

Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Claudia Bausewein

# **Bindung und Spiritualität in der Palliativmedizin**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Elke C. Kunsmann-Leutiger

aus

Ann Arbor, Michigan, USA

2020

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ.

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Martin Fegg  
Prof. Dr. med. Dr. Phil. Fuat S. Oduncu

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 26.11.2020

**Eidesstattliche Versicherung:**

Kunsmann-Leutiger, Elke

---

Ich erkläre hiermit an Eides statt,  
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

**Bindung und Spiritualität in der Palliativmedizin**

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 29.11.2020  
Ort, Datum

Elke Kunsmann-Leutiger  
Unterschrift Doktorandin/ Doktorand

*Für Mathias,  
Lea & Joshua,  
Peter & Suhasini*

**Vorbemerkung zur Geschlechtergleichbehandlung:**

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit auf die geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Die männliche Form bezieht sich jeweils immer auf alle Geschlechter.

# Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung .....	1
II.	Bindung und Spiritualität im klinischen Alltag von Palliative Care .....	3
III.	Theorie .....	6
III.1	Bindungstheorie .....	6
III.2	Spiritualität .....	9
III.3	Krankheitsverarbeitung und spirituelles Coping .....	11
III.4	Attachment to God (Bindung und Spiritualität) .....	15
IV.	Zielsetzung .....	17
V.	Material und Methodik.....	18
V.1	Studiendesign und Teilnehmer .....	18
V.2	Rahmen und Vorbereitungen der Interviews .....	18
V.3	Stichprobenbildung.....	18
V.4	Ablauf des Interviews.....	19
V.5	Erhebungsinstrumente .....	20
V.5.1	Das Adult Attachment Picture System .....	20
V.5.2	SpREUK-SF 10.....	23
V.5.2.1	Operationalisierung von Spiritualität/ spiritueller Krankheitsverarbeitung .....	23
V.5.2.2	Der SpREUK-SF10 Fragebogen .....	24
V.5.3	Disstress-Thermometer .....	27
V.5.4	Karnofsky-Index .....	27
V.6	Statistische Verfahren und Auswertung .....	28
V.7	Ethische Gesichtspunkte.....	28
VI.	Ergebnisse .....	30
VI.1	Teilnehmer .....	30
VI.1.1	Demographische Daten .....	30
VI.1.2	Krankheitsbezogene Daten .....	31
VI.1.2.1	Hauptdiagnose nach ICD-10 .....	31
VI.1.2.2	Karnofsky-Index .....	31
VI.1.2.3	Disstress-Thermometer.....	32
VI.1.3	Religionszugehörigkeit .....	32
VI.2	Bindungsmuster in Palliative Care .....	32
VI.2.1	Verteilung der Bindungsmuster in der gesamten Stichprobe.....	32
VI.2.2	Verteilung der Bindungsmuster in den jeweiligen institutionellen Einrichtungen .....	33
VI.2.3	Verteilung der Bindungsmuster nach Geschlecht .....	34
VI.2.4	Verteilung der Bindungsmuster nach Religionszugehörigkeit.....	34

VI.2.4.1	Unterschiede zwischen ausgewählten Bindungsmustern und Religionszugehörigkeit bzw. „keine/ausgetreten“ .....	35
VI.3	Spiritualität und die drei Subskalen „Suche“, „Vertrauen“ und „Reflexion“ und darauf einflussnehmende Parameter .....	36
VI.4	Spiritualität und Bindungsmuster .....	40
VII.	Diskussion .....	42
VII.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	42
VII.2	Diskussion der Methode .....	43
VII.2.1	Das Adult Attachment Picture System .....	43
VII.2.2	SpREUK-SF10 .....	44
VII.3	Diskussion der Ergebnisse .....	45
VII.3.1	Verteilung der Bindungsmuster in der gesamten Stichprobe .....	45
VII.3.2	Verteilung der Bindungsmuster in den jeweiligen institutionellen Einrichtungen .....	48
VII.3.3	Zusammenhang zwischen Bindung und Religionszugehörigkeit .....	49
VII.3.4	Spirituelles Coping bei Palliative-Care-Patienten und darauf einflussnehmende Faktoren .....	50
VII.3.5	Unterschiede im spirituellen Coping je nach Bindungsmuster .....	57
VII.4	Limitations .....	64
VII.5	Ausblick.....	65
VIII.	Literaturverzeichnis.....	68
IX.	Anhang .....	81
X.	Zusammenfassung.....	82
XI.	Danksagung.....	83

# I. Einleitung

Ein „kritisches Lebensereignis“, wie ein schwerer Unfall oder eine ernsthafte Erkrankung kann eine tiefgreifende Lebenskrise auslösen. Was passiert, wenn sich herausstellt, dass bei einem kranken Menschen aus medizinischer Sicht keine Heilung (verstanden als *restitutio ad integrum*) mehr möglich ist? Der Therapieansatz verändert sich: Die Palliativmedizin erhält dann immer mehr Bedeutung und ersetzt nach und nach die kurativen Therapieziele (Frick & Bausewein, 2014). Ein Mensch, der auf diese Weise aus seinem Alltag herausgerissen und fortan als „Palliative-Care-Patient“ bezeichnet wird, sieht sich nicht selten mit existenziellen Ängsten konfrontiert (Wolf, 2016). Fragen wie „Warum ich?“, „Werde ich sterben?“, „Werde ich allein sein?“, „Wer steht mir bei?“ oder „Was passiert nach dem Tod?“ beschäftigen ihn zunehmend. Diese Fragen, die häufig von tiefen Ängsten begleitet sind, können den Betroffenen stark verunsichern und das körperliche, psychologische, soziale und spirituelle Leid verstärken.

„Bindung“ (= Attachment) und „Spiritualität“ spielen eine große Rolle in der Palliativmedizin. Es handelt sich nämlich um zwei Konzepte, die wesentlich dazu beitragen können, die Ängste und das Leid des Palliative-Care-Patienten zu verstehen und gezielt Unterstützung anzubieten (Loetz et al., 2013; Milberg & Friedrichsen, 2017; Wolf, 2016).

Obwohl beide Konzepte für sich betrachtet in der Medizin zunehmend Gegenstand der Forschung sind (Büssing et al., 2013; Höcker et al., 2014; Koenig, 2012; Milberg et al., 2012; Milberg & Friedrichsen, 2017; Rodin, Walsh, Zimmermann et al., 2007; Tan et al., 2005), ist ihre Relevanz für die praktische Palliativmedizin wenig untersucht worden (Hvidt et al., 2013; Loetz et al., 2013; Müller, 2017).

In dieser, der bislang größten Studie zu dem Thema „Bindung und Spiritualität in der Palliativmedizin“ konnten von 80 Palliative-Care-Patienten das Bindungsverhalten anhand eines aufwendigen projektiven Testverfahrens, sowie die Spiritualität mittels Fragebogen untersucht werden.

Ein bindungsorientierter Therapieansatz in der Palliativmedizin (Petersen & Köhler, 2005), sowie das Konzept der Spiritualität in Bezug auf das Vorhandensein einer

möglichen spirituellen Krankheitsverarbeitung wurden in der Stichprobe überprüft. In der wissenschaftlichen Literatur findet die Bindung an Gott („Attachment to God“) zunehmend Beachtung (Belavich & Pargament, 2002; Gall & Bilodeau, 2019; Granqvist et al., 2010; Hvidt et al., 2013; Kirkpatrick & Shaver, 1992; Loetz et al., 2013; Milberg & Friedrichsen, 2017). Dabei kann Gott sowohl religiöse Bedeutung haben, wie es zum Beispiel im Christentum oder anderen monotheistischen Traditionen der Fall ist (Kirkpatrick & Shaver, 1992). Aber auch unabhängig von personalen Gottesvorstellungen findet sich das Göttliche, das Heilige oder das Transzendente als Inhalt spiritueller Suche (Belavich & Pargament, 2002; Büssing, 2010a; Granqvist et al., 2007).

Im theoretischen Teil werden die Begriffe Bindung, Spiritualität, Krankheitsverarbeitung (insbesondere die spirituelle) und das Konzept „Attachment to God“ näher erklärt, um ein Verständnis für diese Begriffe zu vermitteln. Vorneweg wird anhand der Studienlage aufgezeigt, welche Relevanz Bindung und Spiritualität für den klinischen Alltag in Palliative Care hat und weshalb die Beschäftigung mit und die Kenntnis um diese Konzepte besonders für Ärzte sinnvoll und hilfreich sein könnten.

## **II. Bindung und Spiritualität im klinischen Alltag von Palliative Care**

In der WHO-Definition von Palliative Care steht, dass neben den körperlichen und psychosozialen Problemen auch spirituelle zum Leid des Palliative-Care-Patienten beitragen, weshalb spirituelle Aspekte in die Patientenbehandlung mit einbezogen werden sollen (WHO, 2013).

Cicely Saunders, die als (Mit-)Begründerin der Palliativmedizin und Hospizbewegung gilt (Clark, 2001; Saunders, 1978), prägte den Begriff „Total Pain“. Dieser „Gesamtschmerz“ eines Palliative-Care-Patienten beinhaltet den physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Schmerz, mit dem er sich auseinandersetzen muss (Saunders, 1988).

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Medizin und Spiritualität“, die sich seit dem Jahr 2000 an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) regelmäßig traf und das Einrichten einer Professur für Spiritual Care in der Klinik für Palliativmedizin an der LMU im Jahr 2010 (Frick & Roser, 2011) deuten auf das hierzulande zunehmende Interesse an spirituellen Themen in der Medizin hin. Spiritual Care versteht sich dabei als „Sorge der Gesundheitsberufe um die spirituellen Nöte, Krisen und Wünsche kranker Menschen“ (Frick, 2012, S. 20). Spirituelle Bedürfnisse, die der WHO-Definition von Palliative Care folgend mit den körperlichen und psychosozialen Herausforderungen auf eine Stufe gestellt werden, werden inzwischen auch wissenschaftlich untersucht (LMU München, 2010) und sind ein Teil der evidenzbasierten Medizin (Edwards et al., 2010; Frick, 2012). Dass das Thema „Spiritualität“ in der Medizin in den letzten drei Jahrzehnten auf steigendes Forschungsinteresse gestoßen ist, zeigt ein Blick in die Literaturrecherche bei Pubmed. Zum Suchbegriff „Spirituality“ (abgerufen am 10.12.2019) sind zwischen 1900 und 1990 lediglich 83 Artikel erschienen; ab 1991 bis heute hingegen 10519 Artikel. Gibt man in Pubmed die Begriffe „Spirituality“ und „Palliative Care“ ein, erhält man vor 1990 keinen einzigen Treffer; ab 1991 erscheinen 1047 Publikationen (abgerufen ebenfalls am 10.12.2019). Außerdem äußern sich zunehmend Patienten zu ihren spirituellen Bedürfnissen: Sie wünschen sich ein größeres Interesse seitens der Ärzte für ihre spirituellen Bedürfnisse und dass diese in

ein Behandlungskonzept mit integriert werden (Balboni et al., 2007; Best et al., 2014 & 2016; Büssing, 2010a; Büssing et al., 2013; Frick, 2002 & 2009c; Grant et al., 2004; König, 2008 & 2012; Puchalski et al., 2014a).

Zunehmend befasst sich die Forschung mit den Zusammenhängen zwischen Spiritualität und Gesundheitsfaktoren wie Lebensqualität, Lebensverlängerung, Mortalität, seelischer Gesundheit und Krankheitsverarbeitung (Balboni et al., 2007; Balducci, 2019; Frick, 2012; König, 2012; Pargament et al., 2001). Obwohl es mittlerweile immer mehr Studien gibt, die einen positiven Zusammenhang nicht nur zwischen Spiritualität und besserem Wohlbefinden, sondern auch besserer Gesundheit und Ansprechbarkeit auf Therapie und geringerer Krankheitsanfälligkeit feststellen (König, 2012), stellt die palliative Situation wegen des Therapiezielwechsels eine Besonderheit dar (Frick & Bausewein, 2014). Die Lebensqualität des Patienten wird nun weniger durch ärztliches Handeln bestimmt, als vielmehr durch die Schaffung eines Raumes, in dem das Dasein des Patienten mit seiner Krankheit und seinem Sterben von Angehörigen und dem Gesundheitspersonal mitgetragen und begleitet werden kann (Balducci, 2019; Frick & Bausewein, 2014).

Selbst in säkularen Gesellschaften wie Deutschland möchten immer mehr Patienten, dass ihre Ärzte die spirituellen Bedürfnisse wahrnehmen und begleiten (Best et al., 2014; Borasio, 2011; Büssing et al., 2009; Frick et al., 2006; Höcker et al., 2014). Dabei geht es nicht um das Bekehren eines Patienten seitens des Arztes zu einer religiösen oder spirituellen Dimension des Daseins oder um eine „romantische“ Vorstellung eines „guten“ Sterbeprozesses durch Hinwendung zur Spiritualität. Es geht um den Wunsch des Patienten, als Ganzes wahrgenommen zu werden und in seinem Schmerz vom Arzt gehört und gesehen zu werden, was wiederum die Arzt-Patienten-Beziehung stärken kann (Best et al., 2014; Höcker et al., 2014). Die Neutralität des Arztes sollte nicht dazu führen, dass diese Patientenwünsche überhört werden (Frick, 2009a). Wenn ein Arzt „nichts mehr für seinen Patienten tun kann“, stößt er an die Grenzen seiner medizinisch-therapeutischen Handlungsfähigkeit. Die Begleitung der spirituellen Nöte, die im Zusammenhang mit Sterben und Tod nun verstärkt in den Vordergrund drängen, wird dann gerne an die Seelsorge abgegeben (Frick, 2009c). Dabei können Ärzte - trotz ihrer eigenen Hilfslosigkeit - allein durch ihre Anwesenheit, ihr Mitgefühl, Ihr Zuhören und Dasein dem Patienten eine große Stütze sein (Büssing et al., 2009; Frick & Bausewein, 2014).

Fragen, Zweifel oder Wünsche bezüglich Spiritualität äußern Patienten besonders demjenigen gegenüber, dem sie vertrauen, sei es nun einem Arzt, Pfleger, Psychologen, Angehörigen oder Seelsorger (Borasio, 2011). Die Schaffung von Beziehungen spielen für den Patienten und für die Gesundheitsberufe im klinischen Alltag eine große Rolle. Die Lebensqualität hängt stark von diesen zwischenmenschlichen Beziehungen ab (Carter et al., 2004; McClain et al., 2003; Tarakeshwar et al., 2006). In der Palliativmedizin wird dies besonders deutlich. Der Palliativpatient, der aufgrund seiner fortschreitenden, schweren Erkrankung immer schwächer und abhängiger wird, sich angesichts des Todes einsam und allein fühlt, ist besonders auf gute und tragfähige Beziehungen angewiesen (Best et al., 2014; Deutsche Krebsgesellschaft, 2017; Loetz et al., 2013). Eine sichere Beziehung oder Bindung mit anderen eingehen zu können, wie zum Beispiel mit einem Angehörigen, Pfleger oder Arzt kann Patienten am Lebensende helfen, Ängste abzubauen und sich getragen zu fühlen (Milberg et al., 2012 & 2014; Petersen & Köhler, 2005). Erstaunlicherweise ist in diesem Bereich wenig geforscht worden (Loetz et al., 2013; Milberg et al., 2014). Gibt man bei Pubmed die Begriffe „Attachment“ und „Palliative Care“ ein, erhält man genau 94 Treffer, 93 davon nach 1990 publiziert (abgerufen am 10.12.2019). Anhand dieser seit 1990 steigenden Anzahl an Publikationen, kann man sehen, dass die Bedeutung der in der Psychologie und Psychiatrie schon lange etablierten Bindungstheorie (Cassidy & Shaver, 2008) in der Palliativmedizin zunehmend Anerkennung erfährt.

## **III. Theorie**

### **III.1 Bindungstheorie**

Die Bindungstheorie, die von John Bowlby entwickelt und von Mary Ainsworth und anderen ergänzt und erweitert wurde (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1980; Grossmann & Grossmann, 2003), ist ein in der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie anerkanntes Konzept (Loetz et al., 2013), welches ein biologisch angelegtes Verhaltens- bzw. Bindungssystem beschreibt (Petersen & Köhler, 2005). Es geht um Sicherheit gewährende Beziehungen, die in der Kindheit durch wiederholte Interaktion mit der Bezugsperson entstehen, und ein Leben lang erhalten bleiben und die Beziehungen zu anderen Menschen und zu sich selbst beeinflussen (Bowlby, 1969). Bowlbys Theorie zufolge entwickelt ein Säugling/Kleinkind Verhaltensstrategien, die es ihm bei Gefahr erlauben, Hilfe und Schutz von einer ihm nahestehenden Bindungsperson (meistens der Mutter) zu erhalten (Bowlby, 1969). Die Trennung von der Bezugsperson stellt die höchste Gefahr dar und aktiviert am stärksten das Bindungssystem (Petersen & Köhler, 2005). Je nachdem, wie die Bindungsperson auf die Schutzbedürftigkeit des Säuglings reagiert (Bietet sie ihm Nähe? Gibt sie ihm adäquaten Schutz? Ist sie abwesend oder ablehnend? Ist sie zornig oder übertrieben besorgt?), entwickelt bereits der Säugling Strategien, die ihm helfen, bestmöglich mit der Gefahr und der ihm angebotenen Hilfe (oder fehlenden Hilfe) seitens der Bezugsperson umzugehen und Beruhigung zu finden (Müller, 2017). Durch diese frühkindlichen Bindungserfahrungen entstehen im Laufe der Zeit Erwartungen des Kindes an die Verfügbarkeit seiner Bezugsperson, die zunehmend verinnerlicht werden und so zu mentalen Repräsentanzen werden (Bowlby, 1973). Diese Repräsentanzen werden auch innere Arbeitsmodelle genannt und führen zur Ausprägung ganz bestimmter Bindungsmuster oder -stile (Bowlby, 1973). Die inneren Arbeitsmodelle bestimmen, inwieweit ein Kind - und später dann der erwachsene Mensch - Nähe und Schutz erwarten und sich der Zuwendung und Hilfe sicher fühlen kann (Brenk-Franz et al., 2011; Müller, 2017). Ganz besonders in bindungsaktivierenden Situationen beeinflussen die inneren Arbeitsmodelle das Verhalten - wenn auch unbewusst (Buchheim et al., 2003, Müller,

2017). Bindungsaktivierend ist zum Beispiel die Diagnose einer schweren Erkrankung oder der Tod eines Partners (Brenk-Franz et al., 2011). Immer dann, wenn man Verlust, Trennung, Hilflosigkeit oder Schutzlosigkeit erlebt, wird das Bindungssystem aktiviert (Loetz et al., 2013). Dabei kann unter Verlust auch der Verlust an Autonomie, wie es bei Palliativpatienten oft der Fall ist, als bindungsrelevant gelten (Müller, 2017).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Bindungstheorie nach Bowlby besagt, dass ein Säugling/Kleinkind, welches sich geborgen und geschützt fühlt, seinen Aktivitäten unbesorgt nachgehen kann, die vor allem darin bestehen, die Umgebung neugierig zu erkunden (Ainsworth & Bell, 1970; Brenk-Franz et al., 2011; Mikulincer & Shaver, 2007). Dies wird auch Explorationsverhalten genannt (Brenk-Franz, 2011). Wird das Bindungssystem jedoch aktiviert, weil sich zum Beispiel das Kind verletzt oder von einer fremden Person bedroht wird, stellt dieses Kind zunächst sein Explorationsverhalten ein, denn es ist nun damit beschäftigt, die Sicherheit gewährende Nähe zur Bezugsperson zu suchen und bei ihr Trost und Beruhigung zu finden (Milberg et al., 2012; Müller, 2017).

Innere Arbeitsmodelle scheinen mehr oder weniger unveränderbar zu sein (Waters et al., 2000). Allerdings ist diese Unveränderbarkeit nicht ganz unumstritten (Crowell et al., 2008; Müller, 2017). Und es stellt sich die Frage, inwieweit Bindungsrepräsentanzen im Verlauf eines Lebens durch Sicherheit gewährende Erfahrungen, wie zum Beispiel einem feinfühlig angebotenen Therapiekonzept auf einer Palliativstation oder durch unerwartete, intensive spirituelle Ereignisse am Lebensende, verändert werden können (Kirkpatrick & Shaver, 1992; Milberg et al., 2012; Petersen & Köhler, 2005).

Im Bindungsverhalten können inneren Arbeitsmodelle erkennbar werden. Man unterscheidet vier verschiedene Bindungsmuster: sicher gebunden, unsicher-distanziert gebunden, unsicher-verstrickt gebunden und unverarbeitet, was auch als desorganisiert bezeichnet wird (Ainsworth et al., 1978; Buchheim et al., 2003; George & West, 2012).

*Sicher gebundene* Menschen haben meist Bezugspersonen gehabt, die angemessen oder, wie es in der Literatur oft heißt, „feinfühlig“ (Ainsworth, 1979) auf ihre Bedürfnisse eingegangen sind, so dass sie die Fähigkeit entwickeln konnten, ihre Emotionen situationsgerecht auszudrücken und zu regulieren (Loetz et al., 2013). Als Patienten sind sie in der Lage, in bindungsrelevanten Situationen, wie es zum Beispiel der Fall bei einer terminalen Erkrankung ist, Hilfe und Trost zu suchen und anzunehmen (Brenk-Franz et al., 2011).

*Unsicher-distanziert gebundene* Menschen sind bei Aktivierung ihres Bindungssystems und der anschließenden Suche nach Nähe von ihrer Bezugsperson abgelehnt worden (Petersen & Köhler, 2005). Daher meiden sie Situationen, die Bindungsverhalten auslösen oder finden Möglichkeiten, von allein ihr Bindungssystem zu deaktivieren (Müller, 2017). Sie haben gelernt, unabhängig zu sein, ohne Hilfe von außen auszukommen und ihre Gefühle zu minimieren. Sie scheinen Trennungssituationen zu verkraften, sich gut ablenken zu können und unbeirrt ihre Umgebung zu erkunden (Petersen & Köhler, 2005). Das Explorationsverhalten ist also stark aktiviert (Müller, 2017). Allerdings zeigen Stresstests, dass ihre Kortisol-Konzentration im Blut höher ist als die sicher Gebundener (Spangler & Grossmann, 1993).

*Unsicher-verstrickt gebundene* Menschen haben in ihrer Suche nach Schutz und Nähe ambivalente Reaktionen seitens der Bezugsperson erfahren. Einerseits sind sie überschüttet worden mit Aufmerksamkeit (Petersen & Köhler, 2005) und überfürsorglicher Zuwendung. Andererseits haben sie auch Überforderung und Unzuverlässigkeit erlebt (Müller, 2017). Sie sind stark abhängig von ihrer Bezugsperson und entwickeln wenig Bedarf nach Exploration, dem Erkunden ihrer Umgebung, da ihr Bindungssystem stets aktiviert ist (Loetz et al., 2013; Müller, 2017). Sie reagieren oft übertrieben emotional, sind voller Ängste und Sorgen und haben die Tendenz, sich stark anzuklammern (Müller, 2017).

*Die unverarbeiteten/desorganisierten* Bindungstypen entsprechen keinem der drei oben genannten Beschreibungen (Loetz et al., 2013) und legen oft widersprüchliche und befremdliche Verhaltensweisen an den Tag (Petersen & Köhler, 2005). In bindungsrelevanten Situationen erhielten sie keinen Schutz von ihren Bezugspersonen und konnten daher kein Gefühl der Sicherheit entwickeln (Müller, 2017). Oft haben sie Traumata erlebt, die unverarbeitet geblieben sind (Petersen & Köhler, 2005).

Die Palliativmedizin stellt eine ganz besonders bindungsrelevante Situation dar (Müller, 2017). Schwerkranke und Sterbende sind besonders hilfsbedürftig und abhängig. In der Palliativmedizin hat man sich zudem von der kurativen Behandlung „verabschiedet“. Da dieser Ruck von kurativ nach palliativ eine sehr beängstigende Art von Abschied darstellt, löst dies besonders stark Bindungsverhalten aus. Je weiter die Krankheit fortschreitet, desto mehr nähert sich der Patient der „finalen Trennung“, nämlich dem Tod. Die sehr reale Trennung vom Leben in Verbindung mit dem immer größeren Autonomieverlust ist ein starker Aktivator des Bindungssystems (Milberg et al., 2012; Müller,

2017; Petersen & Köhler, 2005). Vor diesem Hintergrund wird klar, wie wichtig das Einbeziehen der Bindungstheorie in die Palliativmedizin ist. Petersen & Köhler (2005) zeigen anhand von Fallbeispielen für jeden der vier Bindungstypen, wie ein bindungsorientierter Ansatz bei Palliative-Care-Patienten zur Deaktivierung des Bindungssystems und zum Entstehen von tragfähigen Beziehungen am Lebensende beitragen kann. Dabei wird nicht nur die Lebensqualität erhöht und eine hilfreiche Krankheitsbewältigung gefördert. Durch Deaktivierung des Bindungssystems kann das Explorationsverhalten aktiviert werden, was dem Palliativpatienten den Umgang mit spirituellen Bedürfnissen und nicht zuletzt die Auseinandersetzung mit seinem eigenen Tod erleichtern kann (Loetz et al., 2013).

## **III.2 Spiritualität**

Was genau ist mit „Spiritualität“ gemeint? Und wie unterscheidet sie sich von Religion bzw. Religiosität? Wenn die spirituellen Bedürfnisse von Patienten wahrgenommen und bedient werden sollen, wenn klar ist, dass Spiritualität für die Krankheitsbewältigung und für die Lebensqualität ganz besonders bei Palliativpatienten eine große Rolle spielt (Balducci, 2019; Frick et al., 2006; Gall & Bilodeau, 2019; Höcker et al., 2014; Milberg & Friedrichsen, 2017), wenn Spiritualität wissenschaftlich untersucht und gemessen werden soll, dann muss ein gemeinsames Verständnis für den Begriff vorliegen. Wie lässt sich also Spiritualität definieren?

Durch die Säkularisierung ist die Bindung an die traditionellen Religionen aufgebrochen (Grom, 2011; Voltmer et al., 2014) und das Spirituelle scheint das Religiöse ersetzt zu haben (Hvidt et al., 2013). Trotz Unterschiede gibt es jedoch Überschneidungen (Balducci, 2019; Höcker et al., 2014; Zinnbauer & Pargament, 2005), wobei Spiritualität der weiter gefasste Begriff zu sein und das Religiöse zu umfassen scheint (Frick et al., 2006; Grom, 2011; Zwingmann, 2005). Weiher drückt es wie folgt aus: „...das mit Spiritualität Gemeinte (ist) längst nicht mehr auf die Binnenwelt von Kirche und Religion beschränkt, sondern in der Postmoderne zu einem Begriff für viele Einstellungen und Haltungen von Menschen geworden...“ (Weiher, 2011, S.19).

Religionen sind institutionalisierte, kulturell festgelegte Glaubenssysteme, die eine lange Tradition haben, mit religiöser Praxis wie Beten, Kirchenbesuch (bzw. Tempel-, Synagogen-, Moscheen-Besuch etc.) und Ritualen einhergehen und ein vereinendes,

gemeinschaftliches Element besitzen (Balducci, 2019; Büssing, 2010a; Edwards et al., 2010; Frick et al., 2006; Frick, 2009b; Höcker et al., 2014; König, 2012; Voltmer et al., 2014).

Büssing und viele andere definieren Spiritualität als ein multidimensionales Konstrukt, das die individuelle Suche nach Sinn und Bedeutung des eigenen Lebens beinhaltet (Büssing, 2010a; Voltmer et al., 2014). Die Suche nach einer transzendenten Wahrheit, das Gefühl von Verbundenheit mit anderen, der Natur oder dem Göttlichen kann, muss aber nicht ein Teil von Spiritualität sein (Balducci, 2019; Best et al., 2015; Büssing, 2010a; Höcker et al., 2014; Puchalski et al., 2014b; Voltmer et al., 2014). Pargament hingegen stellt die Suche nach Sinn und Bedeutung in Bezug auf das Heilige ins Zentrum seiner Definition (Emanuel et al., 2015; Pargament, 1997). Dabei bezieht sich das Heilige auf ein Gefühl des Verbundenseins mit etwas Größerem, das eigene Leben transzendierenden und Ehrfurcht einflößenden (Belavich & Pargament, 2002; Emanuel et al., 2015). In ihrer Publikation „Toward clarification of the meaning of spirituality“ von 2002 hat Tanyi eine fundierte Untersuchung des Begriffs „Spiritualität“ durchgeführt und dabei mehr als drei Dutzend unterschiedliche Definitionen gefunden (Grom, 2011). Trotz der unterschiedlichen Ausprägungen individueller Spiritualität, die jedem Patienten seine ganz persönliche Krankheitsbewältigung ermöglichen, ist es wichtig, ebenfalls auf verbindende Elemente und Gemeinsamkeiten zu achten (Roser, 2011). Kögler & Fegg schreiben, dass man bei der Wahl eines Instrumentes zur Messung der Spiritualität immer auch die Zielgruppe, die man untersucht, in Betracht ziehen müsse (Kögler & Fegg, 2011). Vielleicht ist es leichter, das Verbindende im Spiritualitätsbegriff zu finden, wenn man sich auf eine bestimmte Zielgruppe konzentriert, ohne jedoch die Offenheit und die Individualität, die in dem Konstrukt der Spiritualität beinhaltet sind, aufzugeben.

Mehrere Autoren haben die spirituellen Bedürfnisse von Krebs- und Palliativpatienten untersucht; viele dieser Bedürfnisse decken sich: Es geht den Schwerstkranken um die Suche nach Sinn und Bedeutung in ihrem Leben und möglicherweise in ihrer Erkrankung und um das Einordnen ihres Lebens und ihrer Lebensgeschichte in etwas Größeres, Allumfassendes; es geht um ihre Beziehungen zu anderen, zu sich selbst, zur Welt und zu etwas Transzendente, unter anderem auch zu etwas Göttlichem; es geht um große Ängste vor Schmerzen, dem Sterben, dem Zurücklassen der Angehörigen und um das Verlangen, mit diesen Ängsten nicht allein gelassen zu werden; es geht um

Selbst-Akzeptanz, Vergebung, ein Nach-innen-gehen und Selbst-Exploration; und es geht um die Suche nach einem inneren Gleichgewicht, um Hoffnung und das Vertrauen auf ein Getragensein von einer höheren Macht (Best et al., 2016; Büssing et al. 2010a; Edwards et al., 2010; Grant et al., 2004; Höcker et al., 2014; Hvidt et al., 2013; Milberg et al., 2014; Moadel et al., 1999; Murray et al., 2004; Raoul & Rougeron, 2007; Weiher, 2011).

Um spirituelle Bedürfnisse von den psycho-sozialen abzugrenzen (Überlappungen gibt es selbstverständlich in allen drei Bereichen (Emanuel et al., 2015)), möchte ich Weiher's Beschreibung des Spiritualität Begriffs heranziehen: „Spiritualität ist eine innerste Gestimmtheit, ein innerer Geist, die das Alltagsleben transzendieren, aus denen heraus Menschen ihr Leben empfinden, sich inspiriert fühlen und ihr Leben gestalten“ (Weiher, 2011, S. 24). Ganz deutlich wird Spiritualität in der Palliativmedizin, in der die Innenwelt des schwerkranken Patienten mit all seinen Ängsten, Überzeugungen und Hoffnungen eine wichtige Ressource für seine Krankheitsverarbeitung sein kann.

### **III.3 Krankheitsverarbeitung und spirituelles Coping**

Eine lebensbedrohliche Krankheit löst in hohem Maße beim Betroffenen Stress aus. Laut einer Studie von Maerker et al. (2008) zählt in Deutschland eine lebensbedrohliche Erkrankung zu den drei schwerwiegendsten Traumata, die das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung auslösen können. Es bedarf also bei dem Versuch, solch eine Krankheit zu verarbeiten und ein inneres Gleichgewicht wiederherzustellen, effektiver Bewältigungsstrategien (Lazarus & Folkman, 1984). Krankheitsverarbeitung wird im Englischen als „Coping“ bezeichnet. Lazarus und Folkman definieren Coping als:

*„constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“* (Lazarus & Folkman, 1984, S. 141).

Im Transaktionalen Stressmodell nach Lazarus und Folkman wird ein Ereignis (Stressor) zunächst bewertet: Ist das Ereignis irrelevant, positiv (und damit harmlos) oder belastend? Wenn es als belastend bewertet wird, kann dieser Stress entweder Schaden/Verlust, Bedrohung oder eine Herausforderung bedeuten. Nach dieser ersten kognitiven Bewertung (primary appraisal), kommt eine zweite Bewertung zum Zuge (secondary appraisal), welche dazu dient, Copingstrategien zu wählen und anzuwenden.

Durch diese Prozesse, die sowohl bewusst als auch unbewusst ablaufen können, ändert sich meist das Verhältnis des Betroffenen zum Ereignis und zur daraus resultierenden Situation, in der er sich befindet. Dadurch, aber auch weil sich ein Ereignis weiterentwickelt und neue Veränderungen mit sich bringt, finden weitere Bewertungen statt (reappraisal) und neue oder dieselben Copingstrategien kommen zur Anwendung (Lazarus & Folkman, 1984). Ein wichtiges Merkmal in diesem Modell ist die Idee, dass nicht nur Emotionen (zum Beispiel Angst), die durch ein belastendes Ereignis (zum Beispiel Gefahr durch einen Angreifer) ausgelöst werden, zum Coping führen (zum Beispiel weglaufen), sondern dass der gesamte Bewertungs- und Coping-Prozess Emotionen auch vermittelt (Folkman & Lazarus, 1988). Außerdem spielen persönliche Ressourcen und ob diese dem Betroffenen zugänglich sind für das Coping eine wesentliche Rolle (Lazarus & Folkman, 1984). Ressourcen können dabei Gesundheit und Energie, positive Überzeugungen, problemorientierte und soziale Fähigkeiten sowie soziale und materielle Unterstützung sein (Lazarus & Folkman, 1984). Allerdings gibt es belastende Ereignisse, die die Fähigkeit zur Nutzung möglicher Ressourcen übersteigen und dadurch zu großen Einschränkungen im Coping führen (Lazarus & Folkman, 1984). Das aktivierte Bindungssystem eines Palliative-Care-Patienten ist sicherlich eine erhebliche Einschränkung, die den Zugang zu nützlichen Coping-Mechanismen blockieren kann.

Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman beinhaltet zwei wesentliche Coping-Funktionen, nämlich das problemorientierte Coping (problem-focused coping), welches darauf ausgerichtet ist, das Stress verursachende Problem selbst zu bewältigen, und das emotionsorientierte Coping (emotion-focused coping), welches der Regulierung der Emotionen dient, die durch den Stress entstehen (Lazarus & Folkman, 1984). Das problemorientierte Coping muss nicht zwangsläufig zum Ziel haben, das Hauptproblem zu lösen oder zu beseitigen (Lazarus & Folkman, 1984). Dies wäre bei Palliative-Care-Patienten beispielsweise gar nicht möglich. Hier könnten Lösungen dann darin bestehen, konkrete Möglichkeiten zu finden, wie man mit körperlichem Funktionsverlust, Nebenwirkungen von Medikamenten oder ungelösten Familienkonflikten umgeht (Lazarus & Folkman, 1984).

Susan Folkman hat das Transaktionale Stressmodell um eine Coping-Funktion erweitert: nämlich um das bedeutungsorientierte Coping (meaning-based coping) (Folkman, 1997; Folkman & Greer, 2000). Hierbei geht es vor allen Dingen darum,

trotz äußerstem Stress, wie es zum Beispiel bei schwerer Erkrankung der Fall ist, positives psychologisches Wohlbefinden zu erreichen, welches unter anderem dadurch entstehen kann, dass man dem belastenden Ereignis einen Sinn verleiht.

Für Folkman sind Spiritualität und Religiosität ein Teilaspekt des bedeutungsorientierten Copings und sorgen vor allem bei einer schweren Erkrankung für seelisches Wohlbefinden (Folkman, 1997, Folkman & Greer, 2000). Büssing hat jedoch in vielen Studien zeigen können, dass spirituelles Coping ein eigener Coping-Mechanismus ist, der sich vom emotions- und bedeutungsorientierten Coping unterscheidet (Büssing et al., 2007; Büssing, 2010a; Büssing et al., 2013). Es gibt zwar Überlappungen bei der Messung von spirituellem Wohlbefinden auf der einen Seite und seelischem Wohlbefinden und der Lebensqualität auf der anderen Seite, jedoch berührt das spirituelle Coping Aspekte, die eigenständig, spezifisch und unabhängig von der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind (Büssing, 2010a; Ostermann & Büssing, 2007; Sawatzky, 2005).

Häufig ist in der Literatur von religiösem Coping die Rede. Allerdings ist damit nicht nur die Hinwendung zur traditionellen Religion, zum Glauben an Gott oder an das Göttliche oder zu religiösen Praktiken wie das Beten und der Gottesdienst gemeint, sondern auch und vor allem das allgemein Spirituelle (Emanuel et al., 2015; Pargament, 1997; Zwingmann, et al., 2008). Das spirituelle Coping beinhaltet einerseits das von Folkman auch angesprochene „meaning-based coping“ mit existentiellen und existentialistischen Themen (Büssing et al., 2005a & 2005b; Emanuel et al., 2015), andererseits aber auch die Einstellungen und Überzeugungen des Patienten bezüglich einer göttlichen oder transzendenten Instanz (Zwingmann et al., 2008). Beim spirituellen Coping geht es um das Erfahren von spirituellem Wohlbefinden (Emanuel et al., 2015; Pargament, 1997): Die Suche nach einer Verbindung zu etwas Heiligem und nach einer übergeordneten, das menschliche Dasein transzendierenden Wahrheit scheinen ganz besonders bei Palliative-Care-Patienten Bedürfnisse zu sein (Emanuel et al., 2015; Hvidt et al., 2013; Saunders et al., 1995). Spirituelles Coping scheint zudem Patienten im fortgeschrittenem Krebsstadium als wichtige Ressource zu dienen, um trotz ihrer schweren Erkrankung Hoffnung, Trost und Bedeutung (Vallurupalli et al., 2012) und eine Bindung an eine höhere Macht durch Selbsttranszendenz zu erfahren (Baldacchino et al., 2012), aber auch, um sich mit der eigenen Endlichkeit und dem Sterben auseinander zu setzen (Loetz et al., 2013; Weiher, 2011).

Obwohl die meisten Studien zum spirituellen Coping aus den USA kommen und die Er-

gebnisse der amerikanischen Studien nicht ohne weiteres auf Deutschland und Europa übertragen werden dürfen (Büssing et al., 2009; Zwingmann, 2005), deuten auch Studien hierzulande darauf hin, dass in Deutschland und anderen europäischen Ländern lebende Patienten spirituelles Coping einsetzen (Büssing et al., 2005b & 2007; Frick et al., 2006; Höcker et al., 2014). Allerdings ist diese Studienlage noch dünn und bedarf weiterer Forschung (Hvidt et al., 2013; Zwingmann, 2005; Zwingmann & Gottschling, 2015).

Das Spirituelle, Gott, das Transzendente oder auch schlicht das Unbekannte kann als solches nicht methodisch erfasst werden. Jedoch lässt sich anhand von Fragebögen beispielsweise das Verhältnis des Patienten zum Spirituellen und spirituellen Coping messen (Emanuel et al., 2015). In den letzten 30 Jahren haben sich viele Autoren mit der Problematik auseinandergesetzt, wie Spiritualität und spirituelles Coping gemessen werden können (Ostermann & Büssing, 2007). Es sind viele standardisierte Fragebögen entwickelt worden, die die spirituelle und religiöse Krankheitsverarbeitung und unterschiedliche Aspekte der Spiritualität untersuchen und zu messen versuchen (Kögler & Fegg, 2011; Ostermann & Büssing, 2007). Die Operationalisierung ist nicht leicht, da es sich um ein multidimensionales und heterogenes Konstrukt handelt (Ostermann & Büssing, 2007). Daher muss auch die Methode zur Messung des spirituellen Copings zu der zu untersuchenden Bevölkerungsgruppe und zu deren speziellen spirituellen Bedürfnissen passen (Büssing, 2010a; Kögler & Fegg, 2011).

Die spezielle Situation des Palliative-Care-Patienten kann eine starke Aktivierung des Bindungssystems bewirken (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Besonders ein unsicherer oder ein unverarbeiteter Bindungsstil kann den Zugang zu den eigenen Ressourcen im Umgang mit der schweren Erkrankung stören und damit das Coping ungünstig beeinflussen (Gall & Bilodeau, 2019). Dies trifft auch auf das spirituelle Coping zu. Jedoch gerade in der Palliativmedizin, wenn sich ein Patient mit der eigenen Sterblichkeit stärker auseinandersetzt, ist ein möglichst ungehinderter Zugang zu den eigenen inneren Ressourcen, besonders der Spiritualität unverzichtbar. Es gibt unterschiedliche spirituelle Coping-Mechanismen, derer sich Palliativpatienten in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung bedienen können und die durch ein aktiviertes Bindungssystem gestört sein können (Belavich & Pargament, 2002). Einer dieser Mechanismen ist zum Beispiel das „kollaborative spirituelle Coping“, mit dem der Patient, gemäß der Bindungstheorie nach John Bowlby, eine Bindung zu Gott sucht, um sich gemeinsam

mit Gott oder dem Spirituellen mit seiner Erkrankung und der palliativen Situation auseinander zu setzen (Belavich & Pargament, 2002; Harrison et al., 2001; Pargament et al., 2004). Kirkpatrick & Shaver sprechen allgemein von dem Konzept „Attachment to God“ (Kirkpatrick & Shaver, 1992) und Loetz et al. haben jenes Konzept speziell in der Bedeutung für die Palliativmedizin untersucht (Loetz et al., 2013), was nun im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.

### **III.4 Attachment to God (Bindung und Spiritualität)**

Spiritualität in der Palliativmedizin kann unter Berücksichtigung der Bindungstheorie in zweifacher Hinsicht wichtig sein: Einerseits kann sich der Palliative-Care-Patient mit seinen Ängsten und Sorgen „Gott“ zuwenden, um das durch die unheilbare Krankheit aktivierte Bindungssystem zu beruhigen und damit eine Art Zufluchtsort oder sicheren Hafen bei „Gott“ zu finden, der ihm Trost und Schutz spendet (Granqvist et al., 2007 & 2010; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). (Gott kann in diesem Kontext sowohl im monotheistischen Sinne als auch im weitesten, spirituellen Sinne, zum Beispiel als höhere Instanz oder transzendente Wahrheit betrachtet werden, je nach spiritueller Orientierung des Patienten, weshalb im Folgenden der Begriff „Spiritualität“ anstelle von „Gott“ verwendet wird.) Die Spiritualität übernimmt in gewisser Weise die Funktion der primären Bezugsperson aus der frühen Kindheit, die dem Säugling damals bei Gefahr Schutz bot (Granqvist et al., 2010).

Unabhängig davon, ob Spiritualität in ihrer Funktion als Bindungsfigur religiös erlebt wird (zum Beispiel als Gott, Engel usw.) oder im weitesten Sinne spirituell (zum Beispiel in der Natur, als Einheitserfahrung oder in der Verbindung zum eigenen inneren Wesenskern), geht es hierbei meist um Beziehungen (Edwards et al., 2010). Die Beziehung zu einer transzendenten Bindungsfigur ist in der Palliativmedizin von besonderer Bedeutung, da es am Lebensende verstärkt zu einer Sinnsuche, zum Erwachen einer spirituellen Dimension und zum Versuch, das eigene Leben in einen größeren, transzendenten Kontext einzubetten, kommen kann (Edwards et al., 2010; Hvidt et al., 2013; Loetz et al., 2013). Spiritualität als Bindungsersatz kann bei diesen spirituellen Bedürfnissen helfen, sie kann trösten und sie kann ein Gefühl der Sicherheit geben (Loetz et al., 2013; Milberg & Friedrichsen, 2017).

Andererseits kann Spiritualität aus bindungstheoretischer Sicht ein wichtiger Bereich

für Explorationsverhalten des Palliativkranken sein (Loetz et al., 2013). Spiritualität wird zur sicheren Basis, von dem der Patient mit Vertrauen in die Exploration gehen kann (Granqvist et al., 2007; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Wenn das Bindungssystem deaktiviert ist, wird das Explorationsverhalten angeregt (Müller, 2017). Es besteht nun die Möglichkeit, die eigenen Grenzen zu explorieren, das Mysterium des eigenen Todes zu erkunden (Loetz et al., 2013) und Abschied und Übergang bewusst wahrzunehmen (Frick, 2009a). Ein bindungsorientierter Therapieansatz in Palliativstationen und in Hospizen kann erfolgreich dazu beitragen, das Bindungssystem zu deaktivieren und Exploration zu ermöglichen (Milberg et al., 2012; Petersen & Köhler, 2005). Allerdings stellt sich die Frage, ob sicher gebundene Palliativpatienten eventuell einen leichteren Zugang zur Erkundung von Spiritualität haben, da sie von vorneherein eine verinnerlichte sichere Basis haben, von der aus sie in die Exploration gehen können. Außerdem vertrauen sie auf Beziehungen und suchen angemessene Hilfe und Unterstützung in ihrem Umfeld, was mit der Schutz- und Trostsuche beim Spirituellen in der Ersatzfunktion als Bindungspartner korrespondieren könnte (Kirkpatrick & Shaver, 1992; Kunsmann-Leutiger et al., 2018; Müller, 2017). Es stellt sich weiter die Frage, ob unsicher-distanziert gebundene Palliativpatienten auch eine stärkere Neigung zur spirituellen Exploration haben: Einerseits ist ihr Bindungssystem oft gar nicht aktiviert, haben sie doch aus ihren Erfahrungen gelernt, auf Hilfe zu verzichten und sich von bindungsaktivierenden Situationen abzuwenden (Brenk-Franz et al., 2011; Müller, 2017). Ihr Explorationsverhalten ist dadurch von Anfang an stärker ausgeprägt (Müller, 2017). Andererseits kann die Zuwendung an das Spirituelle als Bindungsersatz eine Art Kompensation für Beziehungserfahrungen mit einer nicht verfügbaren, distanzierten oder ablehnenden Bezugsperson aus der Kindheit sein (Ainsworth, 1985; Granqvist et al., 2007; Kirkpatrick & Shaver, 1992).

Fragen nach dem Lebenssinn und nach der Transzendenz sind bei Sterbenden ganz besonders bedeutsam, was empirische Untersuchungen zeigen konnten (Fegg et al., 2007 & 2008). Der bindungstheoretische Ansatz speziell in der Palliativmedizin bietet dem Patienten eine individuellere und sorgsamere Krankheitsbewältigung, die zu mehr emotionaler Stabilität, zum Begreifen des eigenen Lebens im Kontext einer übergeordneten Dimension und zu Transzendenzerfahrungen führen kann und das Sterben als einen bewussten Prozess wahrnehmbar machen kann.

## IV. Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Studie war es, den Zusammenhang zwischen Bindungsmuster und spirituellem Coping bei Palliative-Care-Patienten zu untersuchen. Die palliative Situation ist einerseits ein starker Aktivator des Bindungssystems, wodurch das Coping eingeschränkt sein kann. Andererseits berührt eine schwerwiegende Erkrankung die Spiritualität eines jeden Menschen, so dass das spirituelle Coping zu einer essentiellen Erweiterung der allgemeinen Krankheitsverarbeitung wird.

Die vorliegende Studie ist einzigartig, weil sie die bislang größte Studie ist, in der anhand eines aufwendigen Interviews die Bindungsmuster von 80 Palliative-Care-Patienten herausgearbeitet wurden und gleichzeitig anhand eines spirituellen Fragebogens festgestellt wurde, inwiefern diese Patienten ihre Erkrankung spirituell (im Sinne eines spirituellen Copings) verarbeiten.

Wir stellten uns folgende drei Forschungsfragen:

- 1. Welche Bindungsmusterverteilung zeigte sich unter den Palliative-Care-Patienten und gab es einen Zusammenhang zwischen dem Bindungsmuster und Parametern wie institutioneller Einrichtung, Geschlecht oder Religionszugehörigkeit?*
- 2. Neigten die Palliative-Care-Patienten zum spirituellen Coping und welche Faktoren beeinflussten dies?*
- 3. Gab es einen Zusammenhang zwischen den vier Bindungsmustern und dem spirituellen Coping bei Palliative-Care-Patienten oder anders ausgedrückt: Wie wurde Spiritualität von den verschiedenen Bindungstypen erfahren?<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Im August 2018 ist der Artikel „Attachment Patterns Affect Spiritual Coping in Palliative Care“ im *Journal of Hospice & Palliative Nursing* erschienen. Er wurde von der Autorin dieser Doktorarbeit in Zusammenarbeit mit Eckhard Frick, Cecile Loetz, Jakob Johann Müller und Yvonne Petersen geschrieben. Der Artikel befasst sich insbesondere mit der dritten Forschungsfrage dieser Doktorarbeit. Ich möchte hier noch einmal klarstellen, dass der gesamte Inhalt des Artikels zuvor für diese Doktorarbeit von mir selber erarbeitet und geschrieben wurde. Da diese Doktorarbeit drei Jahre vor Erhalt meiner Approbation fertiggestellt wurde und ich sie noch nicht einreichen durfte, entstand die Idee, einige Ergebnisse schon vorab zu publizieren. Die Tatsache, dass die Ergebnisse schnell auf Interesse gestoßen sind und publiziert werden konnten, war sehr erfreulich. Um mich jedoch vor einem möglichen Plagiatsvorwurf zu schützen, habe ich an entsprechender Stelle die Ergebnisse und Diskussionspunkte (und die Gedanken zu den verschiedenen Themenbereichen dieser Arbeit), die in dem Artikel erschienen sind, korrekt unter „Kunsmann-Leutiger et al., 2018“ zitiert.

## **V. Material und Methodik**

### **V.1 Studiendesign und Teilnehmer**

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine korrelative Querschnittsstudie, die Teil eines größeren Forschungsvorhabens an der Professur für Spiritual Care der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin war. An der Studie nahmen alle Palliativstationen und Hospize im Stadtgebiet Münchens teil. Die Teilnehmer kamen aus den folgenden stationären Palliativstationen und Hospizeinrichtungen: Dem Christophorus- und dem Johanneshospiz, sowie den Palliativstationen der Kliniken Großhadern, Schwabing, Harlaching und den Barmherzigen Brüdern. Insgesamt nahmen 83 Patienten an der Studie teil. Drei davon mussten von der Auswertung ausgeschlossen werden, da die Erhebung der Daten nicht abgeschlossen werden konnte. Somit lagen für die Auswertung der Studie 80 vollständige Datensätze vor. Diese ausgewerteten Datensätze bestanden aus Teilnehmern, bei denen sowohl eine vollständige Bindungsdiagnostik gemäß des Adult Attachment Picture System (dem AAP) vorlag sowie ein ausgefüllter SpREUK-SF10 Fragebogen.

### **V.2 Rahmen und Vorbereitungen der Interviews**

Die Interviews fanden zwischen Februar und Juni 2015 statt und wurden von jeweils einer Person aus einem siebenköpfigen Forscherteam durchgeführt. Jedes Interview dauerte zwischen 15 und 30 Minuten, allerdings verbrachten die meisten Interviewer 30-60 Minuten mit dem Patienten; in einigen Fällen auch ein bis zwei Stunden. Die Interviewer wurden vorab geschult, wie sie die Fragen zu stellen und wie sie sich im Interview dem Patienten gegenüber zu verhalten hätten. Bei sieben verschiedenen Befragern war dies wichtig, um möglichst gleiche Rahmenbedingungen für die Interviews zu schaffen.

### **V.3 Stichprobenbildung**

Die Auswahl der Patienten war wie folgt vereinbart: Ein Arzt oder die Stationsleitung

bestimmten nach eigenem Ermessen, welche Patienten für die Studie in Frage kommen würden, das heißt ob ihrer Einschätzung zufolge ein Patient zum Beispiel die Kraft und Ausdauer für ein Interview haben würde. Wichtig war, dass zwischen der Aufnahme des Patienten auf Palliativstation/ im Hospiz und dem vorgesehenen Interview mindestens 24 Stunden lagen. Damit sollte verhindert werden, dass eine eventuelle erste Aufregung über die neue Umgebung Einfluss auf das Interview nehmen könnte.

Folgende Ausschlusskriterien waren von uns vorgegeben:

- 1. Manifestation einer körperlich begründbaren Psychose, bei der das Vermögen einer angemessenen Realitätsorientierung und Selbstvergegenwärtigung verloren gegangen ist*
- 2. Psychische und physische Instabilität nach klinischem Urteil*
- 3. Ungenügende Kenntnis der deutschen Sprache*

Zusätzlich sollte der Patient in seinem Visus nicht so stark eingeschränkt sein, dass er die vorgelegten Bilder des AAP nicht würde erkennen können.

Patienten, die nun für das Interview in Frage kamen, wurden von dem diensthabenden Arzt über die Studie informiert und gefragt, ob sie bereit wären, teilzunehmen. Daraufhin erhielten sie ein Informationsblatt zur Studie und eine Einwilligungserklärung, die sie unterschreiben mussten.

#### **V.4 Ablauf des Interviews**

Sobald eine oder auch mehrere Einwilligungserklärungen unterschrieben vorlagen, wurde das Forscherteam benachrichtigt. Noch am selben oder am darauffolgenden Tag besuchte eine Person des Teams den oder die Patienten. Die Patienten wurden immer darauf hingewiesen, dass sie das Interview jederzeit abbrechen durften, wenn es sie zu sehr anstrenge. Wenn Angehörige oder Freunde zu Besuch waren, wurden diese im Einverständnis des Patienten gebeten, das Zimmer zu verlassen. Dies diente wiederum der Einhaltung möglichst gleicher, reproduzierbarer Rahmenbedingungen.

Jedes Interview bestand aus vier Teilen; einem offiziellen Teil (Punkt 1-3) und einem offenen Gespräch (Punkt 4):

- 1. Dem Erfassen der soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten und*

*der aktuellen Belastung des Patienten (gemessen mittels des Distress-Thermometers des National Comprehensive Cancer Network)*

2. *Dem Adult Attachment Picture System Interview (AAP)*
3. *Dem SpREUK-SF10 Fragebogen*
4. *Einem offenen Gespräch*

Das Interview wurde mit einem Diktiergerät aufgenommen und jedem Patienten wurde ein Zahlencode zugeteilt, wodurch die Studie anonymisiert wurde. Die meisten Patienten waren sehr aufgeschlossen und daran interessiert, am Ende des offiziellen Teils noch in einem offenen Gespräch zu reden, Fragen zur Studie zu stellen oder manchmal einfach im Beisein des Befragers noch ein wenig zu weinen, da das Interview häufig auch tief bewegend war.

Abschließend verfasste jeder Interviewer einen meist einseitigen Bericht über das Gespräch, in dem er seinen Gesamteindruck aber auch einzelne, herausragende Details, sowie eventuelle Konflikte, unerwartete Reaktionen oder Auffälligkeiten beschrieb.

## **V.5 Erhebungsinstrumente**

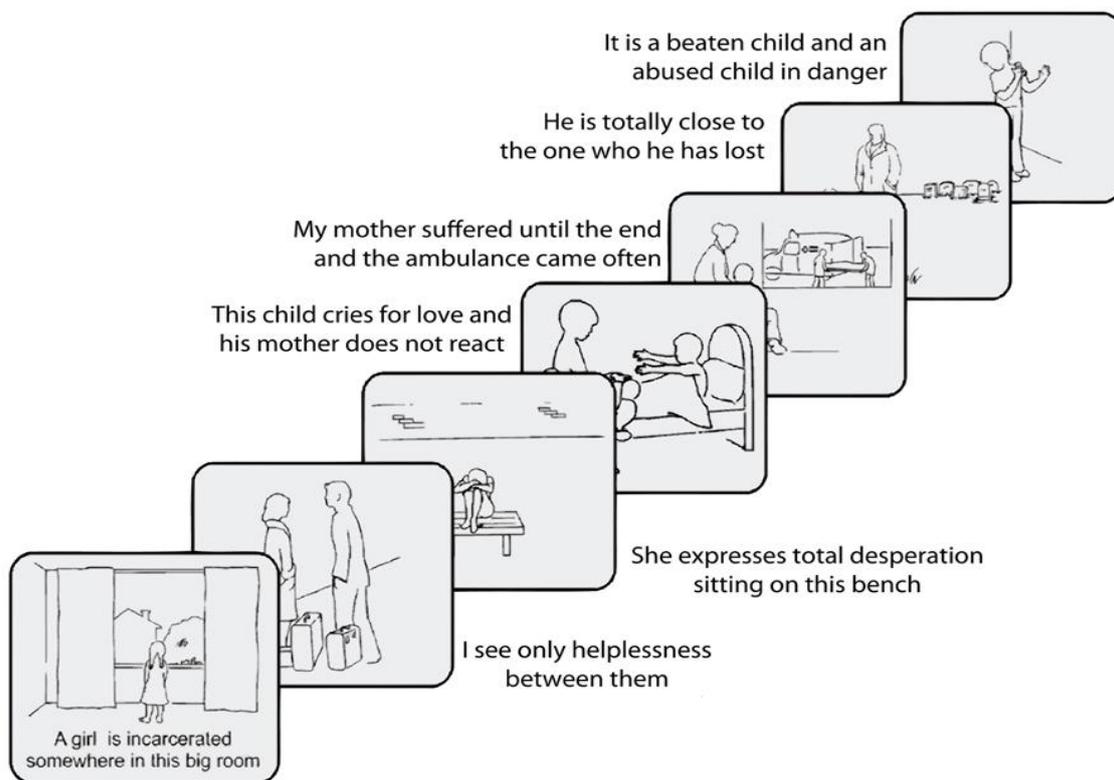
### **V.5.1 Das Adult Attachment Picture System**

Das Adult Attachment Picture System, kurz AAP, ist ein diagnostisches Instrument zur Bestimmung der vier Bindungstypen. Es beinhaltet sowohl Elemente eines halb-strukturierten Interviews als auch eines projektiven Tests (zum Beispiel Rorschach-Test, TAT) (George, West & Pettem, 1997). Das AAP setzt sich zusammen aus 8 Bildern, die dem Probanden nacheinander gezeigt werden. Auf den Bildern sind Szenen abgebildet, in denen Protagonisten entweder als Kind oder als Erwachsener, allein oder in Interaktion mit einer weiteren Person, dargestellt werden. Die Beziehung zwischen den abgebildeten Personen ist nicht eindeutig und soll im Probanden das Bindungssystem aktivieren (George & West, 2012; George, West & Pettem, 1997; West & Sheldon-Keller, 1994). Die Personen in den Bildern sind neutral gezeichnet; der Inhalt der Szenen lässt - jedoch nicht ganz eindeutig - auf Bindungssystem-aktivierende Situationen wie Krankheit, Trennung, Missbrauch oder Einsamkeit schließen (George &

West, 2001). Die acht Bilder werden in einer genau vorgegebenen Reihenfolge präsentiert, weil die Intensität, mit der sie das Bindungssystem aktivieren, mit jedem Bild stärker wird (George & West, 2012; George, West & Pettem, 1997). Dies wird durch neurobiologische Untersuchungen empirisch belegt (Fizke et al., 2013). *Abbildung 1* zeigt sieben der acht AAP-Bilder in der genauen Abfolge von links unten nach rechts oben (Buchheim et al., 2013). Das erste der acht Bilder ist hier nicht abgebildet, da es neutral ist und das Bindungssystem nicht aktiviert (George, West & Pettem, 1997). Es dient lediglich als kleine Aufwärmübung für den Probanden. Die englischen Texte neben den Bildern sind Zitate aus Geschichten einer Patientin aus Buchheim et al., (2013).

*Abbildung 1*

**Bildzitat aus: Buchheim et al. (2013)**



Der halb-standardisierte Interviewteil des AAP besteht nun darin, dass der Interviewer den Interviewten dazu auffordert, zu jedem Bild/ jeder Szene frei eine Geschichte zu erzählen und innerhalb dieser Geschichte drei spezifische Fragen zu beantworten (George, West & Pettem, 1997):

1. *Wie ist es zu dieser Szene auf dem Bild gekommen?*
2. *Was denken oder fühlen die Personen?*
3. *Wie könnte die Geschichte weitergehen?*

Wird eine der drei Fragen vom Interviewten während seiner Erzählung nicht beantwortet, muss der Interviewer diese Frage wiederholen. Bleibt die Frage weiterhin unbeantwortet, wird nicht weiter nachgefragt. Das Beantworten bzw. das Nicht-Beantworten der drei spezifischen Fragen ist im späteren Verlauf für die Auswertung der vier Bindungstypen (sicher, unsicher-distanziert, unsicher-verstrickt und unverarbeitet/desorganisiert) relevant (George, West & Pettem, 1997).

Das Interview ist nun deshalb halb-strukturiert, weil die Befragten dazu aufgefordert werden, diese drei konkreten Fragen zu beantworten, ansonsten aber frei eine Geschichte zu den Bildern erzählen können.

Die Qualität über den Ablauf des AAP-Interviews und damit die Qualität der Bindungsdiagnostik anhand der erzählten Geschichten der Probanden hängt vom Interviewer ab und vor allem davon, wie seine Anweisungen zum Erzählen erfolgen (George, West & Pettem, 1997). Daher beginnt jeder Interviewer mit demselben Text, der in dem folgenden Kasten nachgelesen werden kann.

„Ich werde Ihnen nun nacheinander eine Reihe von Bildern zeigen und ich werde Ihnen Zeit geben über jedes Bild nachzudenken. Dann werde ich Sie auffordern, mir eine Geschichte zu erzählen, was auf dem Bild vor sich geht. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Denken Sie sich einfach eine Geschichte aus, was auf diesem Bild passiert, wie es zu dieser Szene kam (1), was die Personen denken oder fühlen (2) und wie die Geschichte weitergehen mag (3)“ (George, West & Pettem, 1997)

Außerdem ist es wichtig, dem Erzählenden in seinem Erzählfluss nicht zu beeinflussen, auch nicht durch nonverbale Kommunikationsmethoden, wie zum Beispiel zustimmendes Kopfnicken (George, West & Pettem, 1997). Es bedarf daher seitens der Interviewer

einiger Vorbereitung und Übung, um eine optimale Interviewsituation zu schaffen.

Der projektive Teil des AAP ergibt sich aus den Bildern, die dem Interviewten vorgelegt werden und die zu Fantasien und Assoziationen anregen sollen (George, West & Pettem, 1997). Wie bereits erwähnt, sind die Bilder des AAP dabei so konzipiert, dass das Bindungssystem aktiviert werden soll (George & West, 2012; George, West & Pettem, 1997; West & Sheldon-Keller, 1994). Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn ich hier auf die Entwicklung und genaue Funktionsweise des AAP und auf die Methode für die Ausarbeitung der Bindungsstile eingehen würde. Für den interessierten Leser verweise ich auf folgende Literatur: Buchheim et al., 2003; Buchheim et al., 2013; George et al., 1999; George & West, 2001; George & West, 2012; George, West & Pettem, 1997; West & Sheldon-Keller, 1994.

#### *Gütekriterien:*

Die Anwendbarkeit des AAP für die Bindungsdiagnostik konnte gut belegt werden (Buchheim et al., 2006; Delvecchio et al., 2014; Gander & Buchheim, 2015; George & Buchheim, 2014; George & West, 2012). Das AAP hat gute test-statistische Gütekriterien: eine Retest-Reliabilität von 84% (Kappa = .78;  $p < .000$ ) und Interrater-Reliabilität von 85% (Kappa = .72;  $p < .000$ ; George & West, 2012).

Um die Bindungsstile aller Patienten in unserer Studie in Erfahrung zu bringen, wurden zunächst die AAP-Bilderinterviews nach AAP-spezifischen Regeln transkribiert (Buchheim et al., 2003). Aus dem wörtlich transkribierten Text wurden alle Bindungsstile von zwei Psychologen herausgearbeitet, die vorher eine Ausbildung zum zertifizierten Rater für das AAP-Verfahren erfolgreich abgeschlossen hatten.

## **V.5.2 SpREUK-SF 10**

### *V.5.2.1 Operationalisierung von Spiritualität/ spiritueller Krankheitsverarbeitung*

Da es in unserer Studie um Palliativpatienten im tendenziell säkularen Deutschland ging, stellte sich für uns zunächst die Frage, wie wir die Erhebung der spirituellen

Krankheitsverarbeitung in unserer Stichprobe durchführen, bzw. welche Aspekte von dem sehr weit gefassten Begriff der Spiritualität wir überhaupt untersuchen sollten. Außerdem musste das Setting der Studie beachtet werden: Dem Erfragen der Spiritualität mittels eines Fragebogens sollte das AAP- mit Aktivierung des Bindungssystems - vorgestellt werden. Daher war es notwendig, so effizient und schnell wie möglich die spirituelle Krankheitsverarbeitung beim Patienten zu erfragen. Wir hatten es mit schwerkranken, palliativen Patienten zu tun, die möglicherweise schnell ermüden würden. Daher war es wichtig, einen so kurzen Fragebogen wie möglich zu verwenden, der nichtsdestotrotz aussagekräftige Informationen zur spirituellen Krankheitsverarbeitung der zu untersuchenden Population liefern würde. Aus verschiedenen Gründen bot sich der validierte SpREUK-SF10-Fragebogen an.

#### *V.5.2.2 Der SpREUK-SF10 Fragebogen*

SpREUK-SF10 ist das Akronym für Spirituelle/ Religiöse Einstellungen und Umgang mit der Krankheit- Short Form. Dieser Fragebogen wurde von Arndt Büssing von der medizinischen Fakultät der Universität Witten / Herdecke entwickelt, um Einstellungen sowohl schwerstkranker wie auch chronisch kranker Menschen in Bezug auf Spiritualität und Religiosität zu untersuchen (Büssing et al., 2005a). Es ging darum zu untersuchen, wie Menschen in säkularen Gesellschaften Spiritualität nutzen, um Krankheiten zu bewältigen (Büssing, 2010b). Dabei wurde darauf geachtet, dass keine speziell religiöse Terminologie verwendet wurde, sondern Begriffe, die sowohl spirituell als auch religiös konnotiert sein konnten (Büssing et al., 2007; Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Der SpREUK-SF10 setzt sich aus 3 Subskalen zusammen, die Spiritualität in säkularen Gesellschaften messen können und auf unsere Stichprobe der 80 Palliativpatienten anwendbar zu sein schien (Büssing, 2010a). In mehreren Untersuchungen hat Büssing herausgefunden, dass speziell für schwerkranke Tumorpatienten und chronisch Kranke folgende Aspekte von Spiritualität wichtig zu sein scheinen: die Suche nach einer transzendenten/ spirituellen Unterstützung, das Vertrauen in ein Getragensein durch eine höhere Macht und die Reflexion über Sinn und Bedeutung der eigenen Erkrankung.

Der SpREUK operationalisiert diese drei Subskalen mit guter interner Konsistenz (Büs-

sing, 2010a & 2010b; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Bei den drei Motiven im SpREUK handelt es sich um 1. **Suche** nach spiritueller Unterstützung oder nach dem Zugang zu Spiritualität/ Religiosität 2. **Vertrauen** in eine höhere Macht und 3. **Reflexionen** über den persönlichen Sinn der Krankheit (Büssing, 2010a & 2010b). Jedem Motiv sind mehrere Items in Form von Fragen zugeordnet. Das Motiv „Suche“ enthält 3 Items, „Reflexion“ ebenfalls 3 Items und „Vertrauen“ enthält 4 Items. Die 10 Items können in *Tabelle 1* eingesehen werden.

**Tabelle 1 SpREUK Fragebogen**

Aus Gesprächen mit Patienten wissen wir, dass es sehr verschiedene Gefühle, Einstellungen und Reaktionen auch in Bezug auf Krankheit gibt. Im Folgenden finden Sie daher Aussagen, wie sie von anderen Patienten geäußert wurden.  Bitte überprüfen Sie, in wie weit diese für Sie persönlich momentan zutreffend sind. Wenn es Ihnen schwerfällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan noch am ehesten auf Sie zutrifft.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	kann ich nicht sagen	trifft eher zu	trifft genau zu
Meine Krankheit hat mich dazu gebracht, mich wieder intensiv mit spirituellen oder religiösen Fragen zu beschäftigen ( <b>Suche</b> )	0	1	2	3	4
Ich bin davon überzeugt, dass sich meine Krankheit günstig beeinflussen lässt, wenn ich einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden kann ( <b>Suche</b> )	0	1	2	3	4
Ich suche einen Zugang zu Spiritualität / Religiosität ( <b>Suche</b> )	0	1	2	3	4
Was mir zustößt, ist mir ein Hinweis, etwas in meinem Leben zu ändern ( <b>Reflexion</b> )	0	1	2	3	4
Durch meine Erkrankung komme ich dazu, mich wieder mehr mit mir selber auseinander zu setzen ( <b>Reflexion</b> )	0	1	2	3	4
Durch meine Erkrankung komme ich dazu, darüber nachzudenken, was mir in meinem Leben wirklich wichtig ist ( <b>Reflexion</b> )	0	1	2	3	4
Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben ( <b>Vertrauen</b> )	0	1	2	3	4
Ich fühle mich mit einer „höheren Quelle“ verbunden ( <b>Vertrauen</b> )	0	1	2	3	4
Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist ( <b>Vertrauen</b> )	0	1	2	3	4
Egal was auch passiert, ich habe Vertrauen in eine höhere Macht, die mich trägt ( <b>Vertrauen</b> )	0	1	2	3	4

© Prof. Dr. Arndt Büssing, University Witten/Herdecke

Ursprünglich wurde ein 18-Item SpREUK-Fragebogen entwickelt und auf Reliabilität und Validität geprüft (Büssing, 2010a). In einem weiteren Schritt wurde der SpREUK-

Fragebogen auf 10 Items reduziert und auf Reliabilität/ Validität geprüft. Wir verwendeten für unsere Studie den SpREUK-SF10, weil dieser mit 10 Fragen kurz war, ohne die psychometrischen Eigenschaften des längeren SpREUKs einzubüßen (Büssing, 2010a).

Der SpREUK-SF10 mit seinen drei Subskalen weist gute psychometrische Eigenschaften auf: 1. Suche ( $\alpha = 0,844$ ), 2. Vertrauen ( $\alpha = 0,898$ ) und 3. Reflexion ( $\alpha = 0,736$ ) und ist ein reliabler und valider Fragebogen, um die spirituelle Krankheitsverarbeitung zu messen (Büssing, 2010a). Für eine detaillierte Faktor- und Reliabilitätsanalyse des SpREUK-SF10 siehe *Anhang 1* (Büssing, 2010a, Seite 835, Tabelle 1b).

Auf einer Likert-Skala von 0 bis 4 musste nun der Patient beim Ausfüllen des Fragebogens seine Präferenz angeben, wobei 0 = „trifft gar nicht zu“ und 4 = „trifft genau zu“ bedeutete (Büssing, 2010a). Es wurde der Grad der prozentualen Zustimmung für die Summe der Items berechnet. Das bedeutet, dass bei 10 Items die Höchstpunktzahl bei 40 lag und damit ergaben sich 100 % für „trifft genau zu“ ( $10 \times 4 = 40$ ) und 0 für „trifft überhaupt nicht zu“ ( $10 \times 0 = 0$ ). Ein Score über 50% (bzw.  $> 2$ ) wies tendenziell auf eine positive Einstellung gegenüber Spiritualität und spiritueller Krankheitsverarbeitung hin, während unter 50% (bzw.  $< 2$ ) auf das Gegenteil hindeutete (Büssing, 2010a). Je höher also der Score, desto mehr wendete sich der Patient der spirituellen Krankheitsverarbeitung zu (Büssing, 2010a).

### **V.5.3 Distress-Thermometer**

Die aktuelle Belastung des Patienten wurde anhand des Distress-Thermometers des National Comprehensive Cancer Network erhoben (Keir et al., 2008; Mehnert et al., 2006). Dazu wurden die Patienten gebeten, auf einer Skala von null bis zehn anzugeben, wie belastet sie sich im Durchschnitt am aktuellen Tag und in der letzten Woche fühlten, wobei 0 = gar nicht belastet und 10 = extrem belastet bedeutete.

### **V.5.4 Karnofsky-Index**

Der Karnofsky-Index ist eine Skala, mit der krankheitsbedingte Einschränkungen und die Fähigkeit zur Selbstversorgung bestimmt werden können, und die Bewertung wird auf einer Skala von 0 % (Tod) und 100 % (keinerlei Einschränkung) vorgenommen (Fri-

endlander & Ettinger, 2009). Den Karnofsky-Index jedes Patienten erhielten wir auf Nachfrage von den Ärzten oder Pflegeern.

## **V.6 Statistische Verfahren und Auswertung**

Für die statistische Analyse wurde die Software SPSS-21, für die qualitative Analyse die Software ATLAS.ti verwendet.

Zur Berechnung der Gruppenunterschiede wurden t-tests für unabhängige Stichproben durchgeführt und auf ihre Signifikanz überprüft.

Die Interrater-Reliabilität zwischen den beiden AAP-Auswertern wurde mit Cohens-Kappa berechnet.

## **V.7 Ethische Gesichtspunkte**

Zu Recht darf man die Frage stellen, ob es eigentlich ethisch korrekt ist, Interviews, die bei den meisten Menschen das Bindungssystem aktivieren und als emotional belastend empfunden werden könnten, bei Palliativpatienten durchzuführen, die unheilbar krank sind und somit von vorneherein schon sehr belastet sind. Grundsätzlich stellt sich die Frage über die Zumutbarkeit der Forschung bei Sterbenden, in welcher Form auch immer. Bei Palliativpatienten handelt es sich um eine äußerst „vulnerable“ Gruppe, bei der der Nutzen für die Forschung gegenüber der Belastung für den Patienten ernsthaft abgewogen werden muss (KompetenzZentrum Palliative Care BW, 2019). Allerdings weiß man, dass Palliativpatienten gerne an Forschungsprojekten teilnehmen und dabei keinen Verlust an Lebensqualität empfinden (Gysels M. et al., 2013). „Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass Palliativpatienten die Teilnahme an einem Forschungsprojekt meistens als positives und häufig auch bereicherndes Erlebnis berichten“ (Kompetenz-Zentrum Palliative Care BW, 2019). Diese Erfahrung machten wir im Umgang mit den Palliativpatienten während der Interviews ebenfalls.

Zur Zumutbarkeit des AAP-Interviews gibt es auch eine Studie, die die Auswirkungen der Bindungsdiagnostik anhand des Adult Attachment Picture System bei Palliativpatienten auf deren Befindlichkeit in einer Prä-Post-Messung untersuchte: Sie kam zu dem Ergebnis, dass eine standardisierte Bindungsdiagnostik mittels AAP grundsätzlich keine psychische Belastung darstellt (Hloucal et al., 2012).

Die vorliegende Studie wurde von der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München genehmigt.

## VI. Ergebnisse

### VI.1 Teilnehmer

#### VI.1.1 Demographische Daten

Die demographischen Daten können der *Tabelle 2* (Kunsmann-Leutiger et al., 2018) entnommen werden. (Die Tabelle wurde ursprünglich für die vorliegende Arbeit von der Autorin erstellt, jedoch im zitierten Artikel vorab gedruckt, weshalb der Literaturverweis angeführt ist. Dasselbe gilt im Folgenden für Tabelle 3 und Abbildung 8.) Zum Familienstand äußerten sich nur 73 Patienten und zur Anzahl der Kinder nur 66 Patienten.

*Tabelle 2*      **Demographische Daten**

Gesamtteilnehmerzahl	83
Fehlende Daten	3
Alter, Mittelwert / SD	70,1 / 11,5
Geschlecht, n (%)	
Weiblich	57 (71,3%)
Männlich	23 (28,8%)
Institutionelle Unterbringung, n (%)	
Palliativstation	65 (81,3%)
Hospiz	15 (18,8%)
Insgesamt	80 (100%)
Familienstand, n (%)	
ledig	8 (10%)
verheiratet	28 (35%)
geschieden	16 (20%)
verwitwet	19 (23,8%)
in Partnerschaft	2 (2,5%)
Teilnehmerzahl	73 (91,3%)
Fehlend	7 (8,8%)
Insgesamt	80 (100%)
Anzahl der Kinder, Mittelwert / SD	1,27 / 1,25
Teilnehmerzahl	66
Fehlend	14
Insgesamt	80

## VI.1.2 Krankheitsbezogene Daten

### VI.1.2.1 Hauptdiagnose nach ICD-10

75 Patienten (93,8%) waren von einer Krebserkrankung betroffen, 5 Patienten (6,2%) litten an einer nicht-karzinomen Krankheit. Für die genauere Verteilung der Krebserkrankungen nach ICD-10 siehe *Tabelle 3* (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

*Tabelle 3*      **Hauptdiagnose**

	Häufigkeit	Prozent
C00-C14 (Lippe, Mundhöhle, Pharynx)	2	2,5
C15-C26 (Verdauung)	14	17,5
C30-C39 (Atmung)	15	18,8
C43-C44 (Haut)	2	2,5
C45-C49 (Weichteil)	3	3,8
C50 (Brust)	14	17,5
C51-C58 (weibl. Genital.)	10	12,5
C60-C63 (männl. Genital.)	5	6,2
C64-C68 (Harnorgane)	4	5,0
C69-C72 (Auge, Gehirn, ZNS)	1	1,3
C76 (unklar)	5	6,2
nicht-karzinom	5	6,2
Insgesamt	80	100

### VI.1.2.2 Karnofsky-Index

Der Karnofsky-Index lag im Durchschnitt bei 44 % (SD: 17 %). Dies bedeutet, dass bei dem Durchschnitt der Patienten nur begrenzt die Selbstversorgung möglich war und dass sie zu 50 % oder mehr ihrer Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden waren (Friedlander & Ettinger, 2009). Der niedrigste Karnofsky-Index lag bei 10 %, der höchste bei 80%. Bei zwei Patienten fehlten die Angaben.

### VI.1.2.3 Disstress-Thermometer

Von allen Patienten konnte die aktuelle Belastung mittels Disstress-Thermometers herausgefunden werden. Im Durchschnitt lag der Disstress-Wert bei 5,7 (SD: 2,9), auf einer Skala von 0 bis 10. Der niedrigste angegebene Belastungswert lag bei 0 (gar nicht belastet), der höchste bei 10 (extrem belastet).

### VI.1.3 Religionszugehörigkeit

76 Patienten machten Angaben zu ihrer Religionszugehörigkeit: 22 Patienten (27,5%) waren evangelisch, 32 (40,0%) katholisch und 22 (27,5%) waren entweder ausgetreten oder gehörten keiner Religion an. *Tabelle 4* gibt einen Überblick.

**Tabelle 4 Religionszugehörigkeit**

	Häufigkeit	Prozent
evangelisch	22	27,5
katholisch	32	40,0
keine/ausgetreten	22	27,5
Gesamtteilnehmerzahl	76	95,0
Fehlend	4	5,0
Insgesamt	80	100,0

## VI.2 Bindungsmuster in Palliative Care

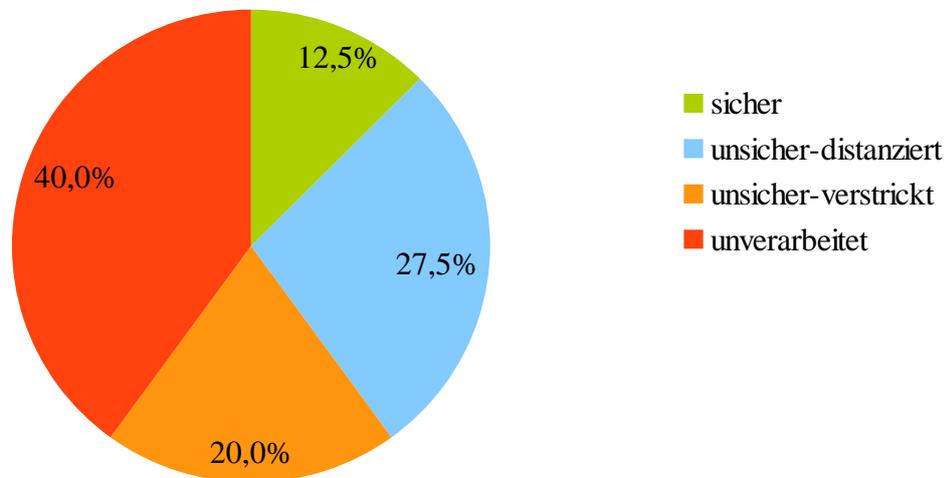
### VI.2.1 Verteilung der Bindungsmuster in der gesamten Stichprobe

Über alle 80 Interviews hinweg lag die Übereinstimmungsrate der beiden zertifizierten Rater bei 86,3%. Das heißt für 69 Patienten stimmte die Bindungsdiagnostik überein. Die Bindungsmuster für die verbleibenden 11 Patienten wurden in gemeinsamer Abstimmung festgelegt. Die Verteilung der Bindungsstile für die Gesamtstichprobe war wie folgt: Sicher gebunden: 10 Patienten (12,5%), unsicher-distanziert gebunden: 22 Pa-

tienten (27,5%), unsicher-verstrickt gebunden: 16 Patienten (20,0%), unverarbeitet: 32 Patienten (40,0%) (Kunsmann-Leutiger et al., 2018), siehe *Abbildung 2*.

*Abbildung 2*

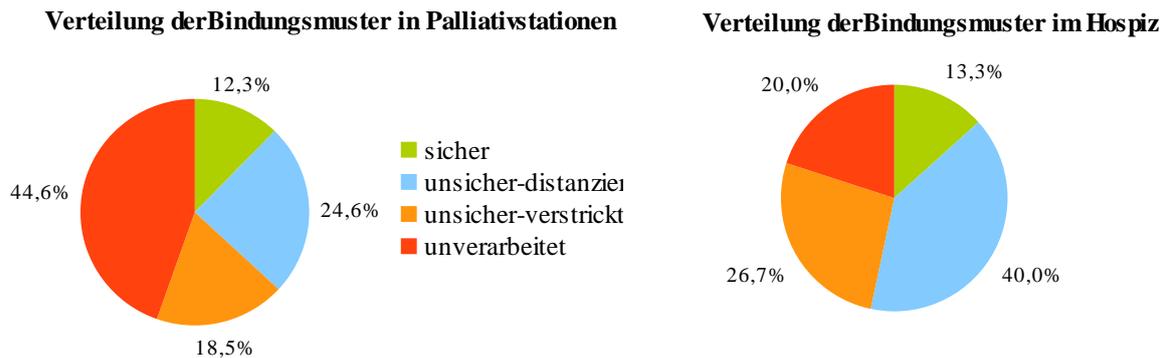
### Verteilung der Bindungsmuster in der Gesamtstichprobe



#### VI.2.2 Verteilung der Bindungsmuster in den jeweiligen institutionellen Einrichtungen

Je nach institutioneller Einrichtungsform ergaben sich unterschiedliche Verteilungsmuster bei den Bindungsstilen. In den Palliativstationen sah es wie folgt aus: Sicher gebunden: 8 Patienten (12,3%), unsicher-distanziert gebunden: 16 Patienten (24,6%), unsicher-verstrickt gebunden: 12 Patienten (18,5%) und unverarbeitet: 29 Patienten (44,6%). In den Hospizen kamen folgende Verteilungsmuster zustande: Sicher gebunden: 2 Fälle (13,3%), unsicher-distanziert gebunden: 6 Fälle (40,0%), unsicher-verstrickt gebunden: 4 Fälle (26,7%) und unverarbeitet: 3 Fälle (20,0%; siehe *Abbildung 3*).

Abbildung 3



Wir untersuchten folgende Unterschiede auf Signifikanzen: Gab es in den Hospizen mit 20% signifikant weniger unverarbeitete Bindungsstile als auf den Palliativstationen mit 44,6%? Mit  $t = 1,991$  &  $p = 0,058$  wurde die Signifikanz auf dem 0,05-Niveau nur knapp verfehlt. Der ebenfalls auffällige Unterschied zwischen den beiden Einrichtungenformen in Bezug auf den unsicher-distanziert Gebundenen war nicht signifikant.

### VI.2.3 Verteilung der Bindungsmuster nach Geschlecht

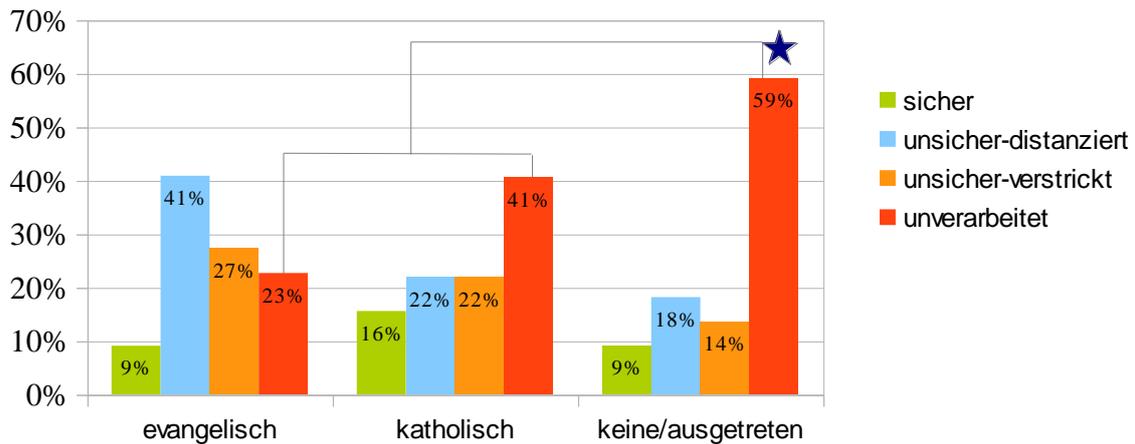
Bei den 4 Bindungsmustern waren keine signifikanten Unterschiede für die Geschlechter zu verzeichnen. Die Ergebnisse waren wie folgt: Sicher gebundene Frauen: 12,3% (Männer: 13,0%), unsicher-distanzierte gebundene: 26,3% (30,4%), unsicher-verstrickte gebundene: 21,1% (17,4%), unverarbeitete: 40,4% (39,1%).

### VI.2.4 Verteilung der Bindungsmuster nach Religionszugehörigkeit

Für die unterschiedlichen Religionszugehörigkeiten, die sich beim vorliegenden Datensatz lediglich aus evangelischen und katholischen Patienten zusammensetzten, sowie für die Kategorie „keine/ausgetreten“ (also Patienten, die entweder aus der Kirche offiziell ausgetreten waren oder angaben, sich keiner Religion zugehörig zu fühlen) ergab sich das folgende Verteilungsmuster, welches in *Abbildung 4* eingesehen werden kann. 4 Patienten gaben zu ihrer Religionszugehörigkeit keine Auskunft. Auf signifikante Unterschiede wurden die nachfolgenden Punkte (siehe VI.2.4.1) geprüft.

Abbildung 4

## Bindungsmuster und Religionszugehörigkeit



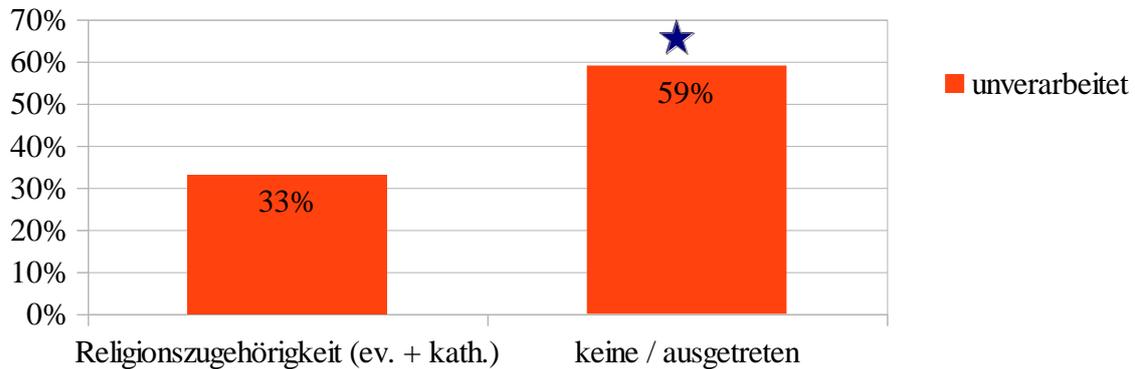
★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

### VI.2.4.1 Unterschiede zwischen ausgewählten Bindungsmustern und Religionszugehörigkeit bzw. „keine/ausgetreten“

1. Betrachteten wir die Zugehörigkeit der Patienten zu einer Religion im Vergleich zu Patienten ohne Religionszugehörigkeit/ausgetreten, fielen für den unverarbeiteten Bindungstypen ein Unterschied zwischen beiden Gruppen auf: Bei den 54 evangelischen und katholischen Patienten lag der Mittelwert bei 0,33 (SD 0,48), während er bei den 22 Patienten ohne Religionszugehörigkeit bei 0,59 (SD 0,50) lag. Der Unterschied war signifikant ( $t = 2,105$ ;  $p = 0,039$ , *Abbildung 4 & 5*)

Abbildung 5

**Unverarbeitetes Bindungsmuster:  
evangelisch und katholisch vs.  
keine/ausgetreten**



★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

2. Wir untersuchten sowohl den Unterschied zwischen evangelischen und katholischen Patienten in Bezug auf das unverarbeitete Bindungsmuster als auch den Unterschied zwischen einerseits evangelischen Patienten und andererseits katholischen und „keinen/ausgetretenen“ Patienten in Bezug auf das unsicher-distanzierte Bindungsmuster. Keines der Differenzen war statistisch signifikant.

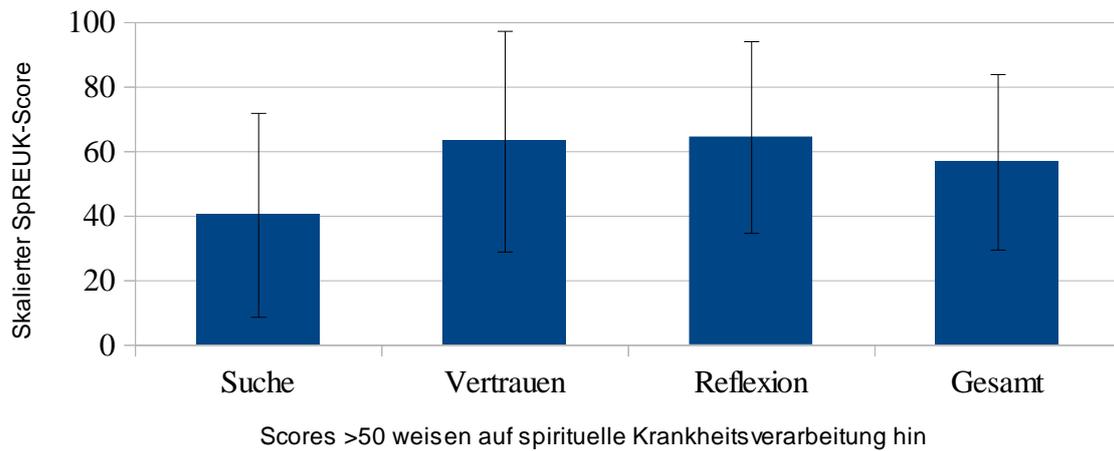
### **VI.3 Spiritualität und die drei Subskalen „Suche“, „Vertrauen“ und „Reflexion“ und darauf einflussnehmende Parameter**

Wir betrachteten zunächst die Ausprägung der allgemeinen spirituellen Krankheitsverarbeitung bei den 80 Palliative-Care-Patienten. Die 5-Punkte-Likertskala wurde auf das 100 %- Level transformiert, bei dem Werte  $> 50 \%$  eine Tendenz zur spirituellen Krankheitsverarbeitung bedeuteten. Der so skalierte SpREUK-Score erhielt einen Rang von 0 bis 100. Jeder Score über 50 sprach für das Vorhandenen-sein von spiritueller Krankheitsverarbeitung (für weitere Details zum Scoring des SpREUK-SF10 siehe auch Methodik-Teil, V.5.2.2).

Der Mittelwert des Gesamt-SpREUK lag für die 80 Palliative-Care Patienten bei 56,7 (SD 27,2) (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). In *Abbildung 6* können des Weiteren auch die Mittelwerte für die Subskalen „Suche“, „Vertrauen“ und „Reflexion“ eingesehen werden (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Abbildung 6

**Spirituelle Krankheitsverarbeitung je Subskala und Gesamt**



Als nächstes betrachteten wir die Unterschiede zwischen der allgemeinen und sub-skalierten Spiritualität und den jeweils folgenden Parametern: Geschlecht, Religionszugehörigkeit und Alter (siehe *Tabellen 5-7*).

*Tabelle 5* kann man entnehmen, dass sowohl der Gesamt-SpREUK-Mittelwert als auch der Mittelwert für alle drei Subskalen bei den Frauen im Durchschnitt höher lagen als bei den Männern. Die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant.

**Tabelle 5 Spirituelle Krankheitsverarbeitung und Geschlecht**

Geschlecht, Mittelwert (SD)	Suche	Vertrauen	Reflexion	Gesamt
weiblich	42,4 (30,7)	66,5 (33,7)	66,1 (30,7)	59,1 (27,3)
Teilnehmerzahl	57	57	57	57
männlich	35,1 (33,8)	54,9 (34,8)	60,1 (27,2)	50,5 (26,6)
Teilnehmerzahl	23	23	23	23
Gesamt	40,3 (31,6)	63,1 (34,2)	64,4 (29,7)	56,7 (27,2)
Gesamtteilnehmerzahl	80	80	80	80

Scores > 50 weisen auf spirituelle Krankheitsverarbeitung hin

*Tabelle 6* zeigt die Unterschiede zwischen spiritueller Krankheitsverarbeitung und der

Religionszugehörigkeit. Es fällt auf, dass diejenigen mit keiner Religionszugehörigkeit bzw. die Ausgetretenen sowohl in der Gesamtheit wie auch in den drei Subskalen einen deutlich niedrigeren Score hatten als evangelische und katholische Patienten. Weiter fällt auf, dass Katholiken insgesamt und sub-skaliert die höchste spirituelle Krankheitsverarbeitung aufwiesen.

**Tabelle 6 Spirituelle Krankheitsverarbeitung und Religionszugehörigkeit**

Rel. Zugehörigkeit, Mittelwert (SD)	Suche	Vertrauen	Reflexion	Gesamt
evangelisch Teilnehmerzahl	36,4 (31,1) 22	63,9 (33,6) 22	62,5 (33,2) 22	55,2 (28,5) 22
katholisch Teilnehmerzahl	50,8 (30,0) 32	70,3 (30,0) 32	68,0 (29,1) 32	63,8 (23,7) 32
keine/ausgetreten Teilnehmerzahl	31,4 (33,1) 22	50,3 (40,7) 22	60,6 (29,8) 22	47,7 (31,2) 22
Gesamt Gesamtteilnehmerzahl	41,0 (32,0) 76	62,7 (34,9) 76	64,3 (30,3) 76	56,7 (27,9) 76
Fehlend	4	4	4	4

★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

Scores > 50 weisen auf spirituelle Krankheitsverarbeitung hin

Für die auffallenden Unterschiede zwischen Katholiken und keine/ausgetreten gab es zwei signifikante Ergebnisse: katholische Patienten hatten einen signifikant höheren Gesamt-SpREUK-Score als keine/ausgetretene ( $t = 2,145$ ;  $p = 0,037$ ) und in der Subskala „Suche“ lagen sie signifikant höher ( $t = 2,233$ ;  $p = 0,030$ ). In der Subskala „Vertrauen“ lagen Katholiken auf dem 0,1 Signifikanzniveau höher als keine/ausgetreten ( $t = 1,972$ ;  $p = 0,056$ ).

Evangelische und katholische Patienten waren nur auf dem 0,1 Niveau signifikant spiritueller als keine/ausgetretene Patienten, und zwar für die Subskalen „Suche“ ( $t = -1,685$ ;  $p = 0,096$ ) und „Vertrauen“ ( $t = -1,803$ ;  $p = 0,081$ ) und für die Gesamtspiritualität ( $t = -1,806$ ;  $p = 0,075$ ).

Bei Betrachtung der Mittelwertdarstellungen für die spirituelle Krankheitsverarbeitung in Bezug auf das Alter der 80 Patienten, gab es zwei signifikante Ergebnisse (siehe *Tabelle 7* und *Abbildung 7*): Patienten, die vor 1945 geboren waren, bedienten sich signifikant weniger der allgemeinen spirituellen Krankheitsverarbeitung als diejenigen, die

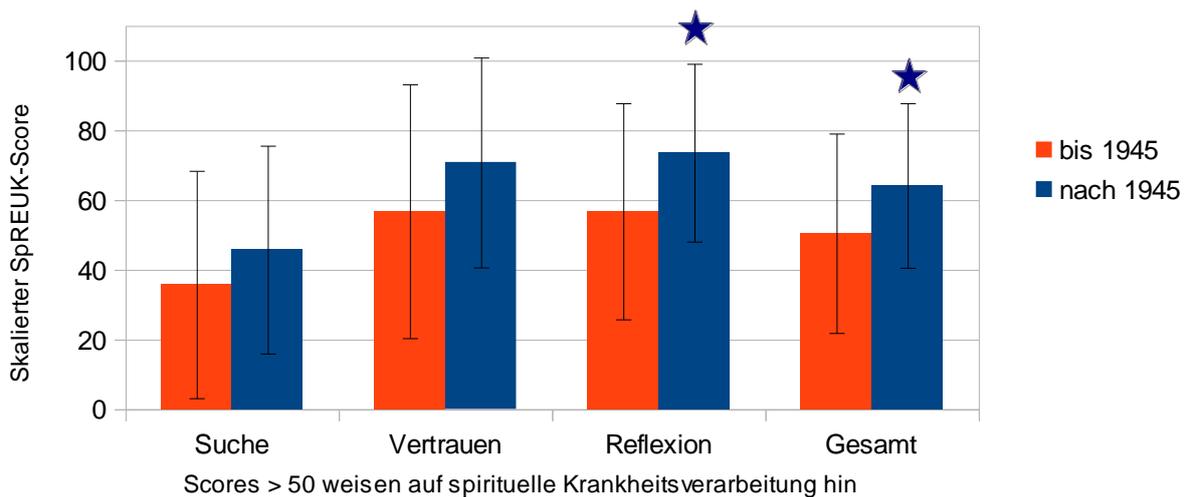
nach 1945 geboren waren ( $t = -2,294$ ;  $p = 0,024$ ). Hierbei zeigte sich auch, dass der Score für die Subskala „Reflexion“ bei den nach 1945 Geborenen signifikant höher war ( $t = -2,606$ ;  $t = 0,011$ ).

**Tabelle 7 Spirituelle Krankheitsverarbeitung und Alter**

Alterssplit vor / nach 1945, Mittelwert (SD)	Suche	Vertrauen	Reflexion	Gesamt
bis einschl. 1945 geboren Teilnehmerzahl	35,8 (32,6) 44	56,8 (36,4) 44	56,8 (31,0) 44	50,5 (28,6) 44
nach 1945 geboren Teilnehmerzahl	45,8 (29,8) 36	70,8 (30,1) 36	73,6 (25,5) 36	64,2 (23,6) 36
Gesamt Gesamtteilnehmerzahl	40,3 (31,6) 80	63,1 (34,2) 80	64,4 (29,7) 80	56,7 (27,2) 80

★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau  
Scores > 50 weisen auf spirituelle Krankheitsverarbeitung hin

**Abbildung 7 Spirituelle Krankheitsverarbeitung und Alter**

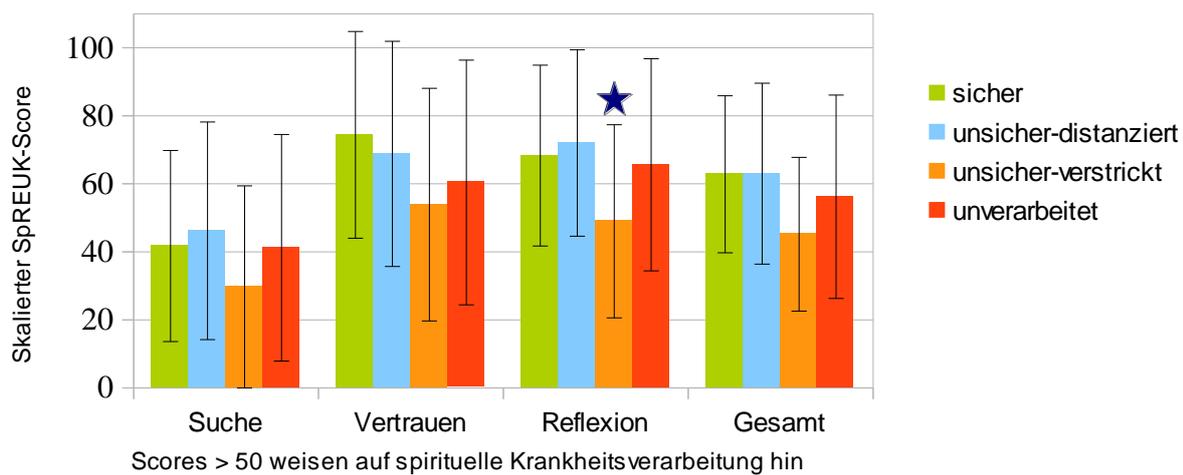


★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

## VI.4 Spiritualität und Bindungsmuster

Abschließend schauten wir uns an, welcher Zusammenhang zwischen den vier verschiedenen Bindungsmustern und dem Grad der spirituellen Krankheitsverarbeitung bestand. Die genauen Ergebnisse können der *Abbildung 8* (Kunsmann-Leutiger et al., 2018) und der *Tabelle 8* entnommen werden.

*Abbildung 8* Bindungsmuster und spirituelle Krankheitsverarbeitung



★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

Der unsicher-verstrickte Bindungsstil wies eine signifikant niedrigere spirituelle Krankheitsverarbeitung im Bereich der „Reflexion“ auf ( $t = 2,389$ ;  $p = 0,019$ ) (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Beim Gesamt-SpREUK-Wert verfehlte der unsicher-verstrickte Bindungsstil das Signifikanzniveau nur ganz knapp ( $t = 1,923$ ;  $p = 0,058$ ), was eine deutliche Tendenz in Richtung geringer spiritueller Krankheitsverarbeitung anzeigt.

*Tabelle 8* Bindungsmuster und spirituelle Krankheitsverarbeitung

Bindungstyp, Mittelwert (SD)	Suche	Vertrauen	Reflexion	Gesamt
sicher	41,7 (28,1)	74,4 (30,4)	68,3 (26,6)	62,8 (23,1)
Teilnehmerzahl	10	10	10	10
unsicher-distanziert	46,2 (32,0)	68,8 (33,1)	72,0 (27,4)	63,0 (26,6)
Teilnehmerzahl	22	22	22	22

unsicher-verstrickt Teilnehmerzahl	29,7 (29,7) 16	53,9 (34,2) 16	49,0 (28,4) 16	45,2 (22,6) 16
unverarbeitet Teilnehmerzahl	41,2 (33,3) 32	60,4 (36,0) 32	65,6 (31,2) 32	56,2 (29,9) 32
Gesamt Gesamtteilnehmerzahl	40,3 (31,6) 80	63,1 (34,2) 80	64,4 (29,7) ★ 80	56,7 (27,2) 80

★ Signifikanz auf dem  $p < 0,05$  Niveau

Scores > 50 weisen auf spirituelle Krankheitsverarbeitung hin

## VII. Diskussion

### VII.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

In dieser Studie wurden erstmals in einem validierten projektiven Testverfahren die Bindungsstile von 80 Palliative-Care-Patienten erhoben und das spirituelle Coping mittels eines validierten, spirituellen Fragebogens untersucht sowie mit demographischen Daten in Beziehung gesetzt. Anschließend wurden die Bindungsstile mit der Spiritualität korreliert. Dabei ergaben sich in Bezug auf die drei Forschungsfragen folgende Ergebnisse:

- 1. Die Verteilung der Bindungsmuster unter den Palliative-Care-Patienten unterschied sich von dem Verteilungsmuster gesunder Stichproben. Sie entsprach dem Verteilungsmuster klinisch-psychopathologischer Stichproben und Risikostichproben. Nahm man eine institutionelle Teilung in Palliativstation und Hospiz vor, schienen sich die Hospizbewohner in der Verteilung ihrer Bindungsmuster der Verteilung gesunder Stichproben anzugleichen. Patienten, die angaben, einer Religion zuzugehören, hatten signifikant seltener einen unverarbeiteten/desorganisierten Bindungsstatus.*
- 2. Die Frage, ob es bei einer in Deutschland durchgeführten Studie an Palliative-Care-Patienten ein spirituelles Coping gibt, konnte mit „ja“ beantwortet werden. Signifikante Einflussfaktoren waren die Religionszugehörigkeit und das Alter, nicht jedoch das Geschlecht.*
- 3. Die unsicher-verstrickte Patientengruppe hatte die geringste Neigung zum spirituellen Coping (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Das heißt im Vergleich zu den anderen drei Bindungsmustern wandten sich unsicher-verstrickte Patienten am wenigsten der Spiritualität zu.<sup>2</sup>*

---

<sup>2</sup> Wie schon oben erwähnt, sind ein Teil der Ergebnisse in dem Artikel „Attachment Patterns Affect Spiritual Coping in Palliative Care“ im *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2018 von der Autorin dieser Doktorarbeit in Zusammenarbeit mit Eckhard Frick, Cecile Loetz, Jakob Johann Müller und Yvonne Petersen publiziert worden. Der Artikel befasst sich insbesondere mit der dritten Forschungsfrage

## VII.2 Diskussion der Methode

### VII.2.1 Das Adult Attachment Picture System

Bislang wurden in Studien zur Bindungstheorie die Bindungsmuster von Palliative-Care-Patienten mittels Selbsteinschätzungsbögen oder Beobachtungen seitens des Gesundheitspersonals bestimmt (Hloucal et al., 2012). Da es sich bei den Bindungsrepräsentanzen aber um implizite, dem Bewusstsein oft nicht zugängliche Inhalte handelt, eignen sich Fragebögen, in denen explizit gefragt wird, nur bedingt (Müller, 2017). Beobachtungen von gut geschulten Klinikern mit viel Patientenerfahrung sind hingegen sehr wertvoll und können in der Klassifizierung von Bindungsmustern sehr genau sein, wodurch diese Art von „Bindungsdiagnostik“ in der Klinik auch legitimiert wird (Peteresen & Köhler, 2005). Allerdings braucht man für eine wissenschaftliche Studie ein zuverlässiges und valides Erhebungsinstrument, das in der Lage ist, eine akkurate Klassifizierung zu ermöglichen. Laut Bowlbys Bindungstheorie ist dies nur möglich, wenn das Bindungssystem aktiviert wird (Hloucal et al., 2012). Das AAP ist als Erhebungsinstrument besonders geeignet, weil es die Aktivierung des Bindungssystems bewirkt und sehr gute psychometrische Eigenschaften aufweist. Dies ist bei George & West (2001 & 2012) und bei Buchheim et al. (2003) anschaulich erörtert (siehe auch V.5.1 in dieser Arbeit).

Neben dieser Studie wurde das AAP bereits auf einer Palliativstation eingesetzt, um die Bindungsrepräsentanzen zu erfassen: In einer Pilotstudie testeten Hloucal et al. (2012) das AAP an 16 bzw. 13 Palliativpatienten (drei mussten von der Analyse ausgeschlossen werden). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass eine Bindungsdiagnostik bei Palliativpatienten mittels AAP möglich ist und sich nicht nachteilig auf die Befindlichkeit der Kranken auswirkt (Hloucal et al. 2012).

Das Besondere an der hier vorliegenden Studie war, dass wir mit 80 Patienten und Hospizbewohnern eine hohe Stichprobenzahl untersuchen konnten, was in der Bindungsfor-

---

dieser Doktorarbeit, weshalb ich an dieser Stelle noch einmal darauf aufmerksam mache. Die gesamte Diskussion wurde von mir für diese Doktorarbeit verfasst und ich zitiere die vorab publizierten Ergebnisse und Diskussionspunkte aus dem Artikel, damit mir kein Plagiat vorgeworfen werden kann.

schung bei Palliative-Care-Patienten einmalig ist. Eine weitere Besonderheit war, dass alle Palliativstationen und Hospize der Stadt München teilnahmen und wir somit für München repräsentative Ergebnisse erhalten konnten.

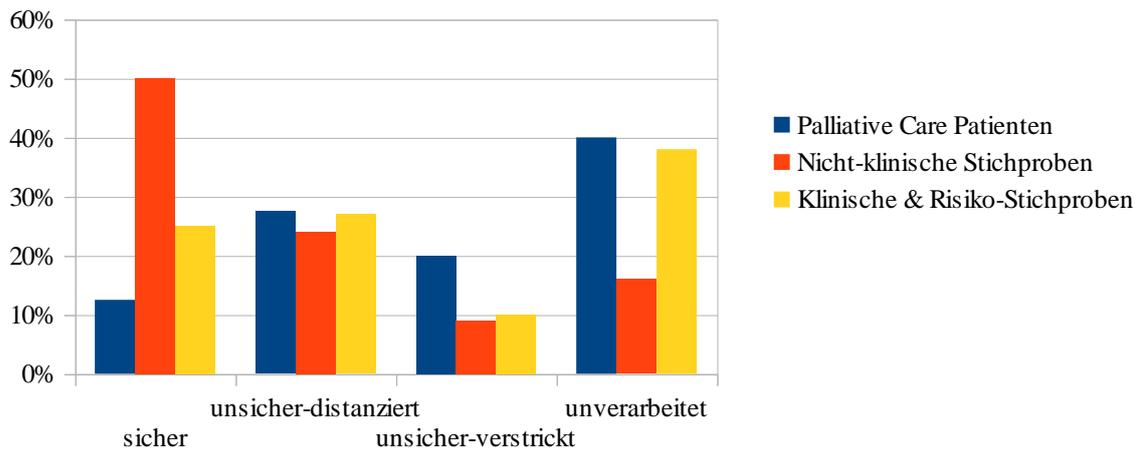
## **VII.2.2 SpREUK-SF10**

Um das spirituelle Coping zu erfassen, hatten wir uns für den SpREUK-SF10 entschlossen. Insgesamt war dies eine sehr gute Wahl. Der SpREUK wurde eigens dazu entwickelt, die Spiritualität in Deutschland bei schwerkranken und chronisch kranken Patienten zu messen (Büssing, 2010a; Büssing et al., 2005d & 2013). Im angloamerikanischen Raum wird seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts „Spiritual Well-Being and Healing“ und das spirituelle Coping bei Kranken wissenschaftlich untersucht (Ostermann & Büssing, 2007). Dabei sind in den USA eine große Anzahl valider Erhebungsinstrumente entstanden, die jedoch nicht ohne weiteres bei Patienten in Deutschland angewendet werden können (Zwingmann, 2005). Die USA sind ein tendenziell religiöses Land und die Zustimmungsrate zum persönlichen Glauben an Gott ist dort seit 1944 mit 96 % relativ konstant (Bishop, 1999). Dies ist für Deutschland nicht repräsentativ (Kögler & Fegg, 2011). Deshalb müssen die Fragebögen für deutsche Verhältnisse angepasst werden. Da es sich in Deutschland um eine säkulare Gesellschaft handelt, wurde bei der Entwicklung des SpREUKs darauf geachtet, keine religiöse und monotheistische Terminologie zu verwenden, sondern allgemein spirituelle Bedürfnisse abzubilden (Büssing, 2010a). Der SpREUK, der vielfach auf Reliabilität und Validität geprüft wurde (Büssing, 2010a; Büssing et al., 2005a, 2005b & 2005c;), eignete sich zusätzlich sehr gut für unsere Stichprobe, denn er setzt sich zusammen aus Subskalen, die einerseits die Multidimensionalität des Spiritualität-Begriffs berücksichtigen und andererseits Themen ansprechen, die insbesondere für Schwerkranken von essentieller Bedeutung sind (Büssing et al., 2005a & 2007). Diese Themen sind von spiritueller Natur und grenzen sich von Charakteristika für Lebensqualität ab, wie Büssing et al. (2005a & 2005b, 2006) und Ostermann et al. (2004) herausgearbeitet haben: die „Suche nach sinngebender Rückbindung“ (Suche), das „Vertrauen in höhere Führung“ (Vertrauen) und die „positive Krankheitsinterpretation“ (Reflexion).

## VII.3 Diskussion der Ergebnisse

### VII.3.1 Verteilung der Bindungsmuster in der gesamten Stichprobe

Die Verteilung der Bindungsmuster bezogen auf alle 80 Palliative-Care-Patienten entsprach mit einem hohen Anteil (40,0%) an dem unverarbeiteten/ desorganisierten und einem niedrigen Anteil (12,5%) an dem sicher gebundene Bindungsstil dem Verteilungsmuster von klinisch-psychopathologischen Stichproben und Risikostichproben (Bakermans–Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Müller, 2017), die sich aus Patientengruppen mit unter anderem Borderline Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Schizophrenie zusammensetzen (Juen et al., 2013). In einer Metaanalyse von 2009 haben Bakermans–Kranenburg & van Ijzendoorn die Bindungsverteilung von über 10.500 Menschen aus klinischen und nicht-klinischen Stichproben untersucht und verglichen. Der Unterschied in den Bindungsverteilungen zwischen nicht klinischen und klinischen/ Risiko-Stichproben war eindeutig und kann in *Abbildung 9* eingesehen werden (Bakermans–Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). In den über 200 Studien, die sie für ihre Analysen verwendeten, wurden die Bindungsmuster nicht über das AAP erfasst, sondern über das AAI- das Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1985). Das AAP zeigte jedoch im Vergleich zum AAI in der Klassifizierung der 4 Bindungsmuster eine Konvergenzvalidität von 90 % ( $\kappa = .84$ ,  $p < .000$ ; Juen et al., 2013). Mehr Details dazu können bei George & West, 2012 nachgesehen werden. Juen et al. sind in einer Studie von 2013, in der sie eine Gruppe von 218 gesunden und psychisch kranken Probanden mit dem AAP auf ihre Bindungsmuster untersuchten, zu demselben Ergebnis gekommen wie Bakermans–Kranenburg & van Ijzendoorn in ihrer Metaanalyse von 2009, nämlich dass der unverarbeitete/ desorganisierte Bindungsstil in der klinisch-pathologischen Stichprobe überrepräsentiert ist. Die Ähnlichkeit der Bindungsverteilung der Palliative-Care-Patienten zu den klinischen & Risiko-Stichproben kann in *Abbildung 9* eingesehen werden.



In seiner Dissertation von 2017 diskutierte Müller die möglichen Ursachen für den hohen Anteil an unverarbeiteten Bindungsmustern unter den Palliativpatienten. Eine Erklärung war, dass ein sonst sicher gebundener Mensch bei der einschneidenden Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung möglicherweise eine Veränderung seines Bindungsstils erfährt (Müller, 2017). Dies wäre ein Hinweis dafür, dass Bindungsrepräsentanzen über die Lebensspanne veränderbar sind. Diese Erklärung wird untermauert durch Studien, die zeigen konnten, dass frühkindliche Erfahrungen von sicheren Bindungen beim Eintritt eines kritischen Ereignisses, wie es die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung ohne Frage ist, verunsichert werden und die Bindungsrepräsentanzen in Richtung unsicher und unverarbeitet verändern (Allen et al., 2004; Waters et al., 2000; Weinfield et al., 2000; Weinfield et al., 2004).

Wie wichtig die Bindungstheorie und die Verteilung der Bindungsmuster unter den Palliative-Care-Patienten ist, damit haben sich in jüngster Zeit mehrere Autoren wissenschaftlich befasst: Loetz et al., 2013; Milberg et al., 2012; Milberg & Friedrichsen, 2017; Müller, 2017; Petersen & Köhler, 2006; Pietromonaco et al., 2013; Tan et al., 2005. Ein aktiviertes Bindungssystem kann sich ungünstig auf das Patienten-Arzt- und Patienten-Pfleger-Verhältnis auswirken und die Compliance herabsetzen (Loetz et al., 2013). Insbesondere unsicher-distanziert Gebundene neigen zu weniger Compliance (Juen et al., 2013) und tun sich schwer, notwendige Hilfe vom Klinikpersonal anzunehmen (Müller, 2017). Das Wissen um das Bindungsmuster eines Patienten kann

dem Arzt helfen, seinen Patienten bei problematischer Beziehungsfähigkeit zu verstehen und therapeutisch darauf einzuwirken. Petersen und Köhler (2005) beschreiben mögliche, auf das Bindungsmuster zugeschnittene psychotherapeutische Interventionen, um Palliativpatienten mit aktiviertem Bindungssystem zu helfen, ihre Situation zu bewältigen und ihre verbleibende Lebenszeit sinnvoll zu gestalten. Beispielsweise kann man die Compliance eines unsicher-distanziert gebundenen Patienten verbessern und seine Angst um Autonomieverlust und Abhängigkeit mildern, indem man ihm, soweit möglich, seine Selbstständigkeit lässt (Milberg & Friedrichsen, 2017; Tan et al., 2005). Unsicher-verstrickten Patienten, die den Arzt und Pfleger tendenziell für sich vereinnahmen und ständig nach Hilfe rufen, könnte geholfen werden, indem man ihnen zuverlässige und voraussehbare emotionale Unterstützung bietet, gesicherte Verfügbarkeit demonstriert und gleichzeitig mehr Verantwortung und Selbstständigkeit fördert (Milberg & Friedrichsen, 2017; Petersen & Köhler, 2005; Tan et al., 2005).

Palliativpatienten legen besonders hohen Wert auf gute Beziehungen zu ihrem Arzt und Pfleger (Steinhauser et al., 2000), aber durch ein aktiviertes Bindungssystem können genau diese Beziehungen gestört sein. Hinzu kommt, dass dadurch Coping-Mechanismen, auch spirituelle, gestört sein können. Das aktivierte Bindungssystem und das deaktivierte Explorationsverhalten können außerdem die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und die Trauerarbeit erheblich beeinträchtigen. Da es bei Palliative-Care-Patienten im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe einen so hohen Anteil an unsicher-gebundenen und vor allem unverarbeiteten Bindungsmustern gibt, ist das Einbeziehen der Bindungstheorie gerade hier von großer Bedeutung. Milberg et al. (2012) haben in einem Interview mit Palliativpatienten und deren Angehörigen gezeigt, wie ein bindungstheoretisch-orientiertes Palliativteam ein Gefühl der Sicherheit und den Schutz eines „sicheren Hafens“ bieten kann. Für den Patienten bedeutet dies mehr inneren Frieden und Hoffnung, ein Gefühl von mehr Kontrolle und ein Bewahren der eigenen Identität (Milberg et al., 2012). Eine Studie von Levy et al. hat gezeigt, dass sich unsichere Bindungsmuster durch die Erfahrung mit einem sicheren Bindungspartner im Zuge einer Psychotherapie zu einem sicheren Bindungsstil umorganisieren können (Levy et al., 2006; Müller, 2017). Die Palliativstation und das Hospiz, vor allem wenn sie mit einem bindungsorientierten Therapieansatz als feinfühligem Bindungspartner dienen, bieten daher mehr als Trost, Zuwendung und gute Schmerztherapie. Sie können das Erleben von Beziehungen nachhaltig beeinflussen und

die Auseinandersetzung mit dem Sterben erleichtern.

### **VII.3.2 Verteilung der Bindungsmuster in den jeweiligen institutionellen Einrichtungen**

Interessanterweise fiel auf, dass es für die Bindungsverteilung einen Unterschied machte, ob die Patienten in Palliativstationen oder in Hospizen untergebracht waren. Der Anteil unverarbeiteter Bindungsstile war unter nur knapper Verfehlung des 0,05 Signifikanzniveaus in den Palliativstationen mit 44,6% deutlich stärker vertreten als in den Hospizen mit 20%. Damit entsprach der Anteil des unverarbeiteten Bindungsmusters im Hospiz eher dem der nicht-klinischen Stichprobe mit 16% (Bakermans–Kranenburg & van Ijendoorn, 2009). Der unsicher-distanzierte Bindungstyp war im Hospiz mit 40% sehr hoch im Vergleich zur Palliativstation (24,6%) und der nicht-klinischen Stichprobe (24%), allerdings war der Unterschied zwischen Palliativstation und Hospiz nicht signifikant.

Wie könnte dieser Unterschied in den Bindungsverteilungen je institutioneller Einrichtung zustande gekommen sein? Borasio (2011) fasst in einer Übersichtstabelle die Unterschiede beider Einrichtungsformen zusammen, wobei er bewusst die jeweiligen Eigenschaften überspitzt darstellt: Während die Palliativmedizin für sich „Professionalität, wissenschaftliche Grundlage, hohe(n) Grad an Institutionalisierung...“ in Anspruch nimmt, ist die Hospizarbeit scheinbar eher geprägt von „Ehrenamtlichkeit, rein altruistische(r) Motivation, größerer Nähe zu Patient und Familie, Betonung der psychosozialen und spirituellen Komponente“ (Borasio, 2011, S. 113). Interessant ist, was Raischl (2011) über die Hospizbegleiter schreibt, dass sie nämlich einerseits freiwillig da sind und Sinn und Zweck in genau diesem Dasein liegt und andererseits darin, den Sterbenden in seiner verbleibenden Lebenszeit nicht allein zu lassen. Möglicherweise könnte diese auf gewisse Weise bedingungslosere Art der Zuwendung, die Patienten im Hospiz von ihren Begleitern erfahren, die Veränderung oder Auflösung eines unverarbeiteten Bindungsstils, das ja oft Folge eines ungelösten Traumas ist, bewirken.

Eine weitere Vermutung zu den Unterschieden in der Bindungsverteilung der jeweiligen Institutionen wird von Müller in seiner Dissertation diskutiert: Da die Entscheidung, ins Hospiz zu gehen, oft vom Patienten selbst und von ihm auch bewusst getroffen wird, ganz im Gegensatz zur Palliativstation, in der Patienten oft zur Einstellung der

Schmerz- und Palliativtherapie „landen“- setzt dies eine gewisse Reflexion über das Sterben und vielleicht auch eine Akzeptanz des nahenden Todes voraus (Müller, 2017). Unter Umständen führt auch ein tiefgreifendes Coping, insbesondere ein spirituelles, zur Entscheidung für das Hospiz. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Tod könnte möglicherweise erklären, warum es im Hospiz einen hohen Anteil an unsicher-distanziert gebundenen Menschen gibt, denn dieser Bindungstyp steht eher für Reflexion und Exploration, auch im ungewissen Bereich des eigenen Sterbens. Es könnte aber auch sein, dass der hohe Anteil an unsicher-distanziert Gebundenen im Hospiz gar nicht aus der unsicheren kindlichen Bindungserfahrung herrührt, sondern vielmehr eine adäquate Reaktion auf die Situation ist, denn sterben muss jeder letztlich allein- da hilft kein Bindungspartner (Müller, 2017).

Aufgrund der geringen Hospizbewohnerzahl (n = 15) stellte sich auch die Frage, ob bei einer Vergrößerung der Hospizstichprobe ein höherer, sich der nicht-klinischen Population angleichender Anteil an sicher gebunden Patienten zu beobachten wäre. Dies könnte eventuell bedeuten, dass die Bindungsmuster veränderbar sind und dass das Hospiz mit seinen oben beschriebenen Qualitäten ein feinfühliges Bindungspartner ist, der dem Sterbenden adäquaten Schutz und Hilfe bietet, das Bindungssystem damit deaktiviert und das Explorationsverhalten aktiviert. Mehr Forschung im Bereich Hospiz und Bindungstheorie ist notwendig. Raischl drückt die Chancen einer guten Hospizarbeit eindrucksvoll aus: „Wird der Hospizdienst zugelassen, wird die Wirklichkeit des Sterbeprozesses - wenn auch mit Vorsicht und kritischem Blick - in die Gewöhnlichkeit des täglichen Lebens und der Abläufe eingelassen. Kann man in seinen vier Wänden mit dem Tod „auf Du und Du“ umgehen, ihm näherkommen, mit ihm ins Gespräch kommen?“ (Raischl, 2011, S. 297).

### **VII.3.3 Zusammenhang zwischen Bindung und Religionszugehörigkeit**

Bei Patienten, die keine Religionszugehörigkeit hatten oder aus der Kirche ausgetreten waren, stellten wir deutlich häufiger den unverarbeiteten/ desorganisierten Bindungsstil fest als bei den evangelischen und katholischen Patienten. Dieses Ergebnis war signifikant. Unverarbeitete Bindungsmuster sind von großer Inkohärenz gekennzeichnet, die Verhaltensweisen erscheinen oft desorganisiert, chaotisch und paradox (Lavin et al., 2019; Müller, 2017; Petersen & Köhler, 2005). Bei diesen Menschen scheint eine

gewisse Strukturlosigkeit vorzuherrschen. Im Gegensatz dazu ist Religion und die Kirche oft Struktur gebend, ob in Form von Gottesdiensten, Ritualen, Gemeinschaft, Kirchenchor etc. oder ganz individuell in Form von Gebet, Kontemplation oder Meditation. Es könnte sein, dass Menschen mit unverarbeitetem Bindungsstil sich schwertun, Struktur in ihr Leben zu holen. Es ist zum Beispiel so, dass sie oft keine Familienstruktur kennen oder aus stark zerstrittenen Familien kommen (Loetz et al., 2013; Petersen & Köhler, 2005). Gleichzeitig weisen Petersen und Köhler (2005) jedoch darauf hin, dass gerade bei diesem Bindungsstil den Patienten mit klarer Ordnung und Struktur viel geholfen ist. Loetz et al. (2013) schreiben, dass man ihnen helfen sollte, ihre „transzendente Exploration“ (was ein Teil des spirituellen Copings ausmacht) zu strukturieren.

Fehlende Struktur zeichnet den unverarbeiteten Bindungsstil aus und sein hoher Anteil bei Patienten ohne Religionszugehörigkeit könnte Ausdruck dafür sein. Der klare und geordnete Umgang mit diesen Patienten und die strukturierte Begleitung beim Coping, insbesondere beim spirituellen, sind von großer Bedeutung, weil dies Entspannung und Orientierung in ihr Leben und im Erleben ihrer verbleibenden Lebenszeit bringen kann.

#### **VII.3.4 Spirituelles Coping bei Palliative-Care-Patienten und darauf Einfluss nehmende Faktoren**

Es scheint ein natürlicher Aspekt der menschlichen Erfahrung zu sein, bei einschneidenden Erlebnissen, zum Beispiel der Diagnose einer schweren Erkrankung nach einem tieferen Sinn für das eigene Leid zu suchen (Loetz et al., 2013). Wir fanden in unserer Studie heraus, dass das spirituelle Coping für Palliative-Care-Patienten dabei eine wichtige Rolle spielte. Mit einem Gesamt-SpREUK-Mittelwert von 56,7 konnten wir bestätigen, dass eine generelle Neigung zum spirituellen Coping bestand (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Allerdings zeigen die Studien von Büssing, dass man die einzelnen Subskalen betrachten und auswerten muss, um eine genaue Aussage zur Spiritualität treffen zu können (Büssing, 2010a & b; Büssing et al., 2005b). Hierbei sieht man, dass die Subskala „Suche“ mit einem Mittelwert von 40,3 bei unserer Stichprobe auf eher geringes spirituelles Coping hindeutete. Hingegen wiesen die Subskalen „Vertrauen“ mit einem Mittelwert von 63,1 und „Reflexion“ mit 64,4 eindeutig in die Richtung einer spirituellen Krankheitsverarbeitung hin (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Um zu verstehen, wie der niedrige Score von „Suche“ zustande gekommen sein konnte, betrachteten wir die einzelnen Items aus dieser Subskala (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Das Item „Ich suche einen Zugang zu Spiritualität/ Religiosität“ (siehe *Tabelle 1* in V.5.2.2) wurde vielfach von unseren Probanden verneint mit der Begründung, dass sie ja bereits einen Zugang hätten, also gar nicht mehr zu suchen bräuchten (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Das heißt trotz des niedrigen Scores in der Subskala „Suche“ war der Zugang zur Spiritualität im Erleben vieler dieser Patienten nichtsdestotrotz vorhanden.

Wir schauten uns noch ein weiteres Item der Subskala „Suche“ an, um den niedrigen Score zu erklären: „Ich bin davon überzeugt, dass sich meine Krankheit günstig beeinflussen lässt, wenn ich einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden kann“ (siehe *Tabelle 1* in V.5.2.2) (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Dieses Item war für unsere Stichprobe vielleicht nicht ganz so aussagekräftig, denn als Palliative-Care-Patient ist man meist weniger mit der Heilung im kurativen Sinne, das heißt weniger mit der „günstigen Beeinflussung“ der *Krankheit* beschäftigt, als vielmehr mit einer inneren Heilung im Sinne einer „Ganzwerdung“ (Frick, 2009b).

Durch diese zwei Items aus der Subskala „Suche“ könnte der Score möglicherweise niedriger ausgefallen sein, womit dann der Gesamt-SpREUK-Score eigentlich noch höher, das heißt die Tendenz zum spirituellen Coping noch stärker ausgeprägt gewesen wäre (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Büssing (2010a) untersuchte mit dem SpREUK-SF10 496 Patienten auf spirituelles Coping. Die demographischen Variablen in Bezug auf Geschlecht und Religionszugehörigkeit waren mit denen unserer Stichprobe vergleichbar. Der Altersdurchschnitt und die krankheitsbezogenen Daten unterschieden sich allerdings von unseren (siehe *Tabelle 9*, demographische Daten im Vergleich). Büssing untersuchte in dieser Studie nicht speziell Palliative-Care-Patienten, sondern vor allem chronische Schmerzpatienten. Dennoch war es sinnvoll, in diesem Fall die unterschiedlichen Patientengruppen zu vergleichen, denn die Subskalen trafen den Kern der Spiritualität sowohl bei Palliativpatienten, als auch bei chronischen Schmerzpatienten (Büssing, 2010b; Büssing et al, 2013) und die Ergebnisse beider Stichprobengruppen wiesen auf ähnliche Tendenzen hin.

**Tabelle 9 Demographische Daten im Vergleich**

	Vorliegende Studie	Büssing (2010a)
Gesamtteilnehmerzahl	80 76 (bei Religionszug.)	496
Alter, Mittelwert / SD	70,1 / 11,5	53,5 / 14,4
Geschlecht, n (%)		
Weiblich	57 (71,3%)	372 (75%)
Männlich	23 (28,8%)	124 (25%)
Krankheiten, %		
chronische Schmerzpatienten	-	84%
Krebs	93,8%	6%
andere	6,2%	10%
Religionszugehörigkeit, %		
christliche Konfession	71,1%	81%
keine	28,9%	19%

Die Ergebnisse von Büssing (2010a) wiesen bei der Subskala „Suche“ mit einem Mittelwert von 36,1 wie bei uns den niedrigsten Score auf und Büssing begründete dies ebenfalls mit der Möglichkeit, dass der Zugang zur Spiritualität bereits bestanden haben könnte, oder aber, dass es eventuell kein Interesse gegeben habe. Der Score mit 65,0 für die Subskala „Reflexion“ bei Büssing (2010a) entsprach fast genau unserem Score von 64,4. Der Score von 53,2 in der Subskala „Vertrauen“ war bei Büssing niedriger als unserer mit 63,1. Allerdings deutet jeder Score > 50 schon auf spirituelles Coping hin (siehe Methodik-Teil, V.5.2.2). Jedoch mögliche Erklärungen für diesen Unterschied erhielten wir beim Betrachten der einzelnen Items der Subskala „Vertrauen“:

„Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist“ (siehe *Tabelle 1* in V.5.2.2) ist ein Thema, das allgemein für Palliative-Care-Patienten von dringenderer Bedeutung ist als für chronische Schmerzpatienten. Auch die Verbindung zu und das Getragensein von einer höheren Macht könnte generell für Palliativpatienten von zentralerer Bedeutung sein. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist die palliative Situation ein besonders starker Reiz für das Bindungssystem und eine spirituelle Anbindung an eine höhere Macht vermag für Palliativpatienten in höherem Maße Beruhigung bringen, als dies eventuell für chronische Schmerzpatienten möglich ist.

Büssing hat in verschiedenen Studien sowohl das spirituelle Coping mit unterschiedlichen, validierten Versionen des SpREUK-Fragebogens, als auch spirituelle Bedürfnisse und die Lebensqualität mit anderen Fragebögen untersucht (Büssing, 2010b; Büssing et

al., 2005b & d; Büssing et al., 2007; Büssing et al., 2010; Büssing et al., 2013). Die jeweiligen Stichproben setzten sich entweder aus chronischen Schmerzpatienten, aus Krebspatienten oder aus beiden Gruppen zusammen. Zwischen den chronischen Schmerzpatienten und den Krebspatienten gab es zwar teilweise Unterschiede in der Spiritualität. Jedoch zeigte sich für beide Patientengruppen eindeutig, dass Spiritualität eine wichtige Ressource für die Krankheitsverarbeitung bot, dass sich spirituelles Coping konzeptionell von der Lebensqualität und psychologischem Wohlbefinden unterschied und dass es als ein spezielles Verlangen nach spirituellem Wohlbefinden verstanden werden kann (Büssing, 2010b; Büssing et al., 2010). Die Ergebnisse aus den diversen Studien waren mit denen aus unserer Studie vergleichbar, wie oben schon anhand einer Studie (Büssing, 2010a) detaillierter aufgezeigt wurde und in weiteren Studien nachgelesen werden kann (Büssing, 2010b; Büssing et al., 2005b & d; Büssing et al., 2007; Büssing et al., 2010; Büssing et al., 2013). Patienten mit Krebs hatten jedoch stärkere spirituelle Bedürfnisse (Büssing et al., 2010) und signifikant höhere Scores in den Subskalen „Suche“, „Vertrauen“ und „Reflexion“ als chronische Schmerzpatienten (Büssing et al., 2007).

Sowohl aus den Ergebnissen unserer Studie, als auch im Vergleich dazu aus Büssings Studien, konnte man sehen, dass es einige Parameter gab, die einen Einfluss auf die Neigung zum spirituellen Coping hatten.

In Bezug auf das Geschlecht stellten wir in der vorliegenden Studie bei Frauen in allen drei Subskalen einen höheren Score fest als bei Männern. Diese Ergebnisse waren bei uns nicht signifikant, dennoch waren sie interessant. Büssing stellte nämlich in seinen Studien einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern fest: Frauen hatten signifikant höhere SpREUK-Scores als Männer (Büssing et al., 2005b & d; Büssing et al., 2007; Büssing et al., 2013.). Auch Frick et al. (2006) haben in einer Untersuchung von 30 Krebspatienten festgestellt, dass das Interesse für spirituelle Themen bei Frauen größer war als bei Männern.

Büssing erklärt diesen Geschlechterunterschied als möglichen Ausdruck verschiedener Copingstrategien (Büssing et al., 2005b). Männer neigen mehr zum problemorientierten Coping, während Frauen emotionsorientierte Strategien bevorzugen (Vingerhoets & van Heck, 1990), was dem spirituellen Coping nähersteht.

Auch wenn Frauen offensichtlicheres Interesse für Spiritualität zeigten, sollten Männer in diesem Bereich nicht vernachlässigt werden. Vor dem Hintergrund, dass spirituelles

Wohlbefinden vor Depression, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung schützen kann (McClain et al., 2003; Nelson et al., 2002; Pargament et al., 2004), wäre es wichtig, das scheinbar geringere Interesse an Spiritualität bei Männern genauer zu überprüfen und ihnen durch Spiritual Care Angebote, die Möglichkeit zu geben, auch spirituelle Copingstrategien zu berücksichtigen.

In Bezug auf das Alter ergab sich in unserer Studie ein interessanter, signifikanter Unterschied. Beim Betrachten der Mittelwerte des gesamten Alters, fiel ein Schnitt beim Jahrgang 1945 auf, was uns dazu veranlasste, die Stichprobe in eine Gruppe vor und nach 1945 geborene Teilnehmer zu teilen. Patienten, die nach 1945 geboren wurden, hatten einen signifikant höheren Gesamt-SpREUK-Score als die vor 1945 geborene Patientengruppe. Insbesondere in der Subskala „Reflexion“ war der Unterschied signifikant.

Dieser Unterschied ließe sich möglicherweise mit der Besonderheit der Kriegsgeneration in Deutschland erklären. In einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) in Deutschland von Maercker et al. (2008) fanden die Autoren heraus, dass die Prävalenzraten von PTBS bei den über Sechzigjährigen 2-3 Mal höher war, als bei den jüngeren Altersgruppen und dass dies wahrscheinlich im Zusammenhang mit den Kriegserfahrungen aus dem 2. Weltkrieg stünde. Weber (2011) hat in einem Erfahrungsbericht mit Palliative-Care-Patienten ebenfalls bemerkt, dass viele Patienten der deutschen Kriegsgeneration an unbehandelter PTBS litten und ihre Bewältigungsstrategien aus Schweigen und Verdrängung bestanden. Das heißt, die Patientengruppe aus unserer Studie, die vor 1945 geboren wurde, hatte vielleicht weniger Ressourcen für das Coping allgemein. Andererseits deutete Weber (2011) auch an, dass eine große Desillusionierung und eine Abkehr vom Glauben Folgen der Kriegserfahrungen gewesen seien. Dies könnte sich dann in unserer Studie in einem niedrigen SpREUK-Score widerspiegeln haben und bedeuten, dass speziell für diese Generation der Zugang zum spirituellen Coping gering gewesen sein müsste. Während sich die Kriegsgeneration in Schweigen hüllte, um auf diese Weise das Leid zu bewältigen, hat sich die jüngere Generation, die selber keinen Krieg erlebt hatte und die (zumindest ein Teil davon) gleichzeitig die Schuld der Elterngeneration verarbeiten wollte, mit dem Leid auseinandergesetzt. Der signifikant höhere Score der Subskala „Reflexion“ könnte dafür ein Ausdruck sein.

Sind es Kriegserfahrungen allgemein oder besonders die Erfahrungen des 2. Weltkrie-

ges, die das spirituelle Coping schwieriger machen? Diese Frage wäre wichtig zu erörtern. Wenn Krieg allgemein, mit den Folgen wie u.a. Flucht, Hungersnot, Gewalt und Schuld den Zugang zur Spiritualität versperren kann, wäre es wichtig, generell mögliche Kriegserfahrungen in den Biographien der Palliative-Care-Patienten behutsam zu erfragen, um spirituelle Copingstrategien anzubieten. Weber (2011) beschreibt eindrücklich, wie Palliative-Care-Patienten mit Erfahrungen aus dem 2. Weltkrieg durch ein Spiritual Care Angebot mehr Frieden und „innere Heilung“ finden konnten, was teilweise ein friedlicheres Sterben möglich machte.

Interessanterweise fand Büssing in seinen Untersuchungen keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem SpREUK-Score. In einer Studie (Büssing et al., 2005b) konnte zum Beispiel gar kein Zusammenhang gefunden werden; in einer anderen Studie (Büssing et al., 2005d) wurde der niedrigste SpREUK-Score bei der unter 30-jährigen Gruppe und ein höherer Score mit zunehmendem Alter, zumindest für einige Subskalen gefunden. Allerdings könnte das daran liegen, dass der Altersdurchschnitt in seinen Studien wesentlich niedriger war als bei uns. In unserer Studie waren die Patienten im Schnitt 70,1 +/- 11,5 Jahre alt, das heißt viele waren um oder vor 1945 geboren. Bei Büssing lag der Schnitt bei 57,7 +/- 10,6 Jahre (Büssing et al., 2005b), bzw. bei 53,3 +/- 13,4 Jahre (Büssing et al., 2005d). Damit waren in diesen zwei Studien weniger Patienten vor 1945 geboren, was jedoch in unserer Studie ein wichtiger Wendepunkt gewesen zu sein scheint.

In Bezug auf den Parameter „Religionszugehörigkeit“ schließlich gab es in der vorliegenden Studie interessante Ergebnisse. Patienten mit Religionszugehörigkeit hatten in allen drei Subskalen und im Gesamt-SpREUK einen höheren Score als die Gruppe „keine/ ausgetreten“. Die Unterschiede waren zwar nicht signifikant, deckten sich aber mit den Ergebnissen von Büssing. Er fand ebenfalls heraus, dass Patienten ohne religiöse Konfession in allen drei Subskalen des SpREUK den niedrigsten Score aufwiesen (Büssing, 2010b; Büssing et al., 2005d).

In unserer Studie hatten außerdem die katholischen Patienten signifikant höhere Scores im Gesamt-SpREUK und in der Subskala „Suche“ als die Patientengruppe „keine/ ausgetreten“. Dieses Ergebnis könnte nahelegen, dass sich katholische zusätzlich auch mehr als evangelische Patienten dem spirituellen Coping zugewandt hatten. Wenn man im Vergleich Studien betrachtet, die Unterschiede im spirituellen Coping zwischen katholischen und evangelischen Patientengruppen analysierten, erhält man jedoch unter-

schiedliche Ergebnisse: Alferi et al. (1999) zum Beispiel stellten in einer Studie an 49 hispanoamerikanischen Brustkrebspatientinnen fest, dass spirituelles Coping bei Evangelen mit reduziertem „Disstress“ einherging, während katholische Frauen durch spirituelles Coping mehr „Disstress“ erlitten. Ähnliches fanden Park et al. (1990) heraus. Im Gegensatz dazu konnten Zwingmann et al. (2008) in einer Studie an deutschen Brustkrebspatientinnen keinen Unterschied zwischen katholischen und evangelischen Patientinnen in Bezug auf das spirituelle Coping feststellen. Es war sogar eher so, dass man hierzulande in Studien viel mehr Gemeinsamkeiten denn Differenzen zwischen ihnen fand, auch wenn sich Katholiken im Schnitt als religiöser beschrieben als Evangelen (Zwingmann et al., 2004).

Auch wenn die Patientengruppe „keine/ ausgetreten“ einen geringeren SpREUK-Score aufwies als Patienten mit Religionszugehörigkeit, sollte man nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass bei ihnen überhaupt kein Interesse an Spiritualität bestand. Zwingmann und Gottschling (2015) zum Beispiel fanden in einer interreligiösen und interkonfessionellen Vergleichsstudie an 478 Probanden aus einer deutschen Stichprobe heraus, dass Probanden mit keiner Religionszugehörigkeit zwar - wie in unserer Stichprobe - den geringsten Score in Spiritualität und Religiosität hatten. Allerdings stellten sie auch fest, dass diese Gruppe dennoch an spirituellen Themen interessiert waren, aber eher „intellektuelle und ideologische“ Herangehensweisen bevorzugten (Zwingmann & Gottschling, 2015). Obwohl es sich bei dieser Vergleichsstudie um eine gesunde Stichprobe handelte, ist dies eine interessante Aussage. In unserer Studie nämlich hatte die Patientengruppe „keine/ ausgetreten“ zwar in allen Subskalen den geringsten Score, allerdings war der Score für die Subskala „Reflexion“ trotzdem mit 60,6 sehr hoch. Eine lebensbedrohliche Erkrankung, wie es alle Patienten aus unserer Stichprobe erlebten, vermag unabhängig von Religionszugehörigkeit durch unterschiedliche Formen des spirituellen Copings ein spirituelles Bewusstsein zu schaffen (Baldacchino et al., 2012) und es ist hilfreich, wenn Ärzte und Pfleger die daraus resultierenden spirituellen Bedürfnisse ihrer Patienten wahrnehmen und sich dieser annehmen können (Büssing et al., 2013).

Beim Betrachten des Parameters „Religionszugehörigkeit“ muss man noch beachten, dass die Patienten in unserer Studie ausschließlich der christlichen Tradition angehörten, so dass über Patienten, die einer nicht-christlichen Religion angehören, keine Aussagen bezüglich deren spirituelles Coping getroffen werden konnten. Ob sich dies durch Erhöhung der Stichprobenzahl ändern ließe, ist fraglich. Laut Statistischem Bundesamt leb-

ten in Deutschland im Jahr 2018 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2019), davon auch ein großer Anteil mit nicht-christlichem Glaubenshintergrund. Mit 13,3 % kamen die meisten mit Migrationshintergrund aus der Türkei (Statistisches Bundesamt 2019). Die Klinik für Palliativmedizin der Universität Göttingen hat eine Broschüre über die Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland herausgebracht (Jansky & Nauck, 2014) und stellte darin fest, dass die Palliativ- und Hospizversorgung dieser Menschengruppe weit unter dem Durchschnitt liegt (für die unterschiedlichen Gründe, siehe dort). Es wäre also wichtig, mit einem angepassten SpREUK-Fragebogen gezielt auch nicht-christliche Patientengruppen in Deutschland aufzusuchen und auf spirituelles Coping zu untersuchen.

In der vorliegenden Studie wurde neben Geschlecht, Alter und Religionszugehörigkeit noch ein weiterer Faktor analysiert, der im Zusammenhang mit dem spirituellen Coping stand, nämlich das Bindungsmuster.

### **VII.3.5 Unterschiede im spirituellen Coping je nach Bindungsmuster**

Mit der vorliegenden Studie konnten wir zeigen, dass zwischen Bindungsmuster und spirituellem Coping statistisch nachweisbare Zusammenhänge bestehen. Palliative-Care-Patienten mit unsicher-verstricktem Bindungsmuster wiesen insgesamt sowie in allen drei Subskalen im Vergleich zu den anderen Bindungsmustern den geringsten SpREUK-Score auf (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Zu beachten ist dabei, dass sowohl der Gesamt-Score, als auch die Scores für die Subskalen „Suche“ und „Reflexion“ unter der 50%- Grenze lagen, was darauf hinweist, dass unsicher-verstrickt gebundene Patienten vom spirituellen Coping wenig Gebrauch machten (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). In der Subskala „Reflexion“ war der Score mit 49,0 signifikant niedriger als der Score der drei anderen Bindungsmuster (sicher gebunden: 68,3; unsicher-distanziert gebunden: 72,0; unverarbeitet: 65,6) (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Obwohl der niedrige Gesamt-SpREUK-Wert mit 45,2 nicht signifikant war, wurde die Signifikanz mit  $p = 0,058$  nur knapp verfehlt, was eine deutliche Tendenz in Richtung geringer spiritueller Krankheitsverarbeitung anzeigte. Wie bereits in Punkt III.4 ausgearbeitet wurde, hat Spiritualität und das spirituelle Coping im Rahmen der Palliativmedizin eine ganz besondere Rolle. Gemäß der „Attachment to God“-Theorie

nimmt Spiritualität die Funktion einer Bindungsfigur ein, die sowohl Schutz und Trost, als auch eine sichere Basis für die Exploration bieten kann (Kirkpatrick & Shaver, 1992; Loetz et al., 2013). Für Palliative-Care-Patienten kann Spiritualität als Bindungsersatz erhöhtes spirituelles Wohlbefinden, bzw. weniger spirituelles Leid bedeuten und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, bzw. die Beschäftigung mit transzendenten Themen erleichtern.

Vor dem Hintergrund der „Attachment to God“-Theorie überraschten uns die niedrigen SpREUK-Werte bei den unsicher-verstrickten Patienten. Der unsicher-verstrickte Bindungstyp ist gekennzeichnet von Abhängigkeit und ein starkes Anklammern an seine Bindungsperson (Kunsmann-Leutiger et al., 2018; Loetz et al., 2013). Wir hatten daher vermutet, dass besonders unsicher-verstrickte Patienten ein großes Bedürfnis nach Anlehnung an eine spirituelle Bindungsfigur aufweisen würden, was sich in einem hohen SpREUK-Score hätte zeigen müssen (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Granqvist et al. (2010) schrieben in einer Publikation über Bindungsmuster und Spiritualität ebenfalls, dass sie von einem unsicher-verstrickt Gebundenen eine sehr emotionale und anklammernde Beziehung mit einer spirituellen Bindungsfigur erwarten würden. Genau das Gegenteil war in unserer Studie der Fall. Wie lassen sich diese Ergebnisse erklären?

Wie in III.4 bereits beschrieben, kann Spiritualität einen sicheren Hafen bieten, in den man sich zurückzieht, sich geborgen und geschützt fühlt, sich trösten lässt. Dies würde einer sicheren Bindungserfahrung entsprechen, wie sie ein Säugling mit seiner primären Bezugsperson gemacht haben könnte. Unsicher-verstrickt gebundene Personen haben jedoch Erfahrungen mit unzuverlässigen Bindungspartnern gemacht, die manchmal warm und zugewandt waren, jedoch auch ignorant, überfordert oder aber hysterisch reagieren konnten und somit letztlich Inkonsistenz und Widersprüchlichkeit spiegelten (Belavich & Pargament, 2002; Müller, 2017). Diese Bindungserfahrung hat zu einer übertriebenen Anhänglichkeit geführt, gepaart mit einem Gefühl von Verlassenheit und Wut (Belavich & Pargament, 2002). In ihrer Studie an 155 Probanden vermuteten Belavich und Pargament (2002) genau wie wir, dass Unsicher-verstrickte einer hohen Aktivität an spirituellem Coping nachgehen würden. Jedoch analog zu unserer Studie stellten beide Autoren ebenfalls fest, dass das Interesse an spirituellem Coping gering war und vor allem eher gekennzeichnet war von spiritueller Unzufriedenheit und Abwendung (Belavich & Pargament, 2002; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Sie erklärten dies unter

anderem mit eben jenen Gefühlen von Verlassenheit und Wut in Bezug auf eine spirituelle Bindungsfigur, die den Unsicher-verstrickten keinen sicheren Hafen bietet (Belavich & Pargament, 2002; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Unsicher-verstrickte erwarten keinen adäquaten Trost und Schutz von einer Bindungsperson, was sich dann möglicherweise darin äußert, dass sie auch nicht Spiritualität als Bindungersatz nutzen können.

Spiritualität ist nicht nur ein „sicherer Hafen“, sondern auch eine „sichere Basis“. Damit ist gemeint, dass eine Person, die sich der Nähe und des Schutzes ihrer Bindungsperson sicher sein kann (und damit auch in Not eine Deaktivierung ihres Bindungssystems erfährt), nun die Möglichkeit hat, mit Neugierde und Vertrauen in die Exploration ihrer Umgebung zu gehen und sich zum Beispiel spiritueller mit der palliativen Situation auseinander zu setzen (Loetz et al., 2013; Milberg & Friedrichsen, 2017). Unsicher-verstrickte haben jedoch in belastenden Situationen ein überaktiviertes Bindungssystem, das keine Beruhigung findet, womit das Explorationsverhalten ausgeschaltet bleibt (Müller, 2017). Anders ausgedrückt besteht keine Kapazität für Exploration, weil Patienten mit diesem Bindungsmuster innere Arbeitsmodelle (mentale Bindungsrepräsentanzen) entwickelt haben, die Folge einer unzuverlässigen und widersprüchlichen Bindungsfigur sind, weshalb ein aktiviertes Bindungssystem sich nun schwer abschalten lässt (Müller, 2017). Möglicherweise ist dies in unserer Studie ein wichtiger Grund für die erwähnten niedrigen SpREUK-Scores, insbesondere für den signifikant niedrigen Score in der Subskala „Reflexion“ (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Explorationsverhalten beinhaltet auch die gedankliche Exploration in unbekanntem Bereichen; die Fähigkeit neue, teils beängstigende Themen wie den Tod und was nach dem Tod passiert zu reflektieren und in diese Gedankenwelt vorzudringen. Aber genau diese Art der Reflexion ist für Unsicher-verstrickte schwierig, solange ihr Bindungssystem keine Beruhigung findet.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass für Unsicher-verstrickte die Möglichkeiten, Spiritualität in ihrer Eigenschaft als sicheren Hafen und als sichere Basis zu erfahren, eingeschränkt sind. Spirituelles Coping kann für Unsicher-verstrickte, wie Belavich und Pargament (2002) festgestellt haben, sogar sehr belastend sein. Dies bedeutet allerdings nicht, dass spirituelles Coping nicht auch für sie eine Ressource sein kann, um spirituelles Wohlbefinden zu erfahren. So untersuchten Gall & Bilodeau (2019) 137 kanadische Frauen, die aufgrund von auffälligen Befunden bei der

Brustuntersuchung von ihrem Allgemeinarzt in ein spezialisiertes Brustzentrum zur weiteren Abklärung überwiesen worden waren (wobei von diesen 137 Frauen dann 40,1% eine Brustkrebsdiagnose erhielten) auf Zusammenhänge zwischen Bindungsmuster und Bewältigungsstrategien. Sie stellten fest, dass Unsicher-verstrickte allgemein zu vermeidenden und nicht-akzeptierenden Bewältigungsstrategien und Depressionen neigten im Umgang mit der potenziell bedrohlichen Krankheitssituation (Gall & Bilodeau, 2019). Sicher-gebundene Frauen konnten spirituelles Coping für sich als Ressource hingegen gut einsetzen (Gall & Bilodeau, 2019). Daher dürfte es sinnvoll sein, gerade beim unsicher-verstrickten Bindungstyp möglichst viele Ressourcen – und damit auch spirituelle – anzuzapfen. Wenn dieser Bindungstyp auf einer Palliativstation zum Beispiel die Erfahrung mit einem feinfühligem Palliativ-Team - unter Einbeziehung der Angehörigen - machen kann, dass Hilfsangebote zuverlässig sind, dass das Team berechenbar und verfügbar ist und dass deren Ängste ernst genommen werden, dann kann das Bindungssystem deaktiviert werden und spirituelles Coping möglich sein (Kunsmann-Leutiger et al., 2018; Loetz et al., 2013; Petersen & Köhler, 2006).

Interessante Ergebnisse erhielten wir auch in Bezug auf den sicheren und unsicher-distanzierten Bindungstyp. Beide hatten fast denselben Score im Gesamt-SpREUK und dieser war auch mit 62,8, respektive 63,0 hoch, was für eine hohe Spiritualität spricht (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Ebenfalls hoch und auch vergleichbar waren die Scores der Subskalen „Vertrauen“ und „Reflexion“. Wie lassen sich die Ähnlichkeiten dieser zwei sehr unterschiedlichen Bindungstypen erklären?

Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur zu dem Thema „Attachment to God“ wenige aber dennoch aufschlussreiche Publikationen, die erklären, weshalb sich sicher gebundene und unsicher-distanziert gebundene Menschen ähnlich stark der Spiritualität zuwenden. Kirkpatrick und Shaver (1992) untersuchten in einer explorativen Studie die sogenannte Korrespondenz- und Kompensationstheorie. Granqvist et al. (2010) und Müller et al. (2015) konnten diese Theorien in Studien bestätigen.

Der Korrespondenztheorie zufolge können sich Menschen, die in ihrer Kindheit eine sichere Bindung zur primären Bindungsperson erfahren und entsprechend der daraus resultierenden inneren Arbeitsmodelle ein sicheres Bindungsmuster entwickelt haben, der Spiritualität leicht zuwenden (Kirkpatrick und Shaver, 1992, Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Ihre frühkindlichen Bindungserfahrungen korrespondieren mit den Erfahrungen, die sie von der spirituellen Bindungsfigur erwarten: Zuverlässigkeit, Trost, Schutz und

Sicherheit (Granqvist et al., 2010). Unsere Studie konnte dies mit den hohen SpREUK-Werten bei den sicher gebundenen Palliativpatienten bestätigen. Insbesondere der hohe Wert von 74,4 in der Subskala „Vertrauen“ erinnert an das frühe Vertrauen, das sie in ihre primären Bezugspersonen setzen konnten, weil diese ihnen zuverlässig und feinfühlig zur Seite standen, wenn sie nach Nähe und Schutz suchten (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Sicher gebundene Palliative-Care-Patienten sind nun entsprechend auch in der Lage, sich vertrauensvoll an eine spirituelle Bindungsfigur zu wenden, sich trösten zu lassen und auch die Auseinandersetzung mit dem Sterben - mit der ganzen Bandbreite an Gefühlen - nicht zu scheuen. Der Korrespondenztheorie zufolge müssten nun unsicher-distanzierte Menschen gemäß ihrer frühkindlichen Erfahrung mit abweisenden oder distanzierten Bezugspersonen eine spirituelle Bindungsfigur als unnahbar und abwesend empfinden und gar nicht erst den Versuch wagen, sich dieser Bindungsfigur zu nähern (Granqvist et al., 2010; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Die hohen SpREUK-Werte beim distanzierten Bindungstyp deuten allerdings auf eine andere Theorie zur Erklärung hin, nämlich auf die Kompensationstheorie. Dieser zufolge können sich ganz besonders unsicher-distanziert gebundene Menschen einer spirituellen Bindungsfigur zuwenden, weil sie in dieser Bindung einen Ersatz oder eben eine Kompensation für die fehlende Bindungsfähigkeit, die ihnen durch abweisende Bezugspersonen „in die Wiege gelegt“ wurde, erleben können (Granqvist et al., 2010; Kirkpatrick und Shaver, 1992; Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Möglicherweise ist gerade für diesen Bindungstyp das spirituelle Coping von ganz wesentlicher Bedeutung, weil sie in ihrer Zuwendung an die Spiritualität einen sicheren Hafen finden können.

Der hohe SpREUK-Score der unsicher-distanziert gebundenen Palliative-Care-Patienten lässt sich auch zusätzlich damit erklären, dass dieser Bindungstyp, im Gegensatz zum Beispiel zum unsicher-verstrickten Bindungstyp, sehr explorationsfreudig ist (Müller et al., 2015; Müller, 2017). Wie in III.1 bereits erklärt, liegt dies vor allen Dingen daran, dass dieser Bindungstyp gelernt hat, sein Bindungssystem nicht (oder nur sehr schwer) aktivieren zu lassen (Müller, 2017). Damit bestimmt die Exploration das Verhalten, was sich bei unseren Patienten möglicherweise in der Beschäftigung mit spirituellen Themen zeigte. Der Score für die Subskala „Reflexion“ war bei dem unsicher-distanzierten Bindungstyp mit 72,0 entsprechend am höchsten (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Unterstützt wird diese Erklärung durch eine Studie von Müller et al. (2015), die 83 ka-

tholische Priester und andere Seelsorger in Deutschland auf ihre Bindungsmuster untersuchten. Bei dieser Stichprobe darf man davon ausgehen, dass die Beschäftigung mit Spiritualität und die Zuwendung an eine spirituelle Bindungsfigur ein wichtiger und regelmäßiger Erfahrungsbereich ist. In dieser Stichprobe wurde ein im Vergleich zur nicht-klinischen Stichprobe erhöhter Anteil an unsicher-distanziertem Bindungsmuster gefunden, nämlich 40 % (im Vergleich zu 24%, siehe Bakermans–Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009).

Es liegen also zwei unterschiedliche, in der Literatur untersuchte und belegte Theorien vor, die unsere hohen Scores für das spirituelle Coping bei den zwei sehr verschiedenen Bindungsmustern plausibel erklären. Die Werte waren nicht signifikant, aber durch Erhöhung der Stichprobenzahl könnte man untersuchen, ob sich signifikante Ergebnisse erzielen lassen. In jedem Fall ist es eine wichtige Erkenntnis, dass spirituelles Coping sowohl durch Korrespondenz einerseits, als auch durch Kompensation dysfunktionaler Beziehungen andererseits gefördert wird. Diese Erkenntnis hilft dem Palliativ-Team individuell auf die spirituellen Bedürfnisse einzugehen, damit die Patienten besonders am Lebensende mit ihrer beängstigenden Situation besser umgehen und auch spirituell unterstützt werden können.

Interessant und überraschend waren die Ergebnisse des unverarbeiteten Bindungstypen, insbesondere in den Subskalen „Vertrauen“ und „Reflexion“, wo sie mit 60,4, respektive 65,6 sehr hoch lagen (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Der unverarbeitete Bindungstyp ist gekennzeichnet durch komplizierte und instabile Beziehungen (Lavin et al., 2019; Loetz et al., 2013). Daher hatten wir erwartet, dass ihr Bindungsbedürfnis an eine spirituelle Bindungsfigur gering ausfallen würde (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Mit einem Gesamt-SpREUK-Score von 56,2 lag jedoch eindeutig spirituelles Coping vor. Eine Studie von Granqvist et al. (2007) könnte hier eine plausible Erklärung liefern (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Granqvist et al. (2007) untersuchten 84 schwedische Probanden auf einen Zusammenhang zwischen deren Bindungsstil und Spiritualität. Schweden ist ein stark säkularisiertes Land (Granqvist et al., 2007) und lässt sich daher gut im Vergleich zu unserer deutschen Stichprobe heranziehen. Die Autoren fanden heraus, dass Probanden mit unverarbeitetem Bindungsmuster am stärksten geneigt waren, sich der New Age Spiritualität zuzuwenden. Demzufolge haben Menschen mit unverarbeitetem Bindungsmuster auch eine Tendenz, sich mit New Age Aktivitäten zu befassen (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Dazu zählen Erfahrungen wie mystische

Erlebnisse, Kontakt zu Verstorbenen und tranceartige Zustände (Granqvist et al., 2010). Da wir in der vorliegenden Studie Spiritualität im weitesten Sinne untersuchten, und in diese Bandbreite auch die New Age Spiritualität mit eingeschlossen war, können die hohen SpREUK-Scores beim unverarbeiteten Bindungstyp auf diese Weise erklärt werden. Gerade bei nicht vorhandenen oder sehr schwierigen Familienstrukturen, wie sie beim unverarbeiteten Bindungstyp häufig vorliegen, kann spirituelles Coping den sicheren Hafen bieten, in dem sie Struktur und einen geschützten Raum erfahren (Kunsmann-Leutiger et al., 2018).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Spiritualität als besondere Form einer Bindungsorganisation auf die Palliativmedizin von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Konfrontiert mit einer unheilbaren, schweren Erkrankung, wird das Bindungssystem des Palliative-Care-Patienten stark aktiviert. Spiritualität kann im Sinne eines sicheren Hafens das Bindungssystem deaktivieren, so dass der Patient wiederum die gespürte Sicherheit benutzen kann, um in die Exploration zu gehen. Diese Exploration kann ihm ermöglichen, die Ängste, die Trauer, die Wut und andere unkontrollierbare Emotionen zuzulassen und anzunehmen, vielleicht sogar zu transzendieren, damit im Sinne eines spirituellen Copings das Leid ein wenig gemildert werden kann.

## VII.4 Limitations

Bei der Interpretation der Ergebnisse musste ein wesentlicher Nachteil bedacht werden: 80 Patienten waren für ein bindungsdiagnostisches Interview zwar ausreichend groß, um eine Aussage über die allgemeine Bindungsverteilung in der Palliativmedizin tätigen zu können (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Allerdings reduzierte sich die Stichprobenzahl bei der Parzellierung in Palliativstation (n=65) und Hospiz (n=15) recht stark. Ähnliches galt für den SpREUK-Fragebogen. Hierbei wurden die Probanden anhand von demographischen Daten parzelliert. Dies führte dazu, dass wir für einige Parameter keine Korrelationen herstellen konnten, wie zum Beispiel für den Zusammenhang zwischen Spiritualität und Familienstand, weil die Stichprobenzahl je Parzelle zu klein wurde. Daher sollten die Ergebnisse sowohl zur Bindungsverteilung je institutioneller Einrichtung, als auch zu den Korrelationen zwischen Spiritualität und Einflussfaktoren, inklusive Bindungsmuster, als Tendenzen aufgefasst werden. Es handelt sich in dieser Studie um Pionierarbeit mit explorativem Charakter, denn, wie Loetz et al. (2013) festgestellt haben, ist über Bindung und Spiritualität in der Palliativmedizin bisher wenig geforscht worden. Aus unserer Studie sollte jedoch klar geworden sein, dass der bindungstheoretische und spirituelle Ansatz in der Begleitung schwerstkranker Patienten und Hospizbewohner einen essentiellen Beitrag zu deren Lebensqualität, zur Krankheitsverarbeitung und zur behutsamen Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und Sterben leisten kann. Daher wäre es sinnvoll, mit einer größeren Stichprobe in diesem Bereich weiter zu forschen und auch über Münchens Grenzen hinaus Hospize und Palliativstationen mit einzubeziehen. Die Tatsache, dass bei einigen Ergebnissen die Signifikanzen nur knapp verfehlt wurden, könnte darauf hindeuten, dass es wichtige Zusammenhänge gibt, die sich unter Umständen durch höhere Stichprobenzahlen bestätigen ließen.

Ein Nachteil in der Durchführung der Studie bezog sich auf die Art der Rekrutierung der Patienten (Kunsmann-Leutiger et al., 2018). Wir konnten die Patienten nicht stichprobenartig auswählen, sondern es war notwendig, die Ärzte eine Vorauswahl treffen zu lassen. Es ist ethisch gesehen nicht ohne weiteres möglich, an Sterbenden zu forschen und daher war es wichtig, die Ärzte entscheiden zu lassen, für welche

Patienten die Studie zumutbar wäre und auch welche Patienten überhaupt die Kraft und Ausdauer für ein längeres Interview haben würden. Die schwächsten und schwierigsten Patienten nahmen somit an der Studie gar nicht erst teil. Dadurch könnte es zu einem Selektionsbias gekommen sein. Außerdem ist es auch denkbar, dass insbesondere sicher gebundene und an Exploration interessierte, unsicher-distanziert gebundene Patienten eher einer Teilnahme an der Studie zustimmten. Dies könnte deren prozentuale Repräsentation in der Bindungsverteilung beeinflusst haben.

Zum Schluss sei noch auf Folgendes hingewiesen: Es gibt Studien- wenngleich noch wenige - die darauf hinweisen, dass die Palliativstation selbst ein feinfühligere Partner darstellen könnte und somit in der Lage sein könnte, das Bindungssystem der Patienten zu deaktivieren oder in Richtung sicher gebunden sogar zu ändern (Loetz et al., 2013; Milberg et al., 2012; Müller, 2017). Wenn dies der Fall wäre, dann würden Coping-Mechanismen, auch spirituelle, während eines Aufenthaltes auf Palliativstation oder im Hospiz positiv beeinflusst werden können. Dies würde bedeuten, dass der SpREUK-Score mit den Subskalen, je nachdem zu welchem Zeitpunkt die Spiritualität erhoben wurde, unterschiedlich ausfallen könnte, und zwar könnte dann der Score umso höher ausfallen, je länger sich der Patient auf Station/ im Hospiz zum Zeitpunkt der Erhebung befand. Um daher die Vergleichbarkeit zu optimieren, würde ich bei weiteren Studien vorschlagen, den SpREUK-Fragebogen bei allen Patienten zum möglichst gleichen Aufenthaltszeitpunkt durchzuführen. Man könnte auch überlegen, das spirituelle Coping zu Beginn des Aufenthaltes und noch einmal nach 10 Tagen zu wiederholen, um auch mögliche Veränderungen durch beispielsweise Spiritual Care Angebote und eine bindungsorientierte Palliativversorgung zu dokumentieren.

## **VII.5 Ausblick**

In der vorliegenden Arbeit wurden die Themen „Bindung“ und „Spiritualität“ hinsichtlich ihrer Relevanz für die Palliativmedizin herausgearbeitet. Auf den ersten Blick könnte es einem Mediziner so erscheinen, als könne man Spiritualität nicht wissenschaftlich untersuchen und schon gar nicht Aussagen über ihre Wirksamkeit in Bezug auf Krankheit und Gesundheit machen. Wie sich jedoch sowohl in unserer Studie, als auch beim Vergleich mit anderen Studien zeigte, kann Spiritualität nicht nur wissenschaftlich überprüft werden, sondern es gibt einen hohen Bedarf an spirituellen Themen in der

Medizin, die bis dato unzureichend erforscht bleiben. Es bietet sich die Palliativmedizin mit ihrer unmittelbaren Nähe zu spirituellen Themen (wie das Sterben, ein mögliches Leben nach dem Tod, die sinnvolle Einordnung des eigenen Lebens und Sterbens in einen übergeordneten Kreislauf der Natur oder in den „Lauf der Dinge“, Loslassen und Hingabe) für die Forschung in diesem Bereich besonders gut an. Allerdings sollte man sich nicht nur auf die Palliativmedizin beschränken. Ostermann und Büssing (2007) schreiben, dass Spiritualität nicht nur für Schwerkranke, sondern auch für chronisch Kranke und Schmerzpatienten von großer Bedeutung sei und Frick (2009b) beschreibt Spiritual Care als ein multiprofessionelles, multiperspektivisches und nicht allein auf die Palliativmedizin beschränktes Anliegen. Spiritualität ist ein wissenschaftlich belegter Outcome-Parameter nicht nur in Bezug auf Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung, psychischem und spirituellem Wohlbefinden, sondern auch hinsichtlich körperlicher Beschwerden und Funktionen, wie Hypertonie und KHK, endokrinologischer und immunologischer Funktionsstörungen und sogar der Mortalität, um nur ein paar wenige Bereiche zu nennen (Frick, 2012; König, 2012). Daher sollte sich in Zukunft die Forschung noch mehr mit Spiritualität in anderen Bereichen der Medizin befassen. Auch die Berücksichtigung der Bindungsmuster beschränkt sich nicht nur auf Palliative-Care-Patienten. Das Bindungssystem wird zwar, wie in dieser Arbeit klar herausgestellt wurde, ganz besonders stark durch eine lebensbedrohliche Erkrankung aktiviert, aber ebenfalls können zum Beispiel chronische Leiden und Schmerzen Bindungsverhalten hervorrufen. Brenk-Franz et al. (2011) beschreiben, wie auch in der hausärztlichen Praxis das Bindungsverhalten für Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung, aber auch für die Arzt-Patienten Beziehung und letztlich die Compliance mit verantwortlich ist. Ein aktiviertes Bindungssystem beeinträchtigt den Zugang zu Ressourcen für Bewältigungsstrategien und reduziert die Lebensqualität. Wenn dann noch spirituelle Nöte hinzukommen, zeigen Patienten erhöhte körperliche und psychologische Symptome, wodurch das Klinikpersonal stärker beansprucht wird und damit auch die medizinischen Kosten erheblich ansteigen (Balboni et al., 2011; Loetz et al., 2013). Eine individuelle Begleitung, die Rücksicht auf das Bindungsmuster und auf die Spiritualität des Patienten nimmt, ist sinnvoll und sogar notwendig, wenn man den Patienten in seiner Heilung größtmöglich begleiten und unterstützen möchte. In Bezug auf die Palliativmedizin kann die Einbeziehung der Bindungstheorie und Spiritualität eine sanftere, ganzheitlichere und auch kostengünstigere Medizin bedeuten. Es ist zum Beispiel so, dass die Entwicklung der Palliativmedizin zu einer zunehmenden Akzeptanz von Ster-

ben und Tod geführt hat (Clark, 2002). Gleichzeitig wird der Tod in unserer Gesellschaft stark negiert und die medizinisch-technischen Möglichkeiten, am Lebensende das Sterben möglichst lange hinauszuzögern, haben sich verbessert (Clark, 2002). Dies führt jedoch dazu, dass invasive, nicht-palliative Eingriffe und Behandlungen noch unmittelbar vor dem Tod durchgeführt werden, was nicht nur zu einer Kostenexplosion im Gesundheitssystem geführt hat, sondern auch die Lebensqualität auf allen Ebenen - körperlich, psychologisch und spirituell - verschlechtern kann (Adorno, 2015; Balboni et al., 2011; Clark, 2002). Wenn man Bindung und Spiritualität in der Palliativmedizin verstehen und anzuwenden lernt, kann sich für den Menschen ein wertvoller Raum zwischen Leben und Sterben öffnen, eine Übergangsphase, wie Adorno (2015) es in seinem Artikel „Between Two Worlds“ nennt: „Recognizing liminal passages and understanding dying as an important developmental transition is essential for quality cancer care (Adorno, 2015, S. 117).“

## VIII. Literaturverzeichnis

Adorno G. Between Two Worlds: Liminality and Late-Stage Cancer-Directed Therapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying* 2015;71(2):99-125.

Ainsworth M. Infant–mother attachment. *American Psychologist* 1979;34:932-937.

Ainsworth M. Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1985;61(9):792-812.

Ainsworth M, Bell S. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development* 1970;41(1):49-67.

Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Stranger Situation*. Oxford, UK, Lawrence Erlbaum, 1978.

Alferi S, Culver J, Carver C, Arena P, Antoni M. Religiosity, Religious Coping, and Distress: A Prospective Study of Catholic and Evangelical Hispanic Women in Treatment for Early-stage Breast Cancer. *Journal of Health Psychology* 1999;4(3):343-356.

Allen J, McElhaney K, Kuperminc G, Jodl K. Stability and Change in Attachment Security Across Adolescence. *Child Development* 2004;75(6):1792-1805.

Bakermans-Kranenburg M, van IJzendoorn M. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment and Human Development* 2009;11(3):223-263.

Balboni T, Vanderwerker L, Block S, Paulk M, Lathan C, Peteet J, Prigerson H. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology* 2007;25(5):555-560.

Balboni T, Balboni M, Paulk M, Phelps A, Wright A, Peteet J, Block S, Lathan C, Vanderweele T, Prigerson H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer* 2011;117(23):5383-5391.

Baldacchino D, Borg J, Muscat C, Sturgeon C. *Psychology and Theology Meet: Illness*

- Appraisal and Spiritual Coping. *Western Journal of Nursing Research* 2012;34(6):818-847.
- Balducci L. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2019;57(1):171-175.
- Belavich T, Pargament K. The Role of Attachment in Predicting Spiritual Coping With a Loved One in Surgery. *Journal of Adult Development* 2002;9(1):13-29.
- Best M, Butow P, Olver I. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Support Care Cancer* 2014;22(5):1333-1339.
- Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Education and Counseling* 2015;98(11):1320-1328.
- Best M, Butow P, Olver I. Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *Journal of Clinical Medicine* 2016;5(9).
- Bishop G. Poll trends: Americans' belief in God. *Public Opin Q* 1999;63:421-434.
- Borasio G. Spiritualität in Palliativmedizin/ Palliative Care. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:112-118.
- Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 1: Attachment*. New York, Basic books, 1969.
- Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 2: Separation, Anxiety and Anger*. New York, Basic Books, 1973.
- Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 3: Loss, Sadness and Depression*. London, Hogarth Press, 1980.
- Brenk-Franz K, Strauß B, Ciechanowski P, Schneider N, Gensichen J. Entwicklungspsychologische Konstrukte für die Primärversorgung: Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2011;87(3):127-142.
- Buchheim A, George C, West M. The adult attachment projective (AAP) - psychometric properties and new research results. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2003;53(9/10):419-427.
- Buchheim A, Erk S, George C, Kachele H, Ruchsow M, Spitzer M, Kircher T, Walter H. Measuring attachment representation in an fMRI environment: a pilot study.

Psychopathology 2006;39(3):144-152.

Buchheim A, Labek K, Walter S, Viviani R. A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Frontiers in Human Neuroscience* 2013;7(677).

Büssing A. The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Journal of Chinese Integrative Medicine* 2010a;8(9):832-841.

Büssing A. Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire. *Religions* 2010b;1:9-17.

Büssing A, Matthiessen P, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005a;3(53).

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. Search for Meaningful Support and the Meaning of Illness in German Cancer Patients. *Anticancer Research* 2005b;25(2B):1449-1456.

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. The Role of Religion and Spirituality in Medical Patients in Germany. *Journal of Religion and Health* 2005c;44(3):321-340.

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005d;3(10).

Büssing A, Keller N, Michalsen A, Moebus S, Dobos G, Ostermann T, Matthiessen P. Spirituality and adaptive coping styles in German patients with chronic diseases in a CAM health care setting. *Journal of Complementary and Integrative Medicine* 2006;3(4):1-26.

Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. Adaptive Coping and Spirituality as a Resource in Cancer Patients. *Breast Care* 2007;2:195-202.

Büssing A, Michalsen A, Balzat H, Grünther R, Ostermann T, Neugebauer E, Matthiessen P. Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine* 2009;10(2):327-339.

Büssing A, Balzat H, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases

- and cancer - Validation of the Spiritual Needs Questionnaire. *European Journal of Medical Research* 2010;15(6):266-273.
- Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt N, Kopf A. Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine* 2013;14(9):1362-1373.
- Carter H, Macleod R, Brander P, McPherson K. Living with a terminal illness: patients' priorities. *The Journal of Advanced Nursing* 2004;45(6):611-620.
- Cassidy J, Shaver P. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. 2. Aufl. New York, NY, USA, Guilford Press, 2008;19.
- Clark D. Religion, Medicine, and Community in the Early Origins of St. Christopher's Hospice. *Journal of Palliative Medicine* 2001;4(3):353-360.
- Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *British Medical Journal* 2002;324(7350).
- Crowell J, Fraley R, Shaver P. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy J, Shaver P (Hg) *Handbook of attachment* 2. Aufl. New York, Guilford, 2008.
- Delvecchio E, Di Riso D, Salcuni S, Lis A, George C. Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in Psychology* 2014;5(1218).
- Deutsche Krebsgesellschaft (2017). *Basis-Information Krebs*. Abgerufen am: 10.12.2019, <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/leben-mit-krebs/alltag-mit-krebs/lebensqualitaet.html>.
- Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine* 2010;24(8):753–770.
- Emanuel L, Handzo G, Grant G, Massey K, Zollfrank A, Wilke D, Powell R, Smith W, Pargament K. Workings of the human spirit in palliative care situations: a consensus model from the Chaplaincy Research Consortium. *BMC Palliative Care* 2015;14(29).
- Fegg M, Kramer M, Bausewein C, Borasio G. Meaning in Life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning in Life

- Evaluation (SmiLE). *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5(59).
- Fegg M, Kramer M, L'hoste S, Borasio G. The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SmiLE): Validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;35(4):356-364.
- Fizke E, Buchheim A, Juen F. Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals – an experimental control study. *Psihologija* 2013;46(2):161-176.
- Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine* 1997;45(8):1207-21.
- Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000;9(1):11-19.
- Folkman S, Lazarus R. Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54(3):466-475.
- Frick E. Glauben ist keine Wunderdroge: Hilft Spiritualität bei der Bewältigung schwerer Krankheit? *Herder Korrespondenz* 2002;56(1):41-46.
- Frick E. Spiritual Care - nur ein neues Wort? *Lebendige Seelsorge* 2009a;60(4):233-236.
- Frick E (2009b). Seelsorge und Medizin: Spiritual Care: Ein neues Fachgebiet der Medizin? Abgerufen am: 07.01.2020, <https://docplayer.org/41749939-Eckhard-frick-seelsorge-und-medizin-spiritual-care-ein-neues-fachgebiet-der-medizin.html>.
- Frick E. Spiritual Care - eine neues Fachgebiet der Medizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009c;55:145-155.
- Frick E. Spiritual Care zwischen Kirche, Theologie und Medizin. *Epistula (Herzogliches Georgianum)* 2012;61:20-26.
- Frick E, Bausewein C. Sterbende begleiten: Spirituelle Perspektiven und ärztliches Handeln. In Feinendegen N, Höver G, Schaeffer A, Westerhorstmann K (Hg.) *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende: Impulse aus Theorie und Praxis*. Würzburg, Königshausen & Neumann, 2014:425-436.
- Frick E, Roser T. Vorwort. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:9-10.

- Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S, Borasio G. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care* 2006;15(3):238–243.
- Friendlander A, Ettinger R. Karnofsky performance status scale. *Special Care in Dentistry* 2009;29:147-148.
- Gall T, Bilodeau C. Attachment to God and coping with the diagnosis and treatment of breast cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer* November 2019.
- Gander M, Buchheim A. Attachment classification, psychophysiology and frontal EEG asymmetry across the lifespan: a review. *Frontiers in Human Neuroscience* 2015;9(79).
- George C, Buchheim A. Use of the adult attachment projective picture system in psychodynamic psychotherapy with a severely traumatized patient. *Frontiers in Psychology* 2014;5(865).
- George C, West M. The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development* 2001;3(1):30-61.
- George C, West M. *The Adult Attachment Projective System*. New York, Guilford Press, 2012.
- George C, Kaplan N, Main M. *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley, 1985.
- George C, West M, Pettem O. *The Adult Attachment Projective*. Oakland, CA: Mills College, 1997.
- George C, West M, Pettem O. The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In: J. Solomon & C. George (Hg.) *Attachment disorganization*. New York, Guilford Press, 1999:462-507.
- Granqvist P, Ivarsson T, Broberg A, Hagekull B. Examining relations among attachment, religiosity, and new age spirituality using the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology* 2007;43(3):590-601.
- Granqvist P, Mikulincer M, Shaver P. Religion as Attachment: Normative Processes and Individual Differences. *Personality and Social Psychology Review* 2010;14(1):49-59.
- Grant E, Murray S, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. *Spiritual issues and needs:*

- Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease - A qualitative study. *Palliative and Supportive Care* 2004;2(4):371-378.
- Grom B. Spiritualität - die Karriere eines Begriffs: Eine religionspsychologische Perspektive. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:12-17.
- Grossmann K.E, Grossmann K. (Hg) *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart, Klett-Cotta, 2003.
- Gysels M, Evans C, Lewis P, Speck P, Benalia H, Preston N, Grande G, Short V, Owen-Jones E, Todd C, Higginson I. MORECare research methods guidance development: Recommendations for ethical issues in palliative and end-of-life care research. *Palliative Medicine* 2013;27(10):908-917.
- Harrison M, Koenig H, Hays J, Eme-Akwari A, Pargament K. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 2001;13:86-93.
- Hloulac T, Petersen Y, Frick E, Buchheim A, Bettenbrock B. Bindungstheorie in der Palliativmedizin - Auswirkungen standardisierter Bindungsdiagnostik mit dem Adult Attachment Projektive auf die psychische Befindlichkeit der Patienten. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2012;3:142–149.
- Höcker A, Krüll A, Koch U, Mehnert A. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 2014;23:786-794.
- Hvidt E, Iversen H, Hansen H. 'Someone to hold the hand over me': the significance of transpersonal 'attachment' relationships of Danish cancer survivors. *European Journal of Cancer Care* 2013;22(6):726-737.
- Jansky M, Nauck F. *Palliativ- und Hospizversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Aktueller Stand und Handlungsempfehlungen für Hospiz- und Palliativversorgung*. Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen 2014. Abgerufen am: 11.12.2019, [http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-\\_und\\_Hospizversorgung\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Migrationshintergrund.pdf](http://www.palliativmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/Palliativ-_und_Hospizversorgung_von_Menschen_mit_Migrationshintergrund.pdf)

- Juen F, Arnold L, Meissner D, Nolte T, Buchheim A. Attachment disorganization in different clinical groups: What underpins unresolved attachment? *Psihologija* 2013;46(2):127-141.
- Keir S, Calhoun-Eagan R, Swartz J, Saleh O, Friedman H. Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psychooncology* 2008;17(6):621-625.
- Kirkpatrick L, Shaver, P. An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1992;18(3):266-275.
- Kögler M, Fegg M. Kann man Spiritualität messen? Operationalisierung des Begriffs. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:226-233.
- Koenig H. *Medicine, religion, and health. Where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA, Templeton Foundation Press, 2008.
- Koenig H. *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*. ISRN Psychiatry 2012;278730.
- KompetenzZentrum der Uniklinik Freiburg, Palliative Care BW (2019). Projekte. Abgerufen am: 10.12.2019, <https://www.uniklinik-freiburg.de/palliativmedizin/kompetenzzentrum/projekte.html>
- Kunsmann-Leutiger E, Loetz C, Frick E, Petersen Y, Müller J. Attachment Patterns Affect Spiritual Coping in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2018;20(4):385-391.
- Lavin R, Bucci S, Varese F, Berry K. The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology* August 2019.
- Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer Publishing Company, 1984.
- Levy K, Meehan K, Kelly K, Reynoso J, Weber M, Clarkin J, Kernberg O. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1027-1040.

- LMU München (2010). Aktuelles. Abgerufen am: 10.12.2019, <https://www.uni-muenchen.de/aktuelles/news/2010/spirit.html>
- Loetz C, Müller J, Frick E, Petersen Y, Hvidt N, Mauer C. Attachment theory and spirituality: two threads converging in palliative care? *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* November 2013.
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt* 2008;79:577–586.
- McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003;361(9369):1603-1607.
- Mehnert A, Müller D, Lehmann C, Koch U. Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2006;54:212-223.
- Mikulincer M, Shaver P. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, Guilford Press, 2007.
- Milberg A, Friedrichsen M. Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care. *Supportive Care in Cancer* 2017;25(7):2267-2274.
- Milberg A, Wahlberg R, Jakobsson M, Olsson E, Olsson M, Friedrichsen M. What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psychooncology* 2012;21(8):886-895.
- Milberg A, Friedrichsen M, Jakobsson M, Nilsson E, Niskala B, Olsson M, Wahlberg R, Krevers B. Patients' Sense of Security During Palliative Care-What Are the Influencing Factors? *Journal of Pain and Symptom Management* 2014;48(1):45-55.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, Skummy A, Dutcher J. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology* 1999;8(5):378-85.
- Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton T. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of

patients and their carers. *Palliative Medicine* 2004;18(1):39-45.

Müller J. Bindung am Lebensende. Eine empirische Untersuchung über die Bindungsrepräsentationen von Palliativpatienten und Hospizbewohnern. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin 2017.

Müller J, Loetz C, Altenhofen M, Frick E, Buchheim A, Baumann K, Man Ging C. Bindung und psychosomatische Gesundheit bei katholischen Seelsorgenden. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2015;61(4):370-383.

Nelson C, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002;43(3):213-220.

Ostermann T, Büssing A. Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. *Musiktherapeutische Umschau* 2007;28(3):217-230.

Ostermann T, Büssing A, Matthiessen P. Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung spiritueller und religiöser Einstellung und des Umgangs mit Krankheit (SpREUK). *Forschende Komplementärmedizin und klassische Naturheilkunde* 2004;11(6):346-353.

Pargament K. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York, Guilford Press, 1997.

Pargament K, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. *Archives of Internal Medicine* 2001;161(15):1881-1885.

Pargament K, Koenig H, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology* 2004;9(6):713-730.

Park C, Cohen L, Herb L. Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59(3):562-574.

Petersen Y, Köhler L. Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. *Forum der Psychoanalyse* 2005;21(3):277-292.

- Pietromonaco P, Uchino B, Dunkel Schetter C. Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology* 2013;32(5):499-513.
- Puchalski C, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. *Academic Medicine* 2014a;89(1):10-16.
- Puchalski C, Vitillo R, Hull S, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine* 2014b;17(6):642-56.
- Raischl J. Aspekte von Spiritual Care in der ambulanten Hospizarbeit. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:293-300.
- Raoul M, Rougeron C. Spiritual needs of end of life home care patients: a qualitative study with 13 patients. *Journal international de bioéthique* 2007;18(3):63-83.
- Rodin G, Walsh A, Zimmerman C, Gagliese L, Jones J, Shepherd F, Moore M, Braun M, Donner A, Mikulincer M. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2007;16(12):1080-1091.
- Roser T. Innovation Spiritual Care: Eine praktisch-theologische Perspektive. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:45-55.
- Saunders C. *The management of terminal malignant disease*. London, Edward Arnold, 1978.
- Saunders C. Spiritual pain. *Journal of Palliative Care* 1988;4(3):29-32.
- Saunders C, Baines M, Dunlop R. *Living with Dying: A Guide for Palliative Care*. New York, Oxford University Press, 1995.
- Sawatzky R, Ratner P, Chiu L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research* 2005;72(2):153-188.
- Spangler G, Grossmann K. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development* 1993;64(5):1439-1450.
- Statistisches Bundesamt (2019). Abgerufen am 11.12.2019,

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html).

Statistisches Bundesamt (2019). Abgerufen am 19.12.2019,

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-staatsangehoerigkeit-staaten.html>.

Steinhauser K, Christakis N, Clipp E, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy J. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000;284(19):2476-82.

Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliative Medicine* 2005;19(2)143-150.

Tanyi R. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39(5):500-509.

Tarakeshwar N, Vanderwerker L, Paulk E, Pearce M, Kasl S, Prigerson H. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9(3):646-657.

Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni M, Phelps A, Block S, Ng A, Kachnic L, Vanderweele T, Balboni T. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *Journal of Community and Supportive Oncology* 2012;10(2):81-87.

Vingerhoets A, van Heck G. Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological Medicine* 1990;20(1):125-135.

Voltmer E, Büssing A, Koenig H, Al Zaben F. Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *Journal of Religion and Health* 2014;53(6):1741–1752.

Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim, L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development* 2000;71(3):684-689.

Weber S. Erfahrungen mit Spiritual Care in Deutschland und den USA. In: Frick E, Roser T (Hg) *Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*. 2. Aufl. Stuttgart, 2011:206-213.

- Weiherr E. Das Geheimnis des Lebens berühren - Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod - Eine Grammatik für Helfende. 3. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer, 2011.
- Weinfield N, Sroufe L, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* 2000;71:695-702.
- Weinfield N, Whaley G, Egeland B. Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: sequelae of organization and disorganization. *Attachment Human Development* 2004;6(1):73-97.
- West M, Sheldon-Keller A. *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York, Guilford Press, 1994.
- WHO (2013), *Palliative Care 2013*. Abgerufen am: 10.12.2019, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wolf B. Über das leibliche Erleben von Spiritualität im Pflegekontext. *Spiritual Care* 2016;5(3):167-173.
- Zinnbauer B, Pargament K. Religiousness and spirituality. In: Paloutzian R, Park C (Hg) *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York, Guilford Press, 2005:21-42.
- Zwingmann C. Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2005;55(5):241-246.
- Zwingmann C, Gottschling S. Religiosity, Spirituality, and God Concepts: Interreligious and Interdenominational Comparisons Within a German Sample. *Archive for the Psychology of Religion* 2015;37(1):98-116.
- Zwingmann C, Moosbrugger H, Frank D. Der gemeinsame Glaube der Christen: Empirische Analysen zum Apostolischen Glaubensbekenntnis. In: Zwingmann C, Moosbrugger H (Hg) *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Neue Beiträge zur Religionspsychologie*. Münster, 2004:107-130
- Zwingmann C, Müller C, Körber J, Murken S. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2008;17(4):361-370.

## IX. Anhang

**Table 1b Factor and reliability analysis of the shortened version (SpREUK-SF10)**

Character of items	Items	Mean±SD [0 – 4]	Difficulty index (=0.69)	Corrected item – total correlation	Alpha if item deleted ( $\alpha=0.885$ )	Factor loading		
						I	II	III
Trust in Higher Guidance/Source ( $\alpha=0.898$ ; eigenvalue 5.0; 50% explained variance)								
Emotion	2.5 whatever may happen, trust in a higher power which carries through	2.21±1.42	0.74	0.685	0.869	0.856		
Emotion	37 trust in spiritual guidance in life	2.10±1.32	0.70	0.766	0.863	0.817	0.306	
Emotion	38 feel connected with higher source	1.79±1.41	0.60	0.722	0.866	0.811	0.302	
Cognition	39 convinced that death is not an end	2.40±1.35	0.80	0.610	0.875	0.805		
Search for Support/Access to SpR ( $\alpha=0.844$ ; eigenvalue 1.3; 13% explained variance):								
Behavior	1.6 searching for an access to spirituality/religiosity	1.37±1.35	0.46	0.610	0.875		0.835	
Cognition	1.4 illness has brought renewed interest in spiritual/religious questions	1.41±1.41	0.47	0.568	0.878		0.818	
Cognition	1.5 finding access to a spiritual source can have a positive influence on illness	1.54±1.32	0.51	0.701	0.868	0.325	0.797	
Reflection: Positive Interpretation of Disease ( $\alpha=0.736$ ; eigenvalue 1.1; 11% explained variance)								
Cognition	3.3 illness encourages to get to know myself better	2.64±1.11	0.88	0.517	0.881			0.820
Cognition	3.7 because of the illness, reflect on what is essential in life	2.71±1.09	0.90	0.453	0.885			0.775
Cognition	3.2 what happens is a hint to change life	2.45±1.10	0.82	0.532	0.880			0.705

Cronbach's  $\alpha=0.885$ ; Kaiser-Meyer-Olkin value=0.879; Extraction of the main components (eigenvalue>1); Varimax Rotation with Kaiser Normalization (rotation converged in 5 Iterations); 73.6% explained variance.

## **X. Zusammenfassung**

Die Palliativmedizin wird in unserer Gesellschaft, in der schon länger eine starke Alterung der Bevölkerung zu verzeichnen ist, immer wichtiger. Dennoch ist hier im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen die Forschung noch unterrepräsentiert (KompetenzZentrum Palliative Care BW, 2019). Die Bedürfnisse unheilbar kranker und sterbender Menschen genau zu kennen und feinfühlig und individuell zu befriedigen, ist jedoch ein großes Anliegen von Palliative Care. Bindung und Spiritualität spielen dabei eine entscheidende Rolle. Es war daher das Ziel dieser Arbeit, Palliative-Care-Patienten hinsichtlich ihres Bindungsmusters und ihrer Spiritualität zu untersuchen.

Hierfür wurden in einer groß angelegten Studie 80 Palliative-Care-Patienten von allen Palliativstationen und Hospizen im Stadtgebiet Münchens rekrutiert. Anhand eines validierten projektiven Testverfahrens, dem Adult Attachment Picture System, wurden die Bindungsmuster der Patienten herausgearbeitet. Außerdem wurde mit einem validierten Fragebogen, dem SpREUK-SF10, die Spiritualität und das spirituelle Coping untersucht. Auf diese Weise konnte die Bindungsverteilung der Palliative-Care-Patienten auf Palliativstationen und im Hospiz herausgefunden werden und das spirituelle Coping in Zusammenhang mit den demographischen Daten und dem Bindungsmuster analysiert werden.

Dabei stellte sich heraus, dass es unter Palliative-Care-Patienten einen hohen Anteil (40,0%) an unverarbeiteten und einen geringen Anteil (12,5%) an sicher gebundenen Bindungsmustern gab. Außerdem stellte sich heraus, dass Spiritualität für viele Patienten einen wichtigen Coping-Mechanismus darstellte. Zwischen Religionszugehörigkeit, Bindungsmuster und das Alter einerseits und spirituellem Coping andererseits konnten signifikante Zusammenhänge gezeigt werden. Unsicher-verstrickt gebundene Patienten waren an Spiritualität weniger interessiert. Im Gegensatz dazu neigten Patienten mit den anderen drei Bindungsmustern zum spirituellen Coping.

Bindung und Spiritualität sind wichtige Faktoren, die die Lebensqualität am Lebensende beeinflussen. Ärzte, die das Bindungsverhalten ihrer Palliative-Care-Patienten kennen und deren spirituelle Bedürfnisse ernst nehmen, können noch gezielter und individueller einen Raum schaffen, in dem sich ihre Patienten auf allen Ebenen- körperlich, psychosozial und spirituell- begleitet und geborgen fühlen.

## **XI. Danksagung**

Hiermit danke ich allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, ganz herzlich:

**Herrn Prof. Dr. med. Eckhard Frick SJ** für die Überlassung des Themas, für seine inspirierende und motivierende Art, für die vielen hilfreichen Ratschläge und Denkanstöße und für die Freiheiten und die Geduld, die er mir bei der Gestaltung dieser Arbeit entgegenbrachte.

**Jakob Müller und Cecile Loetz**, meinen zwei „inoffiziellen“ Betreuern, für ihre Anregungen und beständige Unterstützung, die vielen fruchtbaren Diskussionen und ganz besonders für die unentbehrlichen technischen und fachlichen Hilfestellungen.

**Katrin Voll** für ihre Hilfe in der Beschaffung von Arbeitsmaterial und ihre wohltuenden Ermutigungen.

**Dem Forscherteam** für die reibungslosen Abläufe der Studie und das äußerst angenehme Arbeitsklima.

**Den Ärzten und Pflegern** aller an der Studie beteiligten Palliativstationen und Hospizen, ohne deren Mitarbeit und engagierte Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

**Meiner Familie, meinem Vater und meinen Freunden** für die unzähligen Ermunterungen und das unermüdliche Bestärken, die vielen technischen Hilfen am Computer und das Korrekturlesen.

Und nicht zuletzt **den Patienten**, die ihre Zeit, ihre Energie und ihr Interesse unserer Studie und damit der Forschung geschenkt haben. Vielen Dank!