

---

Aus dem Institut der Medizinischen Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil Ernst Pöppel

---

**SPIRITUALITÄT  
UND  
FURCHT VOR TOD & STERBEN**

**EINE UNTERSUCHUNG ÜBER DEN ZUSAMMENHANG VON SPIRITUALITÄT,  
PSYCHISCHER BEFINDLICHKEIT UND FURCHT VOR TOD UND STERBEN BEI  
PATIENTEN MIT HÄMATO-ONKOLOGISCHEN SYSTEMERKRANKUNGEN**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Stephan Bauer  
aus Mellersdorf

2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil Ernst Pöppel

Mitberichterstatter: Prof. Dr. U. Unschuld  
Prof. Dr. Dr. h.c. R. Putz

Mitbetreuung durch die  
promovierten Mitarbeiter: Dr. Marc Wittmann  
Dr. rer. nat. Tanja Vollmer

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 02.02.2006

„Da der Tod, genau zu nehmen, der wahre Endzweck unseres Lebens ist, so habe ich mich seit ein paar Jahren mit diesem wahren, besten Freunde des Menschen so bekannt gemacht, daß sein Bild nicht allein nichts Schreckendes für mich hat, sondern recht viel Beruhigendes und Tröstendes! Und ich danke meinem Gott, daß er mir das Glück gegönnt hat, mir die Gelegenheit zu verschaffen, ihn als Schlüssel zu unserer wahren Glückseligkeit kennen zu lernen. Ich lege mich nie zu Bette, ohne zu bedenken, daß ich vielleicht, so jung als ich bin, den anderen Tag nicht mehr sein werde. Und es wird doch kein Mensch von allen, die mich kennen, sagen können, daß ich im Umgange mürrisch oder traurig wäre. Und für diese Glückseligkeit danke ich alle Tage meinem Schöpfer und wünsche sie von Herzen jedem meiner Mitmenschen.“

Wolfgang Amadeus Mozart (4. April 1787)

<b>1</b>	<b><i>EINLEITUNG</i></b> .....	<b>7</b>
1.1	<b>Begründung der Untersuchung</b> .....	<b>7</b>
1.2	<b>Ziele der Untersuchung</b> .....	<b>7</b>
1.3	<b>Persönliche Motivation</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b><i>THEORETISCHER HINTERGRUND</i></b> .....	<b>9</b>
2.1	<b>Hämato-onkologische Systemerkrankungen</b> .....	<b>9</b>
2.1.1	Definition von Onkologie.....	9
2.1.2	Leukämien.....	9
2.1.3	Lymphome .....	10
2.1.4	Knochenmarktransplantation (KMT).....	11
2.1.5	Inzidenzen und Häufigkeitsgipfel der Krankheiten:.....	12
2.2	<b>Definition von „Spiritualität“ und „Religiosität“</b> .....	<b>12</b>
2.3	<b>Zusammenhang von Spiritualität mit physischer und psychischer Gesundheit</b> .....	<b>13</b>
2.4	<b>Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben</b> .....	<b>16</b>
2.4.1	Positiver Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben.....	17
2.4.2	Negativer Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben .....	18
2.4.3	Kein Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben .....	19
2.4.4	Kurvilinearer Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben.....	20
<b>3</b>	<b><i>HYPOTHESEN</i></b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b><i>FRAGESTELLUNGEN</i></b> .....	<b>25</b>
<b>5</b>	<b><i>METHODIK</i></b> .....	<b>27</b>
5.1	<b>Patientenbeschreibung</b> .....	<b>27</b>
5.2	<b>Erhebungsinstrumente</b> .....	<b>27</b>
5.2.1	Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) von Ochsmann (1993).....	27
5.2.2	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung in der Kurzform (FKV-LIS) von Muthny (1989) .....	29
5.2.3	FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being) von Fitchett et al. (1996) .....	29
5.2.4	HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Deutsche Version (Herrman et al. 1995).....	30
5.2.5	Fragebogen zur Lebenssituation.....	31
5.2.6	Fragebogen „Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT) (Schweiger, 2003). 31	

5.2.7	Medizinische Dokumentation.....	31
5.2.8	Operationalisierung von „Spiritualität“ in der vorliegenden Arbeit.....	32
5.2.9	Definition von Furcht im Gegensatz zu Angst vor Tod und Sterben .....	33
<b>5.3</b>	<b>Durchführung.....</b>	<b>33</b>
<b>5.4</b>	<b>Untersuchungsdesign .....</b>	<b>35</b>
<b>5.5</b>	<b>Statistik.....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b><i>ERGEBNISSE</i> .....</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Soziodemographie .....</b>	<b>36</b>
6.1.1	Fallzahl und Geschlecht .....	36
6.1.2	Durchschnittsalter der Studienteilnehmer und Alterskategorie .....	37
6.1.3	Familienstand .....	38
6.1.4	Kinder.....	38
6.1.5	Höchster Schul- bzw. Studienabschluss .....	39
6.1.6	Konfession .....	39
<b>6.2</b>	<b>Medizinische Daten .....</b>	<b>40</b>
6.2.1	Diagnosekategorien.....	40
6.2.2	Remissionsstatus (erhoben beim Messzeitpunkt „t2“ [Retest]).....	41
<b>6.3</b>	<b>Mittelwerts-Analyse der Skalen .....</b>	<b>42</b>
6.3.1	Deskriptive Darstellung der „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS).....	42
6.3.2	Deskriptive Darstellung des Befindens .....	44
<b>6.4</b>	<b>Korrelationen.....</b>	<b>46</b>
6.4.1	Zusammenhang von Spiritualität und Befinden .....	46
6.4.2	Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) .....	47
6.4.3	Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) und Befinden .....	49
6.4.4	Interkorrelation der Spiritualitäts- und Glaubensskalen.....	54
<b>7</b>	<b><i>DISKUSSION</i>.....</b>	<b>56</b>
<b>7.1</b>	<b>Maligne Patienten zeigen mehr Furcht vor Tod und Sterben als benigne.....</b>	<b>56</b>
<b>7.2</b>	<b>Zusammenhang von Glaubenspraxis, spirituellem und psychischem Wohlbefinden... </b>	<b>57</b>
<b>7.3</b>	<b>Einfluss der Spiritualität auf die Furcht vor Tod und Sterben.....</b>	<b>59</b>
<b>7.4</b>	<b>Auseinandersetzung mit der Todesthematik und Furcht vor Tod und Sterben .....</b>	<b>62</b>
<b>7.5</b>	<b>Kritik an der vorliegenden Studie.....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b><i>AUSBLICK</i>.....</b>	<b>68</b>

<b>9</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>71</b>
<b>10</b>	<b>LITERATUR</b> .....	<b>72</b>
<b>11</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>82</b>
<b>12</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>83</b>
<b>12.1</b>	<b>Fragebogen zur Lebenssituation</b> .....	<b>83</b>
<b>12.2</b>	<b>Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod (SEKT)</b> .....	<b>85</b>
<b>13</b>	<b>DANKSAGUNG</b> .....	<b>87</b>
<b>14</b>	<b>CURRICULUM VITAE</b> .....	<b>88</b>

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Begründung der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung ist Teil der medizinisch-psychologischen Gesamtstudie „Zeitwahrnehmung in subjektiver Todesnähe“ [gefördert durch die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung]. Innerhalb dieser Studie ging es darum, die Zeitwahrnehmung hämato-onkologischer Patienten<sup>1</sup> zu erfassen und diese mit derjenigen von Patienten mit einer benignen Erkrankung zu vergleichen. So sollte systematisch erforscht werden, wie es zu einer Veränderung des subjektiv erlebten Zeitverlaufes kommt und welche Variablen zu den gegensätzlichen Zeiturteilen führen. Es wurde die ungerichtete Hypothese aufgestellt, dass die erlebte Zeit eng mit dem Krankheitsverarbeitungsstil, Persönlichkeitsvariablen und der subjektiven Befindlichkeit zusammenhängt.

Zusätzlich sollte der Zusammenhang zwischen Spiritualität und Glaubenseinstellung und der von Furcht vor Tod und Sterben bei Krebspatienten quantitativ und qualitativ erhoben werden.

Ausgehend von einer erhöhten Belastung, die durch die Lebensbedrohung und die unmittelbare Konfrontation mit dem Thema Tod und Sterben bei hämato-onkologischen Patienten auftritt, sollte im Speziellen der Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben mit Spiritualität untersucht werden, um dieses klar umschriebene Patientenklientel in der sich bis dato widersprechenden Literatur zu positionieren.

## 1.2 Ziele der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit verfolgte insgesamt die Ziele, Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen hinsichtlich Todesfurcht, Spiritualität und psychischer Befindlichkeit zu untersuchen und die Ergebnisse mit denen einer Patientengruppe mit benignen Erkrankungen gegenüberzustellen.

Dabei standen folgende Einzelziele im Vordergrund:

Die Untersuchung

- des Zusammenhangs von Spiritualität auf die Furcht vor Tod und Sterben
- des Zusammenhanges von Todesfurcht und Befinden
- des Zusammenhangs von Spiritualität und Befindlichkeit

---

<sup>1</sup> In der gesamten Arbeit wird „Patient“ als Synonym für die Gruppe der weiblichen und männlichen Patienten verwendet

Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit sollen dann im Weiteren dazu beitragen, die psychoonkologische Betreuung der Patienten zu verbessern, weil Spiritualität über das Lebensqualitätskonstrukt hinaus in die psychologische Behandlung einbezogen werden könnte. Somit könnte langfristig eine optimierte Versorgung von Krebspatienten und ihrer Angehörigen - auch im psychosozialen Bereich – erreicht werden.

### **1.3 Persönliche Motivation**

Ab etwa der zehnten Jahrgangsstufe fing ich an (wohl ausgelöst durch Bücher von Elisabeth Kübler-Ross oder Raymond A. Moody), mich für die Thematik „Krebs“ und die damit zusammenhängende Todesbedeutung zu interessieren und mich mit ihr auseinanderzusetzen. So war auch meine Zivildienststelle auf einer strahlentherapeutischen Station die logische Konsequenz. Dort hatte ich meine ersten Erlebnisse mit Menschen, die an onkologischen Erkrankungen litten und teilweise auch daran verstarben. Als ich im zweiten klinischen Semester einen Aushang für eine medizinische Doktorarbeit mit dem Titel „Zeitwahrnehmung in subjektiver Todesnähe“ entdeckte, gezeichnet von der Psychoonkologie der Medizinischen Klinik III in Großhadern, stellte ich mich dort vor. Bei der Sichtung des Studiendesigns und der einzelnen Fragebögen wurde mir klar, dass sich viele der Fragen auf die spirituelle Einstellung und Verarbeitungsweise der Patienten bezogen und in mir ein starkes Interesse hervorriefen.

In meiner Zeit als Zivildienstleistender hatte ich häufig die Möglichkeit, mich ausführlicher mit Menschen zu unterhalten, die sich viele Gedanken über ihr zurückliegendes, momentanes und künftiges Leben, über ihre Familie und Freunde, über den Sinn ihres Lebens und ihre Einstellung zu Tod und Sterben machten. Hier fiel mir vermehrt auf, dass Patienten, die auf mich ruhiger, gelassener und zufriedener wirkten, auch häufig über Glauben und Spiritualität sprachen. So stellte ich schon vor meinem Studium die Hypothese auf, dass Menschen, die auf irgendeine Art und Weise gläubig sind, weniger Angst vor Tod und Sterben haben.

Viele dieser Fragestellungen erkannte ich also in den Fragebögen wieder, so dass ich mich entschloss, an der Studie teilzunehmen und meine Dissertation unter entsprechender Fragestellung zu verfassen.

## 2 THEORETISCHER HINTERGRUND

### 2.1 Hämato-onkologische Systemerkrankungen

„Unter Krebs insgesamt werden alle bösartigen Neubildungen einschließlich der primär systemischen Lymphome und Leukämien verstanden. Nicht berücksichtigt wird, internationalen Gepflogenheiten folgend, der Hautkrebs mit Ausnahme des malignen Melanoms der Haut. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in Deutschland wird auf ca. 168.500 Fälle bei Männern und ca. 179.000 bei Frauen geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 65 und für Frauen bei knapp 67 Jahren.“ (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland)

Diese Daten, die steigende Zahl von Menschen mit höherem Lebensalter sowie eine allgemein steigende Lebenserwartung bedingt eine erhöhte Inzidenz bösartiger Krankheiten im Laufe des 20. Jahrhunderts. Somit stellen bösartige Erkrankungen in unserer Zeit eine große Herausforderung sowohl für die Gesellschaft als auch im Speziellen für die Medizin dar.

Angesichts über hundert verschiedener Diagnosegruppen und etwa tausend Unterformen wird deutlich, dass Krebserkrankungen hinsichtlich ihrer Ätiologie und ihres Krankheitsverlaufes in hohem Maße inhomogen sind. In der vorliegenden Studie wird eine Stichprobe von Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen (Leukämien und Lymphome) untersucht. Im Folgenden werden die in den Stichproben vorkommenden häufigsten Erkrankungen des blutbildenden Systems beschrieben.

#### 2.1.1 Definition von Onkologie

„Onkologie“ - als Teilgebiet der Inneren Medizin – beschäftigt sich mit der Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Tumoren.

#### 2.1.2 Leukämien

„Leukämien sind definiert als maligne Neoplasien des hämatopoetischen Systems mit Generalisation im Knochenmark, Ausschwemmung der malignen Zellen in das periphere Blut und Ausbreitung in extramedulläre Organe. Die Unterteilung in die Hauptgruppen der akuten Leukämien und der chronischen Leukämien ist historisch aus dem biologischen Verhalten und dem dadurch bedingten unterschiedlichen Spontanverlauf zu erklären.“ (Wilmans et al., 2000)

Sie unterscheiden sich von Lymphomen, welche hauptsächlich in den Lymphknoten entstehen, sich dann aber ebenfalls über das Blut und Knochenmark ausbreiten können.

Die *akute myeloische Leukämie (AML)* ist eine maligne Erkrankung der hämatopoetischen Stammzellen; das normale Knochenmark wird durch leukämische Blasten verdrängt; daraus resultieren Anämie, Thrombopenie und teilweise auch Neutropenie. Allgemeinsymptome wie Leistungsminderung, Infektionen und Blutung stehen von klinischer Seite im Vordergrund. Therapeutisch sind drei Behandlungsphasen zu unterscheiden: Induktions-, Konsolidierungs- und Erhaltungstherapie. In der ersten Phase dient die Induktionstherapie dem Erreichen einer kompletten Remission; Phase zwei und drei (Konsolidierungs- und Erhaltungstherapie) dient dem Ziel einer Eradikation evtl. übriggebliebener leukämischer Zellen und der Verhinderung eines Rezidivs bzw. dem Erreichen einer erhöhten Überlebenszeit.

Die *akute lymphatische Leukämie (ALL)* ist eine maligne hämatologische Erkrankung, die sich durch eine sehr starke Vermehrung unreifer Lymphozyten und ihrer Vorläuferzellen auszeichnet. Sie tritt überwiegend im Kindesalter auf.

Die *chronische myeloische Leukämie (CML)*, die zu den myeloproliferativen Erkrankungen gehört, ist durch eine exzessive klonale Produktion von Granulozyten und ihrer Vorläuferzellen gekennzeichnet. Ein mehrphasiger Verlauf der Krankheit sowie das Vorhandensein des Philadelphia Chromosoms, einer reziproken Translokation zwischen den Chromosomen 9 und 22, sind charakteristisch für eine CML. Dieses Philadelphia-Chromosom wird in 90-95% der Fälle gefunden. (Wilmans et al., 2000)

### 2.1.3 Lymphome

Das Hodgkin-Lymphom (*Morbus Hodgkin*) ist eine maligne Erkrankung lymphatischer Zellen, dessen histologisches Merkmal die Sternberg-Reed'sche Riesenzelle ist. Diese Zellen sind monoklonalen Ursprungs und leiten sich zu 98% von B-Zellen ab (Herold, 2002). In der Regel beginnt die Krankheit lokalisiert in einem Lymphknoten; anschließend werden weitere Regionen des lymphatischen Systems erfaßt und sie manifestiert sich zudem an extralymphatischen Organen (Knochenmark, Leber). Die Erkrankung wird nach der Ann-Arbor-Klassifikation in 4 klinische Stadien eingeteilt; das Ausbreitungsstadium ist von entscheidender prognostischer Bedeutung.

I.	Befall <u>einer</u> Lymphknotenregion oder Vorliegen <u>eines</u> extranodalen Herdes
II.	Befall von 2 oder mehr Lymphknotenregionen auf einer Seite des Zwerchfells oder Vorliegen lokalisierter extranodaler Herde mit Befall einer oder mehrerer Lymphknotenregionen auf einer Seite des Zwerchfells
III.	Befall von 2 oder mehr Lymphknotenregionen <u>beiderseits</u> des Zwerchfells oder Befall lokalisierter extranodaler Herde und Lymphknoten beiderseits des Zwerchfells
IV.	<u>Disseminierter Befall eines oder mehrerer extralymphatischer Organe</u> mit oder ohne Lymphknotenbefall
<u>Zusatz:</u> A: ohne Allgemeinerscheinungen B: mit Fieber (>38°C) u./ o. Nachtschweiß u./ o. Gewichtsverlust (>10% in den letzten 6 Monaten) ohne sonstige Erklärung	

Tab. 2.1 : Stadieneinteilung (Staging): Ann-Arbor-Klassifikation (Herold, 2002)

Bei den *Non-Hodgkin-Lymphomen (NHL)* handelt es sich um eine extrem heterogene Gruppe maligner klonaler Neoplasien, die von den B- oder T-Lymphozyten des lymphatischen Gewebes ausgehen. Es existieren keine einheitlichen, allgemein anerkannten Richtlinien für die Stadieneinteilung. Die bei dieser Studie am häufigsten aufgetretene Form des NHL ist das *Plasmozytom* (Multiples Myelom), ein B-Zell-NHL mit multilokulärer oder diffuser Infiltration des Knochenmarks. Er stellt den häufigsten Tumor von Knochenmark und Knochen dar.

Die *chronisch lymphatische Leukämie (CLL)* ist ein leukämisch verlaufendes B-Zell-Lymphom mit niedrigem Malignitätsgrad. Ein wichtiges klinische Zeichen ist, dass Lymphknotenvergrößerungen im Verlauf einer CLL immer vorhanden sind (bei CML treten sie selten auf, bei akuter Leukämie in ca. 30%)

#### 2.1.4 Knochenmarktransplantation (KMT)

Unter einer *Knochenmarktransplantation (KMT)* versteht man eine Übertragung von Knochenmark. Dazu werden dem Spender Knochenmarkzellen entnommen, die dem Empfänger intravenös appliziert werden. Es werden drei Arten von KMTs unterschieden: die *allogene KMT*, bei der Spender und Empfänger nicht verwandt sind, stellt die Art mit den meisten Risikofaktoren dar. Nach Transfusion von Knochenmark eines gesunden Spenders kann es durch die immungenetische Verschiedenheit dennoch zu schweren Abstoßungsreaktionen des Transplantats kommen. Bei der *autologen KMT* sind

Spender und Empfänger dieselbe Person; dem Patienten wird dazu in der Remissionsphase eigenes Knochenmark entnommen, das ihm nach Reinigung und einer Vorbehandlung des Patienten (s. unten) wiederum verabreicht wird; auftretende Komplikationen stellen sich selten als lebensbedrohlich dar. Bei der *syngenen KMT* sind Spender und Empfänger zwar verschiedene Personen, genetisch sind sie jedoch identisch (eineiige Zwillinge); hierbei kommt es zu keiner Abstoßung des Transplantats. Als *Stammzelltransplantation (SZT)* bezeichnet man die Übertragung hämatopoetischer Stammzellen. Die Blutstammzellen werden dabei aus Knochenmarkaspiraten oder peripherem Blut gewonnen und dem Empfänger intravenös zugeführt. Patienten, die entweder eine KMT oder eine SZT bekommen, werden zunächst durch eine Hochdosischemotherapie oder Bestrahlung vorbehandelt; zur Prophylaxe von Abstoßungsreaktionen werden Nachbehandlungen durchgeführt.

### 2.1.5 Inzidenzen und Häufigkeitsgipfel der Krankheiten:

Krankheit	Inzidenz: Anzahl N/ 100.000/ Jahr	Häufigkeitsgipfel
AML	4	Höheres Lebensalter
ALL	4	Kindesalter
MDS	4 – 13 (bei über 70-jährigen: 20 – 50)	Höheres Lebensalter
CML	1	Mittleres Lebensalter
CLL	3 – 6	Höheres Lebensalter
Morbus Hodgkin	3	2 Häufigkeitsgipfel (gilt nur für Europa und die USA): um das 30. und 60. Lj.
Non-Hodgkin-Lymphome (NHL)	5-10	Höheres Lebensalter
Plasmozytom	3	Um das 60. Lj.

Tab. 2.2 : Inzidenzen und Häufigkeitsgipfel der bei den Studienteilnehmern vorkommenden hämato-onkologischen Systemerkrankungen (Herold, 2002)

## 2.2 Definition von „Spiritualität“ und „Religiosität“

Der Begriff der „Spiritualität“ nimmt in den Ausführungen und Erläuterungen der Studie einen großen Raum ein, so dass er gleich zu Beginn der Arbeit definiert werden soll.

„Spirituality is a broader term than religion. Spirituality is the name given to a person’s or a group’s relationship with the transcendent, however that may be construed. Spirituality is about the search for

transcendent meaning. Most people express their spirituality in religious practice. Others express their spirituality exclusively in their relationship to nature, music, the arts, a set of philosophical beliefs, or relationships with friends and family. These alternative forms of spirituality can entail intense commitment.“ (Astrow et al., 2001)

Des Weiteren wird „Spiritualität“ von „Religion“ wie folgt abgegrenzt:

„Religion, on the other hand, is a set of beliefs, practices, and language that characterizes a community that is searching for transcendent meaning in a particular way, generally based upon belief in a deity. Thus, although not everyone has a religion, everyone who searches for ultimate or transcendent meaning can be said to have a spirituality.“ (Astrow et al., 2001)

Die Ausführungen von Astrow et al. (2001) besagen damit, dass „Spiritualität“ in einem größeren Kontext zu sehen ist und mehr enthält als nur den Glauben, der in einer Religionsgemeinschaft gelebt wird. Er faßt „Religion“ damit als eine Teilmenge der „Spiritualität“ auf. Diese Definition wird der vorliegenden Arbeit zu Grunde gelegt. Zudem werden Glaube, Glaubenseinstellung und Religiosität als Bestandteil der Spiritualität gesehen, so dass im weiteren Verlauf durchaus Überschneidungen der Begriffe auftreten können. Es findet sich in der Literatur ein Pool von Methoden bezüglich der Messung von Spiritualität, welcher sowohl an gesunden wie auch an kranken Menschen über die ganze Welt hinweg seit Jahrzehnten ausgetestet, verändert, ergänzt und verfeinert worden ist. Auch in der vorliegenden Studie wurden die Patienten mit verschiedenen Fragebögen, die sich mit Spiritualität befassen, konfrontiert.

### **2.3 Zusammenhang von Spiritualität mit physischer und psychischer Gesundheit**

Zeigten sich in älteren Studien noch häufiger divergierende Ergebnisse, so konnte im Laufe der letzten Jahre in zahlreichen Untersuchungen (u.a. Richard et al. 1995; Cotton et al. 1999; Mytko und Knight 1999) der positive Einfluss von Spiritualität/ Religion auf verschiedenste Bereiche des menschlichen Lebens aufgezeigt werden. Dies ist wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass sich die methodische Trennschärfe in den Studien verbesserte, so dass einheitliche Ergebnisse erzielt werden konnten.

Vorgestellt werden Ergebnisse verschiedener Untersuchungen, die folgende Aussage von Baider et al. (1999) stützen sollen, welche sie bei der Veröffentlichung ihrer Studie an 100 Patienten mit malignem Melanom äusserte: „These findings appear to contradict the longstanding theoretical view that religious beliefs and practices represent a less than optimal means of coping with crises, in general, and with life-threatening illness, in particular. It is becoming scientifically clearer, that a system of belief actually helps reduce the degree of psychological distress brought on by a life-threatening illness.“ Sie zeigt mit ihren Ergebnissen (wie viele ihrer Kollegen in den letzten 20 Jahren) auf, dass

Religiosität dem Menschen hilft, besser mit existentiellen Fragen und einer lebensbedrohlichen Erkrankung umzugehen.

So zeigte sich in einem *Review* von Levin und Vanderpool (1987) bei 22 von 27 Studien, dass der Kirchgang positiv korrelierte mit der Bewahrung vor einer Vielzahl von Erkrankungen.

Dieselben Forscher widmeten sich in einer späteren Rezension (1989) fünf Studien, in denen religiöse Bereitschaft signifikant in Verbindung stand mit normalen Blutdruckwerten, bei nicht-religiösen Teilnehmern hingegen wurden wesentlich häufiger erhöhte Blutdruckwerte gemessen.

Auch fanden Levin und Vanderpool (1992) heraus, dass kardiovaskuläre Erkrankungen, gastrointestinale Beschwerden, viele Formen von Krebs und Hypertension weniger häufig bei religiösen als bei nicht-religiösen Menschen auftraten. In diesem Zusammenhang muss auch die Studie von Jenkins und Pargament (1998) erwähnt werden, in der sie über Krebspatienten berichten, die von sich selbst behaupten, dass ihr Leben unter der Kontrolle Gottes sei: In der Fremdeinschätzung durch beispielsweise das Pflegepersonal werden die Patienten als entspannter und selbstbewusster beschrieben. In ihrer Untersuchung an 226 US-Amerikanern, die sie in 3 Gruppen aufteilten (hoch, mittel und wenig religiös), beschrieben Crawford et al. (1989) dass die Gruppe der „hoch religiösen“ signifikant weniger besorgt war und größere Lebenszufriedenheit besaß als mittel oder wenig religiöse Menschen. Des Weiteren fand sich bei der Messung des Zusammenhangs von spiritueller Orientierung und psychosozialer Anspannung (Smith et al., 1993) eine signifikant negative Korrelation zwischen diesen beiden. Zusätzlich zeigte sich in dieser Arbeit, dass Menschen, die eine spirituelle Orientierung haben, über eine tröstende Perspektive auf den Tod verfügten und deshalb weniger ängstlich und depressiv waren. In ihrer Untersuchung an 226 Personen mit einem Durchschnittsalter von 36.7 Jahren kamen Crawford et al. (1989) zu dem Ergebnis, dass Leute mit großem Glauben signifikant weniger besorgt und zufriedener mit ihrem Leben waren als die Vergleichsgruppe und auch Cotton et al. (1999) zeigten in ihrer Studie mit 142 Krebspatientinnen auf, dass das spirituelle Wohlbefinden positiv korreliert mit der Lebensqualität und negativ mit der Hilf- bzw. Hoffnungslosigkeit und der Beschäftigung mit der Angst.

Für Menschen, die spirituell oder religiös verbunden waren, fanden Larson et al. (1998) folgende Ergebnisse: sie hatten ein höheres Maß an Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit, weniger depressive Symptome und seltener Suizidgedanken, weniger Scheidungen und eine höhere Zufriedenheit in der Ehe sowie eine geringere Rate an Alkohol- und Drogenmissbrauch. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Clark et al. (1999) in ihrer Untersuchung an hauptsächlich Weißen der Mittelklasse, die Anfang des 20. Jahrhunderts geboren wurden. Als nämlich die Korrelationen bezüglich des Geschlechts untersucht wurden, waren Frauen, die mehr zu Religiosität neigten, in mehr Organisationen vertreten und rauchten und tranken weniger Alkohol als weniger religiöse Frauen (ähnlich bei den Männern dieser Studie). Sie postulierten gar in der Diskussion: „...we can be reasonably confident that it is

something about religiosity and its correlates that is predictive of lower mortality risk.“ Als Ergebnis der Untersuchungen von Brady et al. (1999) wurden signifikant positive Verbindungen zwischen der Lebensqualität und dem spirituellen Wohlbefinden (erhoben mit dem FACIT-Sp, einem auch in dieser Studie eingesetzten Fragebogen) als Ganzes und zusätzlich zwischen den Subskalen dieser beiden Fragebögen aufgezeigt. Zusätzlich gaben 37% der onkologischen Patienten mit einem hohen Maß an Glauben auch bei großen Schmerzen noch an, dass sie sehr viel Freude am Leben haben würden (verglichen mit 8.1% der Patienten mit einem geringen Wert in der Glaubensskala). Des Weiteren hatten gläubige Menschen noch zu 41.5% sehr viel Freude am Leben trotz großer Müdigkeit, wohingegen nur 9.3% der weniger gläubigen Patienten diese Angabe machten.

Des Weiteren wirkt „Religiosität“ laut Mytko und Knight (1999) als Prävention vor Krankheiten, denn in ihren Untersuchungen College-Studenten zeigte sich, dass in religiösen Organisationen Vertretene gesünder waren und seltener Medizin einnahmen oder stationär behandelt wurden. So identifizierten auch Riley et al. (1998) in ihrer Studie drei Typen des spirituellen Wohlbefindens: 1. religiös, 2. existentiell und 3. nicht-spirituell. Mitglieder der Gruppe 1 („religiös“) zogen die größte Lebenszufriedenheit aus dem privaten Gebet, waren am meisten mit ihrem Leben zufrieden, zeigten mehr die Tendenz, ihr Leben als erfüllend und bedeutungsvoll zu charakterisieren und waren zufriedener in Bezug auf ihre Zukunft (verglichen mit den Stichproben aus der 2. („existentiell“) und 3. Gruppe („nicht-spirituell“)).

Bei der Untersuchung von Yeginer (2000) „wurden in leitfadenorientierten Interviews Gespräche mit Menschen nach einer Krebsdiagnose geführt. Es wurde der Bereich der Hingabe an eine höhere Macht untersucht und der Frage nachgegangen, ob und inwieweit die Einbettung in einen spirituellen Zusammenhang Lebensqualität schaffen und den Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen erleichtern kann. Folgende Themen wurden herausgearbeitet: Die PatientInnen gewannen eine neue Perspektive im Leben, sie konnten einen zukunftsorientierten Lebensansatz finden. Sie gewannen Sicherheit, Stabilität. Es fiel ihnen leichter, die schwierige Lebenssituation zu akzeptieren. Sie erfuhren eine Reduktion von niederdrückenden Emotionen. Ihre Persönlichkeit wurde verändert, sie erlebten sich als offener anderen Menschen gegenüber. Sie nahmen Führung als tatsächliche Präsenz eines höheren Wesens wahr. Es entstand eine neue Flexibilität im Umgang mit der Erkrankung.“

Koenig (1999) entwickelte den sogenannten „Religious Coping Index“ (RCI), der aus 3 Items gebildet wurde: einer Frage an den Patienten nach dessen Krankheitsbewältigungsstilen, einer Selbsteinschätzung durch den Patienten und einer separaten Einschätzung durch einen geschulten Interviewer. Stationäre Patienten, welche die höchsten Werte im RCI aufwiesen, zeigten die geringsten Depressionswerte, was Koenig dahingehend interpretierte, dass diese Personen gut mit dem Stress, ausgelöst durch ihre Krankheit, fertig werden würden. Balducci (2001) schreibt in seiner

Veröffentlichung über Koenig's Buch „The Healing Power of Faith“ (1999): „In an exhaustive review of more than 1100 published studies on the interactions of spirituality and health, Koenig observed that in most cases the practice of spirituality was associated with an improved outcome and, equally remarkable, in no case was the practice of spirituality associated with a negative health effect.“ Sobald also ein Einfluss nachgewiesen werden konnte, stellte er sich immer dergestalt dar, dass Spiritualität positiv auf Gesundheit wirkte.

## **2.4 Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben**

Entgegen dieser meist übereinstimmenden Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Spiritualität mit physischer und psychischer Gesundheit ergaben Nachforschungen zum Themenkomplex Spiritualität/ Religion und deren Einfluss auf die Furcht vor Tod und Sterben divergierende Daten.

So fasste Ochsmann (1993) 45 Arbeiten zusammen und kam dabei zu folgenden konträren Ergebnissen:

Von den 45 Arbeiten bestand zwischen der Religiosität und der Todesfurcht

- 16 mal ein positiver
- 3 mal ein negativer
- 7 mal ein umgekehrt u-förmiger
- 34 mal ein nicht signifikanter

Zusammenhang, wobei erwähnt werden muss, dass Religiosität und Todesfurcht zwischen den Studien auf verschiedene Arten gemessen wurden.

Im folgenden möchte ich auf einige der Artikel etwas genauer eingehen und den *Review* von Ochsmann (1993) durch Studien zu dieser Thematik ergänzen, die in den letzten Jahren erschienen sind.

Zum Verständnis der Korrelationen noch folgende Erläuterung: Ein positiver Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben bedeutet, dass Menschen mit einem hohen Maß an Spiritualität mehr Furcht vor Tod und Sterben haben. Kurvilinear (= umgekehrt u-förmig) ist in der Weise zu verstehen, dass mäßig spirituelle Menschen mehr Furcht vor Tod und Sterben haben als die stark spirituellen und äußerst wenig spirituell veranlagten Vergleichsgruppen. Von einem negativen Zusammenhang wird gesprochen, wenn mehr Furcht vor dem Tod mit weniger Religiosität einhergeht.

## 2.4.1 Positiver Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben

In einer indischen Universität wurde eine Stichprobe von 200 gebildeten, Englisch sprechenden Muslimen gebildet, die 100 jüngere Menschen zwischen 20 und 30 Jahren und 100 ältere mit einem Altersintervall von 40-60 Jahren einschloss. In der Gruppe der Jüngeren waren es v. a. Studenten dieser Universität (Aligarh Muslim University, Indien), Angestellte der Hochschule bildeten die Stichprobe der Älteren. Eingeteilt wurden sie in vier Gruppen:

- mehr religiöse jüngere Menschen
- mehr religiöse ältere Menschen
- weniger religiöse jüngere Menschen
- weniger religiöse ältere Menschen

Zur Erfassung der Furcht vor dem Tod wurde der „Death Anxiety Scale“ (DAS) von Templer (1970) verwendet. Beg et al. (1982) präsentierten als Ergebnis dieser Studie, dass der Faktor „Alter“ die entscheidende Variable war, die Todesangst beeinflusste. Sie war größer in der Gruppe der Jüngeren und innerhalb dieser Gruppe am höchsten bei Menschen, die sehr religiös waren. Bei der Gruppe der Älteren trat – unabhängig von der Stärke ihres religiösen Glaubens – weniger Todesangst auf.

In diesem Zusammenhang muss auch die Studie von Florian et al. (1984) erwähnt werden, in der 178 männliche, jüdische Israelis mit Hilfe des sog. „Jewish Religious Index“ (JRI) in 3 Gruppen eingeteilt wurden (Personen mit Werten im oberen Drittel: religiös; mit Werten im mittleren Drittel: mäßig religiös und solche im unteren Drittel: nicht religiös). Ihnen wurde der „Fear of personal death“-Fragebogen vorgelegt (entworfen von Verfassern jenes Artikels; er stellt einen Fragebogen zur Angst vor dem eigenen Tod dar mit Fragen über die Konsequenzen bzgl. der eigenen Sterblichkeit) und zudem der „Thematic Apperception Test“ (TAT) durchgeführt (vier Karten werden dem Patienten gezeigt, die den Tod von jungen Erwachsenen darstellen (Eron, 1950)). Die religiöse Gruppe hatte statistisch gesehen höhere Werte bei der Furcht vor der Bestrafung im Jenseits ( $p < .05$ ) als die mittel oder die niedrig religiösen Personen. Weiter ergaben diese Analysen, dass die Gruppe der gemäßigt Religiösen statistisch gesehen höhere Werte bzgl. der Furcht vor Konsequenzen für die Familie und Freunde aufweist als irgendeine andere Gruppe ( $p < .05$ ). Die religiöse Gruppe fokussierte den Tod mehr als entweder die mittel oder die nicht Religiösen; interessanterweise drückte sie auch signifikant mehr Angst und Schuld aus. Im darauffolgenden Jahr wurde von Dood und Mills (1985) der sog. „Fear of accidental death and injury scale“ (FADIS) –Fragebogen präsentiert. Er misst die Angst vor Tod oder Verletzung durch einen Unfall und korreliert mit dem bereits erprobten DAS-Fragebogen von Templer über die ganze Studie hinweg hoch ( $r = .69$ ;  $p < .01$ ), so dass sich auch gezeigt hat, dass FADIS einen klaren Aspekt der Todesangst darstellt. Die Untersuchung an 177 Probanden (60

Collegestudenten und 117 Schüler einer Highschool) brachte das Ergebnis, dass diejenigen mit hohen FADIS-Werten die Stichprobe der Gläubigen darstellte.

#### 2.4.2 Negativer Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben

Im Jahre 1978 fanden Gibbs und Achterberg-Lawlis in einer qualitativen Analyse, in der 16 Patienten interviewt wurden, die dem Tod nahe standen, eine negative Korrelation der Angst vor dem Tod mit religiösem Glauben.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch bei Richardson et al. (1983), deren Untersuchung auf einer randomisiert ausgewählten Stichprobe von 1428 Teilnehmern bestand. Ihnen wurden Bilder von Menschen in verschiedenen Lebenssituationen gezeigt und es wurde ihnen zu jedem von diesen vier Fragen gestellt:

1. Who are these people and what are they doing?
2. What had led up to this; what went on before?
3. What do they want, and how do they feel?
4. What will happen and how will it end?

Sie gaben daraufhin ihre Antworten, die anschließend kodiert wurden. Über diejenigen, die das Thema „Religion“ erwähnen (82 von 1428 Untersuchten, davon 13% der Nicht-Religiösen verglichen mit 5% der Religiösen), lässt sich feststellen, dass sich bei allen Gruppen folgende Richtung abzeichnet: Nicht-Religiöse sprechen beim Betrachten der Bilder häufiger das Thema „Tod“ an (so erwähnen ihn 16% [n=7] der Nicht-Religiösen verglichen mit 5% [n=22] der Religiösen). Dieser Zusammenhang ist jedoch nur signifikant bei jungen Erwachsenen. Im selben Jahr veröffentlichte auch Tobacyk (1983) die Ergebnisse seiner Untersuchung an 78 Psychologie-Studenten, in denen er ebenfalls eine signifikant negative Korrelation zwischen der Subskala „traditioneller religiöser Glaube“ und dem „Threat Index“ aufzeigte. Westman und Canter (1985) entwarfen ihre Fragebögen zur Angst vor dem Tod und Religiosität selbst (49-Items, zu beantworten durch Ankreuzen auf einer Likert-Skala) und es bestätigte sich nach Einteilung der 287 Teilnehmer in demographische Gruppen ihre Hypothese, dass die Subpopulation der Nonnen (N=50) die höchsten Glaubenswerte erzielte und sehr geringe Angst vor dem Tod zeigte (verglichen mit den Vergleichsgruppen).

Bedeutungsvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Untersuchung von Wittkowski (1988) an 186 Teilnehmern (jeweils zur Hälfte Männer bzw. Frauen mit einer Durchschnittsalter von 49.9 Jahren aus einer katholisch geprägten, städtischen Gegend in Nordbayern), der in seinen semi-strukturierten Interviews innerhalb anderer Themen auch die Frage nach religiöser Einstellung zu Tod und Sterben aufgriff und zusätzlich den Fragebogen zur Spiritualität von Boss-Nünning (1972) bearbeiten ließ.

Bei den Männern ergab sich eine signifikant positive Korrelation zwischen der Einstellung, Tod und Sterben zu akzeptieren und dem Glauben an Gott; zusätzlich hatten alle Skalen, die mit Religion in Verbindung standen, eine negative Beziehung mit der Angst vor Tod und Sterben einer anderen Person. Als ein weiteres Ergebnis dieser Studie hatten Frauen mit geringerer Furcht vor dem eigenen Sterben höhere Religiositätsskalen. Bereits elf Jahre früher (1977) fanden der oben erwähnte Wittkowski zusammen mit Baumgartner bei 60 katholischen Altenheimbewohnern mit einem Durchschnittsalter von 60,4 Jahren, dass „die (global erfaßte) Angst vor Tod und Sterben negativ mit „Glaube an Gott“ ( $r = -.43$ ), mit „Kirchliche Kommunikation und Information“ (Bindung an die Pfarrgemeinde, persönliche Kontakte mit Gemeindemitgliedern;  $r = -.42$ ) und mit „Öffentliche religiöse Praxis“ (Gottesdienstbesuch, Teilnahme an Beichte und Kommunion;  $r = -.27$ ) korrelierte (Wittkowski, 1990). Entstanden sind diese Ergebnisse aus teilstandardisierten Interviews zu den Themen Tod und Sterben sowie aus verkürzten Formen des Fragebogens zur Erfassung von Religiosität von Boos-Nünning (1972) sowie einer deutschen Fassung von Templer's „Death Anxiety Scale“ (1979). Im Rahmen der Auflistung der negativen Zusammenhänge von Angst vor Tod und Sterben und der Religiosität zeigt auch Kaczorowski dieselbe Richtung der Korrelation beim Vergleich von „state-trait anxiety“ und spirituellem Wohlbefinden auf, die über die ganze Gruppe hinweg und auch innerhalb der Subpopulationen nachzuweisen ist. Insgesamt nahmen 114 erwachsene Personen teil (84 Frauen und 30 Männer), das Durchschnittsalter lag bei 60 Jahren. Alle hatten die Diagnose „Krebs“ erhalten (ohne jedoch Beurteilungskriterien wie die Art der Malignität, Stadium oder Prognose in die Auswahl der Patienten einfließen zu lassen) und beantworteten den „State-Trait Anxiety Inventory“ von Spielberger (1983) (bestehend aus 40 Items, wobei eine interne Konsistenz von .83 bis .92 besteht) sowie die „Spiritual Well-Being Scale“ (Paloutzian & Ellison, 1982; dieser ist aufgebaut aus 20 Items, wobei jeweils 10 davon den Sinn und Zweck und die anderen 10 die Beziehung des Individuums zu einer höheren Macht erfassten; die interne Konsistenz liegt zwischen .78 und .89).

#### 2.4.3 Kein Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben

In der Studie von Kunzendorf (1985/6) beantworteten die 50 teilnehmenden Psychologie-Studenten zunächst Fragebögen, in denen sie ihre eigene religiöse Verbundenheit und ihren Glauben an ein Leben nach dem Tod angeben sollten. Anschließend bearbeiteten sie auf einer Likert Skala Fragebögen mit der Thematik „Tod“ und wurden in einer weiteren Untersuchung hypnotisiert, um herauszufinden, ob die unbewussten Aussagen über Tod und Sterben vielleicht von den bewussten abwichen. Festgestellt wurde jedoch, dass Glaube an ein Leben nach dem Tod weder mit der bewussten noch der unbewussten Todesangst signifikant korreliert.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Klug (1997) im Kapitel „Der Einfluss der religiösen Überzeugung auf die todesbezogenen Einstellungen.“ Er maß in einer Stichprobe von 648 Probanden die (in dieser Studie gemessene intrinsische) Religiosität mit dem Item „Der Einfluss der religiösen Überzeugung auf das Handeln“, wobei auf der Antwortskala Werte von „0“ (überhaupt nicht) bis „5“ (sehr) angekreuzt werden konnten. Die von ihm aufgestellte Hypothese jedoch, dass religiöse Personen weniger Furcht vor dem Tod haben als nicht religiöse, konnte nicht bestätigt werden

Es wurden noch weitere Studien publiziert, in denen kein Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben gefunden werden konnte. Mehr und mehr setzt sich allerdings die Hypothese durch, dass die eindimensionale Operationalisierung der Konstrukte Todesangst und Religiosität vieler Studien dafür verantwortlich sind, dass Untersuchungen mit unterschiedlichen Ergebnissen auch unterschiedliche Aspekte der Religiosität und Todesangst gemessen hätten. Somit sollen die in der Literatur bisher bekannten Zusammenhänge von Spiritualität mit Furcht vor Tod und Sterben untersucht werden, in denen drei verschiedene Patientengruppen definiert worden sind.

#### 2.4.4 Kurvilinearer Zusammenhang von Spiritualität/ Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben

Untersuchungen von Young und Daniels (1980), die 320 Schülern einer Highschool den „Death Anxiety Scale“ von Templer (1970) vorlegten, erbrachten andere Ergebnisse. Der eben erwähnte Fragebogen beinhaltet 15 Items mit Aussagen zu persönlichen Gedanken über den Tod, den Sterbeprozess oder die Angst vor Leichen, die mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden können. Aus diesen Angaben ergibt sich ein summierter Gesamtscore zwischen „0“ (keine Angst vor dem Tod) und „15“ (sehr große Angst vor dem Tod). Zudem teilten sich die Schüler selbst einer der drei folgenden Gruppen zu: „1 = wiedergeborener Christ“, „2 = Christ, aber nicht wiedergeboren“ und „3 = kein Christ“ (der Ausdruck „wiedergeborener Christ“ bezeichnet eine äußerst starke Identifizierung mit dem christlichem Glauben). Gruppe 1 (MW= 7.47) zeigte weniger Angst vor dem Tod als Gruppe 2 (MW= 8.06) und diese wiederum geringere Werte als die 3. Gruppe (MW= 8.84) (entspricht einem kurvilinearen, d.h. umgekehrt u-förmigen Zusammenhang). Diese Beziehung verdeutlichten auch die Ergebnisse der Untersuchung von Leming (1979) an 372 randomisiert ausgewählten Teilnehmern (61.6% Frauen; Durchschnittsalter der Beteiligten: 46 Jahre). Der Zusammenhang der Religiositätsskalen mit der Angst vor dem Tod präsentierte sich über die Studienteilnehmer als Ganzes hinweg sowie bei den einzelnen Untergruppen und auch nach Aufteilung in verschiedene Alterskategorien als kurvilinear, was bedeutet, dass mäßig spirituelle Menschen mehr Furcht vor Tod und Sterben haben als ihre stark und sehr schwach spirituell veranlagten Vergleichsgruppen. Die

Religiosität wurde in dieser Studie anhand der 10 Items von Glock und Stark (1966) und die Todesangst mit Hilfe der „Death fear scale“ von Leming (1980) gemessen.

Smith et al. (1983) führten ihre Untersuchungen an 20 Patienten einer onkologischen Station durch, die sich alle im terminalen Stadium ihrer Krankheit befanden und um die Schwere ihrer Erkrankung wussten (18 Männer und 2 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 61 Jahren). Die Religiosität wurde überprüft anhand von zwei Likert Skalen, wobei in der einen die Wichtigkeit bzw. Bedeutung der Religion und in der zweiten die Häufigkeit des Kirchgangs erfragt wurden. Zur Bestimmung der Todesangst wurden drei verschiedene Methoden angewandt:

- ein von den Untersuchern selbst entworfener Fragebogen
- der validierte Fragebogen „Fear of Death of Self“ von Collett & Lester (1969)
- der 43-Item Fragebogen mit einer sechsstufigen Likert-Skala „Death Perspective Scale“ von Spilka et al. (1977), welcher Reliabilitätskoeffizienten von .71 bis .92 aufweist.

Als Ergebnis zeigte sich, dass diejenigen, welche der Religion größere Bedeutung in ihrem Leben gaben, höhere Werte bei der „Belohnung nach dem Tod“ aufwiesen und umgekehrt u-förmig mit der „Fear of Death of Self“ – Skala von Collett & Lester (1969) korrelierten.

Auch Downey (1984) explorierte den Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben bezüglich Religiosität. Teilnehmer dieser Studie waren 237 Männer zwischen 40 und 59 Jahren. Die Religiosität wurde mit Hilfe des „total religiosity score“ gemessen, einem 13 Items umfassenden Fragebogen, der zu vier Gruppen zusammengefasst und in Korrelation gesetzt wurde zum „Fear of Death Scale“ von Boyar (einem validierten Fragebogen mit 18 Items auf einer Likert-Skala). Ergebnis der Arbeit war, dass diejenigen Männer, die gemäßigt religiös waren, signifikant größere Furcht vor dem Tod hatten (MW=39.31) als entweder die wenig (MW=30.49) oder hoch Religiösen (MW=32.87). Auch eine Studie von McMordie (1981), die den Zusammenhang von Religiosität und Furcht vor Tod und Sterben untersuchte, stellte einen kurvilinearen Zusammenhang dar. Anhand einer Checkliste wurden 320 Psychologiestudenten (davon 120 Männer und 200 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 22.4 Jahren) in 3 Gruppen eingeteilt: von „hoch religiös“ über „mittel religiös“ bis hin zu „gering religiös“. Die Gruppe der „hoch religiösen“ hatte einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die mittlere Gruppe und diese wiederum lag signifikant über der Gruppe der „gering religiösen.“ Eine ähnliche Aussage machte Aday (1984/5) in seiner Untersuchung an 181 Studenten (90 Männer und 91 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 20.1 Jahren), der den „Death Anxiety Scale“ (Templer, 1970) verwendete, indem er feststellte, dass Teilnehmer, die wöchentlich (stark religiös) bzw. selten oder nie (nicht religiös) zur Kirche gehen weniger Todesangst ausdrücken als solche, die monatlich gehen (mittel religiös).

Viel zitiert bei der Thematik von Tod und Sterben werden die Ergebnisse von Ochsmann (1993). An seiner Untersuchung nahmen 94 Studenten teil, 75 Prozent davon waren weiblich und das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 22.4 Jahren. 48 Teilnehmer gaben als Studium die

katholische bzw. evangelische Theologie an, während 46 Probanden verschiedene Fächer Lehramt studierten. Bei den Teilnehmern wurde zunächst die Religiosität mit Hilfe der Skala „religiöser Glaube“ von Boos-Nünning (1972) erfasst. Dieser Fragebogen besteht aus 14 Items und die Versuchspersonen können auf einer 7-Punkte-Skala angeben, inwieweit sie mit der jeweiligen Aussage übereinstimmen. Anschließend wurde ihnen der „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS)-Fragebogen vorgelegt. Zusätzlich teilte Ochsmann den FVTS-Fragebogen noch in 2 Kategorien ein:

- FVTS 2, 3 und 5: „religionsbezogene Todesfurcht“
- FVTS 1, 4 und 6: „gesellschaftsbezogene Todesfurcht“

Als wichtige Ergebnisse dieser Untersuchung ist folgendes festzuhalten:

- bei Lehramtsstudenten war eine signifikant höhere Todesfurcht zu erkennen als bei Theologie-Studenten ( $M=88.94$  verglichen mit  $M=81.57$ ;  $p < .05$ )
- bei der Gruppe der Nicht-Theologie-Studenten zeigten die mittel-religiösen mehr Todesfurcht als sowohl die hoch- ( $p < .10$ ) als auch die niedrig-religiösen ( $p < .10$ ) (kurvilinearer Zusammenhang)
- Nicht-Theologie-Studenten haben signifikant höhere religionsbezogene und gesellschaftsbezogene Todesfurcht-Werte als Theologie-Studenten (wobei jeweils  $p < .10$ )
- bei der Einzelbetrachtung der Skala 3 des FVTS-Fragebogens ist für die Nicht-Theologie-Studenten auffällig, dass sowohl die mittel- als auch die niedrig-religiösen höhere Werte erreichen als die hoch-religiösen
- andere Ergebnisse bei den Nicht-Theologie-Studenten kann man aus der Skala 4 des FVTS-Fragebogens ablesen, nämlich dass die niedrig-religiösen signifikant weniger Furcht zeigen als die hoch- oder mittel-religiösen

### 3 HYPOTHESEN

Unter all den Ergebnissen, welche die Literatur zum Zusammenhang von Spiritualität bzw. Religiosität und Todesfurcht beschreibt, ist es für die vorliegende Studie wichtig zu klären, wie sich der Zusammenhang konkret für das Klientel hämato-onkologischer Patienten darstellt. Diese Gruppe ist in unterschiedlichem Umfang sowohl subjektiv als auch objektiv „todesbedroht bzw. todesnah“ (Schwaiger, 2004) und in einem anzunehmend unterschiedlichem Maße spirituell bzw. religiös. Nur durch Aufklärung des konkreten Zusammenhangs dieser beiden Größen sowie dem Einfluss auf die Befindlichkeit können psycho-onkologische Interventionen bei diesen Patienten sinnvoll sein. Die Spiritualität bzw. das spirituelle Wohlbefinden als Kriterium der Lebensqualität aufzuführen, ist längst geschehen. Dieses Kriterium auch in zukünftige Interventionen, beispielsweise zur Angstreduktion einzubeziehen, wird ebenfalls angestrebt. Jedoch fehlen bis zum jetzigen Zeitpunkt die Basisdaten, welche bei hämato-onkologischen Patienten die konkreten Zusammenhänge aufklären und damit die Richtung der Interventionen festlegen.

Das Studiendesign legte großen Wert darauf, neue Aussagen zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen der Gruppe der hämato-onkologischen Patienten und der benignen Kontrollgruppe herauszufinden (zur genaueren Einteilung der Patientengruppen siehe Punkt 5.1). Des Weiteren können auch Zusammenhänge innerhalb der malignen Stichprobe erschlossen werden, da diese in Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv aufgegliedert wurde.

Unter Zusammenführung von Theorie, oben aufgeführter Gedanken und eigener klinischer Erfahrung liegen der Arbeit folgende Hypothesen zu Grunde:

1. Maligne – vom Tod in unterschiedlichem Ausmaß objektiv und subjektiv bedrohte – Patienten zeigen höhere Furcht vor Tod und Sterben-Werte als eine benigne – objektiv und subjektiv **nicht** todesbedrohte – Kontrollgruppe
2. „Aktiver Glaube“ – als Teilaspekt der Spiritualität – wirkt positiv auf das spirituelle Wohlbefinden. Das spirituelle Wohlbefinden wiederum hat einen positiven Einfluß auf das psychische Wohlbefinden
3. Spiritualität hat einen positiven Einfluss auf die Furcht vor Tod und Sterben und dieser Einfluß stellt sich bei malignen Patienten anders als bei benignen dar

4. Patienten, die sich schon früher mit den Themen Tod und Sterben auseinandergesetzt haben, weisen zum Zeitpunkt der Todesbedrohung durch die Krebserkrankung weniger Furcht auf als Patienten, die sich vor der Erkrankung nicht oder nur minimal mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben

## 4 FRAGESTELLUNGEN

Zur Prüfung der Hypothesen stellt sich die Studie folgende Untersuchungs-leitenden Fragen:

1. Patienten mit malignen Erkrankungen werden aufgrund dieser Diagnosestellung in unterschiedlichem Ausmaß subjektiv und objektiv vom Tod bedroht; die Kontrollgruppe der Patienten mit benignen Erkrankungen befindet sich hingegen weder in subjektiver noch objektiver Todesnähe. Aus der Beschäftigung mit dieser Überlegung heraus stellt sich die Frage: Zeigen maligne Patienten bei Betrachtung der Furcht vor Tod und Sterben als Ganzes – und anschließend mit Blick auf die einzelnen Skalen - höhere Werte als ihre benigne Vergleichsgruppe? Diesen Gedanken weiterführend rückt auch ins Blickfeld des Interesses, ob es sich dabei um Patienten mit Erstdiagnose oder Krankheitsrückfall handelt. Letztgenannte mussten mit Diagnostizierung eines erneuten Auftretens der Erkrankung schon vermehrt Rückschläge hinnehmen. Führt dies dazu, dass sich dadurch ihre Furcht vor Tod und Sterben – im Verhältnis zu derjenigen Erstdiagnostizierter – vermehrt hat oder findet man gar den umgekehrten Effekt einer Verringerung der Todesfurcht?
2. Der Untertitel der vorliegenden Arbeit lautet: „eine Untersuchung über den Zusammenhang von Spiritualität, psychischer Befindlichkeit und Furcht vor Tod und Sterben bei Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen“. Diese Aspekte aufgreifend wird in Fragestellung zwei untersucht, wie sehr sich spirituelles Wohlbefinden der verschiedenen Gruppen auf die Befindlichkeit auswirkt - genauer gesagt: Haben diese Patienten weniger Symptome von Angst und Depression? Zudem betrachtet man die Interkorrelationen der Spiritualität. Hier wurden von der Studiengruppe einzelne Items neu entwickelt, die an dieser Stelle mit validierten Fragebögen verglichen werden sollen, wobei sich das Hauptaugenmerk auf folgende Frage richtet: Zeigen Patienten mit mehr Glauben(spraxis) ein höheres spirituelles Wohlbefinden?
3. Die Erwartung unterschiedlicher Werte bzgl. Furcht vor Tod und Sterben der einzelnen Gruppen wurde bereits in Fragestellung eins beschrieben. Wie verhält es sich aber mit der Spiritualität? Zeigen maligne Patienten ein größeres spirituelles Wohlbefinden und findet diese Gruppe mehr Kraft und Trost im Glauben als ihre benigne Vergleichsgruppe? Zudem soll der Frage nachgegangen werden, wo sich Gemeinsamkeiten finden lassen beim Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben und wie sich die Unterschiede darstellen.

4. Nicht für alle Patienten stellt der Zeitpunkt ihres Klinikaufenthaltes die erste Konfrontation mit der Thematik „Tod und Sterben“ dar. So wird an dieser Stelle die Frage gestellt: Zeigen Patienten, die sich bereits früher mit Fragen nach Tod und Sterben auseinandergesetzt haben, geringere Furcht davor als diejenigen ohne eine vorangegangene Beschäftigung und lässt sich ein solcher – von der Studiengruppe angenommener - negativer Zusammenhang auch bei Patienten ohne eine bösartige Erkrankung beobachten? Zudem interessiert, wie sich die Ergebnisse bei Patienten mit Erstdiagnose bzw. Rezidiv verglichen mit denen der Gesamtheit der Patienten mit einer bösartigen Erkrankung darstellen. Erhält man für diese Gruppen vergleichbare Ergebnisse oder „profitieren“ beispielsweise Patienten mit Krankheitsrückfall aufgrund einer – angenommenen – längeren vorangegangenen Beschäftigung mit dieser Thematik? Zurückgreifend auf das Thema dieser Arbeit „Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben“ wird die Frage bezüglich eines Teilaspektes der Spiritualität gestellt: wie wirkt sich die Glaubenspraxis aus auf den Zusammenhang einer früheren Beschäftigung mit der Todesthematik und der Furcht vor dem Totsein?

## 5 METHODIK

### 5.1 Patientenbeschreibung

Es sollten Patienten mit einer malignen (hier: hämato-onkologischen) Erkrankung denjenigen mit einer benignen (Patienten der Physikalischen Therapie) gegenübergestellt werden. Bei Ersteren wurden Patienten mit Erstdiagnose von solchen mit einem Wiederauftreten ihrer Erkrankung unterschieden. In die vorliegende Untersuchung gingen ausschließlich Patienten ein, die am Klinikum der Universität von München-Großhadern stationär aufgenommen waren.

Die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und stationärer Aufenthalt waren bei beiden Patientengruppen in etwa homogen verteilt, den entscheidenden Unterschied stellten die Malignität der einen und die Benignität der Kontrollgruppe dar.

Im Folgenden sollen die Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Studie aufgeführt werden:

Allgemeine Einschlusskriterien	Allgemeine Ausschlusskriterien
Alter: 18- 75 Jahre	schwere Erkrankung des ZNS
Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten liegt vor	Hirnmastasen
gute deutsche Sprachkenntnisse	Behandlung mit Neuroleptika/ Antidepressiva
Kognitives Minimalscreening >18	Alkoholabusus
Kognitives Minimalscreening < 18 bei vorhandenem auffälligem HADS-Wert	andere Drogen
3. – 7. Tag des Stationsaufenthalts	mehr als 3malige Vertagung des Untersuchungsbeginns (insbes. aufgrund tagesbefindlichkeitsabhängiger Ausschlusskriterien)
Medizinische Zwischen-/ Enduntersuchung in $\geq$ 4 Wochen vorgesehen	Pat. bricht die Untersuchung ab
	Untersuchungsabschnitt 1 dauerte länger als 7 Tage
	Untersuchungsabschnitt 2 dauerte länger als 7 Tage

Tab. 5.1: Ein- und Ausschlusskriterien der Hauptstichprobe: hämatoonkologische Patienten

### 5.2 Erhebungsinstrumente

#### 5.2.1 Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) von Ochsmann (1993)

Der Fragebogen zur Furcht vor Tod und Sterben (FVTS; validierte Version: Ochsmann 1993) erfasst die Todesfurcht über 48 Items, die in 6 Subskalen zusammengefasst werden. Folgende Komponenten, dargestellt in sechs Skalen mit je acht Items, werden erhoben:

„1. Furcht vor der Begegnung mit dem Tod:

Diese Dimension reflektiert zum einen die Abneigung, mit Sterbenden zu interagieren und zum anderen die Vermeidung des Kontaktes mit Toten. Im Widerwillen, dem Tod zu begegnen, drückt sich eine Ablehnung und Abwehr des Todes aus (Beispiel: Es würde mir nichts ausmachen, eine sterbende Freundin bzw. einen sterbenden Freund zu besuchen).

2. Furcht vor dem Totsein:

Die zweite Dimension bezieht sich auf die Konsequenzen, die das Nichtmehrexistentsein für die eigene Person und nahestehende Andere hat. Es geht um die Beunruhigung darüber, Ziele nicht erreichen, Pflichten nicht erfüllen und Erfahrungen nicht mehr machen zu können (Beispiel: Ich fürchte meinen Tod, weil er meinen Verwandten und Freunden Schmerz bereitet).

3. Furcht vor der Endlichkeit des Lebens:

Diese Dimension gibt eine Haltung wider, welche die eigene Sterblichkeit und den Verlust der eigenen Existenz letztlich nicht akzeptiert. Die Realität des Todes wird zwar nicht geleugnet, aber es fällt schwer, den Tatsachen ins Auge zu sehen (Beispiel: Es kommt mir oft in den Sinn, wie kurz das Leben eigentlich ist).

4. Furcht vor der physischen Zerstörung:

Die Dimension wird zum einen durch die Sorge bestimmt, was nach dem Tod mit dem eigenen Körper geschieht. Zum anderen erfasst sie Befürchtungen, die mit Eingriffen in die körperliche Integrität verbunden sind (Beispiel: Ich lehne es ab, meinen Leichnam für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen).

5. Furcht vor dem postmortalen Geschehen:

Die Dimension reflektiert die Ungewissheit über die Zukunft. Zur Sorge um die weitere Existenz kommen die Befürchtungen, was nach dem Tod wohl geschehen wird. Die Fragen beziehen sich auf den Tod als den großen Unbekannten (Beispiel: Ich fürchte den Tod, weil ich nicht weiß, was mit mir geschieht, wenn es ein Leben nach dem Tod gibt).

6. Furcht vor dem Prozess des Sterbens:

Die sechste Dimension beinhaltet diejenigen Befürchtungen, die der Vorgang des Sterbens und seine Begleitumstände auslösen. Vor allem die Vorstellung, lange Zeit unter sehr starken Schmerzen zu leiden, ist ein zentraler Gesichtspunkt (Beispiel: Die Vorstellung, unter sehr starken Schmerzen zu sterben, macht mir Angst).“ (Ochsmann, 1991)

Den Patienten werden jeweils 3 Antwortmöglichkeiten zur Auswahl gestellt: „Ja, trifft zu“, „Weder noch“ und „Nein, trifft nicht zu“. Den Totalscore bzw. die Werte der einzelnen Subskalen erhält man nach Aufsummieren der Rohwerte.

Allgemein kann man folgende Regeln aufstellen: Je höher der Totalscore, desto größer ist die Furcht vor Tod und Sterben insgesamt; je mehr Punkte auf den Subskalen, desto größer die Furcht bezüglich einzelner Komponenten.

### 5.2.2 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung in der Kurzform (FKV-LIS) von Muthny (1989)

Im Jahre 1988 wurde der Test in der Langform (FKV 102 [102 Items]) als vollstandardisiertes Verfahren von Muthny eingeführt. Er soll eine Messung von verschiedenen Kategorien der Krankheitsverarbeitung ermöglichen. Anschließend erschien er auch in der Kurzform, FKV-LIS, die anhand von 35 Items Krankheitsverarbeitungsprozesse untersucht. Dabei wird eine Gewichtung des Zutreffens der aufgeführten Bewältigungsstrategien vorgenommen, die auf einer 5-teiligen Rating-Skala zwischen 1: „trifft gar nicht zu“ bis 5: „trifft sehr stark zu“ liegen kann.

Faktorenanalytisch aufgearbeitet werden können von diesen 35 Items 23, aus denen sich 5 Skalen bilden lassen:

- Depressive Verarbeitung
- Aktives problemorientiertes Coping
- Ablenkung und Selbstaufbau
- Religiosität und Sinnsuche
- Bagatellisierung und Wunschdenken

12 der 35 Items lassen sich keiner Skala zuordnen, so dass sie demnach als eigenständig verstanden werden.

### 5.2.3 FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being) von Fitchett et al. (1996)

Der Fragebogen „Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being“ (FACIT-Sp) wurde von Fitchett et al. (1996) eingeführt: „a new instrument to assess the importance of two aspects of religious and spiritual beliefs, faith and assurance and meaning and purpose.“ (Fitchett 1996)

Dieser Fragebogen, der aus 12 Items besteht, kann in zwei Faktoren gegliedert werden:

Der erste Faktor enthält acht Items und bewertet die Frage nach Bedeutung, Friede und Lebenssinn (Cronbach's  $\alpha = 0.81$  [Brady 1999]), Faktor zwei besteht aus vier Items und misst Kraft und Trost, die jemand aus seinem Glauben schöpft (Cronbach's  $\alpha = 0.88$  [Brady 1999]).

Dem Probanden werden auf einer Likert-Skala fünf Antwortmöglichkeiten eröffnet, die von „0 = überhaupt nicht“ bis „4 = sehr“ reichen. Der Gesamtscore dieses Fragebogens wird mit „FACIT-Gesamtscore: Spirituelles Wohlbefinden“ angegeben (Cronbach  $\alpha = 0.87$  [Brady 1999; Fitchett et al. 1996]) und kann Werte von 0-48 erreichen.

In dieser Arbeit wurden drei Items der Skala zwei, die im Zusammenhang mit den vorliegenden Fragestellungen von Bedeutung sind, und der Gesamtscore erfasst; diese sind positiv gerichtet, d.h. je höher der Punktwert, um so besseres spirituelles Wohlbefinden weist die Person auf.

Es handelt sich dabei um die Items:

1. Ich finde Trost in meinem Glauben
2. Ich finde Kraft in meinem Glauben
3. Mein Glaube wurde durch die Krankheit gestärkt

#### 5.2.4 HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Deutsche Version (Herrman et al. 1995)

Der HADS-D (Hospital Anxiety and Deression Scale – Deutsche Version [Herrmann et al. 1995]) leitet sich von der englischen Originalversion ab, die 1983 von Zigmond und Snaith eingeführt wurde. Bis zum Erscheinen der Deutschen Version konnten bereits etwa 100 Arbeiten zur Validität der Skala gefunden werden, die damit auch ihre diagnostische Verwendung und instrumentelle Brauchbarkeit dokumentieren.

Der Fragebogen wurde speziell für den Einsatz in nicht-psychiatrischen Abteilungen konzipiert; die Formulierungen werden in der Art und Weise gehalten, dass bewusst nicht nach körperlichen Beschwerden als vermeintliche Indikatoren psychischer Störungen gefragt wird.

Im HADS-D werden 14 Items erhoben (in alternierender Reihenfolge je sieben für die Subskalen Angst und Depression), die jeweils mit vierstufigen itemspezifischen Antwortmöglichkeiten versehen sind. Dabei ergeben sich je Subskala (HADS-D/A = Angstskala; HADS-D/D = Depressionsskala) durch Addition der Items ein möglicher Wertebereich von 0-21. Kleine Skalenwerte bedeuten hierbei ein geringes Angst- bzw. Depressionsniveau. Als Orientierungshilfe dient folgende Einstufung (gültig für beide Subskalen):

$\leq 7$  = „unauffällig“

8-10 = „grenzwertig“

$\geq 11$  = „auffällig“

Die innere Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ -Koeffizient) liegt bei einer Stichprobe von mehr als 5500 kardiologischen Patienten für die Angstskala bei 0.80, für die Depressionsskala bei 0.81 und für den Gesamt-HADS-D bei 0.88 (Herrmann, 1995).

### 5.2.5 Fragebogen zur Lebenssituation

Die Angaben im „Fragebogen zur Lebenssituation“, der von Mitgliedern der Projektgruppe im Jahre 2000 entworfen wurde, beziehen sich auf die wichtigsten demographischen Variablen wie Familienstand, Anzahl der Kinder, Schul- bzw. Studienabschluss, Berufstätigkeit und Konfession. Ebenso wird dem Patienten folgende Frage gestellt: „Praktizieren Sie Ihren Glauben im Alltagsleben?“, wobei ihm die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ gegeben werden. Zusätzlich wird noch nach der Freizeitgestaltung gefragt und ob es in den letzten 2 Wochen bzw. 6-12 Monaten jeweils ein Ereignis gab, welches das Leben des Patienten nachhaltig beeinflusst habe.

### 5.2.6 Fragebogen „Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT) (Schweiger, 2003)

Der Fragebogen „Subjective Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT) enthält 6 Items, die sich in zwei Gruppen von jeweils drei Items aufteilen lassen. Jedes dieser Items wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst (wobei die Skalen in aufsteigender Form – abhängig von der jeweiligen Frage – von 0 bis 4 bzw. -2 bis +2 reichen; Bsp.: „Ich beschäftige mich mit dem Thema Tod und Sterben JETZT“ – 0 = überhaupt nicht, 4 = sehr viel). Dabei handelt es sich um folgende sechs Fragen:

1. Persönliche Einschätzung des derzeitigen Krankheitsverlaufs
2. Lebensbedrohlichkeit der Krankheit
3. Heilungschancen der Krankheit
4. Beschäftigung mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER
5. Beschäftigung mit den Themen Tod und Sterben JETZT
6. Todesnähe

### 5.2.7 Medizinische Dokumentation

Die „Medizinische Dokumentation“ wurde von den MedizinstudentInnen der Projektgruppe anhand der Krankenakten oder mit Hilfe des jeweils behandelnden Arztes bei den hämato-onkologischen Patienten vorgenommen. Nach Bestimmung von Geschlecht und Alter wurde die Diagnose einer der folgenden acht Diagnosen zugeordnet:

- Akute lymphatische Leukämie (ALL)
- Akute myeloische Leukämie (AML)
- Chronische myeloische Leukämie (CML)

- Chronische lymphatische Leukämie (CLL)
- Myelodysplastisches Syndrom (MDS)
- Non-Hodgkin-Lymphom: Plasmozytom
- Non-Hodgkin-Lymphom: andere
- Morbus Hodgkin

In Abhängigkeit von der ärztlichen Dokumentation im Krankenblatt wurde auch das Stadium der Erkrankung und die Klassifikation angegeben. Weiter wurde überprüft, ob es sich um eine Erstdiagnose handelte (wenn ja, dann Datum dieser Diagnose) oder ob bereits ein oder mehrere Rezidive aufgetreten waren. Es wurde auch auf Vermerke bzgl. einer früheren malignen Erkrankung oder einer zurückliegenden Knochenmarktransplantation (KMT) geachtet. Der Remissionsstatus, der uns v.a. beim sogenannten „Retest“ (welcher meist 4-8 Wochen nach der Erstuntersuchung stattfand) wichtig erschien, wurde vom Arzt erfragt und anhand einer Likert-Skala von „0“ (nicht beurteilbar) über „1“ (komplette Remission) bis hin zu „5“ (Anzeichen einer Progression) angegeben.

Bei der Frage nach der Therapie wurde der „Beginn des Gesamtbehandlungsplans“, eine eventuell momentan durchgeführte Chemotherapie (wobei auch das Studienprotokoll bzw. der Name einer individuellen Therapie vermerkt wurde) und das Therapieziel aus den Akten herausgelesen oder vom behandelnden Arzt in Erfahrung gebracht („1“ = Induktion; „2“ = Konsolidation; „3“ = Erhaltung; „4“ = Konditionierung für KMT). Zusätzlich richteten wir unser Augenmerk auch auf die Frage einer noch vorgesehenen oder bereits erfolgten KMT (Knochenmarktransplantation) oder SZT (Stammzelltransplantation) und ob der Patient noch andere therapeutische Maßnahmen erhielt. Zum Untersuchungszeitpunkt wurden die Isolationsbedingungen („0“ = keine Isolation; „1“ = Isolation auf Normalstation; „2“ = Isolation auf KMT-Station), die momentane Zyklusphase und der Beginn dieser eruiert sowie untersucht, ob ein Wechsel des Therapieschemas seit Beginn des derzeitigen Behandlungsabschnitts stattfand. Abschließend wurde noch der Arzt nach dem somatischen Befinden des Patienten befragt, das dieser anhand einer 11-stufigen Likert Skala angeben konnte.

Beim Retest wurden auf dieselbe Art und Weise medizinische Daten erhoben, nur dass hier das Augenmerk auf die Dinge gelegt wurden, die möglicherweise eine Veränderung erfahren haben (v.a. Remissionsstatus, Angaben zur Therapie und die Karnofskyskala).

## 5.2.8 Operationalisierung von „Spiritualität“ in der vorliegenden Arbeit

Der Begriff „Spiritualität“ wurde in der vorliegenden Dissertation anhand folgender Skalen, Subskalen und Items operationalisiert:

Aus dem FACIT-Fragebogen (Fitchett et al. 1996) wurden die Items „Ich finde Trost in meinem Glauben“, „Ich finde Kraft in meinem Glauben“, „Mein Glaube wurde durch die Krankheit gestärkt“ und durch die FACIT-Gesamtskala „Spirituelles Wohlbefinden“ herangezogen, aus dem FKV (Muthny 1989) der „Mittelwert des Summenscores Religiosität und Sinnsuche“ und vom FRAGEBOGEN ZUR LEBENSITUATION verwendete man die Items „Glaubenspraxis“ („Praktizieren Sie Ihren Glauben im Alltagsleben?“) und „Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen.“

### 5.2.9 Definition von Furcht im Gegensatz zu Angst vor Tod und Sterben

Des Weiteren erfolgt eine begriffliche Trennung zwischen der Furcht bzw. Angst vor Tod und Sterben. „Furcht wird als Reaktion auf eine spezifische Bedrohung verstanden; Furcht vor dem Tod bezieht sich daher auf spezifische Bedrohungen im Bereich von Tod und Sterben wie etwa auf die Bedrohung durch Schmerzen. Angst dagegen ist eine Reaktion auf eine unspezifische Bedrohung; Angst vor dem Tod entsteht etwa durch das Bewusstwerden der Endlichkeit und Vergänglichkeit des eigenen Lebens.“ (Buchmann, 2000)

In dieser Studie wurde der Fragebogen „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS) verwendet, den Ochsmann (1993) entwickelte. Wie bereits aus dem Namen des Fragebogens herauszulesen ist, wird hier die Furcht – und nicht die Angst – vor Tod und Sterben erfasst. Mehrere Komponenten der Todesfurcht werden in diesem mehrdimensionalen Konstrukt erfasst, die in der Methodik (beim Punkt 5.2.1) ausführlicher beschrieben werden.

## 5.3 Durchführung

Es handelt sich sowohl um eine Querschnitt- als auch um eine Längsschnittuntersuchung mit einem Messzeitpunkt t2 (Retest) nach 4-8 Wochen.

Das Studienteam bestand aus PsychologInnen, psychologisch geschultem Personal und MedizinstudentInnen. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte auf folgende Art und Weise:

Unter Berücksichtigung der Einschluss- und Ausschlusskriterien (Tab. 5.1) wurde ein Sondierungsgespräch durch die Psychologin innerhalb der ersten sieben Tage des Klinikaufenthaltes vorgenommen. Nachdem mit den Patienten Kontakt aufgenommen worden war, wurden diese über den Zweck der Untersuchung und die Freiwilligkeit aufgeklärt. Die Aufnahme der PatientInnen in die Studie erfolgte nur bei deren schriftlichem Einverständnis.

Der Untersuchungsplan sah an einem Tag eine Befragung der Patienten in Form eines halb-offenen Interviews durch eine Psychologin und anschließend an zwei weiteren Tagen eine Datenerhebung anhand vorgefertigter Fragebögen durch die medizinischen DoktorandInnen vor.

Im Untersuchungsabschnitt 1 wurden die PatientInnen innerhalb der ersten sieben Tage ihres Klinikaufenthalts von einer psychologisch geschulten Mitarbeiterin interviewt, für die folgenden zwei Tage waren pro Patient jeweils ca. 30 Minuten veranschlagt, wobei auch die experimentellen Zeitmessungen an den Patienten von den medizinischen Doktoranden durchgeführt wurden. Wie eingangs erwähnt, rekrutierte sich die Fragestellung dieser Arbeit aus der Gesamtstudie „Zeitwahrnehmung in subjektiver Todesnähe.“

Die Fragebögen wurden mit dem Vermerk ausgegeben, dass für die Untersuchung ausschließlich die subjektive Meinung der Patienten wichtig sei, so dass der Versuchsleiter nicht um seine Meinung gebeten werden sollte. Nur bei offensichtlichem Unverständnis einer Frage wurde erläuternd eingegriffen. Den Patienten stand auch jederzeit frei, einzelne Fragen oder ganze Fragebögen nicht zu beantworten bzw. aus persönlichen Gründen das Mitwirken ganz abzuberechen.

Nach Komplettierung der Fragebögen boten wir ein Gespräch an, um Fragen, Anliegen oder Bedenken zu besprechen und betreuten die Patienten bei etwaigem Interesse auch psychoonkologisch weiter.

Der dritte Tag war vom Ablauf her dem zweiten sehr ähnlich, nur dass hier keine Zeitexperimente mehr durchgeführt wurden. Der Patient bekam ebenfalls einige Fragebögen zum Ausfüllen und die Untersuchung wurde mit einem persönlichen Gespräch oder der Beantwortung von Fragen seitens des Patienten abgeschlossen.

Abschließend erhoben die MedizinstudentInnen anhand der Krankenakten oder mit Hilfe des behandelnden Arztes die krankheitsspezifischen Daten (Diagnose, Unterscheidung Erstdiagnose/ Rezidiv, Behandlungsschema, Zyklusnummer, usw.) und es wurde vom jeweils zuständigen Arzt eine Einschätzung auf dem Karnofskyindex vorgenommen.

Bei den malignen Patienten wird dann – sofern ein weiterer Klinikaufenthalt ansteht und er nicht wegen eines *Drop-out*-Grundes (Tab. 5.2) aus der Studie herausfällt – im Laufe der folgenden 4-8 Wochen nochmals ein Interview durchgeführt und eine Auswahl bereits bekannter Fragebögen an einem weiteren Tag vorgelegt (Retest). Ebenso erfolgten eine medizinische Beurteilung und eine Einschätzung des Zustandes des Patienten auf dem Karnofskyindex durch den behandelnden Arzt.

Der Untersuchungsabschnitt 2 gilt nicht für die PatientInnen der Kontrollgruppe.

#### VOR UNTERSUCHUNGSBEGINN

- kein Interesse an einer Teilnahme
- Patient gibt schlechte körperliche/seelische Verfassung an
- mangelnde Zeit (Diagnostik, Therapie)
- mangelnde Zeit (Besuch)

#### NACH UNTERSUCHUNGSBEGINN

- Patient bricht ab
- Patient wird verlegt/ entlassen
- Patient stirbt
- Datenerhebung bei t1 bzw. t2 nicht innerhalb von 7 Tagen möglich
- plötzlich auftretendes absolutes Ausschlusskriterium
- mehr als 3-malige Terminverschiebung (insbes. aufgrund tagesbefindlichkeitsabhängiger Ausschlusskriterien)
- anderer Grund

Tab. 5.2: DROP-OUT-Gründe und deren Erfassung

## 5.4 Untersuchungsdesign

Erster Abschnitt			Zweiter Abschnitt (Retest)	
Tag 1 (ca. 40 Min)	Tag 2 (ca. 30 Min.)	Tag 3 (ca. 30 Min.)	Tag 1 (ca. 30 Min.)	Tag 2 (ca. 30 Min.)
Persönliches Gespräch bzw. Interview und Vorlage des Subjective-Attitude-Fragebogens	Ausfüllen der FVTS und HADS-Fragebögen	Ausfüllen des Fragebogens zur Lebenssituation und der FACIT- und FKV- Fragebögen	Kurzes persönliches Gespräch bzw. Interview und Ausfüllen des Subjective-Attitude-Fragebogens	Ausfüllen des HADS-Fragebogens

Tab. 5.3: Untersuchungsschema maligne erkrankter Patienten

Bei den benign erkrankten Patienten (Kontrollgruppe) entfällt der zweite Untersuchungsabschnitt (Retest).

## 5.5 Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm „SPSS für Windows“ (Version 9.0). Als Signifikanzen setzt man  $\alpha < .05$  fest, als Tendenzen  $\alpha < .1$ . Signifikante Ergebnisse auf dem 5%-Niveau wurden mit „\*“ gekennzeichnet, solche auf dem 1%-Niveau mit „\*\*“.

Bei Untersuchung der Zusammenhangs-Hypothese wurde der Pearson-Korrelations-Koeffizient berechnet. Für die Unterschieds-Hypothese zum Vergleich zweier Gruppen wird der t-test berechnet, bei mehr als zwei Gruppen wird die ANOVA gewählt.

Bei der Vielzahl an statistischen Tests steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein statistisch signifikanter Test auf dem 5%-Niveau zufällig auftritt. Da es sich bei dieser Studie um eine explorative Studie handelt, soll allerdings auf eine Adjustierung des  $\alpha$ -Niveaus verzichtet werden. Die vorliegenden Ergebnisse müssen also mit Vorsicht betrachtet und mit kommenden Studien verglichen werden.

## 6 ERGEBNISSE

### 6.1 Soziodemographie

Die erste Datenanalyse bezieht sich auf die Soziodemographie. Sie wird ausführlich und detailliert durchgeführt, um die Homogenität der Subpopulationen untereinander anhand von grundlegenden Variablen (wie etwa Geschlecht, Alter etc.) abbilden zu können, so dass damit die Vergleichbarkeit der Stichproben gewährleistet ist. Sämtliche Tabellen und Graphiken werden für folgende vier Stichproben aufgeführt:

- MALIGNNE (MAL) (alle in die Studie aufgenommenen Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen)
- BENIGNE (BEN) (stationär aufgenommene Patienten der Physikalischen Medizin, die keine Malignität der Erkrankung aufweisen)
- ERSTDIAGNOSE (ED) (Patienten, die nach- oder zur Erstdiagnose stationär aufgenommen sind)
- REZIDIV (REZ) (Subpopulation der „Malignen“ mit einem oder mehreren Rezidiven)

#### 6.1.1 Fallzahl und Geschlecht

An der Studie „Zeitwahrnehmung bei onkologischen Patienten“ nahmen 122 Patienten teil, die am Klinikum der Universität von München-Großhadern stationär aufgenommen waren.

Diese teilten sich auf in 91 Patienten der hämato-onkologischen Stationen (Medizinische Klinik III) F10, G10 und G21 sowie der Knochentransplantationsstationen L21 und M21 und 31 Patienten der Physikalischen Therapie der Station K22 (Kontrollgruppe). Die Hauptgruppe teilte sich auf in Patienten mit Erstdiagnose und solche mit einem oder mehreren Rezidiven und setzte sich aus den beiden Diagnosengruppen „Leukämie“ und „Lymphom“ zusammen.

Die Geschlechterverteilung der einzelnen Stichproben wird im Folgenden dargestellt.

N = 122	MALIGNNE N = 91	BENIGNE N = 31	ERSTDIAGNOSE N = 58	REZIDIV N = 33
Männlich	51.6%	29,0%	51.7%	51.5%
Weiblich	48.4%	71,0%	48.3%	48.5%

Tab. 6.1: Geschlechterverteilung der Patienten (in Prozent)

Bei der graphischen Darstellung ist zu erkennen, dass bei den Malignen die Gesamtgruppe sowie in den beiden Subpopulationen von Erstdiagnostizierten und Rezidivierten eine homogene

Geschlechterverteilung vorzufinden ist, die Kontrollgruppe hingegen zu über 70% von Frauen gebildet wird. Diese – von der im allgemeinen homogenen Geschlechtsverteilung - abweichenden Werte bei der benignen Kontrollgruppe wurden überprüft, der Fallzahlunterschied stellte sich als nicht signifikant dar.

### 6.1.2 Durchschnittsalter der Studienteilnehmer und Alterskategorie

N = 122	MALINGNE N = 91	BENIGNE N = 31	ERSTDIAGNOSE N = 58	REZIDIV N = 33
Durchschnittsalter der Studienteilnehmer (in Jahren)	46,7	49,0	45,1	49,5

Tab. 6.2: Durchschnittsalter der Studienteilnehmer (in Jahren)

Mit einer Varianz von  $48 \pm 2$  Jahren stellt sich das Durchschnittsalter der vier Populationen recht homogen dar.

Das Alter der Patienten lag zwischen 18 und 75 Jahren. Dieses Intervall wurde in 4 Kategorien aufgeteilt.

N = 122	MALIGNNE N = 91	BENIGNE N = 31	ERSTDIAGNOSE N = 58	REZIDIV N = 33
18-30	15.4%	16.1%	17.2%	12.1%
31-45	31.9%	25.8%	36.2%	24.2%
46-60	36.3%	32.3%	34.5%	39.4%
61-75	16.5%	25.8%	12.1%	24.2%

Tab. 6.3: Alterskategorie der Studienteilnehmer (in Prozent)

Während der Vergleich innerhalb einer Alterskategorie relativ homogene Daten gibt, überwiegen bei den Altersgruppen in der Gesamtheit v.a. diejenigen der 31-45- und 46-60-jährigen, wobei bei den Rezidivpatienten eine Verschiebung ins höhere Alter abgebildet werden kann (prozentual gesehen sind doppelt so viele Patienten mit Rezidiv in der Alterskategorie 61-75 Jahre verglichen mit den Erstdiagnostizierten).

### 6.1.3 Familienstand

N = 114	MALIGNEN N = 84	BENIGNE N = 30	ERSTDIAGNOSE N = 54	REZIDIV N = 30
Ledig	12,1%	12,9%	13,8%	9,1%
Verheiratet	61,5%	54,8%	63,8%	57,6%
Geschieden	7,7%	16,1%	6,9%	9,1%
In fester Partnerschaft	8,8%	9,7%	8,6%	9,1%

Tab. 6.4 : Familienstand der Studienteilnehmer (in Prozent)

Da von den 114 Patienten, die ihren Familienstand angaben, nur 3 diesen als verwitwet oder getrennt lebend angab, wurden – aus Gründen der Übersichtlichkeit – diese beiden Aspekte aus der Tabelle herausgelassen. Ansonsten sieht man eine recht homogene Verteilung innerhalb der Stichproben, wobei als Ausnahme dazu auffällt, dass die Kontrollgruppe – prozentual gesehen – doppelt so häufig in Scheidung lebte als die Gruppe der hämato-onkologischen Patienten.

### 6.1.4 Kinder

N = 114	MALIGNEN N = 84	BENIGNE N = 30	ERSTDIAGNOSE N = 54	REZIDIV N = 30
Keine	35,7%	23,3%	31,5%	43,3%
Ein Kind	22,6%	36,7%	20,4%	26,7%
Zwei Kinder	28,6%	26,7%	31,5%	23,3%
drei Kinder	8,3%	10,0%	9,3%	6,6%
vier oder mehr Kinder	4,8%	3,3%	7,4%	0,0%

Tab. 6.5 : Zahl der Kinder (in Prozent)

Bei Betrachtung dieser prozentualen Verteilung fällt auf, dass die Benigen – verglichen mit den Rezidivierten – in etwa halb so häufig kinderlos, in der Gruppe mit einem Kind hingegen am Stärksten vertreten sind.

### 6.1.5 Höchster Schul- bzw. Studienabschluss

N = 114	MALIGNEN N = 84	BENIGNE N = 30	ERSTDIAGNOSE N = 54	REZIDIV N = 30
Kein Abschluss	1,2%	3,3%	0,0%	3,3%
Volks- bzw. Hauptschule	29,8%	33,3%	31,5%	26,7%
Realschule/ Mittlere Reife	35,7%	26,7%	38,9%	30,0%
Abitur/ Fachabitur	9,5%	10,0%	5,6%	16,7%
Hochschule/ Universität	23,8%	26,7%	24,1%	23,3%

Tab. 6.6 : Höchster Schul- bzw. Studienabschluss der Patienten

Bei Betrachtung der Tabelle ergibt sich auch hier eine homogene Verteilung, von der nur die Stichprobe der Rezipivierten etwas abweicht. So haben etwa Rezipivierte – prozentual gesehen – drei mal häufiger mit Abitur abgeschlossen als Patienten mit Erstdiagnose.

### 6.1.6 Konfession

N = 105	MALIGNEN N = 78	BENIGNE N = 27	ERSTDIAGNOSE N = 52	REZIDIV N = 26
Keine oder nicht gläubig	17.9%	14.8%	17.3%	19.2%
Römisch-katholisch	61.5%	55.6%	57.7%	69.2%
Evangelisch	19.2%	22.2%	25.0%	7.7%
Andere	1.3%	7.4%	0.0%	3.8

Tab. 6.7 : Prozentuale Verteilung der einzelnen Konfessionen der Studienteilnehmer

Die Konfessionsverteilung zeigt sich – für die südliche Regionen Deutschlands erwartungsgemäß - mit einem starken Überwiegen von römisch-katholischen Patienten. An zweiter Stelle stehen Protestanten, wobei deren Anteil bei den Rezipivierten sehr gering ist. An dritter Stelle folgen diejenigen, welche keiner Religionsgemeinschaft angehören oder sich selbst als nicht gläubig bezeichnen, der Prozentsatz anderer Konfessionen ist äußerst gering.

## 6.2 Medizinische Daten

Die Darstellung der medizinischen Daten dient der grundsätzlichen Beschreibung der Stichprobe. Sie zeigt die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Hauptgruppe (Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen) verglichen mit den Subpopulationen der Erstdiagnostizierten und Rezidierten.

### 6.2.1 Diagnosekategorien

N = 91	MALIGNE N = 91	ERSTDIAGNOSE N = 58	REZIDIV N = 33
Akute lymphatische Leukämie (ALL)	13,2%	13,8%	12,5%
Akute myeloische Leukämie (AML)	31,9%	36,2%	25,0%
Chronisch myeloische Leukämie (CML)	8,8%	10,3%	6,3%
Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	7,7%	6,9%	9,4%
NHL – Plasmozytom	8,8%	10,3%	6,3%
NHL – andere	19,8%	12,1%	34,4%
Morbus Hodgkin	5,5%	5,2%	6,3%
Myelodysplastisches Syndrom (MDS)	3,3%	5,2%	0,0%

Tab. 6.8 : Diagnosekategorien der hämatoonkologischen Patienten

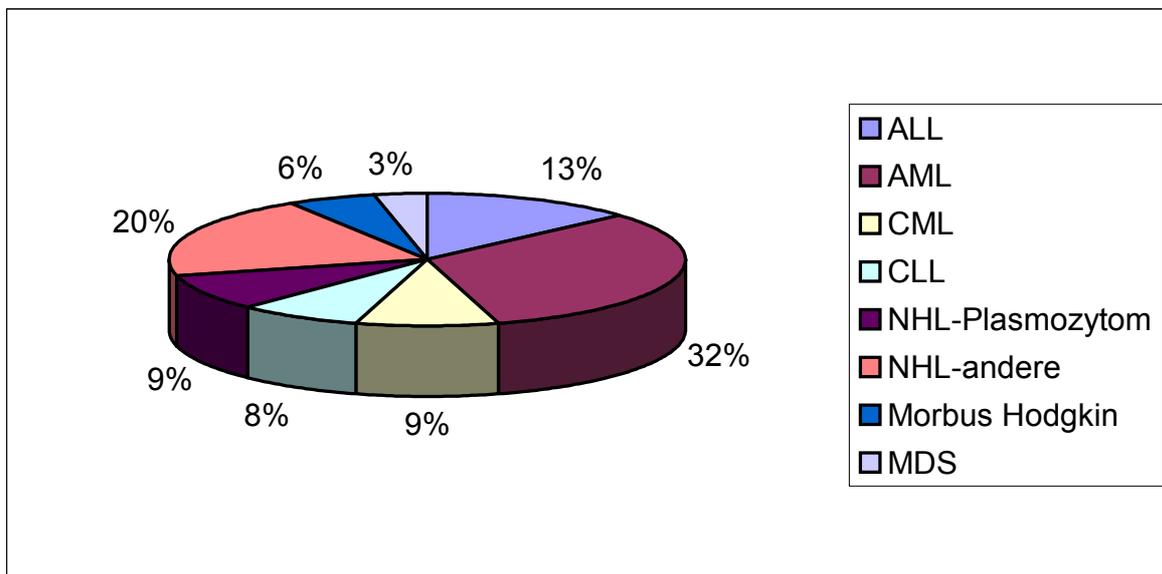


Abb. 6.1: Prozentuale Verteilung der Diagnosekategorie maligner Patienten

Bei Betrachtung der Diagnosekategorien fällt auf, dass zum Studienzeitpunkt mehr Patienten mit Leukämien (63,7%) in der Gesamtheit behandelt wurden als Lymphompatienten (36,3%), wobei die AML mit 31,9% die häufigste Diagnose darstellte.

## 6.2.2 Remissionsstatus (erhoben beim Messzeitpunkt „t2“ [Retest])

N = 45	MALIGNE N = 45	ERSTDIAGNOSE N = 31	REZIDIV N = 14
Complete Remission	42,2%	51,6%	21,4%
Partial Remission	13,3%	9,7%	21,4%
Stable Disease	2,2%	0,0%	7,1%
Progressive Disease	11,1%	3,2%	28,6%
nicht beurteilbar	31,1%	35,5%	21,4%

Tab. 6.9 : Remissionsstatus beim Messzeitpunkt 2

Auffällig ist in dieser Tabelle, dass von den ursprünglich 91 Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen nur die Hälfte der Patienten nochmals getestet werden konnten. Dies hängt v.a. damit zusammen, dass der nächste Chemotherapie-Zyklus verschoben werden musste, die Patienten nicht mehr bereit waren, an einer weiteren Untersuchung teilzunehmen oder z.T. innerhalb dieser Zeit bereits verstorben waren.

Bei den Patienten mit Erstdiagnose kam es in 51.6% der erhobenen Fälle zu einer kompletten Remission und nur in 3.2% zu einem weiteren Fortschreiten der Erkrankung („progressive disease“); hingegen hatten die Rezidivierten in 28.6% ein Fortschreiten und nur in 21.4% eine komplette Remission.

### 6.3 Mittelwerts-Analyse der Skalen

Die deskriptiven Ergebnisse werden im Folgenden getrennt nach den Gruppen Maligne (MAL), Benigne (BEN), Patienten mit Erstdiagnose (ED) und Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven (REZ) aufgeführt. In den Abbildungen werden zusätzlich zu den Mittelwerten auch noch die Standardabweichungen und Signifikanzen eingetragen. Ein Stern (\*) zwischen zwei Säulen bedeutet dabei einen signifikanten Mittelwertsunterschied dieser beiden Gruppen. Des Weiteren muss beachtet werden, dass bei Darstellung der Werte für den FVTS- und FACIT-Gesamtscore (die sich als Summenskalen der Items ergeben) in den einzelnen Abbildungen eine Zehnerpotenzminimierung  $[1 \cdot 10^{-1}]$  durchgeführt wurde, um ein homogenes Zahlenniveau zu erreichen.

Es wurde der t-test berechnet für die Unterscheidung von hämato-onkologischen Patienten mit denjenigen aus der Vergleichsgruppe bzw. den Patienten mit Erstdiagnose im Vergleich zu denjenigen mit einem Wiederauftreten ihrer Erkrankung; ab einem Vergleich von mindestens drei Gruppen wurde die ANOVA gewählt.

#### 6.3.1 Deskriptive Darstellung der „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS)

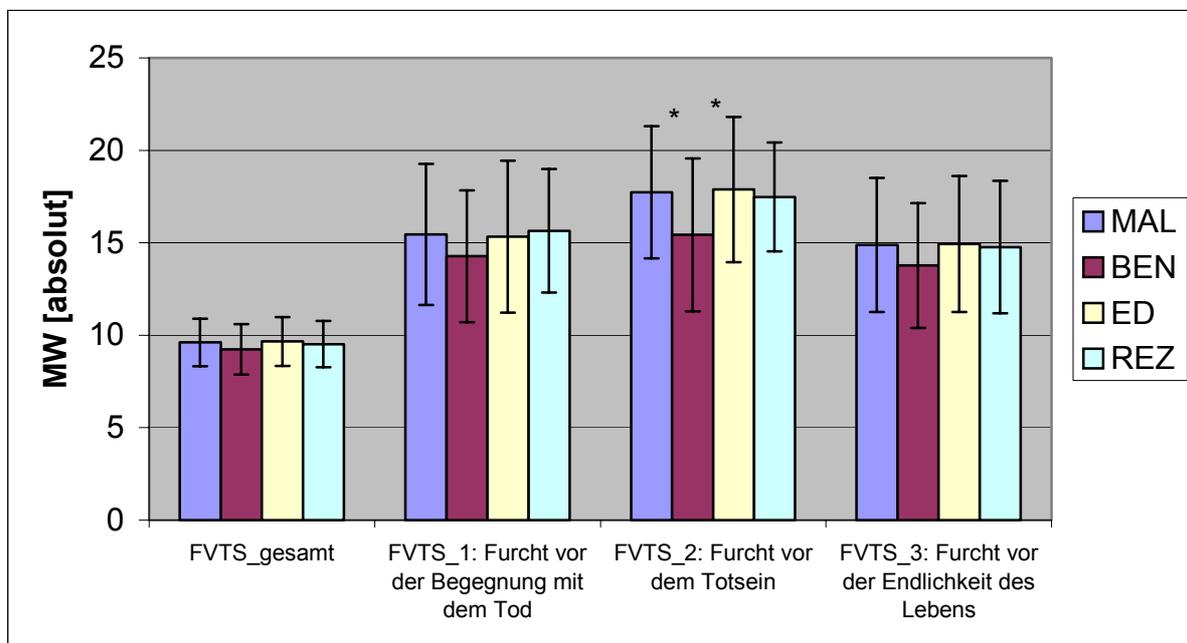


Abb. 6.2: Mittelwerte bei Furcht vor Tod und Sterben (FVTS), Gesamtskala und Skalen 1-3

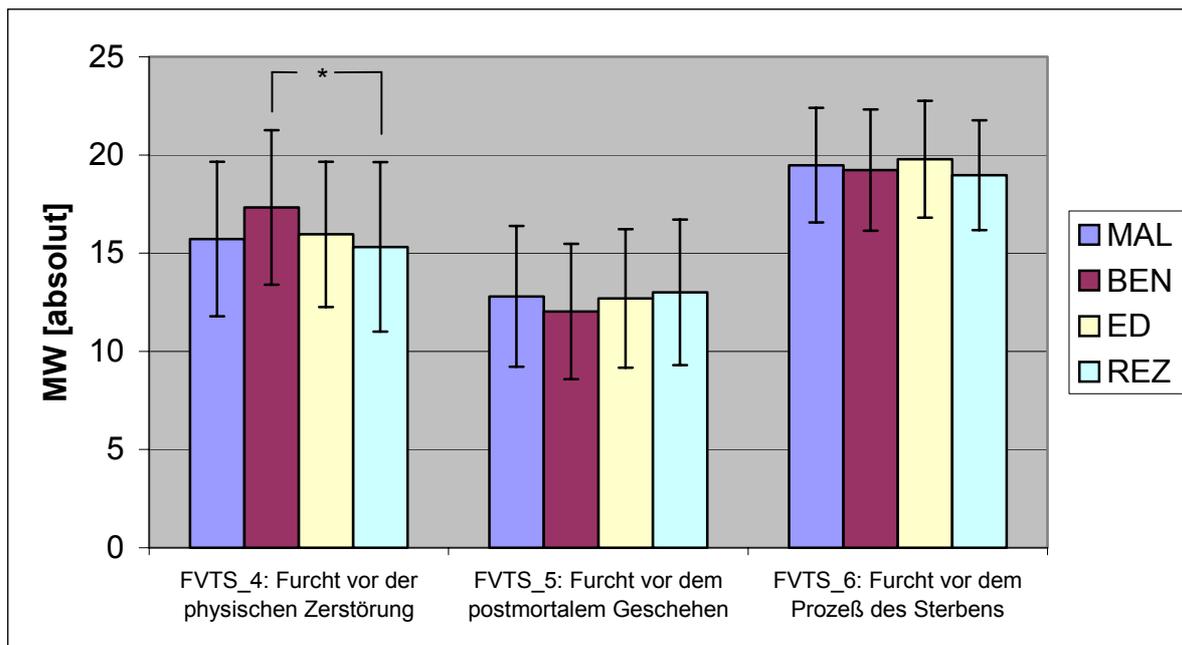


Abb. 6.3 : Mittelwerte der Furcht vor Tod und Sterben (FVTS), Skalen 4-6

Bei der Interpretation der Mittelwerte für den Fragebogen „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS) gilt sowohl für den Gesamtscore als auch für die Skalen: je höher die Werte, desto größer die Furcht der Patientengruppe.

Für den Gesamtscore des FVTS-Fragebogens zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, für einige Skalen hingegen schon. So stellt sich beim Mittelwertsvergleich der Skala 2: „Furcht vor dem Totsein“ als signifikant heraus, dass maligne Patienten (sowie auch die Untergruppe der Patienten mit Erstdiagnose im Speziellen) mehr Furcht vor Tod und Sterben zeigen als benigne (jeweils  $p < .05$ ).

Umgekehrte Verhältnisse – nämlich dass Gesunde mehr Angst vor dem Sterbeprozess haben als Patienten mit einer rezidierten Krebserkrankung – finden sich in Skala 4: „Furcht vor der physischen Zerstörung.“

6.3.2 Deskriptive Darstellung des Befindens

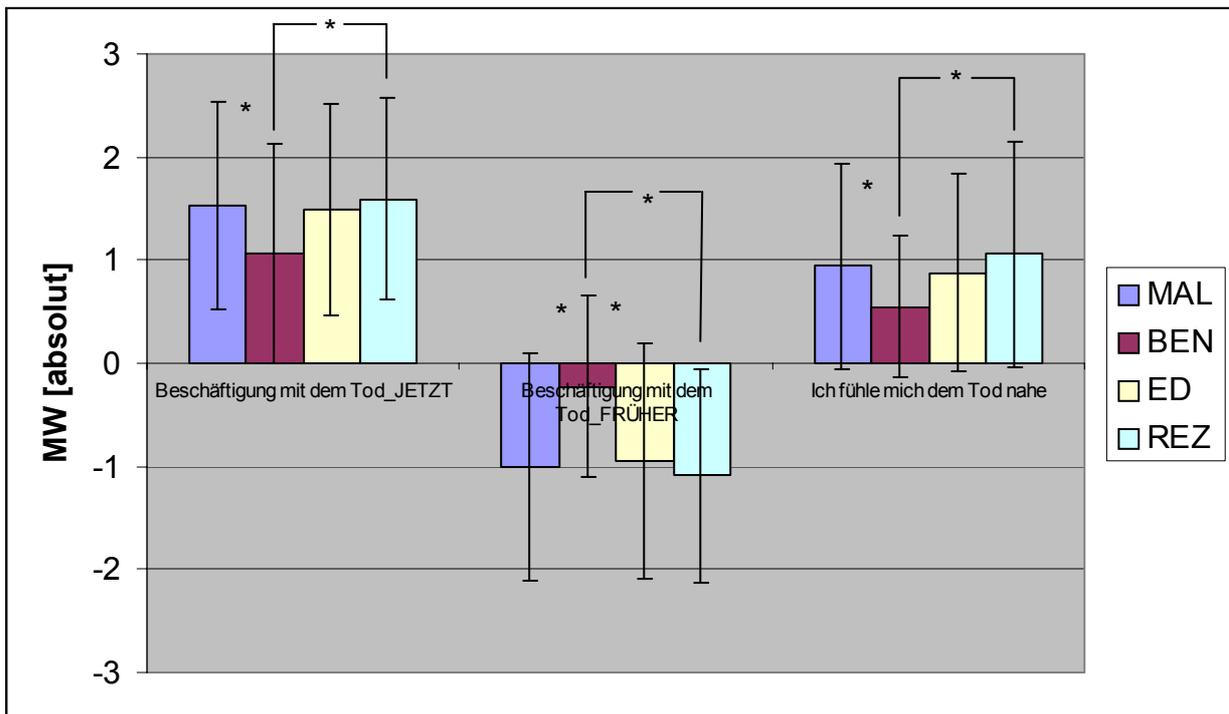
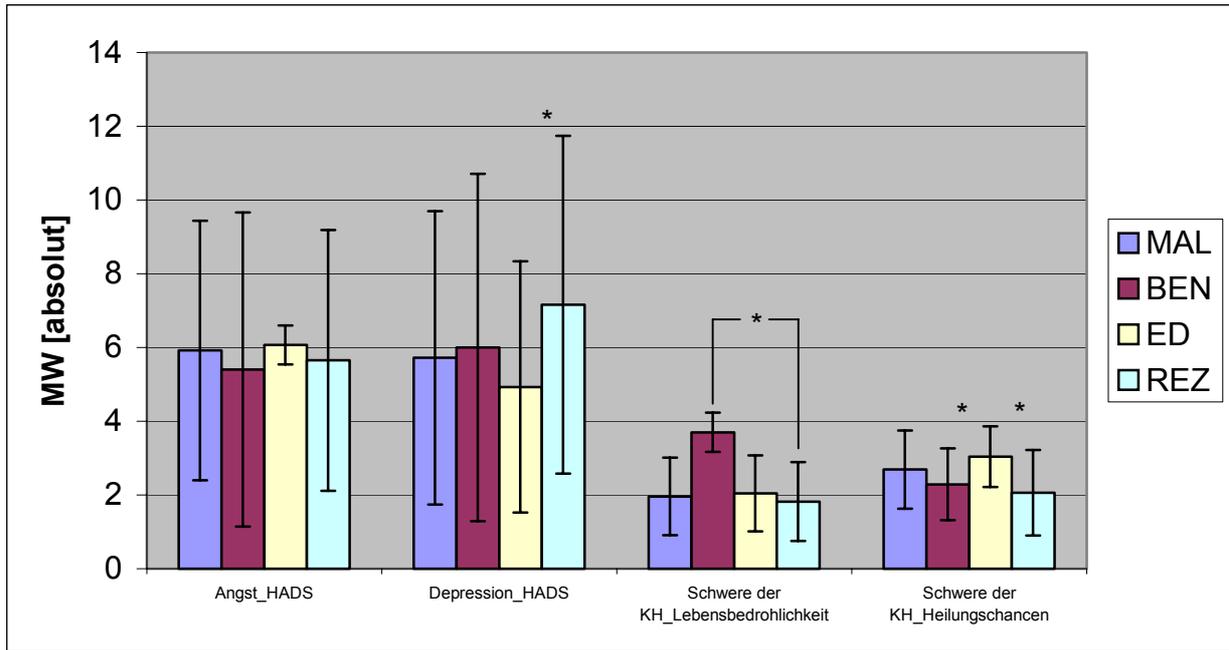


Abb. 6.4: Deskriptive Darstellung des Befindens (I)

Abb. 6.5: Deskriptive Darstellung des Befindens (II)

Die Mittelwerte der Depressions-Skala (aus dem HADS-Fragebogen, wobei hohe Werte mehr Zeichen einer Depression darstellen) liegen für maligne Patienten (MW= 5.72) niedriger als für die Benigen

(MW= 6.00) und vergleicht man die beiden Subpopulationen Patienten mit Erstdiagnose gegen solche mit Rezidiv, so unterscheiden sie sich signifikant.

Die folgenden fünf Mittelwertsvergleiche stammen aus dem Fragebogen „Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT):

Bei der subjektiven Einschätzung der Patienten nach der Lebensbedrohlichkeit ihrer Krankheit (hohe Werte spiegeln geringe Bedrohung wieder) weist man beim Mittelwertsvergleich der Kontrollgruppe mit der Hauptgruppe, Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv jeweils eine Signifikanz von 0,1% nach. Zugleich zeigen Patienten mit einer malignen Erkrankung (MW= 1.96) geringere Werte als solche mit einer benignen (MW= 3.70) und Patienten mit erstmaligem Auftreten einer hämato-onkologischen Erkrankung höhere Werte (MW= 2.04) als solche mit wiederholtem Auftreten (MW= 1.82).

Mit den Themen Tod und Sterben beschäftigen sich die Gruppe der Malignen (MW= 1.53) jetzt mehr als die der Benigen (MW= 1.06) und die Patienten mit Krankheitsrückfall (MW= 1.59) mehr als diejenigen mit erstmaligem Krankheitsauftreten (MW= 1.49); Signifikanzen auf dem 5%-Signifikanzniveau zeigen sich beim Vergleich der benignen Patienten mit den malignen wie auch mit den Rezidivpatienten.

Betrachtet man sowohl die frühere Beschäftigung mit der Todesthematik als auch die Frage, wie nahe sich die Patienten dem Tod fühlen, so ergeben sich – mit Ausnahme des Vergleichs Erstdiagnostizierter mit Rezidivierten – Signifikanzen für alle Mittelwertsunterschiede.

Zudem beschäftigten sich die hämato-onkologischen Patienten früher (als im Vergleich zu jetzt) mehr mit der Thematik von Tod und Sterben als die benignen (MW= -.23) und die Patienten mit Rezidiv (MW= -1.09) mehr als die erstdiagnostizierten Patienten (MW= -.95). Aufgrund der Vorzeicheninversion bedeutet das für die Skalen, dass niedrigere Werte eine vermehrte Beschäftigung mit Tod und Sterben bedeuten.

Des weiteren fühlen sich die Hauptgruppe (MW= .94) sowie Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven (MW= 1.06) signifikant dem Tod näher als die benigne Kontrollgruppe (MW= .55).

## 6.4 Korrelationen

Die mit grau unterlegten Kästchen sind für die Diskussion von besonderer Bedeutung und werden dort wieder aufgegriffen. Wenn sich bei einer Korrelation kein signifikanter Zusammenhang zwischen den einzelnen Items, Skalen oder Scores ergibt, wird diese Tatsache in den Tabellen folgendermaßen gekennzeichnet: ---

### 6.4.1 Zusammenhang von Spiritualität und Befinden

Als ein Teilaspekt der Hypothese 3 soll an dieser Stelle dargestellt werden, welchen Einfluß das spirituelle Wohlbefinden auf das psychische Wohlbefinden hat. Zur Darstellung von Letzterem werden dabei die Angst- und Depressionsskala aus dem HADS-Fragebogen verwendet.

	FACIT: SPIRITUELLES WOHLBEFINDEN			
	MALIGNE	BENIGNE	ERSTDIAGNOSTI- ZIERTE	REZIDIVIERTE
HADS_Angst	-,387** ,000	-,543* ,002	-,371** ,006	-,465* ,010
HADS_Depression	-,489** ,000	-,449* ,013	-,445** ,001	-,502** ,005

Tab. 6.10: Zusammenhang von Spiritualität und Befinden für alle vier Diagnosegruppen

Die FACIT-Skala „Spirituelles Wohlbefinden“ weist mit den einzelnen Skalen des HADS-Fragebogens folgende Korrelationen für die verschiedenen Stichproben auf:

- mit der Angst-Skala bei allen vier Gruppen eine negative Korrelation, für maligne ( $r = -.39$ ;  $p < .001$ ) und benigne Patienten ( $r = -.54$ ;  $p = .002$ ) ebenso signifikant wie für Patienten mit Erstdiagnose ( $r = .37$ ;  $p = .006$ ) und Rezidiv ( $r = -.47$ ;  $p = .010$ )
- ähnlich verhält es sich mit der Depressionsskala, für die sich folgende signifikante Korrelationen ergeben: Maligne ( $r = -.49$ ;  $p = .000$ ), Benigne ( $r = -.45$ ;  $p = .013$ ), Patienten mit Erstdiagnose ( $r = -.45$ ;  $p = .001$ ) und solche mit einem oder mehreren Rezidiven ( $r = -.50$ ;  $p = .005$ )

Bei allen vier aufgeführten Gruppen kann man also sagen: je besser es den Patienten spirituell geht, desto weniger Angst haben sie und desto geringer ist ihre depressive Tendenz bzw. ein geringeres Maß an Angst und Depression hängt mit einer höheren spirituellen Zufriedenheit zusammen.

## 6.4.2 Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben (FVTS)

Anders stellt sich der Zusammenhang für die konkretisierte Angst: „Furcht vor Tod und Sterben“ (FVTS) dar. Hier finden sich zum Teil große Unterschiede zwischen den malignen und benignen bzw. erstdiagnostizierten und rezidierten Patientengruppen, die für Hypothese 4 (Spiritualität hat einen positiven Einfluss auf die Furcht vor Tod und Sterben und dieser Einfluß stellt sich bei malignen Patienten anders als bei benignen dar) von Bedeutung sind.

MALIGNE	FACIT: Ich finde Trost in meinem Glauben	FACIT: Ich finde Kraft in meinem Glauben	FKV: Mittelwert des Summscores Religiosität und Sinnsuche	Glaubenspraxis
FVTS gesamt	,213 ,060	,260* ,021	,240* ,034	,215 ,059
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	---	---	,311** ,006	---
FVTS-4: Furcht vor der physischen Zerstörung	,321** ,004	,321** ,004	---	---

Tab. 6.11: Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben für maligne Patienten

BENIGNE	FACIT: Ich finde Trost in meinem Glauben	FACIT: Ich finde Kraft in meinem Glauben	FKV: Mittelwert des Summscores Religiosität und Sinnsuche	Glaubenspraxis
FVTS gesamt	---	---	-,339 ,067	---
FVTS-1: Furcht vor der Begegnung mit dem Tod	,531** ,003	,491** ,007	---	,400* ,035
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	---	---	-,351 ,058	---

Tab. 6.12: Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben für benigne Patienten

ERSTDIAGNOSE	FACIT: Ich finde Trost in meinem Glauben	FACIT: Ich finde Kraft in meinem Glauben	FKV: Mittelwert des Summscores Religiosität und Sinnsuche	Glaubenspraxis
FVTS gesamt	---	,260 ,074	---	---
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	---	---	,314* ,030	---
FVTS-4: Furcht vor der physischen Zerstörung	,352* ,013	,370* ,010	---	---

Tab. 6.13 : Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben für erstdiagnostizierte Patienten

REZIDIV	FACIT: Ich finde Trost in meinem Glauben	FACIT: Ich finde Kraft in meinem Glauben	FKV: Mittelwert des Summenscores Religiosität und Sinnsuche	Glaubenspra- xis
FVTS gesamt	---	---	---	,325 ,080
FVTS-1: Furcht vor der Begegnung mit dem Tod	---	---	---	,419* ,021

Tab. 6.14: Zusammenhang von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben für rezidierte Patienten

In der Stichprobe der malignen Patienten ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem FVTS-Gesamtscore und dem FACIT-Item „Ich finde Kraft in meinem Glauben“ ( $r = .26$ ;  $p < .05$ ) und eine 10%-Tendenz mit „Ich finde Trost in meinem Glauben“ ( $r = .21$ ;  $p < .1$ ). Bei diesen Punkten lassen sich für die Kontrollgruppe und die beiden Subpopulationen der Hauptgruppe keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen.

Patienten der physikalischen Therapie zeigen beim Zusammenhang der FVTS-Skala 1: „Furcht vor der Begegnung mit dem Tod“ mit den FACIT-Items „Ich finde Trost in meinem Glauben“ ( $r = .53$ ;  $p < .01$ ), und „Ich finde Kraft in meinem Glauben“ ( $r = .49$ ;  $p < .01$ ) einen stark positiven Zusammenhang, der bei den anderen Populationen nicht zu finden ist. Dieses Ergebnis besagt: Je größer die Furcht der Kontrollgruppe vor der Begegnung mit dem Tod ist, desto mehr Kraft und Trost findet sie im Glauben und desto mehr wurde der Glaube durch die Krankheit gestärkt.

Die FVTS-Skala 4: „Furcht vor der physischen Zerstörung“ stand bei malignen wie bei erstdiagnostizierten Patienten sowohl mit dem FACIT-Item „Ich finde Trost in meinem Glauben“ ( $r = .32$ ;  $p < .01$  vs.  $r = .35$ ;  $p < .05$ ) als auch mit „Ich finde Kraft in meinem Glauben“ ( $r = .32$ ;  $p = .01$  vs.  $r = .37$ ;  $p < .05$ ) in einem mäßig positiven Zusammenhang, der sich bei Patienten mit Rezidiv und Benigen nicht zeigte. Das bedeutet bezüglich der „Furcht vor physischer Zerstörung“ in diesem Zusammenhang: je höher der Glaube, desto größer die Angst.

Einen entscheidenden Unterschied findet man beim Zusammenhang von FVTS-gesamt und dem FKV: „Mittelwert des Summenscores Religiosität und Sinnsuche“: während die Werte der malignen wie erstdiagnostizierten Patienten eine mäßig positive Korrelation aufzeigen ( $r = .24$ ;  $p = .034$  vs.  $r = .31$ ;  $p = .030$ ), findet man bei den benignen und rezidierten Patienten keinerlei signifikanten Zusammenhang.

Dieselbe Richtung des Zusammenhanges zeigt sich auch bei der Korrelation von FVTS-Skala 2: „Furcht vor dem Totsein“ und dem FKV: „Mittelwert des Summenscores Religiosität und Sinnsuche“:

die hämato-onkologische Hauptgruppe weist einen signifikant positiven Zusammenhang auf ( $r = .31$ ;  $p < .01$ ), benigne Patienten hingegen eine negative Tendenz ( $r = -.35$ ;  $p < .1$ ). Das Ergebnis besagt, dass maligne Patienten, die vermehrt Religiosität und Sinnsuche betreiben, erhöhte Furcht vor Tod und Sterben zeigen, was sich v.a. in einer erhöhten Furcht vor dem Totsein zeigt. Genau umgekehrt stellt sich der Zusammenhang für die Patienten der Physikalischen Therapie dar, welche als Folge einer vermehrten Beschäftigung mit Religiosität und dem Sinn ihres Lebens die Furcht vor Tod und Sterben und damit hauptsächlich ihre Furcht vor dem Totsein vermindern.

Die Glaubenspraxis hängt bei benignen Patienten und solchen hämato-onkologischen mit einem Krankheitsrückfall mäßig positiv mit der FVTS-Skala 1: „Furcht vor der Begegnung mit dem Tod“ zusammen ( $r = .42$ ;  $p < .05$  vs.  $r = .40$ ;  $p < .05$ ).

### 6.4.3 Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) und Befinden

Um die zweite Hypothese - Patienten, die sich mit Tod und Sterben auseinandersetzen bzw. sich früher schon damit auseinandergesetzt haben, weisen zum Zeitpunkt der Todesbedrohung durch die Krebserkrankung weniger Furcht vor Tod und Sterben auf als Patienten, die sich vor der Erkrankung nicht oder nur minimal mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben – überprüfen zu können, wird anschließend der Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) und dem Befinden dargestellt.

MALIGNE	HADS_ Angst	HADS_ Depression	Ich beschäftige mich mit dem Thema Tod und Sterben JETZT	Ich beschäftigte mich mit dem Thema Tod und Sterben FRÜHER	Ich fühle mich dem Tod nahe
FVTS gesamt	,294** ,007	,202 ,069	,250* ,024	---	,305** ,006
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,468** ,000	,266* ,016	,404** ,000	-,280* ,011	,374** ,001
FVTS-3: Furcht vor der Endlichkeit des Lebens	,249** ,024	---	---	-,271* ,015	,201 ,073
FVTS-5: Furcht vor dem postmortalem Geschehen	,191 ,086	,221* ,046	,257* ,021	---	---

Tab. 6.15: Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben und Befinden bei malignen Patienten

BENIGNE	HADS_ Angst	HADS_ Depression	Ich beschäftige mich mit dem Thema Tod und Sterben JETZT	Ich beschäftigte mich mit dem Thema Tod und Sterben FRÜHER	Ich fühle mich dem Tod nahe
FVTS gesamt	,468** ,009	,405* ,026	---	---	---
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	---	---	---	---	---
FVTS-3: Furcht vor der Endlichkeit des Lebens	,348 ,059	,413* ,023	---	---	---
FVTS-5: Furcht vor dem postmortalem Geschehen	,612** ,000	,596** ,001	---	,571** ,001	---

Tab. 6.16: Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben und Befinden bei benignen Patienten

ERSTDIAGNOSE	HADS_ Angst	HADS_ Depression	Ich beschäftige mich mit dem Thema Tod und Sterben JETZT	Ich beschäftigte mich mit dem Thema Tod und Sterben FRÜHER	Ich fühle mich dem Tod nahe
FVTS gesamt	,314* ,025	---	,283* ,044	---	,338* ,015
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,467** ,000	,315* ,024	,436** ,001	-,288* ,040	,342* ,014
FVTS-3: Furcht vor der Endlichkeit des Lebens	,279* ,047	---	---	-,313* ,026	,288* ,040
FVTS-5: Furcht vor dem postmortalem Geschehen	,268 ,057	---	,264 ,061	---	---

Tab. 6.17: Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben und Befinden bei erstdiagnostizierten Patienten

REZIDIV	HADS_ Angst	HADS_ Depression	Ich beschäftige mich mit dem Thema Tod und Sterben JETZT	Ich beschäftigte mich mit dem Thema Tod und Sterben FRÜHER	Ich fühle mich dem Tod nahe
FVTS gesamt	---	---	---	---	---
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,462** ,009	---	,348 ,059	---	,500** ,006
FVTS-3: Furcht vor der Enlich- keit des Lebens	---	---	---	---	---
FVTS-5: Furcht vor dem postmortalem Geschehen	---	---	---	---	---

Tab. 6.18: Zusammenhang von Furcht vor Tod und Sterben und Befinden bei rezidierten Patienten

Bei Beschäftigung mit dem Fragebogen „Subjektive Einstellung zu Krankheitsverarbeitung und Tod“ zeigt sich bei augenblicklicher Auseinandersetzung mit der Todesthematik sowohl für maligne als auch erstdiagnostizierte Patienten in fast allen Fällen ein positiver Zusammenhang mit dem FVTS-Fragebogen als Gesamtheit und mit dessen Einzelskalen.

So korrelieren die „Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben jetzt“ mit dem FVTS-Gesamtscore bei den malignen Patienten mit  $r = .25$ ;  $p < .05$  und bei der Subpopulation der Erstdiagnostizierten mit  $r = .28$ ;  $p < .05$ , weiterhin mit der FVTS-Skala 2: „Furcht vor dem Totsein“ bei malignen hoch signifikant ( $r = .40$ ;  $p < .001$ ), bei Erstdiagnostizierten mit  $r = .44$ ;  $p < .01$ . Auch mit der

FVTS-Skalen 5: „Furcht vor dem postmortalem Geschehen“ korreliert die Skala „Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben jetzt“ für Patienten mit einer malignen Erkrankung ( $r = .26$ ;  $p < .05$ ) positiv.

Hingegen besteht bei der Kontrollgruppe bzw. den Patienten mit Wiederauftreten ihrer Erkrankung bei keiner der FVTS-Skalen eine Korrelation mit der „Beschäftigung mit Tod und Sterben jetzt“.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, dass maligne und erstdiagnostizierte Patienten bei einer momentanen Beschäftigung mit Tod und Sterben auch vermehrt Furcht davor zeigen, dieser Zusammenhang jedoch bei Patienten mit Rezidiv oder der Kontrollgruppe für keinen dieser Zusammenhänge Gültigkeit hat.

Interessanterweise zeigen maligne Patienten und Patienten mit Erstdiagnose eine negative Korrelation zwischen der FVTS-Skala 2: „Furcht vor dem Totsein“ ( $r = -.28$ ;  $p < .05$  bzw.  $r = -.29$ ;  $p < .05$ ) und der „Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben früher“ sowie zwischen der FVTS-Skala 3: „Furcht vor der Endlichkeit des Lebens“ ( $r = -.27$ ;  $p < .05$  bzw.  $r = -.31$ ;  $p < .05$ ) und der „Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben früher.“ Das bedeutet für diese beiden Patientengruppen: je mehr sie sich bereits mit dem Tod auseinandergesetzt haben, um so weniger Furcht haben sie davor, tot zu sein. Diesen Zusammenhang findet man weder bei benignen Patienten noch solchen mit einem Krankheitsrückfall.

Mit der „Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben früher“ korreliert bei der benignen Gruppe nur die FVTS-Skala 5: „Furcht vor dem postmortalem Geschehen“ positiv ( $r = .57$ ;  $p < .01$ ), bei den Patienten mit Rezidiv ist keinerlei Korrelation mit Skalen des Fragebogens „Furcht vor Tod und Sterben“ nachzuweisen.

Somit besteht ausschliesslich bei Malignen und Erstdiagnostizierten eine Signifikanz zwischen gewissen Formen der Furcht vor Tod und Sterben und der vorangegangenen Beschäftigung mit der Todesthematik auf folgende Art und Weise: Je mehr Beschäftigung mit Tod und Sterben früher, desto weniger Furcht vor dem Totsein und der Endlichkeit des Lebens.

Für maligne und erstdiagnostizierte Patienten ergeben sich folgende Korrelationen mit dem Item „Ich fühle mich dem Tod nahe“ aus dem Fragebogen „Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT):

mit dem FVTS-Gesamtscore  $r = .31$ ;  $p < .01$  bzw.  $r = .34$ ;  $p < .05$ , mit der FVTS-Skala 2: „Furcht vor dem Totsein“ ein Zusammenhang von  $r = .37$ ;  $p < .01$  bzw.  $r = .34$ ;  $p < .05$  und bei Erstdiagnosepatienten ein  $r = .29$ ;  $p < .05$ . Rezidivpatienten korrelieren nur mit der Skala 2 signifikant ( $r = .50$ ;  $p < .01$ ) und für die Kontrollgruppe lassen sich keine Signifikanzen nachweisen.

Somit ist eine klare Tendenz bei Malignen und Erstdiagnostizierten abzulesen, nämlich dass sie mehr „Furcht vor Tod und Sterben“ haben, je näher sie sich dem Tod fühlen bzw. die subjektive Todesnähe durch vermehrte Furcht vor Tod und Sterben zunimmt.

In den meisten Fällen besteht zwischen den Angst- bzw. Depressionsskalen und dem FVTS mit dessen Subskalen eine positive signifikante Korrelation für maligne wie für benigne Patienten.

Das bedeutet, dass man bei höherer Furcht vor Tod und Sterben auch mehr Symptome der Angst und Depression findet. Diese Zusammenhänge können auch noch in hohem Masse bei Erstdiagnostizierten erkannt werden, Patienten mit rezidivierender Erkrankung dagegen zeigen nur noch zwischen dem FVTS-2: „Furcht vor dem Totsein“ und der „Angst“-Skala aus dem HADS-Fragebogen eine Signifikanz ( $r = .46$ ;  $p = .009$ ). Hierbei fällt der Zusammenhang ins Auge, der auch an anderen Stellen gehäuft auftritt: Patienten mit Erstdiagnose sind – bezogen auf ihre Werte – der malignen Gesamtgruppe ähnlicher als die Patienten mit einem Rezidiv.

Dargestellt werden die oben erwähnten Ergebnisse anhand der Korrelationen der Angst aus dem HADS-Fragebogen mit dem Gesamtscore und den Einzelskalen des FVTS. Diese hängen folgendermaßen zusammen: Die Angst-Skala korreliert mit dem FVTS-Gesamtscore bei malignen ( $r = .29$ ;  $p < .01$ ), benignen ( $r = .47$ ;  $p < .01$ ) und erstdiagnostizierten ( $r = .31$ ;  $p < .05$ ) Patienten. Zusammenhänge zeigen sich ferner zum Einen mit der FVTS-Skala-3: „Furcht vor der Endlichkeit des Lebens“ ( $r = .25$ ;  $p < .05$  vs.  $r = .35$ ;  $p < .1$  vs.  $r = .28$ ;  $p = .05$ ) und zum Anderen mit FVTS-5: „Furcht vor dem postmortalem Geschehen“ ( $r = .19$ ;  $p < .1$  vs.  $r = .61$ ;  $p < .001$  vs.  $r = .27$ ;  $p < .1$ ).

Interessanterweise findet sich zwar zwischen der Angst-Skala und der FVTS-Skala-2: „Furcht vor dem Totsein“ bei den hämatoonkologischen Patienten als Gesamtheit ( $r = .47$ ;  $p < .001$ ) wie auch innerhalb der beiden Subpopulationen der Erstdiagnostizierten ( $r = .47$ ;  $p < .001$ ) und Rezidivpatienten ( $r = .46$ ;  $p = .01$ ) eine hohe Signifikanz, bei der Kontrollgruppe hingegen nicht einmal eine Tendenz!

Ähnlich verhält es sich beim Zusammenhang zwischen Depression und der Furcht vor Tod und Sterben. Auch hier findet sich zwar bei der FVTS-Skala-2: „Furcht vor dem Totsein“ bei der Gruppe der Malignen ( $r = .27$ ;  $p < .05$ ) und Erstdiagnostizierten ( $r = .32$ ;  $p < .05$ ) eine Signifikanz, bei den Benigen jedoch nicht.

Des weiteren korrelieren die Depressions-Skala aus dem HADS-Fragebogen bei malignen wie bei benignen Patienten positiv mit dem FVTS-Gesamtscore ( $r = .20$ ;  $p < .1$  vs.  $r = .41$ ;  $p < .05$ ) und der Skala FVTS-5: „Furcht vor dem postmortalem Geschehen“ ( $r = .22$ ;  $p < .05$  vs.  $r = .60$ ;  $p < .01$ ).

Bei der Korrelation der Depressions-Skala mit dem FVTS-Gesamtscore und der Skala-3: „Furcht vor der Endlichkeit des Lebens“ treten Signifikanzen lediglich bei den Benigen ( $r = .41$ ;  $p < .05$  bzw.  $r = .41$ ;  $p < .05$ ) auf. Für die Subpopulation der Patienten mit einem Wiederauftreten der Erkrankung ergibt sich keine dieser signifikanten Korrelationen.

Im Folgenden soll speziell die Hauptgruppe der hämato-onkologischen Patienten bzgl. des Glaubens in eine „gläubige“ und „nicht gläubige“ Gruppe unterteilt werden und anhand dieser Untergruppen die Furcht vor dem Todsein mit dem Befinden korreliert werden:

MALIGNE GLAUBENSPRAXIS - JA	Ich beschäftige mich mit den Themen Tod und Sterben JETZT N = 39	Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER N = 39	Ich fühle mich dem Tod nahe N = 39
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,39 ,014*	-,42 ,008**	,416 ,008**

Tab. 6.19: Maligne Patienten, die ihren Glauben im Alltagsleben praktizieren

MALIGNE GLAUBENSPRAXIS - NEIN	Ich beschäftige mich mit den Themen Tod und Sterben JETZT N = 39	Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER N = 39	Ich fühle mich dem Tod nahe N = 38
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,40 ,013*	---	,30 ,071

Tab. 6.20: Maligne Patienten, die ihren Glauben im Alltagsleben NICHT praktizieren

Bei der Kontrollgruppe zeigt sich nur bei den Patienten, die ihren Glauben nicht im Alltagsleben praktizieren, ein signifikanter Zusammenhang zwischen der FVTS-Skala-2 und der Aussage „Ich fühle mich dem Tod nahe“ ( $r = -,53$ ;  $p < ,050$ ). Ansonsten findet man keine signifikanten Korrelationen.

Für die im Anschluß dargestellten Zusammenhänge mit der Unterteilung, ob der Glaube der Patienten durch die Krankheit gestärkt wurde oder nicht, finden sich für die Kontrollgruppe ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge. Anders bei der Hauptgruppe, die sich folgendermaßen verteilen:

MALIGNE FACIT: STÄRKUNG DES GLAUBENS – JA	Ich beschäftige mich mit den Themen Tod und Sterben JETZT N = 50	Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER N = 50	Ich fühle mich dem Tod nahe N = 50
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,39 ,005**	-,24 ,092	,32 ,023*

Tab 6.21: Maligne Patienten, deren Glaube durch die Krankheit gestärkt wurde

MALIGNE FACIT: STÄRKUNG DES GLAUBENS – NEIN	Ich beschäftige mich mit den Themen Tod und Sterben JETZT N = 27	Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER N = 27	Ich fühle mich dem Tod nahe N = 26
FVTS-2: Furcht vor dem Totsein	,48 ,012*	---	,53 ,005**

Tab 6.22: Maligne Patienten, deren Glaube durch die Krankheit NICHT gestärkt wurde

Die Betrachtung jener vier Tabellen für maligne Patienten zeigt, dass sich sowohl für die Glaubenspraxis als auch die Stärkung des Glaubens – unabhängig von der Intensität des Glaubens - die gleichen Tendenzen zeigen: sie korrelieren alle positiv zwischen der Furcht vor dem Todsein und der momentanen Beschäftigung mit Tod und Sterben sowie der Feststellung, dass sie sich dem Tod nahe fühlen. Das bedeutet, dass maligne Patienten, die sich jetzt mit Tod und Sterben beschäftigen bzw. dem Tod nahe fühlen - unabhängig von der Glaubenseinstellung - auch mehr Furcht vor dem Todsein haben bzw. eine verstärkte Todesfurcht bei denjenigen Patienten mit momentaner Todesbeschäftigung auftritt.

Entscheidende Unterschiede zeigen sich für die Hauptgruppe hingegen bei der Furcht vor dem Todsein und der Beschäftigung mit Tod und Sterben früher. Negativ stellt sich der Zusammenhang für Patienten dar, die ihren Glauben im Alltagsleben praktizieren. Bei der Gruppe der malignen Patienten dagegen, welche diese Frage mit „nein“ beantworteten, trat auch keine Signifikanz auf. Das bedeutet: je mehr sich ein Patient früher mit der Todesthematik beschäftigt hat, desto mehr kommt es jetzt zu einer Reduzierung der Furcht vor dem Todsein – allerdings nur bei „aktiv gläubigen Menschen“.

#### 6.4.4 Interkorrelation der Spiritualitäts- und Glaubensskalen

Um auch den anderen Teilaspekt von Hypothese 3 darzustellen (ersterer wurde in 5.4.4 aufgeführt), nämlich ob aktiver Glaube einen positiven Einfluß auf das psychische Wohlbefinden der Patienten hat, werden die Interkorrelationen der Spiritualitäts- und Glaubensskalen gebildet. Die Hauptgruppe der hämato-onkologischen Patienten sowie die Subpopulation der Patienten mit einer Erstdiagnose weisen bei allen Korrelationen Signifikanzen, erstgenannte in über 90% der Fälle und letztere in über 80% mit einer Signifikanz von 0.1% nach Pearson (aus Übersichtsgründen hier nicht weiter aufgeführt; siehe Anhang). Auch die Werte für die Kontrollgruppe sowie die Rezidivpatienten zeigen sich bei der Interkorrelation aller validierter Fragebögen signifikant, beim Zusammenhang mit den von der Studiengruppe selbst erstellten Items aus dem „Fragebogen zur Lebenssituation“ stellen sich hingegen Unterschiede dar:

MALIGNE	FACIT-Skala: Spirituelles Wohlbefinden	FKV: Mittelwert des Summenskores Religiosität und Sinnsuche
Glaubenspraxis	,404** ,000	,348** ,002
Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen	,487** ,000	,290* ,019

Tab. 6.23 : Interkorrelationen der Glaubensskalen für maligne Patienten

BENIGNE	FACIT-Skala: Spirituelles Wohlbefinden	FKV: Mittelwert des Summskores Religiosität und Sinnsuche
Glaubenspraxis	---	---
Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen	---	---

Tab. 6.24: Interkorrelationen der Glaubensskalen für benigne Patienten

ERSTDIAGNOSE	FACIT-Skala: Spirituelles Wohlbefinden	FKV: Mittelwert des Summskores Religiosität und Sinnsuche
Glaubenspraxis	,524** ,000	,418** ,003
Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen	,615** ,000	,382* ,010

Tab. 6.25: Interkorrelationen der Glaubensskalen für erstdiagnostizierte Patienten

REZIDIV	FACIT-Skala: Spirituelles Wohlbefinden	FKV: Mittelwert des Summskores Religiosität und Sinnsuche
Glaubenspraxis	---	---
Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen	---	---

Tab. 6.26: Interkorrelationen der Glaubensskalen für rezidierte Patienten

Treten auch hier für alle gebildeten Korrelationen bei malignen und erstdiagnostizierten Patienten signifikante Zusammenhänge auf, so zeigen die beiden Gruppen der Benigen und Rezidierten übereinstimmend bei den Zusammenhängen zwischen der „Glaubenspraxis“ und dem Item „Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen“ mit der FACIT-Skala: „Spirituelles Wohlbefinden“ und dem „Mittelwert des Summskores Religiosität und Sinnsuche“ keinerlei Signifikanzen.

Somit läßt sich zusammenfassen, dass Patienten mit Erstdiagnose den Malignen sowie Patienten mit wiederholtem Auftreten einer hämato-onkologischen Erkrankung den Benigen bezüglich der Interkorrelationen ihrer Spiritualitäts- und Glaubensaussagen gleichen.

## 7 DISKUSSION

Im Zentrum der Diskussion der Ergebnisse steht der Vergleich der malignen und benignen Stichprobe. Zum Teil wird die Hauptgruppe der Malignen noch weiter in die Subpopulationen der Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv untergliedert, die sich hypothesengeleitet aufgrund ihrer unterschiedlich weit fortgeschrittenen Erkrankung auch in ihrer subjektiven Todesnähe unterscheiden könnten. Somit sollen im Folgenden die in Punkt 6.3 und 6.4 dargestellten Ergebnisse diskutiert, Kritikpunkte an der vorliegenden Untersuchung genannt und Anregungen für weitere Forschung gegeben werden.

### 7.1 Maligne Patienten zeigen mehr Furcht vor Tod und Sterben als benigne

Wie in Punkt 6.3.1 (Deskriptive Darstellung der Furcht vor Tod und Sterben (FVTS)) aufgeführt, unterscheiden sich die Patientengruppen in der FVTS-Gesamtskala sowie in einem Großteil der Einzelskalen nicht. Nur bezüglich der Furcht vor dem Totsein zeigen benigne Patienten geringere Werte als Patienten mit einer bösartigen Erkrankung. Das bedeutet also, dass sich Patienten mit einer benignen Erkrankung weniger fürchten vor den Konsequenzen, die der eigene Tod sowohl für die eigene Person als auch für Angehörige hätte. Sie sind also weniger beunruhigt darüber, bestimmte Erfahrungen nicht mehr machen, gestellte Ziele nicht mehr erreichen oder nicht mehr für Familie, Freunde und Bekannte sorgen zu können. Es ist sehr wahrscheinlich, dass aufgrund der fehlenden „Nähe zum Tod“ die Patienten sich weniger Gedanken über das Sterben machen und daher auch ein geringeres Maß an Furcht empfinden. Eine Auseinandersetzung mit dem Totsein bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung führt somit primär zu vermehrter Furcht davor.

Hingegen zeigt sich für die Kontrollgruppe eine signifikant größere Furcht vor der physischen Zerstörung im Vergleich zu denjenigen Patienten mit einem erneuten Auftreten ihrer malignen Erkrankung. Somit scheinen bei den Patienten der Physikalischen Therapie die größten Probleme im Bereich des Eingriffes in die körperliche Integrität zu liegen. Betrachtet man diejenigen Items genauer, welche im „Furcht vor Tod und Sterben“-Fragebogen (FVTS) von der Skala 4 (Furcht vor physischer Zerstörung) gebildet werden, so handelt es sich hierbei um Fragen nach einer Sezierung der eigenen Leiche, der Art des Sarges, der Bedeutung der Grabpflege oder der Bereitschaft, seinen Leichnam für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen. Die vorliegende Studie zeigt also, dass Patienten ohne eine lebensbedrohliche Krankheit zwar geringere Furcht vor Tod und Sterben haben, sich jedoch stark vor der physischen Zerstörung fürchten. An dieser Stelle kann vermutet werden, dass dieser Patientengruppe der Gedanke an den eigenen Tod noch sehr fremd ist, eine direkte Auseinandersetzung mit der Vorstellung der eigenen (körperlichen) Vergänglichkeit jedoch immense Angst verursacht.

Aus dem oben beschriebenen Befund heraus, nämlich dass die benigne Patientengruppe eine andere Art der Furcht zeigt als die maligne, gelangt man nun zu folgender Frage: Wie verhalten sich die beiden Subpopulationen der Hauptgruppe, nämlich die Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv, zueinander? Basierend auf dem Ergebnis, dass sich Patienten mit einem Wiederauftreten ihrer Krankheit dem Tod näher fühlen, da sie schon häufiger Enttäuschungen und Frustrationen hinnehmen mussten und eher mit einem letalen Ende ihrer Erkrankung rechnen müssen, wird die Annahme formuliert, dass sie mehr Furcht vor Tod und Sterben zeigen.

Die deskriptiv ermittelten Mittelwertsunterschiede sind nicht signifikant, so dass sich die eben formulierte Annahme nicht bestätigt und man sagen kann: Patienten mit Erstdiagnose zeigen eine ähnlich hohe Furcht vor Tod und Sterben wie diejenigen mit einem Krankheitsrückfall. Darüber kann an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden, da weltweit noch keine vergleichbaren Studien veröffentlicht wurden. Interessant wäre es, der Frage nachzugehen, warum Patienten mit Krankheitsrückfällen nicht mehr Furcht vor Tod und Sterben zeigen als diejenigen mit erstmaligem Auftreten einer malignen Erkrankung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass maligne – vom Tod in unterschiedlichem Ausmaß objektiv und subjektiv bedrohte – Patienten mehr Furcht vor dem Tod zeigen als ihre benigne – objektiv und subjektiv nicht todesnahe – Kontrollgruppe. Diese wiederum hat größere Furcht vor der physischen Zerstörung als die Subpopulation der Rezidivpatienten. Die Subpopulationen der Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv unterscheiden sich hingegen nicht signifikant in ihrer Furcht vor Tod und Sterben.

Aus diesen Ergebnissen resultiert eine Bestätigung der ersten Hypothese dahingehend, dass die Todesfurcht maligner Patienten bei der Furcht vor dem Tod über der benignen Norm liegt.

## **7.2 Zusammenhang von Glaubenspraxis, spirituellem und psychischem Wohlbefinden**

Wie wirkt nun aber Spiritualität auf die Angst der Menschen? Mit Blick auf allgemeine Symptome der Angst wie Anspannung, beunruhigende Gedanken, eine ängstliche Vorahnung oder ein ängstliches Gefühl stellen sich in der vorliegenden Studie alle vier Subpopulationen in ähnlicher Weise dar: sowohl Angst als auch Depression korrelieren negativ mit spirituellem Wohlbefinden, was bedeutet: je höher das spirituelle Wohlbefinden der Patienten, desto weniger Symptome der Angst oder Depression. Mit Hilfe von Spiritualität können Menschen Gefühle der Angst oder Niedergeschlagenheit also wesentlich besser angehen und ihr Glaube kompensiert verschiedene emotionale Belastungssituationen auf eine für den Patienten sehr angenehme Art und Weise. Bedeutsam ist weiterhin, dass dieses Ergebnis sowohl für die Kontrollgruppe als auch die

Hauptgruppe sowie die beiden Untergruppen der Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv gilt. Meist zeigen sich im Verlauf dieser Studie nur signifikante Übereinstimmungen in den Ergebnissen für die Hauptgruppe mit denjenigen Patienten mit einer Erstdiagnose – an dieser Stelle gilt das beschriebene Ergebnis für alle vier Gruppen (Maligne, Benigne, Erstdiagnostizierte und Rezidierte) und unterstreicht die Bedeutung der Spiritualität für den Menschen zu Beginn des 21. Jahrhunderts – sowohl ohne als auch mit einer malignen Erkrankung.

Dieser hier dargestellte Zusammenhang wird auch beim vergleichenden Literaturstudium der Ergebnisse der letzten 25 Jahre bestätigt. Fanden sich zunächst noch divergierende Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Spiritualität mit psychischer und physischer Gesundheit, stellt sich inzwischen deutlich eine positive Beziehung zwischen diesen Variablen dar. So kamen auch Smith et al. (1993) zu ähnlichen Ergebnissen indem sie feststellten, dass spirituelle Menschen über eine tröstende Perspektive auf den Tod verfügten und deshalb weniger ängstlich und depressiv waren und auch Baider et al. (1999) schrieb zur Veröffentlichung ihrer Studie an 100 Patienten mit Malignem Melanom: „These findings appear to contradict the longstanding theoretical view that religious beliefs and practices represent a less than optimal means of coping with crises, in general, and with life-threatening illness, in particular. It is becoming scientifically clearer, that a system of belief actually helps reduce the degree of psychological distress brought on by a life-threatening illness.“ Denselben Zusammenhang beschrieben auch Cotton et al. (1999) in ihrer Studie mit 142 Krebspatienten, indem sie nachwiesen, dass Patienten mit hohem spirituellen Wohlbefinden mehr Lebensqualität hatten und weniger von Gefühlen der Hilf- bzw. Hoffnungslosigkeit oder auch der Angst getrieben wurden. Bisher wurden weltweit noch keinerlei Untersuchungen mit ähnlichen Vergleichsgruppen veröffentlicht, was die Wichtigkeit der errechneten Ergebnisse unterstreicht.

Weitgehende Übereinstimmungen finden sich auch bei den Interkorrelationen der Glaubensskalen wider. So ergeben sich bei Malignen wie Erstdiagnostizierten für alle Korrelationen signifikante Ergebnisse, Benigne und solche mit einem Krankheitsrückfall zeigen dagegen bei der FACIT-Gesamtskala und der FKV-Skala „Religiosität und Sinnsuche“ mit den Items „Glaubenspraxis“ und „Freizeit: kirchliche/ karitative Vereinigungen“ keinerlei signifikante Zusammenhänge. Da die beiden letztgenannten Items aus dem – von der Studiengruppe selbst erstellten – „Lebenssituations-Fragebogen“ stammen, könnten methodische Zweifel erhoben werden. Die signifikanten Korrelationen dieser beiden Fragen mit allen anderen Spiritualitäts- und Glaubensitems für die Hauptgruppe, deren Subpopulationen und die Kontrollgruppe beweist jedoch die Validität des Fragebogens.

Hypothese 2 betrachtend kann also gesagt werden: Maligne und erstdiagnostizierte Patienten mit mehr Glaubenspraxis zeigen – verglichen mit den Gruppen der Benigen und Rezidierten – ein höheres

spirituelles Wohlbefinden bzw. es gilt, dass bei diesen Patienten ein höheres Maß an spiritueller Zufriedenheit einen aktiven Glauben bewirkt. Zugleich tritt noch folgender signifikante Zusammenhang auf: je höher das spirituelle Wohlbefinden aller vier Patientengruppen, desto weniger Symptome der Angst oder Depression treten auf.

### **7.3 Einfluss der Spiritualität auf die Furcht vor Tod und Sterben**

Beschäftigt man sich mit einer speziellen Form der Angst, nämlich der Furcht vor Tod und Sterben (FVTS) und setzt diese in Beziehung zu den Spiritualitäts- und Glaubensitems, zeigt sich bei den hämato-onkologischen Patienten im Überblick: sind signifikante Zusammenhänge vorhanden, so stellen sich diese durchweg (bis auf die Beziehung der Furcht vor dem Prozeß des Sterbens mit der FACIT-Gesamtskala) positiv dar, d.h. je größer der Glaube desto größer die Furcht vor Tod und Sterben bzw. je größer die Todesfurcht desto mehr Glaube.

In der Kontrollgruppe findet man zwischen den Spiritualitäts- bzw. Glaubensaussagen und der Furcht vor der Begegnung mit dem Tod signifikant positive Zusammenhänge. Dies bedeutet, dass die untersuchten Patienten der physikalischen Medizin gleichzeitig mehr Glauben haben und ihre Furcht vor der Begegnung mit dem Tod größer ist bzw. dass diese Furcht um so geringer ist, je weniger gläubig der Patient ist.

Im Einzelnen zeigt sich sowohl für die Hauptgruppe als auch bei der Untergruppe der Patienten mit Erstdiagnose ein signifikant positiver Zusammenhang der Furcht vor der physischen Zerstörung mit den Aussagen, dass sie Kraft und Trost im Glauben fänden. Als Kompensationsmechanismen bei der Konfrontation mit dem eigenen Lebensende werden also offensichtlich diese Glaubenseinstellungen mobilisiert. Auch mit Blick auf die Mittelwerte kann jene Art der Verarbeitung durchaus als erfolgreich betrachtet werden: so liegt in Skala 4 „Furcht vor der physischen Zerstörung“ der Mittelwert für Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven – wie bereits oben erwähnt – signifikant unter dem der Kontrollgruppe. Somit kann festgehalten werden, dass diese Patienten zwar Symptome der Furcht vor physischer Zerstörung zeigen, der Glaube ihnen aber im Gegenzug dabei hilft, besser mit dieser Problematik umzugehen. Ähnlich beschreibt das Yeginger (2000) in seiner Untersuchung an Menschen nach einer Krebsdiagnose: „Es fiel ihnen [den Patienten] leichter, die schwierige Lebenssituation zu akzeptieren. Sie erfuhren eine Reduktion von niederdrückenden Emotionen.“ Brady et al. (1999) maßen bei onkologischen Patienten die Lebensfreude und kamen zu folgenden Ergebnissen: verglichen mit 8% der nicht gläubigen Patienten empfanden 37% der gläubigen trotz starker Schmerzen noch immer viel Freude am Leben und auch bezüglich der Müdigkeit ergaben sich vergleichbare Werte (9% verglichen mit 42%). Die Ergebnisse dieser Studie belegen also, dass der

Glaube dem Menschen helfen kann, schwierige Situationen seines Lebens zu meistern und dass er trotz scheinbarer Aussichtslosigkeit die Hoffnung nicht aufzugeben hat und sogar hier noch Positives für sich gewinnen kann.

Mehr Furcht vor Tod und Sterben führt bei hämato-onkologischen Patienten zu einem höheren Maß an Religiosität und Suche nach Sinn – ganz im Gegensatz zur benignen Gruppe, bei der sich ein inverser Zusammenhang ergibt. Ausschlaggebend für die Korrelation bei Patienten mit einer malignen Grunderkrankung ist eine ebenfalls positive Beziehung zwischen der Furcht vor dem Totsein und der Religiosität und Sinnsuche.

So zeigt sich in Tab. 6.11 und Tab. 6.13 sowohl für die Hauptgruppe als auch die Untergruppe der Patienten mit Erstdiagnose: je mehr sich Patienten mit Religiosität und Sinnsuche beschäftigen, desto größer ist ihre Furcht vor dem Totsein bzw. kann auch der umgekehrte Schluß gelten: je größer die Furcht vor dem Totsein bei der Patientengruppe, desto mehr versucht sie, diese mit Religiosität zu kompensieren. Während bei Patienten mit Krankheitsrückfall kein Zusammenhang erkennbar ist, findet man bei der benignen Kontrollgruppe einen negativen Zusammenhang, was bedeutet, dass Religiosität und Suche nach Sinn diesem Patientenkollektiv dabei hilft, ihre Furcht vor dem Totsein zu reduzieren.

Bei Betrachtung der Mittelwerte liegen diese bzgl. der Furcht vor dem Totsein für maligne wie für erstdiagnostizierte Patienten signifikant über denen benigner. Hämato-onkologische Patienten sehen ihre Erkrankung teilweise als lebensbedrohlich an (Schwaiger 2004) und setzen sich mit Fragen, die Furcht vor Tod und Sterben betreffen, auseinander. Das bedeutet, dass ihre Überlegungen in großem Masse zum einen um Gedanken kreisen, möglicherweise nicht mehr alle Lebenspläne verwirklichen zu können und sie sich zum Anderen auch besorgt zeigen darüber, nicht weiter für ihre Familie und Freunde präsent sein und sorgen zu können. Dies legt die Vermutung nahe, dass „religiösere“ Menschen auch in Extremsituationen ihr Hauptaugenmerk weniger auf sich selbst als vielmehr auf das Wohl ihrer Angehörigen und Freunde richten, was man als „praktizierte christliche Nächstenliebe“ bezeichnen könnte. Anknüpfend daran, dass – bis auf drei Patienten – alle der befragten Gläubigen bei der Religionszugehörigkeit das Christentum angaben, kann man möglicherweise noch weitere Schlüsse vermuten: da Christen im Allgemeinen an ein Leben nach dem Tod glauben (Glaube an ein Leben nach dem Tod ist eines der Grundfeste christlichen Glaubens, vgl. 1. Korinther 15, 52-53: „[...] die Toten werden auferweckt werden, unvergänglich [sein], und wir werden verwandelt werden. Denn dieses Vergängliche muß Unvergänglichkeit anziehen und dieses Sterbliche Unsterblichkeit anziehen“), zeigen gläubige Menschen mitunter bei Berufung darauf weniger Angst vor ihrem eigenen Tod als vielmehr davor, geliebte Menschen zurücklassen zu müssen und nicht mehr unterstützend und liebevoll für sie sorgen zu können.

Als Copingmechanismus für diese Art der Furcht aktivieren also die hämato-onkologischen Patienten Religiosität und Suche nach einem Sinn, wohingegen bei der benignen Stichprobe angenommen werden kann, dass sie sich noch überhaupt nicht mit dieser Problematik auseinandersetzen mussten. Werden sie nun – wie nach Aushändigung der Fragebögen geschehen – mit der Thematik „Furcht vor dem Tod“ konfrontiert, scheinen Religiosität und Sinnsuche ein probates Mittel, um diese Art der Todesfurcht nicht ins eigene Bewußtsein kommen zu lassen. Erkrankt jedoch ein Mensch an Krebs, kann es zu den oben beschriebenen Zusammenhängen kommen.

Zweifellos ist an dieser Stelle auch die Richtung des Zusammenhangs in der malignen Stichprobe von Interesse, die aber aufgrund der Befragungsart nicht eruiert werden konnte. Verursacht der Glaube ein höheres Maß an Todesfurcht oder dient umgekehrt die Religiosität als Flucht vor der realen Todeskonfrontation? Da sich die Skala hauptsächlich damit beschäftigt, welche Folgen ein nicht mehr Weiterexistieren für die eigene Person, Freunde und Verwandte hat, soll vergleichend eine Studie von Florian et al. (1984) erwähnt werden, welche in ihrer Untersuchung an 178 jüdischen Israelis herausfanden, dass die Gruppe der gemäßigt Religiösen statistisch gesehen höhere Werte bzgl. der Konsequenzen für Familie und Freunde aufweist als eine der anderen Gruppen.

Prinzipiell muß damit die 3. Hypothese zumindest für die malignen und erstdiagnostizierten Patienten weitgehend widerlegt werden: Spiritualität hat zwar Einfluß auf die Furcht vor Tod und Sterben; treten bei Patienten der Hauptgruppe und der Untergruppe der Patienten mit Erstdiagnose jedoch signifikante Zusammenhänge auf, dann meist dergestalt, dass ein höheres Maß an Spiritualität bzw. Glaube größere Furcht vor Tod und Sterben bewirkt bzw. mehr Todesfurcht mit mehr Spiritualität einhergeht. Für die benigne Kontrollgruppe ergeben sich inverse Zusammenhänge, so dass für dieses Patientenkollektiv der Glaube im Bezug auf die Todesfurcht als ein supportiver Faktor zu betrachten ist.

Die Ergebnisse für hämato-onkologische Patienten weisen also ähnliche Zusammenhänge auf, wie sie bereits von Beg et al. (1982) oder Florian et al. (1984) gefunden wurden. Über diese Ergebnisse schrieb jedoch Wittkowski (1990) in seinem Buch „Psychologie des Todes“: „Bei kritischer Einschätzung zeigt sich allerdings, dass jene Untersuchungen, die einen positiven Zusammenhang zwischen der Angst vor Tod und Sterben und Religiosität belegen, vergleichsweise schlecht fundiert sind. Konzeptferne Operationalisierungen des Konstrukts „Religiosität“ und häufig fehlende Angaben zu Einzelheiten des methodischen Vorgehens lassen Zweifel an der Verlässlichkeit der ohnehin zum Teil widersprüchlichen Resultate aufkommen. Sowohl die Arbeiten, in denen eine negative Beziehung zwischen der Angst vor dem Tod und Religiosität gefunden wurde, als auch jene Studien, die keinen signifikanten Zusammenhang aufzeigen konnten, scheinen methodischen Anforderungen besser zu

genügen.“ Ähnliches wird auch in Punkt 7.5, der „Kritik an der vorliegenden Studie“, nochmals aufgegriffen und diskutiert.

#### **7.4 Auseinandersetzung mit der Todesthematik und Furcht vor Tod und Sterben**

Aus der Beschäftigung mit dem unterschiedlichen Ausmaß der Furcht vor Tod und Sterben (s. 7.1) gelangt man zu der Überlegung, ob Patienten, die sich mit Fragen nach Tod und Sterben auseinandersetzen bzw. dies bereits früher getan haben, geringere FVTS-Werte zeigen als diejenigen ohne eine vorangegangene Beschäftigung mit Tod und Sterben. Erläuternd muss dazu zunächst ein methodischer Punkt besprochen werden: das Item „Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben FRÜHER“ bedeutet für Benigne (wie meist auch für Erstdiagnostizierte) eine Auseinandersetzung mit der Thematik zu einer Zeit, in der keine aktuelle Bedrohung durch eine maligne Erkrankung vorlag. Für Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven kann aufgrund der Fragenformulierung nachträglich nicht mehr zweifelsfrei belegt werden, ob eine Beschäftigung vor dem erstmaligen Auftreten ihrer Erkrankung oder erst im weiteren Verlauf stattgefunden hat.

Die Gesamtpopulation der Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen (wie auch die Subpopulation der Patienten mit Erstdiagnose) zeigt, dass eine momentan häufige Beschäftigung mit der Todesthematik einen erhöhten FVTS-Gesamtscore und auch einen hochsignifikant positiven Zusammenhang mit der Skala 2 „Furcht vor dem Totsein“ bedingt. Das bedeutet, dass Menschen, die sich momentan stark mit den Themen Tod und Sterben auseinandersetzen, auch vermehrte Furcht davor zeigen. Speziell findet sich dieser Zusammenhang hochsignifikant mit der Furcht vor dem Totsein. Bedenkend, dass für viele Patienten ihre Diagnosestellung erst wenige Tage oder Wochen zurückliegt - sie also noch am Anfang ihrer Krankheitsverarbeitung stehen und mit dieser Situation stark gefordert bzw. häufig auch überfordert sind - ist dieses Ergebnis leicht erklärbar. Wie bereits in Punkt 7.1 beschrieben, kommt es bei der erstmaligen Auseinandersetzung mit der Todesthematik zu einer gesteigerten Furcht davor.

Setzt man die Variable der aktuellen Todeskonfrontation jedoch in Korrelation zum FVTS-Gesamtscore und zu den einzelnen Skalen, so fällt auf, dass die Patienten mit erstmaligem Auftreten einer malignen Erkrankung bei den gleichen Zusammenhängen Signifikanzen zeigen wie die Gesamtpopulation der hämato-onkologischen Patienten, bei der Kontrollgruppe sowie bei den Patienten mit Rezidiv hingegen keine Signifikanzen zu finden sind. Die Übereinstimmung der Hauptgruppe mit der Subpopulation der Patienten mit Erstdiagnose lässt auch darauf schließen, dass erstere ihre signifikanten Zusammenhänge hauptsächlich von letzteren bekommen, die Gruppe der Rezidivpatienten in diesem Zusammenhang dagegen weniger Einfluss darauf besitzt. Das bedeutet,

dass v.a. Patienten mit Erstdiagnose einer hämato-onkologischen Erkrankung große Furcht vor Tod und Sterben zeigen. Bei Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven ist dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr eruierbar.

Von der momentanen Beschäftigung mit den Themen Tod und Sterben zurückgehend auf eine frühere Auseinandersetzung damit zeigen sich bei der Hauptgruppe die erwarteten, negativen Korrelationen mit der Furcht vor dem Totsein bzw. der Endlichkeit des Lebens. Die FVTS-Gesamtskala und die einzelnen anderen Skalen dieses Fragebogens korrelieren hingegen nicht signifikant damit. Somit hilft der Gruppe der hämato-onkologischen Patienten eine vorangegangene Beschäftigung mit diesen Themen v.a., um die Konsequenzen, welche ein eventuelles Versterben für einen selbst und für nahestehende Andere hat, verarbeiten zu können und auch, um die Endlichkeit und Vergänglichkeit des eigenen Lebens akzeptieren zu lernen. Dieses Ergebnis gibt natürlich allen Anlass zu weiteren Vorschlägen: Sollte man sich in Deutschland nicht doch vermehrt mit den Themen Tod und Sterben auseinandersetzen? – Das eben aufgeführte Ergebnis bestärkt zweifellos diesen Gedanken, ist er doch hilfreich für viele Menschen, sobald sie sich „zwangsweise“ mit dieser Thematik auseinandersetzen müssen. An dieser Stelle wäre aber sicher noch weiterer Forschungsbedarf nötig, um u.a. zu klären, warum eine frühere Beschäftigung mit Tod und Sterben bei dieser Patientengruppe weniger Furcht vor dem Totsein bzw. der Endlichkeit des Lebens ergibt, jedoch offensichtlich keinen Einfluß hat auf die Furcht vor der physischen Zerstörung oder den Prozess des Sterbens.

Der soeben für die Hauptgruppe beschriebene Zusammenhang ergibt sich auch für die Gruppe der Patienten mit Erstdiagnose, jedoch des weiteren weder für Patienten mit Wiederauftreten ihrer Krankheit noch solchen der physikalischen Therapie. Dieses Ergebnis ist für die Kontrollgruppe nicht überraschend, zeigen sich doch auch – wie oben erwähnt - keinerlei Signifikanzen zwischen einer derzeitigen Beschäftigung mit Tod und Sterben und entweder dem FVTS-Gesamtscore oder den einzelnen Skalen. Man kann vermuten, dass sich ein Großteil der benignen Patienten noch nie intensiver mit der Todesthematik auseinandergesetzt hat und auch die momentane Erkrankung nichts daran ändert. Abweichend davon ist folgender signifikante Zusammenhang, der für die Kontrollgruppe berechnet werden konnte: Je größer eine frühere Beschäftigung mit Tod und Sterben, desto mehr Furcht zeigt sich vor dem postmortalen Geschehen. Hat diese frühzeitige Auseinandersetzung für einzelne Patientengruppen nicht nur positive Auswirkungen oder aber verwendet ein Großteil derjenigen Menschen, die sich fragen, was nach dem Tod wohl geschehen wird, diese Beschäftigung als Coping-Mechanismus, der jedoch nicht zu wirken scheint? Der positive Einfluß von Religion konnte in zahlreichen Studien belegt werden, so etwa bei Barsch (1968) für Eltern körperlich behinderter Kinder, Frauen im Umgang mit Brustkrebs (David et al., 1992) oder missbrauchte Ehegattinnen beim Versuch, mit ihrer Situation zurechtzukommen (Horton et al., 1988). In den

aufgeführten Studien gaben jeweils 50-85% der Probanden an, Religion habe ihnen bei der Bewältigung ihrer Situation geholfen. Diese Untersuchungen beziehen sich auf eine Copingstrategie nach bereits eingetretenem Ereignis. Mit den in der vorliegenden Studie zur Verfügung stehenden Daten kann auf diese Frage jedoch keine zufriedenstellende Antwort gegeben werden, sie sollte vielmehr im Rahmen weiterer Forschung erschlossen werden.

Man findet bei Patienten mit einem oder mehreren Rezidiven (im Gegensatz zur Hauptgruppe und der Subpopulation der Erstdiagnostizierten) keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen einer früheren Beschäftigung mit Tod und Sterben und dem FVTS. Dies läßt darauf schließen, dass eine zurückliegende Beschäftigung mit dieser Thematik zwar anfangs (d. h. nach erstmaligem Auftreten einer malignen Erkrankung) dem Patienten dienlich sein kann bei der Reduzierung bestimmter Formen der Todesfurcht, beim Wiederauftreten der Erkrankung jedoch nicht mehr als supportiver Faktor wirkt. An dieser Stelle lässt sich fragen: warum ist dem so? Welche Arten der Krankheitsverarbeitung und welcher Copingmechanismus wurden hierbei aktiviert? Ist es das Vertrauen in die eigene Stärke und die Hoffnung, dass man mit Hilfe des Ärzteteams, einer geeigneten Therapie oder aus eigener Kraft diese schwierige Situation meistert? Oder ist es die Familie, die zwar anfangs bedingungslos hinter einem steht, bei einem Rezidiv aber selbst die Hoffnung aufzugeben scheint? Oder helfen denjenigen Patienten, die Spiritualität und Glaube als einen Copingmechanismus einsetzen, dieser dann in letzter Konsequenz vielleicht doch nicht dabei, mit seiner Situation fertig zu werden? Oder kam es nach den anfänglichen Hoffnungszeichen durch das erneute Auftreten der Erkrankung nicht nur zu einer Reduktion des Glauben an Heilung, sondern auch zu einer Reduktion des Glaubens in spiritueller Hinsicht? Setzen dadurch möglicherweise vermehrt Zweifel bezogen auf eine höhere Macht ein, wie es eine Studienteilnehmerin formulierte: „Glaube hat für mich keine Bedeutung. Ich denke mir, wenn es diesen Gott wirklich gibt, wo ist er dann, wenn so was passiert?“ Mit Hilfe dieser – aus der vorliegenden Studie gewonnenen - Daten können leider keine Antworten auf jene Fragen gegeben werden, sicher zeigt sich hier jedoch ein sehr interessanter Ansatzpunkt für weitere Untersuchungen.

Die Hypothese 4 wird wie folgt bestätigt: eine momentan vermehrte Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben hängt bei malignen Patienten (und auch deren Subpopulation der Patienten mit Erstdiagnose) mit erhöhter Furcht vor Tod und Sterben zusammen. Es zeigt sich aber für diese Patienten, dass eine frühere Beschäftigung mit der Todesthematik zu einer aktuell geringeren Furcht vor dem Totsein und vor der Endlichkeit des Lebens führt. Für die benigne Kontrollgruppe und die Patienten mit Wiederauftreten ihrer Erkrankung ist keiner dieser Zusammenhänge feststellbar.

Die Ergebnisse des Zusammenhangs von Furcht vor Tod und Sterben und der „Subjektiven Einstellung zum Krankheitsverlauf und Tod“ (SEKT) lassen die Diskussion über die spezielle

Wirkung des „aktiven Glaubens“ und die Tatsache, dass der Glaube durch die Krankheit gestärkt wurde, zu. Somit wurden im Folgenden die Hauptgruppen der malignen Patienten jeweils bezüglich dieser beiden Punkte unterteilt in zwei Gruppen, so dass einer „gläubigen“ eine „nicht gläubige“ Gruppe gegenüberstand (Tab. 6.19 – 6.22).

Es zeigte sich, dass Patienten mit einer hämato-onkologischen Erkrankung, die sich jetzt mit Tod und Sterben beschäftigen bzw. dem Tod nahe fühlen - unabhängig von der Glaubenseinstellung - auch mehr Furcht vor dem Totsein haben bzw. eine verstärkte Todesfurcht bei denjenigen Patienten mit momentaner Todesbeschäftigung auftritt.

Entscheidende Unterschiede finden sich für die Hauptgruppe hingegen bei der Furcht vor dem Totsein und der Beschäftigung mit Tod und Sterben früher: je mehr sich ein Patient früher mit der Todesthematik beschäftigt hat, desto mehr kommt es jetzt zu einer Reduzierung der Furcht vor dem Totsein – allerdings nur bei „aktiv gläubigen Menschen“ und Patienten die angeben, dass ihr Glaube durch die Krankheit gestärkt worden sei. Dieses Ergebnis unterlegt, dass es für einen Menschen nur dann einen positiven Effekt hat, sich mit der Todesthematik auseinanderzusetzen, wenn er auch einen „Copingmechanismus“ besitzt – an dieser Stelle eben den Glauben an eine Gottheit oder andere höhere Macht. Besitzt er nichts dergleichen, kann er seine Befürchtungen oder Ängste, die bei vielen Menschen mit dem Todesgedanken assoziiert sind, nur schwer in den Griff bekommen und verarbeiten.

Geht man nun auf die in Punkt 6.4.4 (Interkorrelation der Spiritualitäts- und Glaubensskalen) dargestellten Ergebnisse zurück, in denen für maligne und erstdiagnostizierte Patienten ebenfalls signifikant negative Zusammenhänge zwischen Skala 2 und 3 des FVTS-Fragebogens mit der vorangegangenen Beschäftigung mit Tod und Sterben festgestellt wurden, geben die im Punkt 6.4.3 aufgeführten Zusammenhänge eine Erklärung für den Ursprung dieser Daten: sie leiten sich hauptsächlich von der Gruppe derjenigen Patienten ab, die ihren Glauben im Alltagsleben praktizieren. Somit „profitieren“ sie von ihrer Glaubenshaltung und zeigen weniger Furcht vor der Endlichkeit des Lebens und vor dem Totsein. Dies bestätigt an dieser Stelle die Bedeutung des Glaubens, der offensichtlich vielen Menschen Sinn und Mut geben kann und sie ihr Schicksal leichter ertragen lässt.

Weiterhin ist noch als wichtig anzumerken, dass all die erwähnten Korrelationen bei der benignen Kontrollgruppe keine Signifikanzen zeigen. Dieses einheitliche Ergebnis ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass sich die meisten der benignen Patienten weder früher noch augenblicklich mit der Todesthematik auseinandersetzen und sich verständlicherweise (Ausschlusskriterium der Kontrollgruppe war, dass neben ihrer physiotherapeutischen Erkrankung keine weitere maligne Krankheit bekannt sein durfte) dem Tod auch nicht besonders nahe fühlten. Eine momentane Auseinandersetzung mit der Todesthematik allein führt also für hämato-onkologische Patienten „mit

und ohne Glauben“ zu vermehrter Todesfurcht. An einer bösartigen Krankheit leidende Menschen, die sich hingegen schon früher mit den Themen Tod und Sterben auseinandergesetzt haben und zudem gläubig sind, zeigen nur eine sehr geringe Furcht vor dem Totsein.

An dieser Stelle kann Hypothese 4 um folgende entscheidende Aussage erweitert werden: „Gläubige“ und „nicht Gläubige“ hämato-onkologische Patienten, die sich mit der Todesthematik nur zum jetzigen Zeitpunkt auseinandersetzen, zeigen große Furcht vor dem Totsein. Zudem können auch Menschen, die ihren Glauben nicht im Alltagsleben praktizieren, von einer vorangegangenen Beschäftigung mit der Todesthematik nicht profitieren. Lediglich „aktiv gläubige“ Patienten mit einer hämato-onkologischen Erkrankung, die sich bereits früher mit Tod und Sterben auseinandergesetzt haben, weisen zum Zeitpunkt der Todesbedrohung durch die Krebserkrankung weniger Furcht vor der Endlichkeit des Lebens und dem Totsein auf als „nicht Gläubige“.

## **7.5 Kritik an der vorliegenden Studie**

Wie im „Theoretischen Hintergrund“ (Punkt 2) dargestellt, variieren die Ergebnisse des Zusammenhanges von Furcht vor Tod und Sterben mit Spiritualität bzw. Religiosität von positiv über kurvilinear nach negativ und vereinzelt konnten auch überhaupt keine Zusammenhänge erschlossen werden. Betrachtet man hingegen die neueren Artikel – v.a. solche, die nach dem oben erwähnten Wittkowski (1990) erschienen sind - und insbesondere die *Reviews* genauer, so kann festgestellt werden, dass mit Minimierung methodischer Fehler sich zunehmend folgende Tendenz verfolgen und verstärken lässt: Vermehrt resultiert entweder eine negative oder kurvilineare Korrelation, Studien der letzten zehn Jahre zeigen immer seltener positive oder keinerlei Zusammenhänge. Besonders in weiter zurückliegenden Untersuchungen wurde häufig nur ein Aspekt der Todesfurcht erfasst, der wiederum lediglich mit einem oder wenigen Aspekten der Religiosität bzw. Spiritualität verglichen wurde (s. Punkt 2).

Durch die Entwicklung des FVTS-Fragebogens (Ochsmann, 1993) konnte die Messung der Todesfurcht stark verbessert werden, da jener Fragebogen durch seine sechs Skalen mit jeweils acht Items einen großen Bereich dieser Thematik abdeckt (s. 5.2.1).

Folglich war die vorliegende Studie sowohl im Bezug auf die Todesfurcht als auch auf die Spiritualität und den Glauben mehrdimensional operationalisiert. Als ein Problem stellt sich rückblickend die Tatsache dar, dass die „Glaubenspraxis“ dichotom operationalisiert war und auch die Aussage „Mein Glaube wurde durch die Krankheit gestärkt“ nicht objektiv über das spirituelle Leben und die Glaubenseinstellung des Patienten vor seiner Erkrankung Aufschluss gibt.

Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass zwar beim „Furcht vor Tod und Sterben“-Fragebogen eine mehrdimensionale Operationalisierung stattfand, bei einzelnen Spiritualitäts- und Glaubensitems hingegen Mängel festzustellen sind. Aufgrund der oben erwähnten Dichotomisierung war auch die Möglichkeit eines kurvilinearen Verlaufes ausgeschlossen. Da es aber keine Studie mit der hier verwendeten Stichprobenverteilung gibt, sind die Ergebnisse von großer Bedeutung und weisen in die Richtung, dass Patienten mit hämato-onkologischen Systemerkrankungen Glaube und Spiritualität vermehrt als Copingmechanismen einsetzen. Weil es jedoch teilweise mehr als „Mittel zum Zweck“ oder „letzter Ausweg“ in eine psychisch stabilere Zukunft zu betrachten ist, eine Verwurzelung aber nicht zwangsläufig stattgefunden hat, ist dieser angenommene „Coping-Mechanismus“ häufig nicht in der Lage, angstreduzierend zu wirken. Dies lässt auch wieder auf den Gedanken des kurvilinearen Zusammenhangs zurückkommen, der besagt: Menschen, die gar keinen oder einen sehr starken Glauben haben, sind weniger ängstlich als solche mit mittlerem Ausmaß einer religiösen Überzeugung. Diesen Gedanken erklärend dient der Ausschnitt aus dem Artikel von Leming (1979): „Our interpretation of this finding is that religion along with a host of other socialization agents are responsible for creating a certain degree of anxiety concerning death. Those with a modicum commitment to religion have added to the general anxiety which has been socially ascribed to death from secular sources. The moderate religionist receives only the negative consequences of religion – he may believe there is a hell or a divine judgement, yet he is unsure of this plight in the after-life. Therefore, he acquires only the anxiety, which religion is capable of producing, and none of the consolation. On the other hand, the highly committed religionist has the least anxiety concerning death. Religion [...] provides a man with a solice in his attempt to cope with death. Religiosity, for the highly committed individual, not only promises a reward in the afterlife but it diminishes the fear ascribed to death from secular society.“

Er beschreibt also, dass „gemäßigt religiöse“ Menschen hauptsächlich die negativen Konsequenzen der Religion erleben, wie etwa den Glauben an eine Hölle oder das „letzte Gericht“ sowie die Unsicherheit bzgl. der Frage über ein Leben nach dem Tod. Andererseits haben die stark Religiösen die geringste Todesfurcht, da ihnen eine Belohnung nach dem Tod in Aussicht gestellt und zugleich auch die Todesfurcht - von einer profanen Gesellschaft beschrieben – vermindert wird. Leming (1979) geht noch weiter, indem er den für gläubige Christen gültigen Vers aus der Bibel zitiert: „Der Tod ist vernichtet! Der Sieg ist vollkommen! Tod, wo ist dein Sieg? Tod, wo ist deine Macht?“ (1. Korinther 15, 54-55)

## 8 AUSBLICK

„A long historical tradition connects religion, medicine, and health care. Religious groups built the first hospitals in Western civilization during the fourth century for care of the sick unable to afford private medical care. For the next thousand years until the Reformation and to a lesser extent until the French Revolution, it was the religious establishment that built hospitals, provided medical training, and licensed physicians to practice medicine. By the end of the 17<sup>th</sup> century, however, the scientific profession of medicine had nearly completely separated away from its religious beginnings.“ (Koenig, 2001) Der Einfluß und das Engagement christlicher Gemeinden schon vor beinahe 2000 Jahren legte also den Grundstein für das heute in Deutschland und anderen (v.a. westlichen) Ländern anzutreffende System einer medizinischen Grundversorgung der gesamten Bevölkerung eines Landes. Wie Koenig schreibt, ist dieser Einfluß in den letzten Jahrhunderten stetig gesunken bis hin zum teilweise vollkommenen Verschwinden. So konnten zwar im Laufe der Zeit – bis zu Beginn des dritten Jahrtausends – die physische Betreuung der Patienten und die Behandlungserfolge kontinuierlich verbessert werden, die psychische – und hierbei v.a. die spirituelle - Komponente der Gesundheit wird hingegen zu sehr außer Acht gelassen. Diese Aussagen werden von zahlreichen Studienergebnissen untermauert: so halten es beinahe 40% der Befragten in einer Untersuchung von Gallup (1997) für sehr wichtig, dass ihr Arzt spirituelle Themen mit ihnen besprechen sollte, wenn sie sehr krank wären und in einer weiteren Untersuchung fanden King und Bushwick (1994), dass 77% der stationären Patienten wünschten, von ihrem Arzt auf spirituelle Nöte angesprochen zu werden. In einer Studie von Holland et al. (1999) beschrieben sich 85% der an einem malignen Melanom erkrankten Patienten zwischen „etwas“ und „sehr“ spirituell. So sieht man schon hier eine steigende Offenheit von Menschen für spirituelle Fragen, abhängig von ihrem Gesundheitszustand. Einen interessanten Aspekt diskutieren auch Astrow et al. (2001), indem sie berichten, dass zwar 95% amerikanischer Patienten an Gott glauben, hingegen nur 64% der Ärzte ihres Landes. Diese Diskrepanz zeigt sich sogar noch verstärkt in den Untersuchungen von Bergin und Payne (1990), die über stationär behandelte Amerikaner folgende Daten eruierten: 77% von ihnen wollten eine Berücksichtigung ihrer spirituellen Gedanken und Bedenken durch den Arzt und 48% wollten sogar mit ihm beten. Hingegen hatte nur ein geringer Prozentsatz eine Diskussion über eigene, spirituelle Anliegen mit einem Mediziner. Die Tendenz steigender Aufmerksamkeit bzgl. Spiritualität wurde auch von Sloan et al. (2000) aufgegriffen, die vor übertriebenem „Missionierungseifer“ des medizinischen Personals warnten. So argumentieren sie, dass ein Patient im Allgemeinen in hohem Maße den medizinischen Empfehlungen seines Arztes vertraue; dasselbe Wissen und dieselbe Souveränität erwarte er sich aber auch bei einem Gespräch über seine spirituellen Anliegen. Dass ein solches jedoch nicht zwangsläufig denselben Einfluß auf den Genesungsprozeß haben muß und der Arzt zugleich nicht dafür ausgebildet wurde, um

mit Patienten (beispielsweise in todesnahen Situationen) über deren spirituellen Ängste zu sprechen, kann sich als ein Problem darstellen. Auch gibt es bereits innerhalb vieler Familien – geschweige denn innerhalb eines Landes – häufig Unstimmigkeiten, welche die religiöse „Praxis“ oder das Denken betreffen. Daher sollte medizinisches Personal zwar offen sein für die spirituellen Anliegen ihrer Patienten, ihr Ziel darf es jedoch anschließend nicht sein, ihnen ihre eigenen Gedanken oder religiösen Überzeugungen aufzudrängen. Vielmehr sollen sie an dieser Stelle die Kompetenzen an geeignetere Berufskreise, wie teilweise Psychologen, hauptsächlich aber Pastoren und Seelsorger abgeben.

Eine sehr interessante These vertreten Yates et al. (1981) bei der Diskussion ihrer Ergebnisse: die negative Beziehung zwischen religiösen Variablen und dem berichteten Schmerzempfinden (das bedeutet: je religiöser der Mensch ist, desto weniger Schmerzen beschreibt er) wird teilweise abgetan als eine Art „Leugnung“ von Menschen mit stark religiösen Überzeugungen oder einem unrealistischen Stoizismus. Daraufhin ihr Argument: wenn allerdings eine „Leugnung“ von Schmerz gleichzeitig bedeutet, dass – welche Gefühle auch immer erlebt werden – diese nicht in Leiden übergehen, dann ist es überlegenswert, ob diese „Leugnung“ nicht vielleicht doch ein erstrebenswertes Ziel darstellt – in der Tat werden ja viele Schmerztherapien auf dieses Ziel hin gelenkt.

Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, scheint „Spiritualität“ zunächst ein Problem in der Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit einer Krebserkrankung darzustellen, da sie mit einer erhöhten Furcht vor Tod und Sterben zusammenhängt. Das kommt aber wohl eher daher – wie in der Diskussion erläutert – dass viele Patienten sich erst mit Spiritualität und Religiosität beschäftigen, sobald unangenehme Erlebnisse (wie hier die Erkrankung) aufgetreten sind. Anschließend suchen diese Menschen in diesem Bereich Zuflucht, was jedoch ohne vorherige Beschäftigung häufig nicht zu wirken scheint. Menschen hingegen, die ihren Glauben im Alltagsleben praktizieren, „profitieren“ von ihrer religiösen bzw. spirituellen Grundeinstellung. Somit sollte auch der Glaube dem Patienten nicht als eine Art „Wunderdroge“ angeboten werden, vielmehr sollte von ärztlicher Seite erschlossen werden, ob der Patient an dieser Stelle Ressourcen zur Krankheitsverarbeitung besitzt und diese dann in „kompetente Hände“ – wie die eines Priesters oder Seelsorgers – gegeben werden.

Jedoch darf die Aufmerksamkeit bei der Behandlung eines Patienten natürlich nicht ausschließlich auf dessen psychische Verfassung gelenkt werden. Vielmehr sollte dies als ein weiterer Schritt zur ganzheitlichen Behandlung der Patienten gesehen werden. Zudem ist auch nicht jeder Mensch empfänglich für eine psychologische oder gar spirituelle „Intervention“, so dass Mueller et al. (2001) darauf verweisen, dass die Forschung nicht ausreicht (und möglicherweise niemals gut genug sein wird), um zu rechtfertigen, dass Ärzte ihren nicht-religiösen Patienten eine Religion vorschreiben. Daher schlagen sie vor: sollte der Patient also nicht religiös sein oder keine ärztliche Einmischung in diesem Bereich wünschen, muß die Art der Fragen möglichst schnell weggehen von Religion, hin zu dem, was dem Menschen hilft, mit seiner Situation umzugehen oder seinem Leben Sinn zu verleihen. Jedoch faßt diese Gruppe von Wissenschaftlern im selben Artikel nochmals einige allgemeine

Hindernisse in der Unterstützung der Spiritualität der Patienten zusammen (die auch zum Teil bereits aufgeführt wurden), welche teilweise noch viel mehr überwunden werden müssen: viele Ärzte fokussieren ihr Augenmerk zu sehr auf die rein physische Seite, bei der Spiritualität weniger relevant erscheint. Zudem beschreiben sich – prozentual gesehen – weniger Ärzte (verglichen mit Patienten) als religiös und die Bedeutung spiritueller Angelegenheiten für die Patienten scheint unterschätzt oder sogar unbeachtet. Des Weiteren wird dem Einfluß von Religion und Spiritualität auf die Gesundheit in der medizinischen Ausbildung zu wenig Beachtung geschenkt und auch Zeitnot oder Unsicherheit ob der Effektivität spiritueller Betreuung oder der Rollenverteilung stellen ein Problem dar (z.B. welche Aufgaben können Ärzte oder Pflegekräfte übernehmen, wofür sind Seelsorger zuständig). Storey und Knight (1997) haben dazu ein kurzes und nützliches Akronym entworfen, um bei der spirituellen Therapie v.a. den Ärzten zu dienen, denen diese Art von Gedanken noch fremd sind. Roussou (2000) beschreibt es folgendermaßen: „the letters **LET GO**, which represent **L**istening to the patient’s story, **E**ncouraging the search for meaning, **T**elling of your concern and acknowledging the pain of loss, **G**enerating hope whenever possible, and **O**wning your limitations. To this end, oncologists need to gain competence in palliative medicine and refer patients to chaplains, spiritual directors, and/ or community resources, such as hospice, when appropriate.“ Es wird also vom Arzt erwartet, dass er empathisch auf den Patienten zugeht, ihm zuhört, ermutigt, offen ist und auch in schwierigen Situationen eine realistische Hoffnung aufrechterhalten zu versucht, jedoch auch seine Grenzen erkennt und bereit ist, Kompetenzen an andere abzugeben. Damit ein Mensch vollkommen gesunden kann, ist also nicht nur die körperliche Heilung, sondern auch das psychische Wohlbefinden von großer Bedeutung. Dass diese beiden Komponenten nicht immer zusammenspielen, drückt Charles C. Colton (?1780-1832) auf folgende Weise aus: „Body and mind, like man and wife, do not always agree to die together.“

## 9 ZUSAMMENFASSUNG

Bereits seit mehreren Jahrzehnten steht die Frage des Zusammenhangs von Spiritualität und Furcht vor Tod und Sterben im Mittelpunkt vieler Publikationen. Wesentliches Ziel der vorliegenden Arbeit war die Analyse dieses Zusammenhangs bei bisher noch nicht untersuchten Stichprobengruppen: mittels Fragebogenverfahrens und eines halbstandardisierten Interviews verglich man dazu am Klinikum der Universität von München-Großhadern 91 stationär aufgenommene Patienten der hämatologischen Stationen mit 31 – ebenfalls stationären - Patienten der Physikalischen Therapie, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser beiden Populationen herauszufinden. Ein weiteres Ziel bestand in der Beantwortung der Frage, ob bzw. inwiefern sich erstdiagnostizierte Patienten von solchen mit einem oder mehreren Rezidiven in diesen Punkten unterscheiden.

Ein erstes Ergebnis dieser klinischen Studie ist, dass die Furcht vor dem Totsein bei an Krebs erkrankten Patienten über der benignen Norm liegt, letztere hingegen mehr Furcht vor der physischen Zerstörung zeigen als Patienten mit einem Wiederauftreten der malignen Erkrankung. Die Subpopulationen der Patienten mit Erstdiagnose und Rezidiv unterscheiden sich hingegen nicht in ihrer Furcht vor Tod und Sterben.

Insgesamt lassen sich für alle vier Patientengruppen bei großem spirituellem Wohlbefinden wenig Symptome der Angst oder Depression finden.

Bei einer speziellen Form der Angst, nämlich der Furcht vor Tod und Sterben, findet man hingegen divergierende Ergebnisse. So geht für die malignen Patienten ein höheres Maß an Spiritualität bzw. Glaube mit einer größeren Furcht vor Tod und Sterben einher. Hingegen ergibt sich an dieser Stelle für die benigne Patientengruppe – welche nicht unmittelbar vom Tod betroffen ist - ein inverser Zusammenhang, so dass Glaube im Bezug auf die Todesfurcht für sie als supportiver Faktor zu betrachten ist.

Eine momentan vermehrte Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Sterben hängt bei hämatologischen Patienten mit erhöhter Furcht davor zusammen. Hingegen zeigt sich für diese Patienten, dass eine frühere Beschäftigung mit der Todesthematik zu einer geringeren Furcht vor dem Totsein und vor der Endlichkeit des Lebens führt. Als ein bedeutendes Ergebnis dieser Studie ist hierbei anzumerken, dass sich diese Ergebnisse hauptsächlich von der Gruppe der Patienten ableiten, die ihren Glauben im Alltagsleben praktizieren. Lediglich für diese „aktiv Gläubigen“ stellt also ihr Glaube einen sehr guten Copingmechanismus dar, um ihre Furcht vor dem Totsein zu reduzieren.

## 10 LITERATUR

Aday, R. H. (1984-85). Belief In Afterlife And Death Anxiety: Correlates And Comparisons, Omega, Vol. 15 (1), 67-75

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) (2002). Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends. Braun Druck, Riegelsberg

Astrow, A. B., Puchalski, C. M. & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, Spirituality, And Health Care: Social, Ethical, And Practical Considerations, The American Journal Of Medicine, Vol 110: 283-288

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

Balducci, L., Meyer, R. (2001). Spirituality and Medicine: A Proposal, Cancer Control, July/August, Vol. 8, No. 4, 368-376

Barsch, R. H. (1968). The Parent Of The Handicapped Child: The Study Of Child-rearing Practices. Springfield, IL: Charles C. Thomas

Beg, M. A. & Zilli, A. S. (1982). A Study Of The Relationship Of Death Anxiety And Religious Faith To Age Differentials, Psychologia, 25, 121-125

Beinert, W. (Hrsg.) (1985). Hilft Glaube heilen? Patmos Verlag Düsseldorf

Bergin, A. E. (1983). Religiosity And Mental Health: A Critical Reevaluation And Meta-Analysis, Professional Psychology: Research And Practice, Vol. 14, No.2, 170-184

Boos-Nünning, U. (1972). Dimensionen der Religiosität. München: Kaiser

Brady, M. J., Peterman, Am 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

Bruehl, S., Cole, P. A., Harden, R. N., Kubilus, A., Brady, M. & Peterman, A. (1999). Assessment Of Spiritual Well-Being In Chronic Pain Patients: A Preliminary Validation Study, *Society of Behavioral Medicine*

Buchmann, M. (2000). Seelische Korrelate psychischer Belastung von Patienten mit Knochenmarktransplantation: Selbstkonzept, Hoffnung, Lebenssinn, Todesfurcht

Cella, D. (2000). Assessment Methods For Quality Of Life In Cancer Patients: The FACIT Measurement System, *International Journal Of Pharmaceutical Medicine*, Vol 14 (2): 78-81

Clark, K. M., Howard, S. F., Martin, L. R. (1999). A Longitudinal Study of Religiosity and Mortality Risk, *Journal of Health Psychology*, Vol 4(3), 381-391

Clemm., Ch. (Hrsg.) (2000). Palliation – Kuration. Gegensätze in der onkologischen Therapie? W. Zuckschwerdt Verlag

Cochrane, J. B., Levy, M. R., Fryer, J. E., Oglesby, C. A. (1990). Death Anxiety, Disclosure Behaviors, And Attitudes Of Oncologists Toward Terminal Care, *OMEGA*, Vol. 22 (1), 1-12

Cole, B., Pargament, K. (1999). Re-Creating Your Life: A Spiritual/ Psychotherapeutic Intervention For People Diagnosed With Cancer, *Psycho-Oncology* 8, 395-407

Collett, L. & Lester, D. (1969). The Fear Of Death And The Fear Of Dying, *Journal of Psychology*, 72, 179-181

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H. & Targ, E. (1999). Exploring The Relationships Among Spiritual Well-Being, Quality Of Life, And Psychological Adjustment In Women With Breast Cancer, *Psycho-Oncology* 8: 429-438

Coyle, J. (2002). Spirituality And Health: Towards A Framework For Exploring The Relationship Between Spirituality And Health. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 37, No. 6, 589-597

Crawford, M. E., Handal, P. J. & Wiener, R. L. (1989). The Relationship Between Religion And Mental Health/ Distress, *Review of Religious Research*, Vol. 31, No. 1, 16-22

David, J. P., Ladd, K. & Spilka, B. (1992). The Multidimensionality Of Prayer And Its Role As A Source Of Secondary Control. Präsentiert beim Treffen der American Psychological Association, Washington, DC

Dietinger, H., Egger, J. W. (1999). Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung bei haematologischen Patienten, *Psychologische Medizin* 10 (2), 23-29

Dodd, D. K. & Mills, L. L. (1985). FADIS: A Measure Of The Fear Of Accidental Death And Injury, *The Psychological Record*, 35, 269-275

Downey, A. M. (1984). Relationship Of Religiosity To Death Anxiety Of Middle-Aged Males, *Psychological Reports*, 54, 811-822

Dwyer, J. W., Clarke, L. L. & Miller, M. K. (1990). The Effect Of Religious Concentration And Affiliation On Country Cancer Mortality Rates, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 31: 185-205

Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C. & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do Patients Want Physicians To Inquire About Their Spiritual Or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill? *Archives of Internal Medicine*, Vol. 159, No. 15, 1803-1806

Eron, L. D. (1950). A Normative Study Of The TAT. *Psychological Monographs*, 64 (9)

Faller, H., Lang, H., Schilling, S. & Otteni M. (1998). Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung, Schattauer-Verlag

Faulkner, J. & DeJong, G. T. Religiosity in 5-D: An Empirical Analysis, *Social Forces*, 45, 246-254

Feher, S. & Maly, 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*, May 24 (4), 663-671

Fitchett, G., Petermann, A. H., Cella, D. F. (1996). Spiritual Beliefs And Quality Of Life In Cancer And HIV Patients, *Society for Scientific Study Of Religion*, 1-5

Florian, V. & Kravetz, S. (1983). Fear Of Personal Death: Attribution, Structure, And Relation To Religious Belief, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 600-607

Florian, V., Kravetz, S. & Frankel, J. (1984). Aspects Of Fear Of Personal Death, Levels Of Awareness, And Religious Commitment, *Journal Of Research In Personality* 18, 289-304

Forjaz, M. J., Guarnaccia, C. A. (1999). Hematological Cancer Patients' Quality Of Life: Self Versus Intimate Or Non-Intimate Confidant Reports. *Psycho-Oncology* 8, 546-552

Frick, Eckhard (2002). Glauben ist keine Wunderdroge, *Herder Korrespondenz* 56, Vol. 1, 41-46

Gartner, J., Larson, D. B. & Allen, G. D. (1991). Religious Committment And Mental Health: A Review Of The Empirical Literature, *Journal Of Psychology And Theology*, Vol. 19, No. 1, 6-25

Gibbs, H. W. & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual Values And Death Anxiety: Implications For Counseling With Terminal Cancer Patients, *Journal of Counseling Psychology* 25, 563-569

Gioiella, M. E., Berkman, B. & Robinson, M. (1998). Spirituality And Quality Of Life In Gynecologic Oncology Patients, *Cancer-Practice* 6 (6): 333-338

Glock, C. Y. & Stark, R. (1966). *Christian Beliefs And Anti-Semitism*, Harper Row, New York

Halstead, M. T., Hull, M. (2001). Struggling With Paradoxes: The Process Of Spiritual Development In Women With Cancer, *Oncology-Nursing-Forum* 28 (10): 1534-1544

Herold, Gerd (2002). *Innere Medizin*, Herold-Köln

Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version*, Verlag Hans Huber

Hill, P. C., Butter, E. M. (1995). The Role of Religion in Promoting Physical Health. *Journal of Psychology and Christianity*, 14(2), 141-155

- Hinton, J. (1999). The Progress Of Awareness And Acceptance Of Dying Assessed In Cancer Patients And Their Caring Relatives, *Palliative Medicine* 13, 19-35
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung, *Psychother Psychosom med Psychol* 51, 193-200
- 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
- Horton, A. L., Wilkins, M. M. & Wright, W. (1988). Women Who Ended Abuse: What Religious Leaders And Religion Did For These Victims. In: Horton, A. L. & Williamson, J. A. (Hrsg.), *Abuse And Religion: When Praying Isn't Enough*, Lexington Books, S. 235-246
- Jenkins, R. A. & Pargament, K. I. (1988). Cognitive Appraisals In Cancer Patients, *Social Science And Medicine*, 26, 625-633
- Jenkins, R. A., Pargament, K. I. (1995). Religion and Spirituality as Resources for Coping with Cancer. *The Haaworth Press*, 51-74
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual Well-Being And Anxiety In Adults Diagnosed With Cancer, *Hospice Journal*, Vol. 5, 105-116
- Kaeppli, S. (1993). „Ich glaube schon, dass es etwas gibt“ – Gespräche mit Krebskranken. *Wege zum Menschen*, 45 (7), 412-425
- Kaeppli, S. (2000). The Value Of Spiritual Support In Cancer Patients, *Support Care Cancer* 8, 75-76
- Klug, A. (1997). *Einstellungen zu Sterben, Tod und Danach*, Verlag Mainz, Wissenschaftsverlag, Aachen
- Koenig, H. G. (1999). *The Healing Power Of Faith*, Touchstone
- Koenig, H. G. (2001). Religion, Spirituality, And Medicine: How Are They Related And What Does It Mean? *Mayo Clinic Proceedings*, Vol 76 (12), 1189-1191

Kristeller, J. L., Zumbun, C. S. & Schilling, R. F. (1999). „I would if i could“: How Oncologists And Oncology Nurses Address Spiritual Distress In Cancer Patients, *Psycho-Oncology* 8: 451-458

Kunzendorf, R. G. (1985-86). Repressed Fear Of Inexistence And Its Hypnotic Recovery In Religious Students, *Omega*, Vol. 16 (1), 23-33

Larson, D. B., Swyers, J. P. & McCullough, M. E. (Hrsg.). *Scientific Research On Spirituality And Health: A Consensus Report*. Rockville, MD: National Institute

Lattanzi-Licht, M. E., Krischling, J. M., Fleming, S. (1989). *Bereavement Care*, The Haworth Press

Leming, M. R. (1979): Religion And Death: A Test Of Homan's Thesis, *Omega: Journal of Death and Dying*, 10, 347-364

Leming, M. R. (1980). The Leming Death Anxiety Scale, In *Religion And Death: A Test Of Homans' Thesis*, *Omega: The Journal of Death and Dying*, 10 (4), 360

Levin, J. S. & Vanderpool, H. Y. (1987). Is Frequent Religious Attendance Really Conducive To Better Health? Toward An Epidemiology Of Religion, *Social Science and Medicine*, 24 (7), 589-600

Levin, J. S. & Vanderpool, H. Y. (1989). Is Religion Therapeutically significant For Hypertension? *Social Science and Medicine*, 29 (1), 69-78

Levin, J. S. & Vanderpool, H. Y. (1992). Religious Factors In Physical Health And The Prevention Of Illness. In Pargament, K. I., Maton, K. I. & Hess, R. E. (Hrsg.), *Religion And Prevention In Mental Health: Research, Vision, And Action* (S. 41-64). New York: Haworth Press

Looser, G. (1994). *Im Sterben die Fülle des Lebens erfahren*, Walter-Verlag

McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G. (2000). Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review, *Health Psychology*, Vol. 19, No. 3, 211-222

McMordie, W. R. (1981). Religiosity And Fear Of Death: Strength Of Belief System, *Psychological Reports*, 49, 921-922

Mennemann, H. (1998). *Sterben lernen heißt leben lernen*, LIT Verlag

Mermann, A. C. (1992). Spiritual Aspects of Death and Dying, *The Yale Journal of Biology and Medicine* 65, 137-142

Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skmmy, A. & Dutcher, J. (1999). Seeking Meaning And Hope: Self-Reported Spiritual And Existential Needs Among An Ethnically-Diverse Cancer Patient Population, *Psycho-Oncology* 8, 378-385

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S. & Chihara, S. (2000). An Exploratory Factor Analysis Of Existential Suffering In Japanese Terminally Ill Cancer Patients, *Psycho-Oncology* 9: 164-168

Mytko, J. J., Knight, S. J. (1999). Body, Mind And Spirit: Towards The Integration Of Religiosity And Spirituality In Cancer Quality Of Life Research, *Psycho-Oncology* 8: 439-450

O'Connor, R. C., Connery, H. & Cheyne, W. M. (2000). Hopelessness: The Role Of Depression, Future Directed Thinking And Cognitive Vulnerability, *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 5, No. 2, 155-161

Ochsmann, R. (Hrsg.) (1991). *Lebens-Ende*, Roland Asanger Verlag Heidelberg

Ochsmann, R. (1993). *Angst vor Tod und Sterben*, Hogrefe Verlag für Psychologie

Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being, And Quality Of Life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Hrsg.), *Loneliness: A Sourcebook Of Current Theory, Research, And Therapy* (224-237). New York: Wiley Interscience

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(6), 793-824

Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns Of Positive And Negative Religious Coping With Major Life Stressors, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4): 710-724

Peterman, A. H., Fitchett, G. & Cella D. F. (1996). Modeling The Relationship Between Quality Of Life Dimensions And An Overall Sense Of Well-Being. Diese Arbeit wurde auf dem „Third World Congress of Psycho-Oncology, New York, 3. – 6. October 1996“ präsentiert

Petsch, H-J. (1993). Reflexion und Spiritualität, Böhler Verlag

Puchalski, C. M. (2002). Spirituality And End-Of-Life Care: A Time For Listening And Caring. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (2): 289-294

Richardson, V., Berman, S. & Piwowarski M. (1983). Projective Assessment Of The Relationships Between The Salience Of Death, Religion, And Age Among Adults In America, *The Journal of General Psychology* 109, 149-156

Riley, B. B., Perna, R., Tate, D. G., Forchheimer, M., Anderson, C. & Luera, G. (1998), Types Of Spiritual Well-Being Among Persons With Chronic Illness: Their Relation To Various Forms Of Quality Of Life, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Vol. 79, 258-264

Rousseau, P. (2000). Spirituality And The Dying Patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (9): 2000-2002

Schweiger, C. (2004).

Sherman, A. C., Simonton, S., Adams, D., C., Latif, U., Plante, T. G., Burns, S., K. & Poling, T. (2001). Measuring Religious Faith In Cancer Patients: Reliability And Construct Validity Of The Santa Clara Strength Of Religious Faith Questionnaire, *Psycho-Oncology* 10, 436-443

Sloan, R. P., Bagiella, E. & Powell, T. (1999). Religion, Spirituality, And Medicine. *The Lancet*, Vol. 353, No. 9153, 664-667

Smith, D. K., Nehemkis, A. M. & Charter, R. A. (1983/84). Fear Of Death, Death Attitudes, And Religious Conviction In The Terminally Ill, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 13 (3), 221-232

- Smith, E. D., Stefanek, M. E., Joseph, M. V., Verdieck, M. J., Zabora, J. R. & Fetting, J. H. (1993). Spiritual Awareness, Personal Perspective On Death, And Psychosocial Distress Among Cancer Patients: An Initial Investigation, *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 11(3), 89-103
- Spielberger, C. (1983). *Manual For The State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Spilka, B, Stout, L., Minton, B. & Sizemore, D. (1977). Death And Personal Faith: A Psychometric Investigation, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178
- Spini, D, Pin, S. & Lalive d'Epinay, C. J. (2001). Religiousness And Survival In The Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study On The Oldest Old, *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 14 (4), 181-186
- Taylor, E. J., Outlaw, F., H., Bernardo, T. R. & Roy, A. (1999). Spiritual Conflicts Associated With Praying About Cancer, *Psycho-Oncology* 8, 386-394
- Templer, D. (1970). The Construction And Validation Of A Death Anxiety Scale, *Journal of General Psychology*, 82, 165-177
- Thomson, J. E. (2000). The Place Of Spiritual Well-being In Hospice Patients' Overall Quality Of Life, *Hospice-Journal* 15 (2), 13-27
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality And Health, *Journal of Health Psychology*, Vol 4(3): 291-300
- Tobacyk, J. (1983). Death Threat, Death Concerns, And Paranormal Belief. *Death Education*, 7, 115-124
- Westman, A. S. & Canter, F. M. (1985). Fear Of Death And The Concept Of Extended Self, *Psychological Reports*, 56, 419-425
- Wilmanns, W., Huhn, D., Wilms & K. (2000). *Internistische Onkologie*, Thieme-Verlag
- Wittkowski, J. (1988). Relationships Between Religiosity And Attitudes Towards Death And Dying In A Middle-Aged Sample, *Personality And Individual Differences*, Vol. 9, No 2, 307-312

Wittkowski, J. (1990). Psychologie des Todes, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Woods, T. E. & Ironson, G. H. (1999). Religion And Spirituality In The Face Of Illness: How Cancer, Cardiac, And HIV Patients Describe Their Spirituality/ Religiosity, Journal of Health Psychology, Vol 4 (3), 393-412

Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. St., Follansbee, M. & McKegney, F. P. (1981). Religion In Patients With Advanced Cancer, Medical and Pediatric Oncology 9: 121-128

Yeginer, A. (2000), Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung, Gesundheit und Spiritualität, Transparente Studien 1, BIS-Verlag

Young, M. & Daniels, S. (1980). Born Again Status As A Factor In Death Anxiety, Psychological Reports, 47, 367-370

Zimmermann, M. (1995). Spiritualität und positives Denken, Peter Lang Verlag

## 11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Anm.	Anmerkung
BEN	Patienten mit benigner Erkrankung (= Patienten der physikalischen Therapie)
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
d.h.	das heißt
ED	Patienten mit Erstdiagnose einer hämato-onkologischen Systemerkrankung
et al.	et alteri = und Mitarbeiter
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheits-Verarbeitung
FVTS	Furcht vor Tod und Sterben
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
Lj	Lebensjahr
MAL	Patienten mit maligner (hämato-onkologischer) Erkrankung
MW	Mittelwertsvergleich nach Pearson, dabei gilt:
**	Signifikanz < 0.01
*	Signifikanz < 0.05
N	Stichprobenumfang
p	Signifikanzniveau für den Korrelationstest
Kap.	Kapitel
REZ	Patienten mit wiederholtem Auftreten derselben malignen Erkrankung
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SEKT	Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod
t	Meßzeitpunkt
Tab.	Tabelle
z. B.	zum Beispiel
---	kein signifikanter Zusammenhang

## 12 ANHANG

### 12.1 Fragebogen zur Lebenssituation

Anweisung: Im folgenden bitten wir Sie um einige persönliche Angaben .  
Kreuzen (x) Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie alle  
handschriftlichen Eintragungen bitte in Blockschrift aus.

#### Welchen Familienstand haben Sie?

- ledig                       getrennt                       verheiratet, seit wann? \_\_\_\_\_  
 verwitwet                 geschieden, seit wann? \_\_\_\_\_  
 in fester Partnerschaft, seit wann? \_\_\_\_\_

#### Gibt es eine Person Ihres engsten Vertrauens?

- ja                               nein

**Wieviel Zeit verbringen Sie mit dieser Person in der Woche?** (kann auch der feste Partner sein)

\_\_\_\_\_

#### Haben Sie Kinder?

- ja                               nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ (Anzahl)

#### Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben in Ihrem Haushalt?

\_\_\_\_\_ (Anzahl)

#### Welches ist Ihr höchster Schul-/Studienabschluß?

- kein Abschluß                       Abitur/Fachabitur  
 Hauptschule/Volksschule                       Universität/Hochschule  
 Mittlere Reife/Realschule

#### Sind Sie derzeit berufstätig?

- Ja, Vollzeit (ganztags), jetzt aber  
Arbeitsunfähig                       Ja, Teilzeit, aber derzeit  
arbeitsunfähig  
 Ja, gelegentlich (unregelmäßig)                       Nein, altershalber berentet  
 In Ausbildung                       Nein, vorzeitig aus gesundheitlichen  
Gründen berentet  
 Arbeitslos                       Hausfrau/ Hausmann

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

\_\_\_\_\_

#### Welcher Konfession gehören Sie an?

\_\_\_\_\_

**Praktizieren Sie Ihren Glauben im Alltagsleben?**

ja  nein

**Wie häufig verbringen Sie Ihre Freizeit mit folgenden Gruppen/Personen pro Monat?**

	Häufig	manchmal	Nie
Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchliche / karitative Vereinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby-Club (z.B. Kegeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: (bitte angeben) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gab es in den letzten 6-12 Monaten (unabhängig von dem Grund Ihres jetzigen stat. Aufenthalts) ein/mehrere Ereignis/se, welche/s Ihr Leben nachhaltig beeinflusst hat/haben, z.B. Tod einer vertrauten Person, Scheidung, Umzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Hochzeit, Geburt eines Kindes/Enkelkindes, Urlaub?**

ja  nein

wenn ja:  positiv \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

negativ \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

**Gab es in den letzten 2 Wochen (unabhängig von dem Grund Ihres jetzigen stat. Aufenthalts) ein/mehrere Ereignis/se, welche/s Ihr Leben nachhaltig beeinflusst hat/haben, z.B. Tod einer vertrauten Person, Scheidung, Umzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Hochzeit, Geburt eines Kindes/Enkelkindes, Urlaub?**

ja  nein

wenn ja:  positiv \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

negativ \_\_\_\_\_ (bitte angeben)

## 12.2 Subjektive Einstellung zu Krankheitsverlauf und Tod (SEKT)

### I. Persönliche Einschätzung der DERZEITIGEN Krankheitssituation

1. Bitte kreuzen Sie auf der nachfolgenden 5-stufigen Skala an, wie Sie persönlich Ihren **derzeitigen Krankheitsverlauf** empfinden.

**Uns ist dabei vor allem wichtig, Ihre ganz persönliche Einschätzung zu erfahren!**

<b>starke Verschlechterung</b>	<b>leichte Verschlechterung</b>	<b>Unverändert</b>	<b>leichte Verbesserung</b>	<b>Starke Verbesserung</b>

2. Bitte schätzen Sie auf den nachfolgenden 5-stufigen Skalen an, wie Sie ganz persönlich die **Schwere Ihrer Erkrankung** empfinden.

**Uns ist dabei wieder wichtig, Ihre ganz persönliche Einschätzung zu erfahren!**

Uns ist klar, dass evtl. keine der unten folgenden Aussagen ganz präzise auf Sie zutrifft. Wir bitten Sie deshalb, die am nächsten auf Sie zutreffende Aussage anzukreuzen.

**Ich schätze meine Krankheit ist**

<b>überhaupt nicht lebensbedrohlich</b>	<b>wenig lebensbedrohlich</b>	<b>eher lebensbedrohlich</b>	<b>sehr lebensbedrohlich</b>	<b>Extrem Lebensbedrohlich</b>

**Ich schätze bei meiner Krankheit bestehen**

<b>sehr schlechte Heilungschancen</b>	<b>eher schlechte Heilungschancen</b>	<b>mittlere Heilungschancen</b>	<b>eher gute Heilungschancen</b>	<b>Sehr gute Heilungschancen</b>

## II. Persönliche Einstellung zu Tod und Sterben

Geburt und Tod sind Themen, mit denen sich Menschen in verschiedenen Kulturen, in unterschiedlichen Lebensphasen und auch besonderen Situationen ganz unterschiedlich auseinandersetzen. Zum Beispiel haben alte Menschen im Gegensatz zu jungen Menschen oft eine sehr genaue Vorstellung, wieviel Zeit zum Leben sie sich noch wünschen oder wieviel Lebenszeit sie nach ihrer Einschätzung noch vor sich haben.

Vielleicht haben Sie sich durch die spezielle Situation Ihrer Erkrankung und ihrem Krankenhausaufenthalt mehr als sonst in Ihrem Leben mit der Endlichkeit des Lebens und dem Tod beschäftigt.

1. Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala ein, wie sehr Sie **DERZEIT** über die Themen Tod und Sterben nachdenken, bzw. seit Krankheitsbeginn oder Krankenhausaufenthalt nachgedacht haben:

**Ich beschäftige mich mit den Themen Tod und Sterben jetzt**

<b>überhaupt nicht</b>	<b>eher wenig</b>	<b>manchmal</b>	<b>viel</b>	<b>sehr viel</b>

2. Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala ein, wie sehr Sie sich **VOR** der Diagnose Ihrer Krankheit oder dem Krankenhausaufenthalt mit den Themen Tod und Sterben beschäftigt haben:

**Ich beschäftigte mich mit den Themen Tod und Sterben früher**

<b>viel weniger</b>	<b>eher weniger</b>	<b>unverändert</b>	<b>eher mehr</b>	<b>sehr viel mehr</b>

3. Uns interessiert nun ihr ganz persönliches Empfinden, wie nahe Sie sich in Ihrer jetzigen Situation dem Tod fühlen.  
Bitte kreuzen Sie auf der nachfolgenden 5-stufigen Skala die Antwort an, die Ihrem Gefühl am nächsten kommt.

**Ich fühle mich dem Tod**

<b>Überhaupt nicht nahe</b>	<b>nicht nahe</b>	<b>etwas nahe</b>	<b>nahe</b>	<b>sehr nahe</b>

## 13 DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. Ernst Pöppel von der Medizinischen Psychologie der LMU München und Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann von der III. Medizinischen Klinik des Klinikums der Universität München-Großhadern danke ich für die Überlassung des Themas.

Mein besonderer und aufrichtiger Dank gilt meinen beiden Betreuern, Frau Dr. rer. nat. Tanja Vollmer, wissenschaftliche Leiterin der psychosomatischen Ambulanz und psychoonkologischen Beratungsstelle der Medizinischen Klinik III am Klinikum der Universität München-Goßhadern und Herrn Dr. Marc Wittmann von der medizinischen Psychologie der LMU München. Beide standen mir über Jahre hinweg immer mit Rat und Tat zur Seite. Durch wertvolle Anregungen sowie mit Hilfe ihrer kritischen und konstruktiven Hinweise trugen sie wesentlich zum Gelingen der Arbeit bei. Weiter möchte ich ihnen herzlichen danken für die stets angenehme und freundliche Atmosphäre, ob in interdisziplinären Sitzungen oder beratend bei meiner Arbeit.

Danken möchte ich auch Frau Dr. Claudia Schweiger, die mich bei der statistischen Auswertung meiner Daten unterstützte.

Zudem gilt mein Dank auch meiner Kollegin Frau Susanne Neumann, die mir bei der Dateneingabe unterstützend zur Seite stand.

Weiterhin danke ich allen an der Studie beteiligten PatientInnen; ich durfte selbst von Ihnen viel lernen und einen Teil meines Wissens an Sie weitergeben.

Abschließend möchte ich auch allen an der Studie beteiligten ÄrztInnen danken, die mir bereitwillig Auskunft erteilten bei der Rekrutierung von PatientInnen und der Erstellung meiner medizinischen Dokumentation.

## 14 CURRICULUM VITAE

### Persönliche Daten:

---

Geburtsdatum: 19.06.1977  
Geburtsort: Mallersdorf  
Familienstand: ledig, kinderlos

### Schulbildung:

---

1983-1987 Grundschule Laberweinting  
1987-1996 Burkhart-Gymnasium Mallersdorf-Pfaffenberg

### Studium und Beruf:

---

1997-2000 Studium der Humanmedizin an der LMU München  
2000 Ärztliche Vorprüfung  
seit Mai 2000 Studium der Humanmedizin an der TU München  
2001 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
2003 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
2004 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
seit Januar 2005 Facharztausbildung Psychiatrie und Psychotherapie (BKH Landshut)

### Famulaturen:

---

2000 Neurologie, Barmherzige Brüder Regensburg  
2001 Hämato-Onkologie, III. Medizinische Klinik des Klinikums  
Großhadern der LMU, München  
2002 Allgemeinmedizin, Gemeinschaftspraxis Drs. Aufschild/  
Bauer, Mallersdorf-Pfaffenberg  
2002 Gynäkologie, Nkandla Hospital, Kwazulu-Natal, Südafrika  
2002 Innere Medizin, Nkandla Hospital, Kwazulu-Natal, Südafrika

### Praktisches Jahr:

---

10/03-12/03 Chirurgie, Ngwelezana Hospital, Empangeni, Südafrika  
12/03-02/04 Chirurgie, Addington Hospital, Durban, Südafrika  
02/04-04/04 Innere Medizin, King-Edward-Hospital, Durban, Südafrika  
04/04-05/04 Innere Medizin, III. Medizinische Klinik, TU München  
05/04-09/04 Psychiatrie, TU München

## **Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet oder auf das direkt Bezug genommen wurde, wird als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der Arbeit beteiligt waren.

Mallersdorf, 30. April 2005

---