarbeitungsmustern ist gemeinsam, dass sie eine sichere und vertrauensvolle Gottesbeziehung widerspiegeln, und dass sie die Suche nach Hilfe und Verstehbarkeit durch den Glauben beinhalten. Dadurch wird das Erleben von Sinnhaftigkeit der Krise und des Lebens ermöglicht. Für negative religiöse Verarbeitungsmuster ist dagegen charakteristisch, dass sie Ausdruck eines Ringens und Haders mit Gott oder der Macht Gottes sind, Vorstellungen von Sünde, Schuld oder Bestraftwerden beinhalten und auf diese Weise eine unsichere Beziehung zu Gott deutlich machen. Beide Muster können im Verarbeitungsprozess einzeln oder nebeneinander oder auch nacheinander und abwechselnd aktiviert werden. Wie und wie stark eine betroffene Person dabei mit Gott in Beziehung tritt, kann sich deutlich unterscheiden. Nach *Kenneth I. Pargament* und Kollegen¹² lassen sich drei Typen von Interaktionsgestaltung beim Einbezug der Religiosität abgrenzen, die durch die folgenden Haltungen geprägt sind.

- 1) Gott ist für alles zuständig. In seiner Allmacht wird er alles regeln, darauf kann ich mich verlassen. Ich selbst trage dazu – abgesehen von meinem Gottvertrauen – kaum etwas bei („deferring style“).
- 2) Gott hat mich mit Möglichkeiten und Verstand ausgestattet. Nun ist es an mir, diese zu nutzen und etwas für mich zu tun. Ich muss aktiv werden und kann nicht auf göttliche Interventionen warten („self-directing style“).
- 3) Um diese Krise zu meistern, müssen Gott und ich jeweils unseren Beitrag leisten. Es ist Aktivität von beiden Seiten nötig („collaborative style“).

Eine eigene Studie mit Brustkrebspatientinnen

Lassen sich solche Verarbeitungsmuster auch empirisch nachweisen? Im Folgenden stellen wir eigene Ergebnisse zu dieser Frage vor. Im Rahmen eines quantitativen Forschungsprojektes zur Bedeutung von Religiosität bei der Verarbeitung von Brustkrebs¹³ wurden 198 – davon 167 neuerkrankte – Frauen im Alter zwischen 31 und 83 Jahren über die Bedeutung ihrer Religiosität für den Umgang mit ihrer Erkrankung befragt.¹⁴ Die Frauen wussten im Durchschnitt seit etwa 11 Monaten von ihrer Diagnose und befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung zum Großteil (82 %) in prognostisch günstigen Erkrankungsstadien. Die meisten Patientinnen waren verheiratet oder lebten mit einem Partner zusammen (66 %). Das Bildungsniveau der meisten Patientinnen war mittel bis niedrig (56 % Haupt- oder Volksschule, 28 % Realschule oder mittlere Reife).

12 *K. I. Pargament, / J. Kennell / W. Hathaway / N. Greven-
goed et al.*, Religion and the problem-solving process: Three
styles of coping, in: *Journal for the Scientific Study of Reli-
gion* 27 (1988) 90-104.

13 Wir danken der Volkswagen-Stiftung für die großzügige
Finanzierung des Projektes (Laufzeit 2002 – 2005).

14 Vgl. *C. Zwingmann / M. Wirtz / C. Müller / J. Körber /
S. Murken*, Positive and negative religious coping in Ger-
man breast cancer patients, in: *Journal of Behavioral Medi-
cine* 29 (2006) 533-547.

Alle Befragten, die einer Glaubensgemeinschaft angehörten, kamen aus einem christlichen Kontext, der überwiegende Teil war katholisch (48 %) oder evangelisch (36 %). Religiosität, das zeigt unsere Stichprobe, ist wichtig für die Patientinnen: für 60 % der Patientinnen hat der Glaube eine mittelhoh Relevanz im Alltag, 23 % können sogar als hochreligiös bezeichnet werden. Für nur 17 % der Frauen spielt die Religiosität eine untergeordnete Rolle. Auch bei der Krankheitsverarbeitung wird der Glaube genutzt: So geben 36 % der Frauen in unserer Stichprobe im Fragebogen an, dass ihnen ihr Glaube hilft, auch in scheinbar ausweglosen Situationen einen Sinn zu sehen und 45 % geben an, durch ihren Glauben Trost und Hoffnung zu finden.

Über die Fragebogenuntersuchung hinaus haben wir mit 15 der betroffenen Frauen verschiedener christlicher Konfessionen und unterschiedlicher Glaubensstärke ausführliche Interviews geführt. Wir haben sie dazu befragt, wie sie lernen und lernten, mit ihrer Erkrankung umzugehen, und in welcher Weise ihr religiöser Glaube dabei hilfreich oder hinderlich war.

Vier religiöse Verarbeitungsstile

Die Analyse der Interview-Texte ergab vier unterscheidbare religiöse Verarbeitungsstile.¹⁵ Drei der Stile – diejenigen, die positive religiöse Verarbeitung abbilden – sind den oben beschriebenen Mustern, wie sie *Pargament* gefunden hat, ähnlich: Eine Gruppe der Patientinnen findet starken Halt durch passives Gottvertrauen, während andere vermehrt aktiv werden und

sich auf die eigenen religiösen Ressourcen besinnen. Eine dritte Gruppe verbindet beides und bezieht Gott stark in die eigenen Bemühungen ein. Ein vierter Verarbeitungsstil ist davon deutlich abgrenzbar. Er zeigt ein negativ geprägtes Muster religiöser Verarbeitung, charakterisiert durch religiöse Zweifel und Verunsicherung im Glauben.

Die folgenden Kurzbeschreibungen und Fallbeispiele veranschaulichen die vier verschiedenen Stile im Detail.

Stil 1: Unerschütterliches Gottvertrauen

Stil 1 ist charakterisiert durch ein besonders deutlich ausgeprägtes Gottvertrauen. Dieses Gottvertrauen führt dazu, dass die Patientinnen gut mit ihrer Erkrankung umgehen können, denn sie vertrauen auf Gottes Hilfe, bzw. legen ihr Schicksal in seine Hände. Sie schöpfen Kraft aus ihrem Glauben und fühlen sich sicher und getragen. Sie können daher eher „passiv“ bleiben.

Für diese Patientinnen sind die Worte des christlichen Glaubensbekenntnisses „Dein Wille geschehe“ nicht nur äußerliche Worte, sondern eine tief verinnerlichte Überzeugung. „Man kann ja das nicht nur so runterleiern, sondern man muss ja auch was dabei denken ...“ (Frau R., 69 Jahre, evangelisch). Dies gibt ihnen Gelassenheit

¹⁵ Wir danken Frau *Anna Wiedemann*, M. A., für ihre Mithilfe bei der Analyse der Interviews.

im Umgang mit der Krankheit, weil man gegen Gottes Fügung und gegen das, was Gott für einen vorgesehen hat, ohnehin nichts ausrichten könne. Unabhängig von der eigenen Not und dem eigenen Leid gilt: „Gott macht keine Fehler“ und Gott ist die „Heimat“ (Frau E., 60 Jahre, freikirchlich). Durch dieses Vertrauen fühlen sich die Patientinnen getragen, geborgen und ruhig. Sie haben die Sicherheit, dass sie nicht tief fallen können. Es gibt niemand anderen, an den man sich letztlich wenden kann, außer Gott bzw. Jesus. Eine Patientin meint dazu, Jesus sei für sie: „... der beste und der größte Therapeut und der beste Arzt, den es gibt“ (Frau L., 45 Jahre, katholisch), und beschreibt an anderer Stelle ihre Situation mit den Worten: „Ich weiß, dass es keinen anderen Halt [als Gott] für mich gibt“.

Fallbeispiel zu Stil 1:

Frau E. (60 Jahre, freikirchlich)

Besonders deutlich zeigt sich dieser Verarbeitungsstil bei Frau E. Sie berichtet, sie sei nicht religiös erzogen worden, aber zum Teil im Kinderheim bei Diakonissen aufgewachsen. Mit 27 Jahren habe ihre Suche nach Gott begonnen und 1971 sei sie bei den Baptisten getauft worden. Bis dahin sei sie nur „Taufscheinchristin“ gewesen, eine Gruppe von der sie sich heute selbst abgrenzt: „Ich bin nicht nur auf dem Papier Christ, sondern im Herzen“. Gott sei für sie der Ruhepol und die „Heimat“. Seit vier Jahren gehöre sie einer ev. Freikirche (Brüdergemeinde) an.

Schon beim Erkennen ihrer Brustkrebser-

krankung habe Gott ihren Weg geführt und bestimmt. Nachdem Frau E. wie gewöhnlich nach dem Abendgebet eingeschlafen war, sei sie in einer Nacht unruhig gewesen und habe bemerkt, dass in der Brust etwas schmerzte. Den Arztbesuch habe sie zunächst aufgeschoben und sei mit dem Zug verreist. Auf der Zugfahrt habe sie, „wie Gott es so fügt“, die Bekanntschaft einer Gynäkologin gemacht, der sie von ihrem Problem erzählt habe und die ihr dringend zu einer Untersuchung geraten habe. Frau E. habe kurz darauf einen Arzt aufgesucht und nachdem der positive Befund feststand, habe sie zum Arzt gesagt: „Herr Doktor, walten Sie ihres Amtes, dafür bin ich hier. Tiefer als in Gottes Hand kann ich nicht fallen und Sie können ohnehin nicht mehr ausrichten, als er zulässt“. Acht Tage später sei bereits die Operation gewesen, vor der Frau E. zum Teil Ängste gehabt habe, bei der sie aber auch die „unendliche Geborgenheit“ Gottes gespürt habe. Sie habe gewusst, dass Gott keine Fehler mache, dass sie sich auf ihn verlassen könne und er ihr weiterhelfen werde. In Momenten der Angst habe Frau E. an Gottes Wort und an Psalme gedacht und konnte so ihre Angst mindern. Auch bei den teilweise schmerzhaften, post-operativen Behandlungen fühlte Frau E. sich getragen. Ihr half zusätzlich die Gewissheit, dass in ihrer Gemeinde für sie gebetet wurde.

Ihre Krankheit hat Frau E. gar nicht als Krise angesehen, sondern eher als „Werkzeug Gottes“. Sie konnte so durch ihre eigene Situation auch anderen erkrankten Menschen helfen und den Weg zu Gott zeigen, indem sie Mitpatientinnen im

Krankenhaus Trost zusprach, von Gott erzählte und aus der Bibel vorlas. Es sei ein schönes Gefühl gewesen, gebraucht zu werden und helfen zu können: „Ich durfte merken eben, wie Gott mich gebraucht hat.“ Sie empfand ihre Erkrankung außerdem als Aufgabe, die Gott ihr gegeben hat, damit sie lernen und helfen kann. Ihr Glaube gab Frau E. zudem Zuversicht und Sicherheit. Durch ihren Glauben fand sie den Tod nicht schreckend: „Für mich gilt: Wer an Gott glaubt, wer die bewusste Entscheidung gemacht hat, der hat ewiges Leben.“

Stil 2: Aktivierung eigener religiöser Ressourcen

Bezeichnend für Personen, die zum Verarbeitungsstil 2 neigen, ist, dass sie – auf dem Hintergrund eines vorhandenen Glaubens – in der Krise die eigenen Ressourcen, sowohl innerlich als auch äußerlich, aktivieren. Um die Diagnose Krebs und die Folgen der Behandlung besser verarbeiten zu können, suchen Patientinnen dieses Typs Möglichkeiten, Ruhe, Geborgenheit und Halt zu finden. Sie setzen sich vermehrt mit Fragen des Glaubens und mit Gott auseinander, beten mehr, besuchen Gottesdienste oder lesen vermehrt in der Bibel. Dies gibt ihnen Kraft, Hoffnung, Trost und Sicherheit.

Je nach Persönlichkeitstypus und Situation werden verschiedene Aspekte des Glaubens aktualisiert und aktiviert. Eine wichtige Ressource, um die Diagnose zu verarbeiten und um Hoffnung zu bekommen, ist das persönliche Gebet. Manche der Patientin-

nen berichten, sich vermehrt an Gott gewandt zu haben: „Na ja, man hat vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen“ (Frau I., 63 Jahre, evangelisch). Dies gibt das Gefühl, nicht alleine zu sein, und spendet Trost (Frau I.). Als Antwort auf ihre Gebete beschreiben die Patientinnen Ruhe und Geborgenheit. „Man fühlt sich irgendwo geborgen“ (Frau I.).

Neben dem Gebet wird auch immer wieder die Auseinandersetzung mit religiösen Gedanken und Texten als hilfreich beschrieben: „... es lag ein Buch aus mit kleinen Gedanken, wo man sich dann mal wieder so ein bisschen sammeln konnte, es war irgendwie einfach wohltuend“ (Frau G., 49 Jahre, katholisch). Auch die Lektüre der Bibel wird als hilfreich beschrieben, „weil das, was wir erleben, haben andere auch schon erlebt“ (Frau V., 56 Jahre, evangelisch). Doch nicht nur Texte helfen, sondern auch Musik. So beschreibt eine Patientin: „... oder ich hör mir Kassetten an mit geistlicher Musik, also das gibt mir sehr viel Kraft und Trost“ (Frau V.).

Eine weitere Ressource, die immer wieder genannt wird, ist das Gespräch oder die Anwesenheit von Mitgläubigen. So werden Gespräche mit Priestern oder Pfarrern als Trost gebend empfunden (Frau G.) und von einer Patientin sogar als „geistliche Nahrung“ in schlechten Zeiten (Frau V.) beschrieben. Einer anderen Patientin hat die Anwesenheit von Nonnen im Krankenhaus geholfen – es war wichtig für sie, dass sie da waren (Frau O., 67 Jahre, katholisch). Auch das Aufsuchen von Kirchen oder der Krankenhauskapelle gibt Kraft: „Ich hatte eine ganz liebe Mitpatientin, die

konfessionslos war, aber wir sind trotzdem gemeinsam oft in die Kapelle gegangen, das hat uns beiden sehr wohlgetan“, „... es ist ein Ort, wo man ein bisschen Geborgenheit fühlt“ (Frau G.).

Fallbeispiel zu Stil 2:

Frau V. (56 Jahre, evangelisch)

Frau V.s Verarbeitungsweise ist charakteristisch für Stil 2. Im Umgang mit ihrer sehr lange währenden Erkrankung hat sie sich ganz aktiv zum Glauben hin orientiert und dadurch hilfreiche und Angst lindernde Strategien entwickelt. Frau V. hat zehn Jahre nach ihrer Erstdiagnose und -behandlung ein Rezidiv entwickelt. Wieder ist ein bösartiger Tumor diagnostiziert worden. Dies sei zunächst ein schwerer Schlag gewesen, jedoch sei sie sofort aktiv geworden und habe sich immer wieder gesagt „ich will leben!“. Ihr Glaube habe ihr viel Kraft dabei gegeben. Wenn es ihr besonders schlecht ging, habe sie Bilder gemalt, häufig inspiriert durch Predigten.

Nach der erstmaligen Erkrankung war Frau V. umgezogen und in der neuen Gemeinde sogleich dem Kirchenchor beigetreten. Sie baute dort auch eine Freundschaft zum Pfarrer auf. Mit ihm konnte sie reden, wenn sie sich schlecht fühlte, und erfuhr so Unterstützung. Sie war außerdem in der Synode und im Presbyterium tätig. Gemeinsam mit dem Pfarrer erstellte sie Hefte mit Monatssprüchen und Bildern. Die positive Resonanz darauf gab ihr Kraft: „Es kommt 'ne unheimliche Resonanz, dass da Menschen sagen, 'ah, wenn's mir schlecht geht, dann les ich das mal durch, und dann

gibt mir das immer wieder Mut'. Dann denk ich, 'ah, die hat das geschafft, und das war viel schlimmer', und das sind Dinge, die ich tun muss. Also ich hab das Gefühl, ich muss es einfach tun.“

Im Umgang mit ihrer Erkrankung half es Frau V. außerdem, biblische Passagen zu lesen oder geistliche Musik zu hören, was ihr Trost und Kraft gab. Sie sei sich dadurch bewusst geworden, dass es anderen Menschen auch schon so ging wie ihr, und dass das Leben nur seine bestimmte Zeit habe.

Durch ihre Krankheit hat Frau V. Neues kennenlernen können. Sie musste ihren alten Beruf wegen der Erkrankung aufgeben, begann aber, sich künstlerisch zu betätigen (Bildhauerei), was sie ohne die Erkrankung vielleicht nicht getan hätte. Sie setzte sich aktiv mit dem Glauben und dazugehörigen Fragen auseinander und fühlt sich dadurch sogar reicher als vorher: „Mich hat diese ganze Entwicklung eigentlich unheimlich reich gemacht. Also ich fühl mich heute wesentlich reicher, ich fühl mich eigentlich sogar beschenkt.“ Ihr Glaube sei noch intensiver geworden, und sie befasse sich mehr mit Glaubensfragen und anderen Menschen. Dies habe sich in den vergangenen Jahren stets fortentwickelt, und sie habe nun „ein ganz anderes Gespür“ entwickelt, was sie gerne an andere Menschen weitergeben möchte.

Durch ihr aktives Handeln konnte Frau V. viel Kraft und Hoffnung schöpfen und z. B. vor einer Operation ruhig und gelassen denken „so wie es sein wird, so wird es sein, und so wird es gut sein für mich“. Es

gibt ihr einen „großen Frieden im Herzen“.

Stil 3: Gemeinsame Bewältigung

Kennzeichnend für den dritten Bearbeitungsstil ist, dass die Patientinnen – wie bei Stil 1 – ein starkes haltendes Gottvertrauen besitzen, jedoch weniger „passiv“ bleiben. Sie glauben, dass sie selbst – oder gemeinsam mit Gott – etwas tun können und müssen. Dabei aktivieren sie ihre eigenen Ressourcen in der festen Annahme, handlungsfähig geschaffen zu sein. Gleichzeitig sehen sie sich stärker als Stil 2 mit Gott in Interaktion und überlassen dabei aber das, was sie selbst nicht leisten können, der höheren Macht. Gott wird als aktiver Mitarbeiter empfunden, der Möglichkeiten eröffnet „...da hab ich gedacht ‚ja, da ist einer, der gibt dir noch mal ne Chance‘“ (Frau F., 47 Jahre, evangelisch) oder vielleicht sogar Wunderheilungen vollbringen kann, wenn man nur genug darum bittet: „Er [Jesus] hat das gekonnt, und wenn er das jetzt, wenn er das will, möchte, dann glaub ich, kann er das immer noch. Aber er hat doch auch immer gesagt, ‚sag mir, was ich dir tun soll‘, ne. Und deshalb sag ich es auch“ (Frau S., 67 Jahre, neuapostolisch).

Die Brustkrebsdiagnose wird von diesen Patientinnen relativ gelassen aufgenommen. Sie vertrauen auf Gott und sehen auch in der Erkrankung einen Sinn. Oft wird die Anwesenheit Gottes unmittelbar erlebt. So beschreibt eine Patientin: „Ich fühlte mich von irgendwas unheimlich getragen“, „Ja, also ich hab das wirklich so empfunden, dass da Gott mich in dem Moment beson-

ders bedacht hat und ich da die Gegenwart besonders gespürt hab“ (Frau P., 40 Jahre, katholisch). Eine andere Patientin berichtet, sie fühlte sich von Gott in ihrer Erkrankung begleitet: „Ich hatte das Gefühl, Gott hat mich auch so ausgestattet, dass ich den Weg gehen kann, auch wenn es nicht gerade der ist, den ich mir gewünscht hab.“ – „Wenn man sagt, Gott geht alle Wege mit, dann kann das halt auch der sein, der mir nicht so angenehm ist, aber das macht ja keinen Unterschied“ (Frau N., 64 Jahre, katholisch).

Viele dieser Patientinnen beten in der Zeit der Erkrankung vermehrt und halten dabei persönliche Zwiesprache mit Gott (Frau F., Frau S., Frau P.). „Ich hab ja schon immer gebetet ‚lieber Gott hilf mir‘ oder so. Aber nicht so intensiv wie eben jetzt, dass ich wirklich (...) mit ihm [Gott] rede“ (Frau F.). Das Gebet ist eine Art „Gedankenaustausch“, ein „Gespräch“, aus dem man Kraft schöpfen kann (Frau M., 36 Jahre, konfessionslos). Wichtig ist für diese Patientinnen jedoch, dass diese Gebete kein passives „lieber Gott hilf mir“ bleibt, sondern eher im Wechselspiel zwischen Eigenverantwortung und Abgabe an Gott stehen: Eine Patientin berichtet, sie bete oft im Sinne von „hilf mir einfach, dass ich damit klarkomme“, andere betonen ihre Verantwortung: „Im Grund genommen seh ich das Ganze so, dass ich selbst was tun muss“ (Frau M.), „Ich seh das halt auch so, dass er unterstützend sein kann, aber dass letztendlich der Mensch selber für sein Leben verantwortlich ist“ (Frau P.).

Fallbeispiel 3:Frau M. (36 Jahre, konfessionslos)

Charakteristisch für Stil 3 ist Frau M. Sie ist atheistisch aufgewachsen und hat sich erst im Laufe ihres Lebens, aus eigenem Antrieb, dem Christentum zugewandt. Sie glaubt an Fügung, da sie sich in ihrem Leben grundsätzlich geführt erlebt: „Ich hab schon viele Erlebnisse gehabt, wo man sagen muss, da kann nur jemand im Spiel gewesen sein, der es gut gemeint hat. So viele Zufälle kann's nicht geben.“ Nach der Brustkrebsdiagnose hat Frau M. mehr und anders gebetet als zuvor. Vor der Erkrankung habe sie ihre Gebete mehr als Dank formuliert, danach jedoch eher als Bitte. Sie bat um Kraft für den nächsten Tag, die Operation und „dass halt alles vorwärtsgeht“. Frau M. geht davon aus, dass man trotz Glauben selbst aktiv sein müsse und nicht alles Gott überlassen dürfe. Man müsse selbst positiv denken, selbst handeln, sich selbst informieren. Aber Gott sei trotzdem wichtig und der letzte Halt, wenn keiner mehr da ist oder da sein kann: „Der liebe Gott in dem Moment, der nimmt ja nicht meine Füße in die Hand und setzt die vorwärts. Gut, aber wie gesagt, (...) wenn einem keiner mehr helfen kann, dann hat man jemand, den man ansprechen kann.“

Frau M. berichtet, zu keiner Zeit mit ihrem Schicksal gehadert zu haben. Sie habe sich selbst zum positiven Denken angespornt. Die Frage „Warum ich?“ habe sie sich nicht gestellt. Als diese Frage von der Verwandtschaft gekommen sei, „Warum du?“, habe sie gesagt: „Warum ausgerech-

net nicht ich? (...) Irgendeiner ist halt dabei und jetzt bin's halt ich.“ Sie habe keinen „Kinderglauben“, wonach der, der etwas Gutes tut, auch etwas Gutes bekommt. Ihr Glauben habe sich insofern auch durch die Erkrankung nicht geändert. Gott ist und bleibt für sie eine „Ansprechperson“ für „eine Art Gedankenaustausch“ im Gebet. Sie sieht Gott als unterstützend und hilfreich, was jedoch an ihrer Grundeinstellung, dass jeder Mensch selbst handeln und zu seinem Heil beitragen muss, nichts ändert.

Stil 4: Religiöse Zweifel

Der vierte Stil ist gekennzeichnet durch negative, unangenehme Gefühle zu Gott und in Bezug auf den Glauben. Typischerweise wird durch die Erkrankung der Glauben und das Gottvertrauen der Patientinnen in Frage gestellt. Die Patientinnen fühlen sich im Stich gelassen und fragen sich, warum es ausgerechnet sie getroffen hat. Sie sind verunsichert, wütend, enttäuscht und traurig.

Für diese Patientinnen ist die Frage „Warum hat er mich im Stich gelassen?“ (Frau B., 51 Jahre, russisch-orthodox) bezeichnend. Sie haben an Gott geglaubt und immer versucht, nach seinen Geboten zu handeln und „gut“ zu sein. Jetzt können sie nicht begreifen, dass es ausgerechnet sie getroffen hat. Sie fragen sich: „Warum ich?“ (Frau B.; Frau H., 60 Jahre, evangelisch) und suchen in ihrem Leben nach Gründen, weshalb Gott sie bestraft haben könnte. So fragt sich eine Patientin; „Warum wirst grad ausgerechnet du so bestraft?“ (Frau C.,

69 Jahre, katholisch), um dann sogleich in möglichem eigenen Fehlverhalten die Antwort zu finden: „Tja, vielleicht weil ich net so fromm bin. Ich bin kein Kirchgänger“ (Frau C.). Eine andere Patientin spekuliert: „Ich denk dann auch, dass ich einiges im Leben nicht richtig gemacht hab und vielleicht doch jetzt mal ‚meine Strafe‘ oder ‚eine auf’n Deckel‘ vom lieben Gott irgendwie [bekomme]“ (Frau H.). Die Selbstzweifel gehen einher mit Zweifeln an Gott, seiner Allmacht und Güte. Diesem Missmut kann auch im Gebet Ausdruck verliehen werden. So berichtet Frau C., wie sie Zwiesprache mit Gott hält: „Warum musst du mich so bestrafen? Was hab ich einmal verbrochen? Bin immer für andere da, und dann schickste mir da so ’ne Strafe da runter“ (Frau C.).

Doch auch wenn Zweifel aufgetreten sind, halten viele der Patientinnen im Prinzip am Glauben fest. „Ich kann ja jetzt deswegen net bös sein und sagen, ‚du hast mich krank gemacht, jetzt will ich von dir nix mehr wissen‘“ (Frau C.). In ihrem Zweifel bleibt die Hoffnung, dass sich die Situation vielleicht doch noch zum Guten auflöst, Gott sich zeigt oder ein Sinn der Erkrankung erkennbar wird.

Fallbeispiel zu Stil 4:

Frau B. (51 Jahre, russisch-orthodox)

Charakteristisch für Stil 4 ist Frau B. Als Russlanddeutsche in Kasachstan geboren, wurde sie sehr religiös erzogen. Vor allem ihre Großmutter hat ihr stets beigebracht, keine Sünden oder Verbrechen zu begehen, sondern immer „gut“ zu sein, anderen zu

helfen und zu beten – „dann hilft dir der liebe Gott immer und passt auf dich auf“. Als bei ihr Brustkrebs diagnostiziert wurde, stellte sie sich die Fragen „warum ich?“ und „warum hast du mich im Stich gelassen?“. Frau B. fragte sich, was sie falsch gemacht habe, und war traurig und enttäuscht. Ihr Gottesbild kam ins Wanken, und sie harderte mit Gott und mit sich. Sie konnte keine Antwort finden und dachte daran, dass sie immer aufgepasst habe, niemanden zu beleidigen, Streit anzufangen oder jemandem etwas Böses zu wünschen. Wahrscheinlich sei es ihre Vorbestimmung: „Wenn der liebe Gott meint, dass ich hier nichts mehr zu suchen habe (...), dann muss ich irgendwie [gehen].“

Dennoch hält Frau B. trotz ihrer Zweifel am Glauben fest, obwohl sie enttäuscht und traurig ist. Sie kann die Tatsachen nun nicht mehr ändern, und es muss weitergehen. Außerdem glaubt sie daran, dass der Glaube sie vielleicht doch ein bisschen beschützt hat, weil andere Menschen schon gestorben sind und sie aber noch lebt.

Zusammenfassung

Mit der Diagnose Brustkrebs erfolgt eine entscheidende Zäsur im Leben. Bisherige Lebensentwürfe werden überprüft, Werte neu sortiert und angesichts von Endlichkeit und Todesbedrohung alle inneren und äußeren Ressourcen mobilisiert, um mit der Bedrohung umzugehen. In diesem Kontext spielt auch die Religiosität der Patientinnen eine entscheidende Rolle. Eine genaue Analyse im Rahmen der durchge-

fürten Interviews zeigt jedoch, dass Glauben nicht gleich Glauben ist, sondern dass die individuelle Ausgestaltung zwischen den Personen erheblich variiert.

So kann der Glaube positive Emotionen aktivieren und negative lindern, insbesondere durch die Übergabe von Verantwortung, bis hin zur Überantwortung des Lebens, durch das Finden von Geborgenheit und Ruhe, Kraft und Zuversicht sowie durch das Erleben von Sicherheit und Unterstützung durch Menschen aus der Gemeinde. Solche positiven Glaubenserfahrungen in Erkrankungszeiten können auf drei unterschiedlichen Wegen gesucht und gefunden werden, die sich hauptsächlich darin unterscheiden, wie aktiv eine Patientin ist (Stil 1 „passiv“ vs. Stil 2 und Stil 3 „aktiv“) bzw. darin, ob das Handeln Gottes erhofft und erwartet oder hauptsächlich auf eigene gottgegebene Ressourcen vertraut wird (Stil 1 und Stil 3 „Einbezug Gottes“ vs. Stil 2 „eigene Ressourcen“). Diese drei positiv geprägten Stile haben jedoch große Überschneidungsbereiche und lassen sich in der Praxis sicher nicht immer völlig voneinander abgrenzen. Dennoch verdeutlichen sie Unterschiede in den psychischen Erlebensweisen von Patientinnen und zeigen, dass die Notwendigkeit und Ausgestaltung von Eigenaktivität in der religiösen Verarbeitung von Patientinnen sehr unterschiedlich wahrgenommen wird. In der Betreuung von Krebspatienten kann dies von erheblicher Relevanz sein.

Daneben hat sich gezeigt, dass die Diagnose Brustkrebs auch negative religiöse Emotionen aktivieren kann, wenn die Erkran-

kung als Strafe Gottes erlebt wird, wenn sie mit Schuldfragen gekoppelt wird oder wenn Zweifel, Hadern und Infragestellen der göttlichen Macht oder Gerechtigkeit eine Person sehr beschäftigen und besetzen. Diese Art der Verarbeitung ist jedoch eher selten, und auch Patientinnen mit negativen Verarbeitungsmustern halten oft am Glauben fest und zeigen Elemente der positiven Verarbeitungsstile.¹⁶

Die geschilderten Befunde stimmen weitgehend mit früheren Forschungsergebnissen überein, wonach negative religiöse Verarbeitungsstrategien weitaus seltener als positive Strategien gebraucht werden, jedoch beide Strategien substantiell unterschiedliche Inhalte ausdrücken und auch nebeneinander vorkommen können.¹⁷ Da jedoch insbesondere negative religiöse Verarbeitungsstrategien mit schlechterer Erkrankungsanpassung, Depressivität und Angst in Zusammenhang stehen¹⁸, ist es in

16 In unserer Interviewstichprobe verteilen sich die beschriebenen Stile dergestalt, dass 12 der 15 befragten Patientinnen den positiven Verarbeitungsmustern zuzuordnen sind. Von diesen 12 Patientinnen können 3 dem ersten Verarbeitungsstil („Gottvertrauen“) zugeordnet werden, 4 dem zweiten („Eigene Ressourcen“) und 5 dem dritten („Gemeinsame Bewältigung“). Lediglich bei 3 der 15 Patientinnen liegt ein negativ geprägtes Verarbeitungsmuster vom Stil 4 („Religiöse Zweifel“) vor.

17 K. I. Pargament / H. G. Koenig / L. Perez, The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE, in: *Journal of Clinical Psychology* 56 (2000) 519-543. K. I. Pargament / B. W. Smith / H. G. Koenig / L. Perez, Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (1998) 710-724.

18 G. Fitchett / B. D. Rybarczyk / G. A. DeMarco / J. J. Nicholas, The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study, in: *Rehabilitation Psychology*

besonderem Maße wichtig, aufmerksam für diese religiöse Erlebensweise zu sein und evtl. Warnzeichen zu identifizieren, um Betroffenen angemessene Hilfe anbieten zu können.¹⁹

Die Ergebnisse zeigen, dass es für in der

Onkologie Arbeitende aller Professionen ganz entscheidend ist, die Religiosität der Betroffenen wahr- und ernst zu nehmen. Nur wenn dieser wichtige Aspekt des Menschseins nicht vergessen wird, ist eine wirklich ganzheitliche Betreuung in dieser schweren Lebenssituation möglich. ■

44 (1999) 333-353. S. Murken, Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung, Münster 1998. K. I. Pargament / B. W. Smith / H. G. Koenig / L. Perez, Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors, in: *Journal for the Scientific Study of Religion* 37 (1998) 710-724.

19 K. I. Pargament / B. J. Zinnbauer / A. B. Scott / E. M. Butter / J. Zerwin / P. Stanik, Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis, in: *Journal of Clinical Psychology* 59 (2003) 1335-1348.