

Sinnstiftende Faktoren, religiöse Werthaltungen und Krankheitsbewältigung bei Frauen mit Brustkrebs

Garmissen, Alexandra von

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Garmissen, A. v. (2009). Sinnstiftende Faktoren, religiöse Werthaltungen und Krankheitsbewältigung bei Frauen mit Brustkrebs. *Historical Social Research*, 34(4), 204-216. <https://doi.org/10.12759/hsr.34.2009.4.204-216>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Sinnstiftende Faktoren, religiöse Werthaltungen und Krankheitsbewältigung bei Frauen mit Brustkrebs

Alexandra von Garmissen *

Abstract: »Aspects of meaning and religious values in coping with breast cancer«. This paper explores the role of religiousness and patients' interest in a deeper understanding of their disease while coping with breast cancer. The analysis is based on semi-structured interviews with 256 breast cancer patients (primal manifestation without remote metastasis). One major coping strategy, used by a substantial part of the interviewed women, consists of allocating different aspects of meaning to an illness (i.e. to reinvent the illness in a way). The disease – also and especially because of its life-threatening character – is mostly interpreted from a responsibly orientated point of view, as a chance for personal development and better life organisation. At the same time traditional values, current forms of alternative spirituality as well as the use of complementary healing concepts become visible as a present routine in coping with diseases.

Keywords: search for meaning, religiousness, spirituality, coping, cancer.

Einleitung

Ich dachte, das ist ein Signal, das nicht von mir gesetzt wurde, sondern durch das Leben oder das Schicksal.

In Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Bewältigung nach einem – auch transzendenten – Sinn zu suchen, ist ein altes Phänomen. Die Sinnfrage im Kontext medizinischer, psychologischer und soziologischer Forschung zu betrachten, ist aber ein relativ neuer Weg.

Auch die Fortschritte der Medizin können die Grundgegebenheit des menschlichen Lebens – die Sicherheit des Todes – nicht aufheben. Eine Brustkrebserkrankung aktualisiert dieses Wissen auf eine sehr eindringliche Art und Weise im Bewusstsein der Betroffenen. Brustkrebs gilt als häufigste weibliche Krebserkrankung. Dabei wird eine Reihe von Faktoren diskutiert, die einer Brustkrebserkrankung ursächlich zu Grunde liegen können: z.B. Varianten der Ernährung, genetische Dispositionen oder reproduktive Faktoren. So bleiben nach aktuellem Stand die Möglichkeiten einer primären Prävention begrenzt. Die sekundäre Prävention ist eingebunden in ein differenziertes System von

* Address all communications to: Alexandra von Garmissen, Medizinische Soziologie OE 5420, Forschungsprojekt „Der Einfluss lebensverändernder Ereignisse auf den Verlauf des Mammakarzinoms“, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Strasse 1, 30625 Hannover, Germany; e-mail: Alexandra.v.Garmissen@web.de.

Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Die bisherige medizinische Strategie besteht aus operativen, radiologischen und medikamentösen Therapien, die die Betroffenen in physischer und psychosozialer Hinsicht stark belasten. Die Überlebenschancen (78%) von Patientinnen mit Brustkrebs ist im Vergleich zu anderen Tumorerkrankungen günstig; dies bedeutet dennoch, dass ca. jede fünfte betroffene Frau innerhalb von fünf Jahren an ihrer Erkrankung stirbt.¹

Die Diagnose Brustkrebs, mit der sich jede elfte Frau im Laufe ihres Lebens konfrontiert sieht, löst bei den betroffenen Frauen eine Vielzahl an Ängsten aus. Insbesondere die Angst vor einer unkontrollierbaren Metastasierung, die Befürchtung eines Rezidivs und die daraus resultierende Bedrohung durch einen vorzeitigen Tod stehen dabei im Vordergrund (Holtgräwe et. al. 2007).

Für das Projekt „Der Einfluss lebensverändernder Ereignisse beim Verlauf des Mammakarzinoms“² der Medizinischen Hochschule Hannover wurden 256 Frauen befragt, die die Diagnose Brustkrebs erhalten hatten. Mittels teilstrukturierter Interviews sammelten die Projektmitarbeiterinnen Informationen zu Behandlungserfahrungen, zum Auftreten belastender Lebensereignisse sowie zum Coping und zur sozialen Unterstützung. Zum Zeitpunkt der Befragung reichte das Alter der interviewten Frauen von 25-70 Jahren (M=53). In Bezug auf die Erkrankungsparameter war die Stichprobe relativ homogen, es handelte sich jeweils um einen Erstbefund, alle Teilnehmerinnen waren zum Erhebungszeitpunkt ohne Fernmetastasen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf qualitativen und quantitativen Untersuchungen dieses Interviewmaterials zu spontanen Äußerungen bezüglich der Themenkomplexe *Sinnfindung* und *Religiosität*. Leitfragen sind hierbei: Wie gehen die interviewten Frauen mit der Lebensbedrohung durch eine Brustkrebsdiagnose um? Inwieweit bestimmen religiöse Werthaltungen die Prozesse ihrer Krankheitsbewältigung? Welche sinnstiftenden Faktoren kommen dabei zum Tragen? Was zeichnet diese Patientinnen-Geschichten als moderne Erzählungen vom Sinn des Lebens aus? Wie integrieren Frauen das Ereignis ihrer Brustkrebsdiagnose in vorhandene Welt- und Wertvorstellungen? Wie setzen sie Leben, Krankheit, Heilung und Tod zueinander in Beziehung – in einer Welt, die durch polyvalente sinnstiftende und religiöse Konzepte gekennzeichnet ist?

Im Rahmen der Analyse wurden drei wesentliche Ergebnisse deutlich: (1.) dass Sinnfindung und Religiosität relevante Strukturelemente im Kontext der emotionalen, kognitiven und praktischen Krankheitsbewältigung sind, (2.) Religiosität im Kontext der Krankheitsbewältigung so vielgestaltig ist, dass sie als ein Neben- und Miteinander von traditionellen Werthaltungen, aktuellen

¹ Weitere Informationen zum Thema Brustkrebs in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005/ 25, Robert Koch Institut.

² Weitere Informationen zum Projekt unter www.mh-hannover.de/7397.html.

Formen alternativer Spiritualität und Inanspruchnahme komplementärer Heilkonzepte beschrieben werden kann und (3.) sinnstiftende Faktoren zeitgenössische Wertkonzepte reflektieren, welche Krankheit als ein nicht rein körperliches Geschehen betrachten und gleichzeitig die Verantwortung des Individuums betonen.

Forschungshintergrund

Ausgehend vom transaktionalen Stresskonzept (Lazarus und Folkman 1984), in dem die Auseinandersetzung des Individuums mit belastenden Ereignissen als ein mehrdimensionaler und interaktiver Prozess beschrieben wird, verfolgen neuere Ansätze die Implementierung der Komponenten Sinnfindung und Religiosität. Insbesondere Folkman verfolgt eine Erweiterung dieses transaktionalen Modells, indem sie die Aufmerksamkeit verstärkt auf positive psychische Merkmale wie bspw. Werte, Einstellungen, Sinnfindungen und Religiosität richtet und deren Bedeutung im Prozess der Verarbeitung von belastenden Lebensereignissen betont (Folkman 1997; Folkman und Moskowitz 2004).

Studien über das Bewältigungsverhalten bei Brustkrebspatientinnen zeigen, dass die Erschließung eines subjektiven Krankheitssinns in der langfristigen Auseinandersetzung mit der bedrohten Lebensperspektive durchaus relevant ist und einen wichtigen Stellenwert einnimmt (Schumacher 1990; Taubert 2003). Die Suche nach einem Sinn hinter dem persönlichen Schicksal und Erleben wird als existenzielles Grundbedürfnis des Menschen – besonders in Zeiten der Krankheit und des Leidens – verstanden. Die Orientierung auf ein Ziel in der Zukunft, die persönliche Einordnung in ein größeres Ganzes, sei es religiöser, philosophischer oder gesellschaftlicher Art, das Verständnis der Krankheit als Chance zu Selbstveränderung, zum persönlichen Wachstum, könne im Einzelfall helfen, angesichts der Bedrohung durch die Krankheit ein inneres Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Häufig sei die Sinnggebung die letzte verbleibende Möglichkeit für Betroffene, ihr Schicksal und Leiden leichter annehmbar zu machen (Tschuschke et al. 1996).

Über die Relevanz des Faktors Religiosität im Kontext der Bewältigungsforschung und die angemessenen Analyseinstrumente wird zwischen angloamerikanischen und europäischen Forschenden kontrovers diskutiert. Sinnfindung und Religiosität sind z.B. für den amerikanischen Religionspsychologen Kenneth I. Pargament (Pargament 1997) miteinander verwoben. Er legt eine offene prozesshafte Religionsdefinition zu Grunde und beschreibt sie als „a search for significance in ways related to the sacred“. Religiosität ist seiner Ansicht nach stärkste Vermittlerin von Sinn. Bei Menschen in Krisensituationen kann sie sich sowohl positiv als auch negativ aktualisieren. Positiven religiösen Verarbeitungsmustern ist gemeinsam, dass sie eine sichere und vertrauensvolle Gottesbeziehung widerspiegeln oder die Suche nach Hilfe und Verstehbarkeit durch den Glauben beinhalten. Dadurch wird das Erleben von Sinnhaftigkeit

der Krise ermöglicht. Für negative religiöse Verarbeitungsmuster ist charakteristisch, dass sie Ausdruck eines Ringens und Haderns mit Gott oder einer göttlichen Macht sind, zudem basieren sie auf Vorstellungen von Sünde, Schuld oder Strafe. Beide Muster können im Verarbeitungsprozess einzeln, nebeneinander oder auch nacheinander aktiviert werden. So legen die meisten Studien aus dem angloamerikanischen Raum nahe, dass Religiosität eine wichtige positive Ressource im Bewältigungsverhalten von Brustkrebspatientinnen ist. Die Stichworte Gottesbeziehung, religiöse Aktivitäten und soziale Unterstützung gelten als wichtige Komponenten in der Analyse. Insbesondere religiöse Betroffene, die ihre Beziehung zu einem gütigen göttlichen Gegenüber als stabil erleben, interpretieren ihre Erkrankungssituation in der Mehrheit als sinnstiftend (Gall 2000). Das Gebet, neben anderen religiösen Aktivitäten wie Gottesdienstbesuch oder Bibellektüre, stellt eine wichtige Kraftquelle für die Krankheitsbewältigung dar (Gall und Cornblatt 2002). Darüber hinaus profitieren besonders ältere Patientinnen (> 65) von den sozialen Kontakten und der Unterstützung, die ihnen ihre Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinde eröffnet (Feher und Maly 1999).

In ihren Studien kommt die Arbeitsgruppe Religionspsychologie des Forschungszentrums für Psychosomatik und Psychobiologie (FPP) der Universität Trier zu differenzierteren Ergebnissen. Einen allgemeinen Effekt der Religiosität auf die Krankheitsverarbeitung stellen sie nicht fest, vielmehr berichten sie von differentiellen Effekten, die sich in Abhängigkeit von der Zentralität der Religiosität zeigen. So ist nur für hoch religiöse Patienten die Suche nach Sinn im Glauben ein Prädiktor für gute Anpassung, während Glaubenszweifel und das Empfinden, durch die Erkrankung bestraft zu sein, ausschließlich bei mittelreligiösen Patientinnen mit höheren Angst- und Depressionswerten verbunden ist (Zwingmann et al. 2007).

Forschende der Universität Uppsala betonen, dass ein Analysekontext aus Gottesbeziehung, traditionellen religiösen Aktivitäten und sozialer Unterstützung durch die Kultusgemeinde für die kulturelle und religiöse Situation Europas unzureichend ist. Der Faktor Religion hat im europäischen Kulturraum grundsätzlich eine andere Bedeutung und Ausprägung als in Nordamerika, das zeigt sich sowohl in öffentlichen als auch in privaten Zusammenhängen (Ahmadi 2006).

Die Interviewanalysen deuten darauf hin, dass Krankheitserfahrung und Krankheitsbewältigung immer mehrdimensional, d.h. Teil eines Zusammenspiels persönlicher psychophysiologischer Prozesse, sozialer Strukturen, kultureller Sinnmuster und religiöser Deutungen sind. Es ist also lohnenswert und notwendig, die Analyse durch die Aspekte Individualisierung, Eigenverantwortung und alternativer Spiritualitätskonzepte zu ergänzen.

Methodisches Vorgehen

Um die Dimensionen der Sinnfindung und der Religiosität zu bestimmen, wurden die Interviews einer qualitativen Analyse unterzogen, die entsprechenden Aussagen extrahiert und das gesichtete Material nach Themenkomplexen und Leitmotiven geordnet.

Für den Bereich der Sinnfindung wurden alle Aussagen einbezogen, die die Erkrankung und ihre Folgen in eine Langzeitperspektive einordnen, die Krankheit als Chance interpretieren, die Einstellungen zum eigenen Leben zu ändern, oder sie als Anlass zu persönlichem Wachstum bzw. veränderter Lebensgestaltung nehmen.

Zum Thema Religiosität wurden protokollierte Spontanäußerungen erfasst, die die Erkrankung als höhere Prüfung oder Fügung interpretieren. Religiöse Aktivitäten, z.B. Beten, wurden genauso hineingenommen wie Formulierungen, die Krankheit als göttliche Bestrafung ansehen, oder Passagen, in denen Teilnehmerinnen angeben, mit Gott zu hadern. Einen wichtigen Anteil nimmt derjenige Themenkomplex ein, der die Religion als Quelle von Kraft und Vertrauen beschreibt. Zusätzlich wurden alle Aussagen, die sich auf alternative Formen der Religiosität beziehen und über Nutzung komplementärer Heilkonzepte oder spiritueller Therapien berichten, mit eingeschlossen.

Religiöse Werthaltungen in der Krankheitsbewältigung

Dass ich diesen Krebs bekommen habe, das ist nicht nur, dass ich jetzt krank geworden bin, sondern vom lieben Gott aus sollte dies ein Fingerzeig sein (M153).

Zum Erhebungszeitpunkt weisen insgesamt 34 Interviews religiöse Sequenzen auf. Die Tatsache, dass es sich um spontane Äußerungen handelt, unterstreicht die Zentralität der religiösen Bezüge für die Teilnehmerinnen.

Die meisten Äußerungen können den Verarbeitungsstilen *Gottvertrauen* bzw. *Vertrauen in eine Höhere Macht oder Kraftquelle* (N=15) und *Aktivierung von religiösen Handlungen* bzw. *Nutzung alternativer Systeme* (N=11) zugeordnet werden, nur in einem ungleich kleineren Teil der Äußerungen wird die Erkrankung als *Strafe Gottes* interpretiert oder hadern die Interviewten mit Gott (N=6).

In den folgenden Passagen werden zwei unterschiedliche Positionen gegenübergestellt: die Sicht der institutionalisierten Religion und die Sicht alternativer Konzepte.

Verarbeitungsstil *Gottvertrauen* (institutionalisierte Religiosität)

Diese Passagen zeigen, dass die Interviewten das Ereignis ihrer Erkrankung als Teil eines göttlichen Plans oder einer göttlichen Fügung interpretieren. Die

Wiederherstellung der eigenen Gesundheit liegt somit nicht allein in der Macht der Betroffenen. Vielmehr wird deutlich, dass auch ein negativer Krankheitsausgang im Bereich des Akzeptablen liegt, da auch dies als Vorherbestimmung oder Fügung gesehen wird:

Dass ich diesen Krebs bekommen habe, das ist nicht nur, dass ich jetzt krank geworden bin, sondern vom lieben Gott aus sollte dies ein Fingerzeig sein, denk daran, dein Leben ist nicht unendlich. Was für mich vorgesehen ist, das kommt ohnehin, ob ich nun an dieser Sache sterbe oder... Wenn meine Zeit abgelaufen ist, ist Schluss so oder anders, deshalb mache ich mich da nicht so verrückt (M153).³

Ich habe einfach auf Gott vertraut, das ist irgendwie mein Schicksal. Das ist irgendwie vorbestimmt. Ich kann das Beste selber draus machen, aber was kommen soll, das kommt (M225).

Verarbeitungsstil *Vertrauen in eine Höhere Macht oder Kraftquelle* (alternative Konzepte)

Das christliche Verständnis von Schuld oder Gnade wird in zunehmendem Maße von Konzepten abgelöst, die den Menschen als Gestalter des eigenen Lebens und damit als Hauptverantwortlichen für die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sieht. Ein selbständiges Befreien von Erkrankungen mit Hilfe kosmischer oder innerer Kraftquellen ist ein verbreitetes Gedankenkonzept im Milieu der alternativen Spiritualität:

Hilflos habe ich mich nicht gefühlt. Ich fühle mich verbunden mit meinem Innersten und auch mit dem Kosmos, (...) das ist irgendwie eine urweibliche Energie. Daran glaube ich, und darum bin ich auch so stark, mich kann nichts umkippen (...) Ich hab das einfach positiv gesehen, ich weiß, ich bin mit dieser Schöpfung verbunden, das ist mir wichtiger als alles andere (M278).

Verarbeitungsstil *Aktivierung religiöser Handlungen* (institutionalisierte Religiosität)

Bestimmte rituelle Handlungen sind integraler Bestandteil eines jeden religiösen Systems. Darunter fallen für den christlichen Bereich z.B. Gottesdienstbesuche, Bibelstudien, Gesang oder das Aufsuchen eines Seelsorgers. Sie ermöglichen dem Gläubigen den Kontakt mit dem Göttlichen oder Rückhalt durch die Gemeinschaft mit anderen Gläubigen. Insbesondere in Krisenzeiten können erlernte rituelle Handlungen die personale Identität stabilisieren und damit Handlungsfähigkeit ermöglichen. Das Beten stellt eine oft berichtete Aktivität dar:

³ Die Kennzeichnung M + dreistellige Zahl ist die Verschlüsselung der Interviewteilnehmerinnen.

Die Gedanken über Tod und all solche Sachen, die kommen natürlich automatisch, aber ich habe dann gebetet, viel gebetet, wenn ich Angst hatte, und dann habe ich auch erlebt, dass Gott da ist, und das hat mir dann geholfen (M235).

Verarbeitungsstil *Nutzung alternativer Systeme* (alternative Konzepte)

Im Milieu der alternativen Spiritualität kommt der Inanspruchnahme von religiösen Experten, Heilern, spiritueller Beratung, Lebenshilfe, diverser Gesundheitsdienstleistungen große Bedeutung zu. Die Bandbreite der Angebote, die häufig mit einer veränderten Ernährung, sportlichen Aktivitäten, Umgestaltungen des Wohnraums etc. einhergeht, bestätigt noch einmal die Beobachtung, dass dem Individuum ein großes Maß an Kontrolle oder zumindest aktiver Einflussnahme eingeräumt wird:

Ich mache jetzt häufig Meditationsübungen, das hilft mir, mein inneres Gleichgewicht zu finden (M123).

Als die Feng-Shui-Meisterin über mein Haus sagte, dass es krank machen würde, habe ich gleich einige kleinere Sachen geändert, aber in Gefahr fühle ich mich deswegen nicht (M102).

Meine neue Bekannte ist Reikimeisterin, die hat mir angeboten, mich einfach mal zu behandeln, also so mental. Ich denke, schaden kann es nicht (M108).

Ach ich hab mir richtig gute Dinge angeedihen lassen, ich habe Simonton gemacht und Heil-Eurythmie, im K-Punkt, da gab es eine Reihe zu Entspannungsmethoden, ich habe einfach gelernt, dass das wichtig ist, dass die Seele zu ihrem Recht kommt. Ansonsten..., ich habe sogar einen Rutengänger bestellt, damit der das Haus nach Erdstrahlen untersucht, aber mein Bett stand in keiner negativen Zone, da war ein Umräumen von Möbeln gar nicht nötig (M274).

Verarbeitungsstil *Negative Gottesbezüge* (institutionalisierte Religiosität)

Für negative religiöse Verarbeitungsmuster ist typisch, dass sie Ausdruck eines Ringens und Haderns mit Gott oder einer göttlichen Macht sind, zudem beinhalten sie die Vorstellung, die Erkrankung sei Ausdruck einer göttlichen Strafe oder Konsequenz von sünd- bzw. schuldhaften Handlungen:

Wie kann ich mir die Schuld geben, dass ich Krebs habe? Ich habe dann auch gedacht, ob ich von oben bestraft wurde, also vom Himmel bestraft wurde, dass ich irgendwie zu schlecht gewesen bin (M388).

Wütend war ich, ja! Ich habe schon ein behindertes Kind, ich mein, warum musste das jetzt auch noch kommen? Gott hat die Karten ganz schön ungerecht gemischt (M392).

Verarbeitungsstil *Ursachensuche aus Sicht alternativer Systeme* (alternative Konzepte)

Der Themenkomplex Schuld hat für den Bereich der alternativen Heil- und Sinnsysteme wenig Relevanz. Hier wird eher mit den Begriffen der Konsequenz oder Verantwortlichkeit operiert. Die Erkrankung ist Folge einer bestimmten Lebenseinstellung oder einer ungünstigen räumlichen Konstellation. So kann die Diagnose auch als Teil eines vorherbestimmten Lebensschicksals gesehen werden oder als ‚Lehrmeisterin‘, die auf notwendige Veränderungen hinweist. In letzter Konsequenz ist das Individuum selbst verantwortlich für jede einzelne Erfahrung. Somit verursacht der Einzelne selbst jede Störung im Körper, die sich als „Krankheit“ manifestiert. Umgekehrt trägt auch jedes Individuum die Kraft des Heilens in sich. Ein selbständiges Befreien von seelischen Belastungen oder eine Veränderung von räumlichen Konstellationen kann demnach auch Krebs heilen:

Ich glaube an ein Schicksal, man kann auch Karma sagen, also ich glaube daran, dass jedem alles vorbestimmt ist. Mein Körper hatte allen Grund, Krebs zu bilden, ich hatte keine glückliche Kindheit. (...) Man sagt in bestimmten Kreisen auch, jeder Krebs hat einen schlechten Schlafplatz (M130).

Manchmal hatte ich schon diesen irren Gedanken, die Geliebte meines Mannes (...) hat mir das angehext (M317).

Man ist immer selbst verantwortlich, für alles, was einem im Leben passiert (M378).

(...) ich hab mein Leben kurz vorher eh geändert, vielleicht intuitiv, das mag sein. Die Krankheit war wegen meines Lebens und ich hab was geändert, ich hab sowieso immer gedacht, eigentlich hätte die Krankheit nicht sein müssen, ich habe es ja sowieso gemerkt (M351).

Gegenwärtige Formen der Krankheitsbewältigung aus religionswissenschaftlicher Sicht

Bei dieser Erhebung handelt es sich um Frauen, die, unabhängig von ihrer nominellen Zugehörigkeit zu einer der Großkirchen, als christlich geprägt bezeichnet werden können. Die religiöse Auffassung und Alltagspraxis speist sich neben christlichen Elementen auch aus Fragmenten fernöstlicher Glaubenssysteme oder westlicher Esoterik. Es wird ein Neben- und Miteinander von traditionellen Werthaltungen, aktuellen Formen alternativer Spiritualität und komplementären Heilkonzepten sichtbar. Krankheit und Heilung werden in einem transzendenten Sinn interpretiert. Die Frauen geben an, ebenso aus dem traditionell-christlichen Abendgebet Kraft zu ziehen, wie sie diverse Möglichkeiten aus dem Bereich der alternativen Heil- und Heilungsangebote nutzen. Die Grenze zwischen alternativen Heilansätzen, Wellnesstrends, Gesundheitsangeboten und fernöstlichen oder esoterischen Glaubenskonzepten sind flie-

bend. So sind die befragten Frauen auf positive Weise religiös kreativ, und damit typische Vertreterinnen einer Zeitepoche, für die der Begriff der sogenannten Patchwork-Religiosität geprägt wurde.

Sinnstiftende Faktoren im Umgang mit einer Brustkrebserkrankung

Es hat sein Gutes, dass ich noch einmal eine Gelegenheit bekommen habe, auf mich aufzupassen (M274).

Der Soziologe Norbert Bolz (1997) hat den Körper als „Kontinent des Sinns“ bezeichnet. In der Gegenwartsgesellschaft unterliegen Körper und Gesundheit einer fortschreitenden Instrumentalisierung; sie werden mehr und mehr zu Garanten persönlicher Sinnfindung und diesseitiger Heilsversprechen. Gesundheit und individuelle Verantwortung sind gegenwärtige, gesellschaftliche Leitwerte. Der Einzelne ist im zunehmenden Maße selbst für seine Lebensgestaltung verantwortlich. Es liegt in der eigenen Verantwortung, Glück, Sinn, Gesundheit zu finden und zu erhalten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob somit in letzter Konsequenz jeder Mensch selbst für sein Unglück, Erkrankungen und Sinnverlust verantwortlich ist? Wie erklären sich die interviewten Frauen ihre Erkrankung? Sehen sie sie als Folge äußerer oder körpereigener Gegebenheiten? Vermuten sie psychisch-emotionale oder soziale Hintergründe? Mutmaßen sie gar, die Krankheit sei Teil einer göttlichen Strafe, Prüfung oder höheren Fügung?

Die mit der Diagnose Brustkrebs verbundene Todesbedrohung und die starken Beeinträchtigungen durch die medizinischen Behandlungen stellen für die betroffenen Frauen besondere physiologische und psychosoziale Belastungen dar (Neises, 2001). Mit dem Krankheitsbild Krebs wird ein sehr hoher Grad an *Bösartigkeit* und *Unkontrollierbarkeit* verbunden. Teilnehmerinnen bezeichnen die Erkrankung als „Schlag ins Gesicht“ oder auch als „Supergau“:

Das Wort Krebs versuche ich zu verdrängen, ich bin einfach nur krank. Diese Erkrankung war mein persönlicher Supergau, nicht nur, weil es entstellend ist, sondern weil auch klar ist, dass ich dran sterben kann. Es kann nicht geheilt werden, 30% werden nicht geheilt. 70% werden erfolgreich behandelt, (...) aber es gibt Fälle, wo der Krebs wieder auftritt (M319).

Erkrankt eine Frau an Krebs, gehen oft Werte verloren, die für sie sinnkonstituierend waren, z.B. das weibliche Körperbild, die Freude an der Sexualität, die Möglichkeit, im beruflichen oder privaten Bereich durch die eigene Leistungsfähigkeit Bestätigung zu erfahren. Der Körper ist nicht nur *Schauplatz der Erkrankung* und *Schlachtfeld der medizinischen Behandlungen*, für einen Teil der Frauen ist er auch ein Verbündeter in einer Zeit des Aufbruchs – von alten Verhaltensmustern hin zu einer veränderten Haltung zu sich selbst und ihrer privaten oder beruflichen Lebensführung. Sie sehen „den Krebs als Warnsignal

ihres Körpers“ (M311), sie sind sich sicher, „irgendwas will (...) der Körper damit sagen“ (M318), als „Wink des Schicksals“ (M363), sie erleben ihre Erkrankung als sinnstiftend. Die betroffenen Frauen ordnen die Erfahrung der Erkrankung und ihre Folgen in eine Langzeitperspektive ein oder sehen in ihr eine Herausforderung zu persönlichem Wachstum und veränderter Lebensgestaltung:

Ich dachte, das ist ein Signal, das nicht von mir gesetzt wurde, sondern durch das Leben oder das Schicksal, es ist ein Signal gesetzt worden: Abbremsen, ruhiger werden, drüber nachdenken, und ich denke jetzt schon in eine andere Richtung. Einiges, was mir früher wichtig war, ist jetzt nicht mehr wichtig (M393).

Sinnfindung bedeutet in diesem Kontext für die Erkrankten, sich mit den Auswirkungen vertraut zu machen, die der Brustkrebs auf den individuellen Lebensentwurf hat. Zu verstehen, welche Lebensmöglichkeiten nun verschlossen bleiben, welche neuen Wege gefunden werden können und müssen. Im Laufe meiner Interviewanalysen zum Themenkomplex *Sinnstiftende Faktoren* wurde sehr deutlich, dass die Frage nach dem Sinn, also die Frage nach dem Wozu, unmittelbar an die Frage nach dem Woher gekoppelt ist, d.h., im Kontext der Interviewanalyse gesprochen, an die Dimensionen der subjektiven Krankheitstheorien bzw. Ursachen- und Verantwortungszuschreibungen.

Bei Analyse der Interviews (N=256) lassen sich für den Erhebungszeitraum kurz nach dem operativen Eingriff folgende Themenkomplexe identifizieren:

Eine *Verantwortungs- oder Schuldzuschreibung* erfolgt auch hier nur durch einen sehr geringen Teil der Teilnehmerinnen. Die überwiegende Anzahl äußert sich gar nicht zu diesem Thema (N=121) oder verneint Schuldzuweisungen (N=91).

Schuldgefühle oder Versäumnisse thematisieren 30 Teilnehmerinnen. Hierbei nennen nur wenige Frauen Versäumnisse in der Vorsorgehaltung.

Ich gebe mir ein bisschen die Schuld, weil ich nicht regelmäßig zur Krebsvorsorge gegangen bin. Ich hab es einfach nicht für wichtig gehalten. Ich habe mich doch gesund gefühlt, ich hab einfach gedacht, es betrifft mich nicht. (M356),

17 der interviewten Frauen verbalisieren Schuldzuweisungen an die eigene Person, sie thematisieren, dass sie nicht auf ihren Körper gehört hätten, ihre Persönlichkeit schuld sei oder auch ihr Verhalten. Gegen andere Personen richteten 14 Teilnehmerinnen Vorwürfe und Schuldzuschreibungen.

Eine *subjektive Krankheitstheorie* äußern 117 Teilnehmerinnen. Nur ein geringer Anteil davon (N=7) sieht die Erkrankung als ein *Produkt des Zufalls* an. In 17 Fällen wird in diesem Zusammenhang von einem *irgendwie vorbestimmten Schicksalsschlag* gesprochen, ohne dass weitere Ursachenerklärungen folgen.

Überwiegend (N=62) werden psychische und seelische Gegebenheiten oder stressbedingte Umstände von den Frauen als Ursache für die Brustkrebsdiagno-

se vermutet. Sie erwähnen einen möglichen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und den emotionalen Belastungen schwieriger Lebensphasen oder -ereignisse. In diesem Kontext werden z.B. unglückliche Jugend- und Kindheitsphasen erwähnt:

Ich habe mich schon oft nach den Ursachen gefragt, ich habe darüber nachgedacht, ob es vielleicht psychisch bedingt sein könnte, wissen Sie, ich habe keine einfache Kindheit gehabt, in den ersten Jahren war ich sogar in psychiatrischer Behandlung (M388).

Auch werden schwierige Ehe- oder Familiensituationen benannt:

Mein Krebs könnte eine Folge des Frustes sein, der sich in mir angestaut hat. Mit dieser Krankheit sehe ich das so, dass sich in mir viel Frust, Wut und Ärger angestaut hat, besonders in den letzten zehn Jahren, weil meine Ehe, die war nicht wirklich gut. Als ich das schwarz auf weiß auf dem Bildschirm gesehen habe, da dachte ich, das ist es, was sich in mir angefrassen hat (M317),

oder falsche Lebenseinstellung bzw. -führung werden als mögliche Krankheitsursachen identifiziert:

Ich war lange genug jemand, den sie morgens aufgezogen haben und der ist losmarschiert und wollte jedem alles recht machen. Es sollte 100% sein. Gewusst habe ich das schon ganz lange, aber ich habe das verdrängt, dass ich eigentlich eine Marionette war (M393).

17 Patientinnen sehen den Ursprung der Erkrankung in körperlichen Gegebenheiten. Sie nennen genetische Zusammenhänge:

Man sagt, jeder hat die Erreger im Körper (M324); Krebs ist ein körpereigenes Mittel, Zellen mutieren, vermehren sich. Woher es kommt, ist nicht erforscht (M325); ich glaube, die Ursache für die Krankheit, also das könnten irgendwelche Gene im Körper sein, da kann man nichts verändern (M327).

Einen möglichen Zusammenhang zwischen der Brustkrebserkrankung und der Einnahme von Hormonen werden dreizehnmal thematisiert, fünfmal werden mögliche Umwelteinflüsse in die Überlegungen mit einbezogen, drei mal schließlich werden die Ursachen im eigenen Gesundheitsverhalten gesucht.

In wieweit betrachten die befragten Frauen nun die Erkrankung als Chance, Gelegenheit oder Anlass, in ihrem Leben Neu- und Umstrukturierungen vorzunehmen? Zu diesem Themenbereich liegen Aussagen von 76 Teilnehmerinnen vor, die folgenden Schwerpunkten zugeordnet werden können: Die Krankheit wird von einer kleinen Gruppe (N=13) als Anstoß gesehen, bestehende romantische oder familiäre Beziehungen zu intensivieren oder zu erneuern. Der überwiegende Teil (N=63) sieht die Erkrankung als Chance für Veränderungen, der eigenen Persönlichkeit, der Lebensführung oder des Gesundheitsverhaltens. Insbesondere das Stichwort des *gesunden Egoismus* steht dabei im Mittelpunkt der Überlegungen:

Ich habe jetzt schon den Eindruck, dass sich meine Perspektive verschoben hat, ich kann Dinge jetzt einfach gelassener sehen. In Zukunft werde ich ego-

istischer sein als vorher. Ich habe mich so viel für andere aufgerieben, das werde ich in Zukunft weniger machen (M315).

Die Frauen geben an, ihre Interessen stärker vertreten zu wollen:

Ja, ich sehe die Krankheit als Chance, einiges zu verändern. Früher habe ich Dinge, die mich geärgert haben, immer stillschweigend hingenommen, das will ich jetzt nicht mehr tun. Meine Einstellung hat sich geändert. Was früher mal wichtig war, ist jetzt banal (M369).

oder mehr an sich denken zu wollen:

Ich möchte mehr nein sagen können, ich möchte noch viel von der Welt sehen. Das Leben ist einfach zu schön und das Leben lohnt sich (M391).

Fazit

Wie kann also Sinnfindung im Kontext der Krankheitsbewältigung auf Grundlage der qualitativen Analyse beschrieben werden? Sinn lässt sich hier als Prozess der Integration von Ereignissen in vorhandene Schemata und Wertvorstellungen beschreiben. Daraus resultiert oft eine verantwortungsorientierte Sichtweise, bei der das Individuum die Erkrankung als Chance, Gelegenheit oder Anlass betrachten soll, die eigenen Lebensweisen neu- oder umzustrukturieren. Die sinnstiftenden Faktoren speisen sich dabei aus zeitgenössischen Werthaltungen und -konzepten, die die Erkrankung als Ereignis nicht nur körperlichen Ursprungs betrachten. Selbst bei den Frauen, in deren Äußerungen ein expliziter Bezug auf religiöse Systeme fehlt, seien sie nun traditionellen oder alternativen Ursprungs, zeigen sich oft Parallelen zu Werthaltungen, die aus der esoterischen Gesundheits- und Lebensberatungsliteratur bekannt sind. Eine Krebserkrankung wird mitunter als Manifestation tiefer persönlicher Verletzungen, lange bestehenden Grolls oder Trauer über ein ungelebtes Leben verstanden. Krankheitsbilder werden hier mit einer bestimmten Symbolik versehen und die Erkrankung – auch in ihrer Bedeutung als Bedrohung durch einen frühen *Tod* – wird sinnstiftend als Entwicklungschance und Lernprozess für das *Leben* thematisiert.

Das Konzept der individuellen Verantwortung spielt im Bewältigungsverhalten der befragten Brustkrebspatientinnen eine wichtige Rolle – dabei ist jedoch die Integration dieser Verantwortungsvorstellung in institutionell gebundene religiöse Systeme nicht notwendigerweise gegeben. Der Wunsch nach einer *transzendenten* Krankheitserklärung und -begleitung ist ungebrochen, mündet aber weniger in traditionelle religiöse Bilder und Ausdrucksweisen, sondern wird vermehrt in alternativen Kontexten gesucht.

References

- Ahmadi, Fereshteh. 2006. *Culture, Religion and Spirituality in Coping – The Example of Cancer Patients in Sweden*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Bolz, Norbert. 1997. *Die Sinnengesellschaft*. Düsseldorf: Econ.
- Feher, Shoshanah und Rose C. Maly. 1999. Coping with Breast Cancer in Later Life: The Role of Religious Faith. *Psycho-Oncology*, 8: 408-16.
- Folkman, Susan. 1997. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc.Sci.Med* 45/8: 1207-21.
- Folkman, Susan und Judith Tedlie Moskowitz. 2004. Coping: Pitfalls and Promise. *Annu.Rev.Psychol* 55: 745-74.
- Gall, Terry Lynn. 2000. Integrating religious resources within a general model of stress and coping: Long term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion and Health* 39/2: 167-82.
- Gall, Terry Lynn und Mark W. Cornblatt. 2002. Breast Cancer Survivors give Voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology* 11: 524-35.
- Holtgräwe, Martina, Christina Pinkert, Hartmut Remmers. 2007. Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie – die Sicht der Pflegenden. *Pflege* 20: 72-81.
- Lazarus, Richard S. und Susan Folkman. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Neises, Mechthild. 2001. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität aus gynäkologisch-psychosomatischer Sicht. *Onkologie* 24/Suppl. 5: 28-34.
- Pargament, Kenneth I. 1997. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Schumacher, Andrea. 1990. *Sinnfindung bei Krebspatientinnen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Taubert, Steffen. 2003. *Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf*. Hochschulschrift: Freie Universität Berlin.
- Tschuschke, V., R. Denzinger und R. Gaissmaier. 1996. Ulmer Coping Manual (UCM): Inhaltsanalytische Erfassung von Bewältigungsreaktionen. Klinikum der Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie und Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Köln, Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie.
- Zwingmann, Christian, C. Müller, J. Körber und S. Murken. 2007. Religious commitment, religious coping and anxiety: a study in German patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17: 361-70.