

Sinnfindung als Bewältigungsmöglichkeit einer Darmkrebserkrankung
– Eine Längsschnittstudie –

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.

vorgelegt dem Fachbereich 02, Sozialwissenschaften, Medien und Sport der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

von Sabine Groß
aus Kirchen
November 2008

Tag der Promotion: 19.03.2009

Referent:

Korreferent:

Für meinen Vater.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	12
2	Medizinische Informationen zu Darmkrebs	14
2.1	Epidemiologie und Prognose	14
2.2	Stadieneinteilung.....	14
2.3	Klinische Zeichen eines kolorektalen Karzinoms	16
2.4	Medizinische Therapien	16
2.4.1	<i>Chirurgische Therapie</i>	17
2.4.2	<i>Adjuvante (unterstützende) Therapie</i>	17
2.4.3	<i>Radiochemotherapie</i>	18
2.4.4	<i>Präoperative Strahlentherapie</i>	18
3	Krebserkrankung als kritisches Lebensereignis	19
3.1	Kritische Lebensereignisse in der Stressforschung.....	19
4	Klassische Bewältigungsformen (Coping)	22
4.1	Stressbewältigungsmodell.....	22
4.1.1	<i>Problemorientiertes Coping</i>	24
4.1.2	<i>Emotionsorientiertes Coping</i>	24
4.2	Krankheitsverarbeitung bei Krebs	24
4.2.1	<i>Optimistische Beurteilung der eigenen Situation</i>	25
4.2.2	<i>Akzeptanz</i>	25
4.2.3	<i>Relevanz des Bewältigungsmechanismus der Akzeptanz</i>	26
4.3	Prozesscharakter von Coping	27
4.3.1	<i>Coping im Krankheitsverlauf</i>	27
4.3.2	<i>Adaptivität von Coping</i>	28
5	Sinnorientierte Verarbeitung.....	30
5.1	Akzentualisierung von Sinnaspekten in der Psychologie	33
5.2	Konzeptualisierung und Operationalisierung von Sinn.....	35
5.2.1	<i>Etymologische Wurzeln des Wortes „Sinn“</i>	36
5.3	Sinn als individueller Weltbildaspekt	37
5.4	Darmkrebserkrankung als Bedrohung von individuellen sinnhaften Weltbildkonstruktionen	38
5.4.1	<i>Gesellschaftlich konstruierte Wirklichkeit</i>	39
5.4.2	<i>Krebserkrankung als existentielle Sinnkrise</i>	39
5.5	Modelle und Theorien zur Sinnfindung.....	40

5.5.1	<i>Konstruktion der Realität</i>	41
5.5.2	<i>Kognitive Adaptation</i>	41
5.5.3	<i>Meaning-Making-Model</i>	42
5.6	Sinnfindung im Coping-Prozess bei einer Krebserkrankung	43
5.6.1	<i>Methodischer Exkurs</i>	45
6	Religiosität als Form der Sinnfindung.....	48
6.1	Formen der Gottesbeziehung.....	50
6.1.1	<i>Gottesbeziehung als Bindungsmaß</i>	50
6.1.2	<i>Gottesbeziehung als Gottesvorstellung und Gefühle gegenüber Gott</i>	51
6.2	Formen des religiösen Copings.....	53
6.2.1	<i>Positives und negatives religiöses Coping</i>	56
6.2.2	<i>Empirische Studien zum religiösen Coping bei Krebs</i>	58
7	Anpassung an die Krebserkrankung	61
7.1	Posttraumatische Persönliche Reifung bei einer Krebserkrankung.....	61
7.1.1	<i>Methodischer Exkurs</i>	64
7.2	Angst und Depressivität bei einer Krebserkrankung	65
7.3	Lebensqualität bei einer Krebserkrankung.....	66
7.3.1	<i>Der Begriff „Lebensqualität“</i>	67
7.4	Definitionen des Begriffs „Lebensqualität“	71
7.5	Abgrenzung Lebensqualität von Lebenszufriedenheit.....	72
7.5.1	<i>Methodischer Exkurs</i>	73
7.6	Nutzen der Lebensqualitätsforschung.....	73
7.7	Lebensqualität und Religiosität bei einer Krebserkrankung	74
8	Fragestellungen und Hypothesen	76
9	Methode	81
9.1	Studiendesign	81
9.2	Stichprobenwahl und Teilnahmekriterien	81
9.3	Rekrutierung der Teilnehmer und Vorgehen bei der Datenerhebung.....	82
9.3.1	<i>Untersuchungsgruppe (Patienten)</i>	82
9.3.2	<i>Kontrollgruppe</i>	84
9.4	Auswahl und Beschreibung der Messinstrumente und Maße	84
9.5	Allgemeine Daten.....	85
9.5.1	<i>Soziodemographische Daten</i>	85
9.5.2	<i>Erkrankungsbezogene Daten der Patienten</i>	85

9.5.3	<i>Erkrankungen in der Vergleichsgruppe</i>	86
9.6	Soziale und personale Ressourcen.....	86
9.6.1	<i>Bedrohung</i>	86
9.6.2	<i>Selbstwirksamkeitserwartung</i>	87
9.6.3	<i>Selbstwert</i>	87
9.7	Krankheitsverarbeitungsstrategien.....	87
9.7.1	<i>Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung</i>	87
9.7.2	<i>Messung von Religiosität</i>	89
9.7.3	<i>Sinnfindung</i>	91
9.7.4	<i>Abgrenzung der Sinnfindung von Religiositätsvariablen</i>	91
9.8	Anpassungsmaße.....	92
9.8.1	<i>Angst und Depressivität</i>	92
9.8.2	<i>Gesundheitszustand und Lebensqualität</i>	93
9.8.3	<i>Krankheitsspezifisches Wohlbefinden</i>	94
9.8.4	<i>Posttraumatische persönliche Reifung</i>	94
9.9	Statistische Verfahren.....	95
10	Ergebnisse zu den Hypothesen.....	96
10.1	Wohlbefinden der Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt.....	96
10.2	Anpassungsänderung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten.....	97
10.3	Veränderung der posttraumatischen persönlichen Reifung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten.....	101
10.4	Vergleich der Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Anpassungsmerkmale.....	102
10.5	Zusammenhang zwischen Religiosität und Sinnfindung.....	108
10.6	Zusammenhänge zwischen Coping und Anpassung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten.....	111
10.7	Die Bedeutsamkeit von Sinnfindung auf die Vorhersage der Anpassung der Untersuchungsgruppe.....	118
10.8	Adaptiver Einfluss der Sinnfindung unabhängig von der Zentralität der Religiosität.....	121
10.9	Unterschiedlicher Stellenwert religiöser Lebensinhalte in der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe.....	124

10.10 Zentralität der Religiosität als abhängige Variable	127
10.11 Generelle Wirksamkeit von Sinnfindung	128
11 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	130
12 Diskussion.....	134
12.1 Generelle Anpassung an die Darmkrebserkrankung.....	134
12.2 Generelle Coping-Erfolge unter besonderer Berücksichtigung der Sinnfindung	137
12.3 Inkrementelle Aufklärungsleistung von Sinnfindung.....	140
12.4 Zusammenhänge zwischen Religiosität und Sinnfindung	141
12.5 Methodenkritische Überlegungen.....	147
12.6 Klinische praktische Implikationen	150
13 Ausblick.....	156
14 Literatur.....	158
Anhang	179
Zusammenfassung	183

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Stressmodell nach Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984)</i>	23
Abbildung 2 <i>Das adaptierte kognitiv-transaktionale Stressbewältigungsmodell von Folkman und Greer (2000); zitiert nach Taubert (2003)</i>	31
Abbildung 3 <i>Sinnfindung als Coping-Aktivität in der Stressbewältigung, ein Arbeitsmodell</i>	33
Abbildung 4 <i>Histogramm für den Zeitabstand, in dem die postalischen Rückläufe erfolgten</i>	83
Abbildung 5 <i>Balkendiagramm mit Fehlerbalken (95 % Konfidenzintervall) gruppiert nach beiden Stichprobengruppen für die Anpassungsmaße Angst und Depressivität (HADS-D; Herrmann, Buss & Snaith, 1995) Lebensqualität und Gesundheitszustand (EORTC) zum ersten Messzeitpunkt</i>	97
Abbildung 6 <i>Mittelwerte der z-transformierten Skalenwerte von Angst und Depressivität (HADS-D; Herrmann, Buss & Snaith, 1995) für die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten</i>	98
Abbildung 7 <i>Mittelwerte der z-transformierten Skalenwerte von LQ (Lebensqualität; EORTC), GZ (Gesundheitszustand; EORTC), KW (krankheitsspezifisches Wohlbefinden; Ward et al., 1999) und PPR (posttraumatische persönliche Reifung; Maercker & Langner, 2001) für die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten</i>	100
Abbildung 8 <i>Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Angst zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen</i>	103
Abbildung 9 <i>Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Depressivität zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen</i>	104
Abbildung 10 <i>Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Gesundheitszustand zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen</i>	105
Abbildung 11 <i>Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen</i>	107
Abbildung 12 <i>Liniendiagramm mit Fehlerbalken (± 1 SE), in dem die Mittelwerte für „Sinnfindung“ (FACIT-Sp; Peterman et al., 2002) sowohl für nicht-religiöse als auch hoch-religiöse Individuen der Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten dargestellt sind</i>	111

- Abbildung 13 *Profilplots Mittelwerte der Zentralität der Religiosität (Huber, 2003) für beide Stichprobengruppen zu beiden Messzeitpunkten, die den Haupteffekt des Faktors Zeit verdeutlichen.* 125
- Abbildung 14 *Balkendiagramme mit Fehlerbalken (95 % Konfidenzintervall), Darstellung der Mittelwerte beider Formen religiösen Copings (Murken et al., in Vorbereitung) für beide Stichprobengruppen zum ersten Messzeitpunkt.*..... 126
- Abbildung 15 *Profilplots der Mittelwerte der Zentralität der Religiosität (Huber, 2003) der Untersuchungsgruppe zu drei Messzeitpunkten: 0 = retrospektiv zum ersten Messzeitpunkt erfasste Einschätzung der Zentralität vor der Diagnosestellung, 1 = erster Messzeitpunkt, 2 = zweiter Messzeitpunkt.* 128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>TNM-Klassifikation (Geißler & Graeven, 2005)</i>	15
Tabelle 2 <i>Deskriptive Statistiken der Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich Angst und Depressivität der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten</i>	103
Tabelle 3 <i>Deskriptive Statistiken der Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich Gesundheitszustand und Lebensqualität der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten</i>	106
Tabelle 4 <i>Deskriptive Statistiken der Mittelwertsaggregate über die Zeit und über die Gruppen und Ergebnisse von t-Tests (für unabhängige Stichproben bei Mittelwertsaggregaten über die Zeit, für abhängige Stichproben bei Mittelwertsaggregaten über die Gruppen)bezüglich Angst, Depressivität, Gesundheitszustand und Lebensqualität</i>	107
Tabelle 5 <i>Deskriptive Statistiken für die Variable Sinnfindung (FACIT-Sp; Peterman et al., 2002) aufgeteilt in Subgruppen nach Zentralität der Religiosität (Huber, Reich & Schenker, 2003) zu t_1 für beide Stichproben und beide Messzeitpunkte</i>	109
Tabelle 6 <i>Mehrfachvergleiche von Post-Hoc-Tests nach Scheffé: Mittlere Differenzen, Standardfehler und Signifikanzniveaus</i>	110
Tabelle 7 <i>Beta-Regressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von problem- und emotionsorientierten Coping-Strategien zu t_1(Hypothese 5a, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschalet</i>	117
Tabelle 8 <i>Beta-Regressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von religiösen Coping-Strategien zu t_1 (Hypothese 5b, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschalet</i>	118
Tabelle 9 <i>Beta-Regressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage Sinnfindung zu t_1 (Hypothese 5c, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschalet</i>	118

- Tabelle 10 Standardisierte Regressionskoeffizienten (β) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von Coping-Strategien zu t_1 (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet, in den 2. Block flossen signifikant gewordene Coping-Strategien ein, in den 3. Block wurde die Coping-Strategie „Sinnfindung“ zu t_1 eingegeben. Dargestellt werden alle Werte des Gesamtmodells 119*
- Tabelle 11 Der Koeffizient ΔR^2 aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von Coping-Stilen zu t_1 (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block Coping-Stile (religiöse und nicht-religiöse) ein, in den 3. Block wurde Sinnfindung zu t_1 eingegeben..... 121*
- Tabelle 12 Beta-Regressionskoeffizienten aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von „Sinnfindung“ (zentriert) und „Zentralität“ (kontrastkodiert) zu t_1 und deren Wechselwirkung (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet. [Dargestellt werden alle Werte der Koeffizienten aus dem 3. Block.] 123*

1 Einleitung

Kaum ein Lebensereignis ist so einschneidend wie die meist unerwartete und plötzliche Diagnose „Krebs“. Die Diagnose erschüttert das bisherige Lebenskonzept. Hört man Betroffenen zu, stellen sie oft bittere Fragen nach dem „Warum ich?“, „Was wird jetzt aus mir?“. Während die erste Zeit nach der Diagnosestellung gefüllt ist mit medizinischer Diagnostik, Informationssuche und der Suche nach der bestmöglichen Behandlungsoption, dominieren in späteren Phasen der Erkrankung eher Fragen wie „Wie kann ich mit der Erkrankung weiterleben?“, „Wie sieht meine Perspektive aus?“, „Welchen Sinn hat die Erkrankung für mein Leben?“ oder „Wie kann ich mit der Erkrankung sinnvoll leben?“. Mit einer Krebserkrankung ist oft eine tiefe existenzielle Verunsicherung verbunden. Nicht selten ist das Gefühl von Ausgeliefertsein, Kontrollverlust und Ohnmacht. Betroffene leben mit dem ständigen Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit.

In der westlichen Zivilisation erkranken immer mehr Menschen an Krebs. Nach den jüngsten Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) erhalten pro Jahr rund 12 000 Menschen mehr als vor zwei Jahren die Diagnose Krebs. Das Bundesinstitut schätzt die Zahl der Neuerkrankungen für das Jahr 2004 auf rund 436 500 Fälle, betroffen waren 230 500 Männer und 206 000 Frauen. Im Vergleich dazu habe es 2002 rund 424 250 neu entdeckte Krebsfälle gegeben, teilte das RKI auf dem 28. Deutschen Krebskongress in Berlin (20.- 23.2.2008) mit. Zugleich haben bessere Therapien bei vielen Krebsarten die Überlebensraten deutlich erhöht. Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist Prostata-Krebs mit rund 58 500 Neuerkrankungen im Jahr 2004. Die nächst häufigsten Krebsarten bei Männern sind Darm- und Lungenkrebs. Bei Frauen blieb die Zahl der Krebsneuerkrankungen 2002 und 2004 mit rund 206 000 Fällen stabil. Zu den häufigsten Tumorarten bei Frauen zählt weiterhin Brustkrebs. 2004 erkrankten rund 57 000 Frauen daran, 2000 mehr als im Jahr 2002. Die nächsthäufigsten Tumorarten bei Frauen sind Darm- und Lungenkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter für Krebs liegt in Deutschland bei 69 Jahren. Die allgemeinen Überlebensraten fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose haben sich bei Frauen nach RKI-Angaben um zwei Prozentpunkte auf 60 Prozent verbessert. Bei Männern stiegen die Überlebensraten um fünf Prozentpunkte auf 53 Prozent. Das steigende Alter der Bevölkerung wird nach Angaben der Gesellschaft der Krebsregister in Deutschland großen Einfluss auf die künftige Entwicklung bei Krebsneuerkrankungen haben. Die Gesellschaft rechnet 2020 bei gleicher Diagnostik

mit 20 Prozent mehr Krebsfällen, im Jahr 2050 sogar mit 40 Prozent mehr Krebsfällen.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland auch rund 1800 Kinder an Krebs. Bei jedem 500. Kind wird bis zum 15. Geburtstag ein bösartiger Tumor diagnostiziert. Auch hier ist die Überlebensrate gestiegen: Anfang der 80er Jahre lag die Überlebenschance bei Kindern fünf Jahre nach der Diagnose bei 67 Prozent, 2004 waren es 80 Prozent.

2004 starben trotz aller Erfolge der Medizin 208 000 Menschen in Deutschland an Krebs, was die lebensbedrohliche Gefahr der Erkrankung verdeutlicht.

Betrachtet man ganz allgemein die Zahl der Krebserkrankungen wird klar, dass es eine Aufgabe der Psychologie sein sollte, Strategien für den Umgang mit der Diagnose, der Erkrankung und für die Bewältigung der Erkrankung zu erforschen. Eine Krebsdiagnose ist ein einschneidendes, meist negativ besetztes kritisches Lebensereignis, das sowohl die Betroffenen, als auch die Angehörigen und das soziale Umfeld vor Aufgaben der Bewältigung stellt. In der Psychologie bietet seit langem das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984) eine wissenschaftliche Grundlage, verschiedene Bewältigungsformen und deren Wirkungen zu beschreiben. Dieses Modell bildet die Basis der vorliegenden Arbeit. Es wird mehrfach modifiziert vorgestellt und der Fragestellung angepasst, wie die Bewältigung einer erlebten Bedrohung mit der Anpassung an die unabänderliche Situation zusammenhängen könnte.

2 Medizinische Informationen zu Darmkrebs

Die Eröffnung einer Darmkrebsdiagnose ist für die meisten Betroffenen ein so schreckliches Ereignis, dass nichts mehr im Leben so zu sein scheint wie vorher. Nikolaus Gerdes (1986) beschreibt dieses Erleben plakativ als „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ und meint damit die plötzliche eigene Todesexposition.

2.1 Epidemiologie und Prognose

Darmkrebs, also Krebserkrankungen des Dickdarms, des Mastdarms (Rectum) oder des Anus, ist mittlerweile für beide Geschlechter die zweithäufigste Krebserkrankung (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. [GEKID] in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut [RKI], 2006). Jährlich erkranken etwa 35.600 Männer und etwa 35.800 Frauen neu an Darmkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt bei Frauen 75 Jahre, bei Männern 69 Jahre. Die Neuerkrankungsrate steigt für Männer seit Anfang der 80er Jahre an. Seit Ende der 90er Jahre sind die geschätzten Neuerkrankungsraten in etwa konstant. Bei Frauen nehmen die Neuerkrankungsraten bis Ende der 90er Jahre zu, danach bleiben sie auf etwa gleichem Niveau. Darmkrebs ist bei Frauen mit 14,9 %, bei Männern mit 12,8 % jeweils die zweithäufigste Krebstodesursache. Die Mortalität nimmt seit Mitte der 70er Jahre für beide Geschlechter stetig ab. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt für Männer und Frauen bei 56 % (GEKID und RKI, 2006). Die Prognose der Überlebensrate ist von der Tiefe der Infiltration des Tumors in die Darmwand und von dem Vorhandensein von Lymphknoten- und Fernmetastasen abhängig.

2.2 Stadieneinteilung

Die TNM-Klassifikation bezeichnet eine Stadieneinteilung von malignen Tumoren. T ist die Abkürzung für Tumor und gibt die Ausdehnung des Primärtumors an. N ist die Abkürzung für Nodus, das heißt Lymphknoten und gibt das Fehlen bzw. Vorhandensein von regionalen Lymphknotenmetastasen an. Mit M wird das Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen angegeben.

Diese Klassifikation wurde von P. Denoix in Frankreich zwischen 1943 und 1952 entwickelt und wird seit 1950 von der Union internationale contre le cancer (UICC)

weitergeführt. Die Einstufung einer Tumorerkrankung in die einzelnen Kategorien des TNM-Systems erlaubt daher prognostische Aussagen und bestimmt häufig auch die weitere Therapie.

62 % aller kolorektalen Karzinome entstehen im Rectum (Mastdarm, Teil des Enddarmes) und wachsen besonders in die Tiefe. Eine Infiltration kann erfolgen in Bauchwand, Leber und Magen. Eine lymphogene Metastasierung in die regionalen und peripheren Lymphknotengruppen kann erfolgen entlang der versorgenden Gefäße und hämatogen (via Blutbahn) über den Pfortaderkreislauf in die Leber, von dort in Lunge und Skelett.

In der folgenden Tabelle wird noch einmal zusammenfassend und übersichtlich dargestellt, was sich hinter den einzelnen Abkürzungen verbirgt und wie die Interpretation erfolgt: Die UICC (Union internationale contre le cancer) hat eine Einteilung in einzelne Krankheitsstadien von 1 bis 4 mit Abstufungen innerhalb der einzelnen Stadien festgelegt. Der Inhalt dieser Stadien wird definiert durch die Angaben der sogenannten TNM- Klassifikation.

Tabelle 1 *TNM-Klassifikation (Geißler & Graeven, 2005)*

UICC	TNM
0	Tis N0 M0
I	T1 – 2 N0 M0
IIA	T3 N0 M0
IIB	T4 N0 M0
IIIA	T1-2 N1 M0
IIIB	T3-4 N1 M0
IIIC	jedes TN2 M0
IV	jedes T jedes NM1

Aufgrund der klinischen Stagingbefunde kann ein TNM-Stadium definiert werden. Das ist die Grundlage der ärztlichen Entscheidung über die weitere Behandlung.

Geißler und Graeven (2005) weisen ausdrücklich darauf hin, dass trotz Verbesserung der Diagnostik und Therapie immer noch mehr als die Hälfte der Patienten mit einem Kolonkarzinom versterben. Die 5-Jahres-Überlebensraten liegen

für das UICC- Stadium I bei 78-95 %, für das UICC- Stadium II bei 70 %, für das UICC- Stadium III bei 45 – 50 % und bei UICC-Stadium IV bei 4 – 5 %.

Eine weitere Stadieneinteilung von A bis D geht auf den englischen Arzt Cuthbert Esquire Dukes (1890-1977) zurück, ist aber inzwischen weniger gebräuchlich. Stadium A entspricht in etwa dem Stadium 1 der UICC-Klassifikation, D entspricht in etwa Stadium 4 der UICC- Klassifikation.

2.3 Klinische Zeichen eines kolorektalen Karzinoms

Klinische Symptome für das Vorliegen eines kolorektalen Karzinoms sind kolorektale Blutungen, Obstruktionszeichen, also Verstopfungen, neu aufgetretene Wechsel der Stuhlgewohnheiten und Darmverschluss (Ileus) mit krampfartigen, wiederkehrenden Schmerzen (Darmkoliken) und Erbrechen. Der Bauchraum kann aufgebläht sein. Es kann sich ein Schock mit Flüssigkeits- und Elektrolytmangel entwickeln mit blasser, kalter Haut, Unruhe und Bewusstseinsstörungen. Es kann auch ein inkompletter Verschluss des Dün- oder Dickdarms vorliegen, der als Subileus bezeichnet wird. Ein negativer Hämoccult-Test schließt ein kolorektales Karzinom nie aus. Der Hämocculttest dient dazu, sehr kleine Mengen Blut im Stuhl zu erkennen. Diese Mengen sind meist so gering, dass sie mit bloßem Auge nicht erkennbar sind. Man bezeichnet sie daher auch als okkultes (d. h. verstecktes) Blut im Stuhl.

Beim Hämocculttest wird an drei aufeinander folgenden Tagen eine kleine Menge Stuhl auf das entsprechende Testfeld eines Testbriefchens aufgetragen und dann dem Arzt übergeben. Dabei muss darauf geachtet werden, drei Tage vor der Untersuchung und während der Untersuchungstage keine Nahrung zu sich nehmen, die in nennenswerten Mengen tierisches Blut enthält (wie z. B. Blutwurst, Tartar oder auch halb rohe Steaks), da sonst das Ergebnis verfälscht wird.

2.4 Medizinische Therapien

Die Behandlungsindikationen sind möglichst Heilung bei radikaler Resektion, Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität und die Vermeidung, bzw. die Therapie von Komplikationen wie Darmverschluss (Ileus), Harnstauung, Einbruch des Tumors in die Nachbarorgane durch Perforation, Blutung oder starke Schmerzen.

2.4.1 Chirurgische Therapie

Kolonkarzinome sollten nach medizinisch neuesten Forschungen möglichst radikalchirurgisch nach onkologischen Grundsätzen in Abhängigkeit von der Tumorlokalisation reseziert werden. R0- Resektionen, also die vollständige Resektion des Primärtumors mit mikroskopisch tumorfreiem Rand von Kolonkarzinomen sind nach Geißler und Graeven (2005) in 70 bis 80 % der Fälle möglich.

2.4.2 Adjuvante (unterstützende) Therapie

In Deutschland erkranken pro Jahr ungefähr 66 000 Menschen an einem kolorektalen Karzinom. Davon befinden sich mehr als 20 000 im UICC- Stadium 3 mit befallenen Lymphknoten (siehe Tabelle 1). Hier ist eine adjuvante Chemotherapie klar indiziert. Das Ziel einer solchen Therapie ist die Reduktion der Rezidive und die Verbesserung der Heilungsaussichten bei möglichst geringer Toxizität. Grundlage für die Indikation zur adjuvanten Therapie nach Tumorresektion ist die pathohistologische Stadienbestimmung, insbesondere die Bestimmung des Lymphknotenstatus. Voraussetzungen für eine adjuvante Therapie sind eine R0-Resektion des Primärtumors, die Verfügbarkeit wirksamer Chemotherapeutika, ein rechtzeitiger postoperativer Beginn innerhalb von 6 bis 8 Wochen und der Ausschluss von unheilbaren Fernmetastasen.

Palliative, also lindernde Eingriffe zur Verhinderung oder Beseitigung von Komplikationen können Umgehungsanastomosen sein. Hierzu werden nach Entfernung eines erkrankten Darmabschnitts die beiden gesunden Darmenden wieder miteinander verbunden, also anastomosiert. Eine andere Möglichkeit ist das Anlegen eines Anus praeter, auch Stoma genannt, bei fortgeschrittenen oder tief sitzenden Tumoren im Enddarm (Rektum). Bei diesem Stadium der Erkrankung kann es passieren, dass der Schließmuskel am unteren Ende des Dickdarms mit operativ entfernt werden muss, um alle Krebszellen auszuräumen. Ohne funktionierenden Schließmuskel lässt sich der Stuhlgang aber nicht mehr zurückhalten, er würde somit ständig aus dem Darm heraus fließen. Um dies zu vermeiden, wird der Anus verschlossen und der Darm auf die Bauchdecke ausgeleitet, meist im linken unteren Bereich. Die Austrittsstelle erhält einen geruchsdichten Auffangbeutel, in dem sich

der Stuhlgang sammelt. Es ist aber auch möglich, die Bauchdeckenöffnung mit einer Klappe abzudecken und einmal am Tag den Darm mit einer Spülflüssigkeit zu leeren.

2.4.3 Radiochemotherapie

Zielsetzung einer neoadjuvanten Radiochemotherapie ist die Verbesserung der Resektabilität großer Rektumkarzinome und ist inzwischen bei fortgeschrittenen Rektumkarzinomen etabliert. Rektumkarzinome sind eine Form der kolorektalen Karzinome und im Mastdarm angesiedelt. Der Mastdarm liegt zu einem Drittel (4 cm) im unteren Teil der Bauchhöhle und zu zwei Dritteln (8 cm) außerhalb der Bauchhöhle im kleinen Becken. In der Primärtherapie des Kolonkarzinoms im Unterschied zum Rektumkarzinom sind neoadjuvante Therapiekonzepte nicht indiziert, da R0- Resektionen von Kolonkarzinomen in 70 -80 % der Fälle möglich ist.

2.4.4 Präoperative Strahlentherapie

Die präoperative Strahlentherapie besitzt eine verbesserte Wirksamkeit bei der Reduktion der Lokalrezidivrate gegenüber der postoperativen Anwendung (Geißler & Graeven, 2005). Die Autoren weisen nachdrücklich darauf hin, dass nach einer solchen Kurzzeitbestrahlung - das ist die heute gängige Form der präoperativen Bestrahlung - die anschließende Operation innerhalb der nächsten 72 Stunden erfolgen sollte.

Wie dieses Kapitel über die medizinischen Maßnahmen bei der Diagnose eines kolorektalen Karzinoms klar werden lässt, erlebt der Betroffene seine Erkrankung als einschneidendes, möglicherweise alles veränderndes Lebensereignis. Menschen in dieser Situation reagieren oft sehr emotional. Die Reaktionen reichen von dem Erleben, neben sich zu stehen und gar nicht gemeint sein zu können bis hin zum Erleben der Diagnose als sicheres Todesurteil (Tschuschke, Angenendt & Schütze-Kreilkamp, 2006).

3 Krebserkrankung als kritisches Lebensereignis

Eine Krebserkrankung kann als klassisches Beispiel eines kritischen Lebensereignisses angesehen werden, weil es sich um ein meist unvorhergesehenes Ereignis handelt, das nicht veränderbar ist und nicht rückgängig gemacht werden kann. Eine Krebserkrankung wird von den meisten Betroffenen als Bedrohung und einschneidendes Ereignis erlebt.

Heute lassen sich unterschiedliche, zum Teil heterogene Forschungsrichtungen innerhalb der Psychologie zur Konzeptualisierung des Begriffs „Kritisches Lebensereignis“ heranziehen (Filipp, 1995). In der entwicklungspsychologischen Perspektive wird der Begriff „Kritisches Lebensereignis“ nicht nur als situatives Einzelereignis verstanden, sondern wird um eine dynamische Komponente erweitert: Die Abfolge von Ereignissen über die Zeit hinweg rückt ins Blickfeld. Es werden Veränderungen über die Lebensspanne betrachtet (z.B. Brim & Ryff, 1980). Persönlichkeitspsychologische Ansätze sehen kritische Lebensereignisse einhergehend mit einer notwendigen Neuanpassung des Verhaltens. Coelho, Hamburg und Adams (1974; zitiert nach Filipp, 1995) sprechen von „gelungener“ und „mislungener“ Anpassung.

3.1 Kritische Lebensereignisse in der Stressforschung

Ein außerordentlich relevanter Bereich der Forschung zu kritischen Lebensereignissen ist der der Stressforschung (Lazarus, 1985; zitiert nach Filipp, 1995). Kritische Lebensereignisse werden hier als potentiell stresserzeugend betrachtet. Sie stellen Stressoren dar, die von außen auf die Person einwirken und mit denen sich die Person in der ihr eigenen Weise auseinandersetzen muss.

Kritische Lebensereignisse sind einschneidende, nicht notwendigerweise nur negative Konfrontationen im Leben eines Menschen. Der Tod eines Angehörigen oder eine eigene schwere Erkrankung können ebenso gut kritische Lebensereignisse sein wie berufliche Beförderung oder eine Hochzeit. Gemeint sind Situationen, die ein hohes Maß an sozialer und persönlicher Reorientierung erfordern.

Die Diagnose „Krebs“ wird von vielen Betroffenen wie ein Todesurteil erlebt. Siechtum, Schmerz, Leiden und ein qualvoller Tod werden oft in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Erkrankung gebracht. Krebs gilt als Metapher für einen

„schlechten Tod“ (Schuth, 1995). Ängste der Patientinnen und Patienten sind groß und werden durch Reaktionen der Umgebung, durch verschiedene rationale und irrationale Vorstellungen und Vorurteile oft noch verstärkt (Schüle, 1996).

Betroffene erleben eine Krebserkrankung in der Regel als tiefgreifend und einschneidend. Unabhängig vom Tumorstadium bedeutet die Diagnose oft „...den Verlust der bisherigen Selbstverständlichkeiten, besonders der Selbstverständlichkeit zu leben...“ (Schuth, 1995; S. 532) oder, wie es Gerdes (1986) nennt, einen „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“, ausgelöst durch die plötzlich greifbar und erfahrbar gewordene Nähe des eigenen Todes. Das alltägliche Gleichgewicht wird heftig gestört. Gewohnte Verhaltensweisen müssen angesichts der Erkrankung in Frage gestellt, Ziele und Werte müssen hinterfragt beziehungsweise revidiert werden. Oft ist dabei das bisherige Bewältigungsspektrum überfordert (Schuth, 1995; vgl. dazu auch Sprangers, Tempelaar, Van Den Heuvel & De Haes, 2002).

Eine zentrale emotionale Reaktion ist Angst, die den Patienten von der Diagnosestellung an begleitet und die Sicht auf das bisherige Leben verändert (McKenzie & Crouch, 2004; Schmidt-Matthiesen & Bastert, 1995 und Schüle, 1996). Jede körperliche Erkrankung kann ein kritisches Lebensereignis sein. Die Diagnose „Krebs“ ist aber konnotativ nach wie vor verbunden mit der Vorstellung „Tod“ und wird somit als besondere Bedrohung erlebt. Tschuschke und Kollegen (2006) schreiben in ihrem Handbuch „Psychoonkologie“: „Krebs wird mit dem Bösen schlechthin identifiziert“ (Tschuschke, 2006, S.3). Sie zitieren Lockhart (1977; zitiert nach Meerwein, 1991) „Wie durch Schalen geschützte Krebse sind auch die Krankheiten „Krebs“, dieser Metapher folgend, zupackend, mit starrem Blick verfolgend, unersättlich Qualen bereitend und den Tod des Opfers zum Ziele habend.“ Hüorny und Adler (1977) führen aus, dass Krebs sicheren und nicht plötzlichen Tod bedeutet.

Darmkrebs ist eine Erkrankung, deren Heilungschancen ungewiss sind. Die Krebserkrankung kann einen progredienten Verlauf nehmen und auch in Remissionsphasen die Gefahr einer Rezidivierung oder Metastasierung bergen. Auch die krankheitsbezogene Belastungen und Anforderungen an den Betroffenen und dessen soziales Umfeld ändern sich je nach Tumorlokalisierung, Tumorstadium und Zeitpunkt im Auseinandersetzungsprozess. Betroffen sind soziale Kontakte, Partnerschaft, Freundschaft, Familie, Sexualität, Beruf, Freizeit, Reisen, Haushalt,

Hobby und Freundschaften. Bei Faller (2004), Folkman und Greer (2000), Holland, Kash et al. (1998) und Taubert (2003) finden sich erlebte oder befürchtete Belastungen wie Rezidiv, Metastasierung und Tod, aversive Symptome wie Übelkeit, Schmerzen und Durchfall, Konfrontation mit invasiven medizinischen Untersuchungen und Behandlungen, Krankenhausaufenthalt, Konfrontation mit belastenden Informationen, Autonomieverlust, Schuldgefühle gegenüber Angehörigen wegen zusätzlicher Belastung durch die Erkrankung, Stigmatisierung (zum Beispiel durch eine Stomaanlage), Gefährdung der persönlichen Lebensplanung und existentielle Sinnkrisen.

Wenn man bedenkt, dass jeder dritte Bundesbürger in seinem Leben mit einer Krebsdiagnose konfrontiert wird, sind Fragen danach, wie Menschen mit einer Krebserkrankung umgehen, mit welchen Problemen sie sich konfrontiert sehen und in welcher Weise ihnen die Bewältigung gelingt, besonders wichtig. Insbesondere die Stressforschung (Lazarus & Folkman, 1984) weist darauf hin, dass objektiv ähnliche Ereignisse subjektiv nicht gleich perzipiert werden und auch nicht die gleichen kurz- und langfristigen Effekte hervorrufen. Nicht die äußeren Merkmale an sich sind es, sondern bestimmte Beziehungen zwischen den wahrgenommenen Anforderungsebenen eines Ereignisses und den wahrgenommenen Bewältigungsressourcen und subjektiven Bewertungen, die ein Ereignis „kritisch“, „bedrohlich“ oder „erfreulich“ machen (Brandstädter, 1982; zitiert nach Meier, 1992).

Wie oben dargestellt, werden in der Stressforschung kritische Lebensereignisse als potentiell stresserzeugend betrachtet. Eine Tumorerkrankung ist also ein Stressor, mit dem das betroffene Individuum umgehen muss. In der Stressforschung wird der Begriff „Coping“ verwendet als Sammelbezeichnung für alle jenen Reaktionen einer Person, die sie bei der Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen oder belastenden Situation zeigt (z.B. Wortmann & Silver, 1987).

4 Klassische Bewältigungsformen (Coping)

Ähnlich wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, verstehen Lazarus und Launier (1978) den Begriff des Copings: Coping ist die Summe aller problemlösender Anstrengungen einer Person, die sich in einer für sie bedeutsamen, aber ihre individuellen Anpassungskapazitäten überfordernden Lage befindet.

In der englischsprachigen Literatur hat sich der Begriff „Coping“ etabliert als Umschreibung für alle emotionalen, kognitiven oder handlungsbezogenen Abläufe, die ein Mensch als bewusste oder unbewusste Reaktionen zeigt, um erwartete, entstehende oder bereits bestehende Belastungen abzufangen, auszugleichen oder zu meistern (Muthny, 1994). Im Deutschen wird „Coping“ meist mit Begriffen wie „Bewältigung“ oder „Verarbeitung“, oder, bezogen auf erkrankungsbedingte Belastungen mit Begriffen wie „Krankheitsbewältigung“ oder „Krankheitsverarbeitung“ übersetzt. In der Forschung zur Krankheitsverarbeitung ist es zudem wichtig, zwischen dem Prozessgeschehen der Verarbeitung (Coping-Strategien) und dem Ergebnis (Anpassung an die belastende Situation) zu unterscheiden.

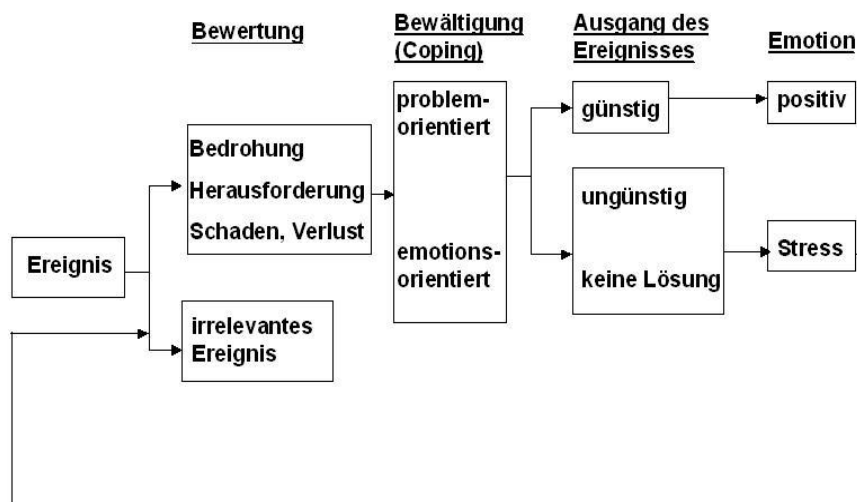
4.1 Stressbewältigungsmodell

Die Verarbeitung einer Tumordiagnose und deren Folgen werden häufig als besondere Form von Stressbewältigung angesehen, da die Belastung, die durch die Diagnose und deren Folgen entsteht, immens ist. Vielfältige akute und später chronische Belastungen wechseln sich bei Tumorerkrankungen ab oder existieren gleichzeitig nebeneinander. Bevor auf die speziellen Bewältigungsformen bei Krebserkrankungen eingegangen wird, soll zunächst das transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) in Abbildung 1 dargestellt werden. Es beschreibt Stress und den Umgang damit als Interaktion zwischen Individuum und Umwelt. Zwischen dem Stressor und den subjektiven Einschätzungen bestehen wechselseitige Beziehungen. Die objektiven Belastungen sind weniger entscheidend als die individuelle Bewertung des Stressors. Nach Lazarus (1993) kann eine Person einen Stressor als Bedrohung (threat), Verlust oder Schaden (loss, harm) oder als positive Herausforderung (challenge) erleben.

Der Kerngedanke der Theorie von Lazarus und Folkman (1984, 1987) ist also, dass die kognitive Bewertung eines Stressereignisses durch das Individuum und die

Einschätzung der vorhandenen Ressourcen einen Einfluss auf die Bewältigung ausüben. Stress entsteht immer dann, wenn interne oder externe Anforderungen personale oder soziale Ressourcen übermäßig beanspruchen, beziehungsweise deren Kapazitäten übersteigen (Lazarus, & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1984). Die Bewältigung der Anforderung wirkt sich aus auf das Wohlbefinden.

Abbildung 1 *Stressmodell nach Lazarus* (Lazarus & Folkman, 1984)



Stressmodell nach Lazarus
(Lazarus und Folkman, 1984)

Coping bezeichnet Handlungen, die sich unter problematischen und insbesondere neuartigen Bedingungen vollziehen (Krohne, 1997). In derartigen Situationen haben Coping-Handlungen unter anderem bezogen auf eine Krebserkrankung die Aufgabe, negative Ereignisse oder Umstände zu tolerieren bzw. den Organismus an diese anzupassen. Coping-Handlungen haben weiterhin die Aufgabe, ein positives Selbstbild der betreffenden Person aufrechtzuerhalten, deren emotionales Gleichgewicht zu sichern und es ihr zu ermöglichen, weiterhin befriedigende Beziehungen mit anderen Personen zu haben (Cohen & Lazarus, 1979).

Die zur Erfüllung dieser Aufgaben eingesetzten Coping-Strategien lassen sich zwei Funktionen zuordnen, die im mittleren Bereich der Abbildung 1 dargestellt sind: Problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping.

4.1.1 Problemorientiertes Coping

Problemorientiert, synonym verwendet wird der Begriff „problembezogen“, ist Stressbewältigung dann, wenn sich die Person direkt den Bedingungen zuwendet, von denen eine Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung ausgeht (Krohne, 1997).

Problembezogene Krankheitsverarbeitung umfasst kognitive Anstrengungen, zum Beispiel die Suche nach Informationen, und behaviorale Anstrengungen, also aktive Handlungen, um eine Krankheit oder deren Folgen positiv zu beeinflussen (Taubert, 2003).

4.1.2 Emotionsorientiertes Coping

Unter emotionsbezogenem Coping oder synonym emotionsorientierter Stressbewältigung werden diejenigen Anstrengungen verstanden, die zunächst einmal auf die Emotionsregulierung gerichtet sind. Darunter fallen aber ebenso kognitive und behaviorale Strategien.

Emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung soll nach Lazarus und Folkman (1987) zur Verringerung negativer Emotionen und zur Stabilisierung des Wohlbefindens beitragen. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, die in der Zukunft liegende Funktion der Bewältigung zu betonen.

Die emotionsregulierende Krankheitsverarbeitung bezieht sich auf Emotionen wie Angst, Trauer, Depressivität, Wut und Aggressivität, die durch die Krankheit hervorgerufen werden können (Folkman & Moskowitz, 2000).

Beide Bewältigungsarten sind im Rahmen einer Krebserkrankung von Bedeutung.

4.2 Krankheitsverarbeitung bei Krebs

Um mit dem Stressor einer Krebserkrankung umzugehen, können Betroffene zum Beispiel strategisch planen, was jetzt zu tun ist. Betroffene können aktiv handeln, indem sie zum Beispiel das Gespräch mit Angehörigen suchen, sich anders ernähren oder Lebensgewohnheiten umzustellen. Häufig ist auch das gezielte Suchen von Informationen zu der Erkrankung. Die Tumorpatienten bewältigen also

problembezogen, indem sie sich einer Tumorbehandlung unterziehen, sich über die Krankheit informieren und die medizinischen Maßnahmen durch angemessene Compliance unterstützen (Hasenbring & Taubert, 2005).

Die emotionsbezogene Krankheitsverarbeitung zielt darauf ab, das emotionale Wohlbefinden des Betroffenen verbessern und stabilisieren. Patienten müssen mit Angst, Wut, Depressivität, Aggressivität oder Trauer umgehen. Im Folgenden werden exemplarisch zwei Formen der emotionsregulierenden Krankheitsverarbeitung vorgestellt, die sich bei der Verarbeitung einer Tumorerkrankung als bedeutend erwiesen.

4.2.1 Optimistische Beurteilung der eigenen Situation

Eine wichtige Form der emotionsregulierenden Krankheitsverarbeitung bei Krebs ist die optimistische Beurteilung der eigenen Situation. Dazu gehört der so genannte soziale Abwärtsvergleich. Der Betroffene vergleicht sich mit Personen, denen es schlechter geht als ihm selbst. Ein sozialer Vergleichsprozess kann also als emotionsregulierender Coping-Mechanismus dienen und meint den inter-individuellen oder temporären intra-individuellen Abwärtsvergleich. Beim inter-individuellen Abwärtsvergleich erlebt die betroffene Person ihr Leid im Vergleich zu anderen Personen oder anderem Leid eher leichter. Beim temporären intra-individuellen Abwärtsvergleich erlebt der Betroffene sein momentanes Leid noch leicht im Vergleich zu schon erfahrenem früheren Leiden (Affleck, Tennen, Urrows, Higgins, & Abeles, 2000; Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti, & Grandi, 1998; Klauer, Ferring & Filipp, 1998; S. E. Taylor & Lobel, 1989; Wood, S. E. Taylor & Lichtman, 1985).

4.2.2 Akzeptanz

Ein weiterer emotionsregulierender Bewältigungsmechanismus bei Krebs ist die Akzeptanz. Akzeptanz als eine Bewältigungsreaktion bei negativen Ereignissen wurde kontrovers diskutiert. Nakamura und Orth (2005) schlagen eine Unterscheidung zwischen zwei Formen der Akzeptanz vor: aktive Akzeptanz und resignierende Akzeptanz.

Die Form der aktiven Akzeptanz bewirkt positive psychologische Anpassung. Sie ist eine adaptive Reaktion auf unveränderbare Ereignisse.

Akzeptanz trägt dazu bei, das psychologische Wohlbefinden eines Menschen und seine Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten, auch wenn die Realität nicht den Erwartungen und Wünschen eines Menschen entspricht, zum Beispiel nach einer Krebsdiagnose (Nakumara & Orth, 2005). Nach Carver et al. (1993) verfolgen Menschen in unveränderbaren Situationen energisch die wichtigen Ziele, die ihrem Leben Struktur geben können. Die Skala „Akzeptanz“ im COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) übersetzt durch Kälin (1995) gilt als guter Prädiktor für psychologische Anpassung und Wohlbefinden (Carver et al. 1998). Wright und Kirby (1999) untersuchten Menschen mit Nierenversagen und fanden aktive Akzeptanz als eine der Schlüssel-Variablen im Anpassungsprozess. Nach Wright und Kirby (1999) hat Akzeptanz emotionale, behaviorale und kognitive Komponenten. Patienten, die ihre Erkrankung aktiv akzeptierten und in ihr Leben integrierten, ohne sich davon beherrschen zu lassen, versuchten ihrer normalen Arbeit und ihren Hobbys nachzugehen.

Die Form der resignierenden Akzeptanz bewirkt eher negative psychologische Anpassung. Resignierende Akzeptanz kann die Konnotation einer ununterbrochenen internen Auseinandersetzung mit dem Geschehenen haben, was eher zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens führt. Passiv akzeptierende Patienten gaben viele Aktivitäten auf und räumten der Erkrankung die zentrale Rolle in ihrem Leben ein.

4.2.3 Relevanz des Bewältigungsmechanismus der Akzeptanz

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Form der Akzeptanz gibt, die in besonderer Weise adaptiv ist. Akzeptanz bedeutet, das Geschehene als geschehen stehen zu lassen, nicht mehr zu grübeln über das „Warum“ und mit dem Geschehenen weiterzuleben. Die Anpassung des Individuums an seine jetzige Situation würde so unterstützt und das psychologische Wohlbefinden gesteigert. Aktive Akzeptanz schließt die bewusste Wahrnehmung der negativen Realität und die daraus resultierende Erfahrung ein. Sie setzt die Bereitschaft des Individuums voraus, die Situation anzunehmen und das Beste daraus zu machen. Hierin ist ein wesentlicher Unterschied zu sehen zu Strategien der kognitiven Re-Interpretation,

zum Beispiel zum sozialen Abwärtsvergleich (s. downward-comparison; S. E. Taylor, 1983). Akzeptanz wird dann relevant, wenn Situationen unabänderlich und unkontrollierbar sind (z.B. lebensbedrohliche Erkrankungen). Brandstädter, Wentura und Rothermund (1999) definieren Akzeptanz als eine Form des akkomodativen Copings: Es ist nicht möglich, die Situation zu verändern, also hilft Akzeptanz, die emotionale Auswirkung eines Ereignisses zu verändern. Aktives Akzeptieren ist somit die bewusste Wahrnehmung und der konstruktive Umgang mit einer negativen schwierigen Situation. Die Menschen hören mit den fruchtlosen Versuchen auf, eine unkontrollierbare und unabänderliche Situation kontrollieren zu wollen. Trotzdem finden die Betroffenen da, wo es möglich ist, einen Sinn im Leben und haben Ziele, die sich trotz Beeinträchtigung zu verfolgen lohnen. Die emotionale Befindlichkeit ist ausgeglichen und friedlich. Aktives Akzeptieren ist also ein emotional kompetentes Verhalten in nicht kontrollierbaren Situationen. Nakamura und Orth (2005) sehen mit dem aktiven Akzeptieren eine grundsätzlich positive Anschauung und konstruktive Bemühungen verbunden, das Leben zu gestalten. Bezogen auf Krebspatienten bedeutet aktives Akzeptieren, dass sie keine Energie mehr investieren in die Frage nach dem „Warum“ einer Situation, die ungewollt, aber unveränderbar entstanden ist. Stattdessen wird Bewältigungsleistung umgelenkt in konstruktivere Bahnen. Krebspatienten nehmen zum Beispiel eine Umsortierung ihrer Prioritäten oder Lebensinhalte vor und reorganisieren ihren Alltag.

4.3 Prozesscharakter von Coping

Coping ist nicht ein einmal eingeschlagener Weg der Verarbeitung, der unabänderlich gelaufen wird und zu einem Ziel führt, sondern Krebspatienten nutzen im Verlauf ihrer Erkrankung verschiedene Formen und Arten von Verarbeitungsstrategien (Tschuschke et al., 2006).

4.3.1 Coping im Krankheitsverlauf

Bei der Diagnoseeröffnung und in der unmittelbar darauf folgenden Zeit kann im Vordergrund eine aktive, zupackende, sich mit der Erkrankung konfrontierende Haltung stehen im Sinne von „Kampfgeist“ (Faller, 1998; Heim et al., 1987; Heim et al. 1988; Heim, Augustiny, Schaffner & Valach, 1993).

Mit dem zeitlichen Abstand zur Diagnose können sich die Verarbeitungsstrategien verändern. Die Suche nach Positivem wird wichtiger, die Patienten entwickeln mehr Kompetenz im Umgang mit der Erkrankung und nutzen häufiger Verarbeitungsstrategien, die eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen. Hilflosigkeit, Vermeidungsstrategien und Bagatellisierung der Erkrankung nehmen gleichzeitig ab (Aebischer, 1987; Halstead, 1994; Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie & David, 2002). Wichtig sind für Krebspatienten zu allen Zeiten des Verlaufs aktive Strategien wie Problemanalyse und Zupacken, Ablenkung und Selbstaufbau, Akzeptanz und Religiosität (Carver et al., 1993; Heim, et al., 1988; Koch & Weis, 1998). Seltener und von geringer Bedeutung sind Verleugnung, Bagatellisieren und Wunschdenken sowie depressive Verarbeitung (Weis, 2002). In der Art der ausgewählten Strategien bestehen dabei zwischen Patienten mit verschiedenen Krebserkrankungen fast keine Unterschiede (Koch & Weis, 1998; Muthny & Koch, 1996; Weis, 2002), und auch Patienten mit anderen schweren chronischen Erkrankungen zeigen ähnliche Bewältigungsstile (Johnemantney & Thurke, 1990). Bewältigungsformen sind demnach eher unspezifisch und auf verschiedene Erkrankungen anwendbar (Müller, 2008).

4.3.2 Adaptivität von Coping

Die Frage der Effektivität und Adaptivität verschiedener psychischer Verarbeitungsstrategien für die Krankheitsanpassung bei Krebs wird kontrovers diskutiert und ist bis heute ungeklärt. Für objektive Faktoren wie Krankheitsverlauf oder Überlebensraten scheinen psychische Faktoren kaum eine Rolle zu spielen (Faller, 2004). Der Nachweis eindeutiger Zusammenhänge zwischen Bewältigungsverhalten und Wohlbefinden, wie er oft vermutet wird, gelingt nach Faller (1998) empirisch nicht. Diskutiert werden dennoch verschiedenste Verarbeitungsstrategien hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden.

Immer wieder wurde und wird in der Forschung versucht zu ergründen, welche Art von Krankheitsverarbeitung „gutes“ oder „schlechtes“ Coping repräsentiert (Heim et al., 1987). Ist es günstiger, sich mit dem Ereignis auseinanderzusetzen (Annäherung), oder profitieren diejenigen mehr, die eine Auseinandersetzung scheuen (Vermeidung)?

In einer Übersicht über neuere Studien zur psychologischen Anpassung an die Krebserkrankung, hier speziell an eine Brustkrebserkrankung kommen Compas und Luecken (2002) zu dem Schluss, dass Verarbeitungsformen, die eine Annäherung und Beschäftigung mit der Erkrankung fördern, eher mit gelungener Anpassung in Verbindung stehen, wohingegen Bemühungen, eine solche Auseinandersetzung zu vermeiden, mit negativen Emotionen und schlechterer psychologischer Anpassung zusammenhängen. Dies gilt insbesondere für die emotionale Anpassung und dabei für das Risiko, angesichts der Erkrankung Angst und Depression zu entwickeln (Barraclough, 1999).

Nach der bisherigen Forschungslage beinhaltet „ungünstiges“ Coping verschiedene Muster von Resignation oder fatalistischen Einstellungen kombiniert mit einer passiv-vermeidenden Haltung oder Schuldzuschreibungen und Selbstbeschuldigungen (Heim, et al., 1987). Zahlreiche Studien mit Krebspatienten zeigen deutliche negative Effekte vermeidenden Copings: Patienten mit hoher Neigung zu Vermeidung und Wunschdenken haben quer- und längsschnittlich betrachtet mehr Angst und Depression (Arras, Wright, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Epping-Jordan et al., 1999), mehr Angst vor Wiedererkrankung (Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002) und schlechtere Lebensqualität (McCaul et al., 1999). Sie beschreiben mehr Distress und Kraftlosigkeit (Carver et al., 1993; Stanton & Snider, 1993) und weniger positive Gefühle (Stanton et al., 2002). Wenn auch depressives Coping von den Betroffenen eher selten angewandt wird, erweist es sich in empirischen Studien doch durchgängig als maladaptiv (Müller, 2008).

Im Gegensatz zum ungünstigen Coping beinhaltet nach Meinung zahlreicher Forscher günstiges Coping neben dem Aufsuchen und Annehmen von sozialer und emotionaler Unterstützung auch eine akzeptierende Einstellung der Erkrankung gegenüber, kombiniert mit dem Bemühen, Selbstkontrolle und Kontrolle über die Erkrankung zu gewinnen (Carver et al., 1993; Stanton et al., 2002).

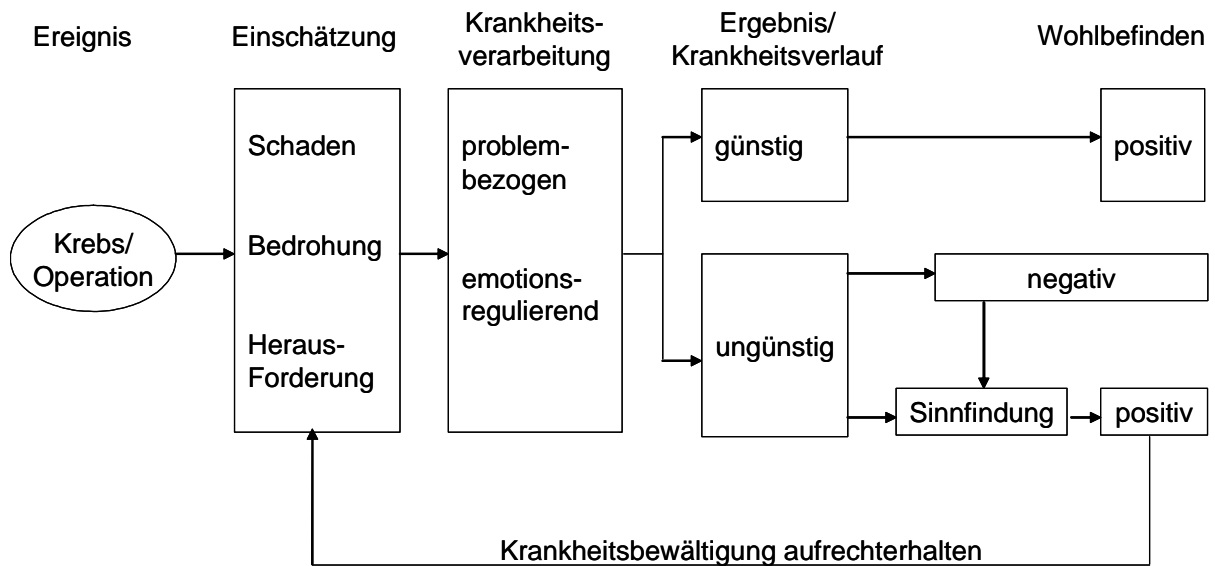
5 Sinnorientierte Verarbeitung

Seit der Formulierung von Stress als transaktionalem Prozess (siehe Abbildung 1) zwischen einer Situation und der Person, die die Situation wahrnimmt (Lazarus & Folkman, 1984), richtet sich das Augenmerk psychologischer Forschung verstärkt auf Bewältigungsprozesse. Neuere Ansätze und Erweiterungen des Stress-Coping-Modells von Lazarus (1974) betonen, dass Bedeutungs- und Sinnfindungsprozesse wichtige Faktoren innerhalb des Coping-Prozesses sind. Folkman (1997) führte dementsprechend „Meaning-based“-Coping als eine zusätzliche Coping-Strategie in das Modell ein. Das ursprüngliche Modell, dessen Grundlage in Kapitel 4.1. beschrieben ist, wird um die Bewältigungsaktivität der Sinnfindung erweitert. Führt der Versuch der Bewältigung einer Situation zu einem ungünstigen Ergebnis oder keiner Lösung der kritischen Situation, kann vom Betroffenen eine sinnstiftende Verarbeitung in Gang gesetzt werden mit dem Ziel, ein positives Gefühlsergebnis zu erreichen und den Coping-Prozess aufrecht zu erhalten. Um die Anwendung der erwähnten transaktionalen Stressmodelle für die die Untersuchung lebensbedrohlicher Krankheiten wie Krebs zu verbessern, entwickelten Folkman und Greer (2000) eine Erweiterung des Modells, das in Abbildung 2 dargestellt ist. Die Autoren führten „Sinnfindung“ als Mediator zwischen Stressor und emotionalem Wohlbefinden ein. Taubert (2003) übersetzte das Modell von Folkman und Greer (2000) und passte es an seine Fragestellung nach Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf an. In dem von Taubert (2003) angepassten Modell ist Sinnfindung als Mediator zwischen vorangegangener Bewältigung und aktuellem emotionalen Wohlbefinden integriert. Das Modell ist Abbildung 2 dargestellt.

Zum besseren Verständnis werden einzelne Modellelemente des adaptierten Modells (s. Abbildung 2) in Bezug auf die Darmkrebserkrankung, deren Bewältigung und die Anpassung an die Erkrankung beschrieben. Das Ereignis ist in der vorliegenden Arbeit die Diagnose Krebs. Es folgt die individuelle Einschätzung der Erkrankung in die Kategorien „Schaden“, „Bedrohung“ oder „Herausforderung“.

Die klassischen Bewältigungsformen „problembezogen“ und „emotionsregulierend“, im Modell „Krankheitsverarbeitung“ genannt, sind in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 beschrieben.

Abbildung 2 Das adaptierte kognitiv-transaktionale Stressbewältigungsmodell von Folkman und Greer (2000); zitiert nach Taubert (2003)



Das Ergebnis, der Krankheitsverlauf, wird im übersetzten und angepassten Modell (s. Abbildung 2) in „günstig“ und „ungünstig“ unterteilt. Dieses Ergebnis bezieht sich ausdrücklich auf den objektiven Krankheitsverlauf und nicht auf die Erfolge der Bewältigungsinitiative. Taubert (2003) weist explizit darauf hin, dass der Pfeil zwischen Krankheitsverarbeitung und Ergebnis irreführend sein könnte. Er zitiert Folkman und Greer (2000), die davon ausgehen, dass Coping nicht aufhöre. Weder, wenn das Ergebnis unbefriedigend sei, noch, wenn eine ernsthafte Erkrankung wieder aufträte.

Der Einfluss von Krankheitsverarbeitung auf den objektiven Krankheitsverlauf ist nach wie vor umstritten (Taubert, 2003). Die Mediation des objektiven Krankheitsverlaufs durch die Krankheitsverarbeitung bei Krebs ist bezüglich des Tumorwachstums jedoch als geringfügig zu bewerten (Holland et al., 1999).

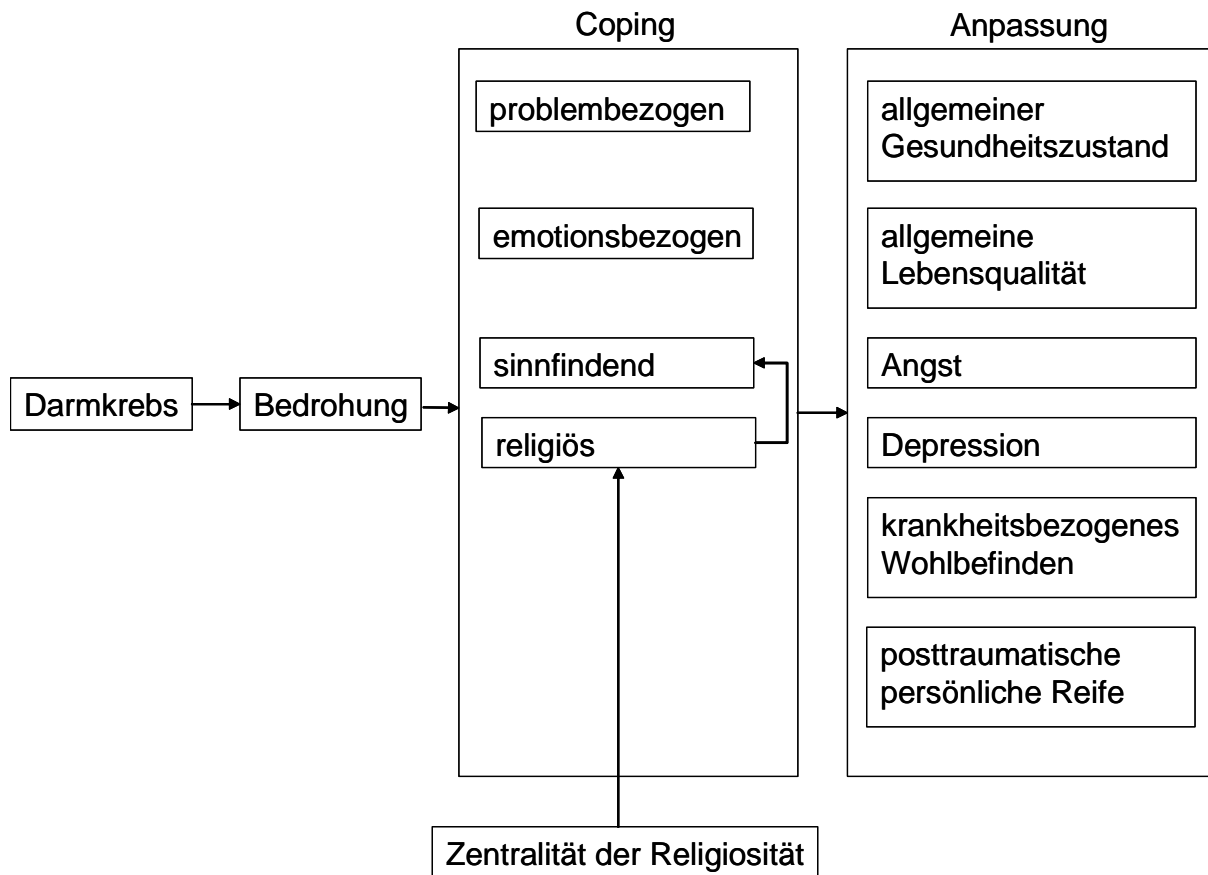
Das Wohlbefinden ist unterteilt in „positiv“ und „negativ“, womit die Anpassung an die Erkrankung gemeint ist. Das Kriterium ist ausdrücklich *nicht* die Heilung von Krebs, sondern die Regulation des emotionalen Wohlbefindens. Positives emotionales Wohlbefinden ist ein Resultat aus konstruktiv eingesetzten psychologischen Bewältigungsstrategien.

In dem in Abbildung 2 dargestellten Modell kann Sinnfindung also nur dann zum Tragen kommen, wenn eine Person ein ungünstiges Ergebnis eines Stressbewältigungsprozesses erlebt. Diese Idee ist zurückzuführen auf ein Modell von Park und Folkman (1997), die ihr „Model of Global and Situational Meaning“ als Integrationsversuch verschiedener Vorstellungen über Sinnfindung verstehen. Unter dem Begriff „situationale Sinnfindung“ verstehen sie die individuelle Bedeutung im Stressbewältigungsprozess und die daran anschließende Bewertung als Bedrohung, Schaden oder Herausforderung. Die „globale Sinnfindung“ beeinflusst nach der Vorstellung der Autoren sowohl die Bewertung, wie auch die Bewältigung und das Ergebnis. Die globale Sinnfindung kann nach der Vorstellung von Park und Folkman (1997) jedoch nur durch ein ungünstiges Ergebnis des Stressbewältigungsprozesses beeinflusst werden. Demnach stellt Sinnfindung ein dispositionales Merkmal einer Person dar und kann nur durch die Auseinandersetzung mit besonders kritischen Lebensereignissen verändert werden (Catlin & Epstein, 1992).

Nach einem Überblick über unterschiedliche Akzentuierungen des Begriffs „Sinn“ wird die Operationalisierung begründet, die für diese Untersuchung ausgewählt wurde. Sinnfindung wird nicht als „Veranlagung“ eines Individuums angenommen, sondern als zur Verfügung stehende Bewältigungsressource betrachtet. Da bereits viele Autoren Sinnfindungsprozessen eine vermittelnde Rolle bei der Bewältigung existenzbedrohender Erkrankungen zuschreiben (Csef & Kube, 1998; Klauer, Ferring & Filipp, 1998) und empirische Arbeiten einen positiven Einfluss von Sinnfindung auf das emotionale Wohlbefinden von Patienten zeigen (Csef & Kube, 1998; Klauer et al., 1998; Scioli, McClelland, Weaver & Madden, 2000), folgt die vorliegende Arbeit dem Ansatz, Sinnfindung als Bewältigungsressource anzunehmen.

Die Anpassungskriterien werden nicht in „günstig“ oder „ungünstig“ unterteilt, sondern wie die Abbildung 3 zeigt in die Konstrukte des allgemeinen Gesundheitszustandes, der allgemeinen Lebensqualität, der Angst und Depression, des krankheitsbezogenen Wohlbefindens und der posttraumatischen persönlichen Reifung.

Abbildung 3 Sinnfindung als Coping-Aktivität in der Stressbewältigung, ein Arbeitsmodell



5.1 Akzentualisierung von Sinnaspekten in der Psychologie

Da wir davon ausgehen, dass Sinnfindung eine besondere Bedeutung bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen hat, ist es notwendig, sich die Blickwinkel verschiedener psychologischer Forscher zu vergegenwärtigen. Im Folgenden findet sich eine kurze eklektische Auflistung verschiedener Sinnkonzepte.

Lazarus und Folkman (1984) akzentuieren den Aspekt der *persönlichen Sinngebung* eines Geschehens, wie zum Beispiel einer Krebserkrankung. Betroffene fragen danach, welcher ganz persönliche Lebenssinn ihnen durch die Erkrankung offenbart werden soll. Bulman und Wortman (1997) und S. E. Taylor (1983) betonen die *Kausalattribution* als Sinnfindungsprozess. Patienten möchten den Grund für ihre Erkrankung erfahren, um besser damit umgehen zu können.

Davis, Nolen-Hoeksema und Larson (1998) sehen Sinnfindung als *Bedeutungszuschreibung in der Zukunft*. Betroffene setzen sich mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung auf ihr weiteres Leben auseinander.

S. E. Taylor (1983) postuliert Sinnfindung als *Ersatz für die persönliche Kontrollierbarkeit* einer Situation. Thompson (1985) wiederum postuliert, Sinn im Copingprozess führe zu einer Neubewertung des Ereignisses. Durch eine konstruktive individuelle Sinnzuschreibung gelingt es dem Betroffenen, ein negatives kritisches Lebensereignis wie eine schwere Erkrankung als positives, weg- und zielweisendes Erleben zu bewerten. Erfolgreiche Sinnfindung könnte nach Thompson (1985) mit einem Gewinn an Lebenserfahrung und einer positiven Interpretation der Krankheit zu tun haben. Er sieht also *Sinn als Bewältigungsaktivität*. Menschen finden so erlösende, tilgende oder transzendente Besonderheiten in dem belastenden Ereignis. Lukas (1998) sieht einen Sinn in der Krankheit des Einzelnen für die Gesellschaft. Aus seiner Sicht erinnern Schwerkranke die Gesellschaft an so genannte „echte“ Werte. Durch die Erkrankung des Einzelnen wird die Relativität der Stärke gesunder Menschen deutlich.

Tedeschi und Calhoun (1996) und Park, Cohen und Murch (1996) nehmen die Möglichkeit einer posttraumatischen persönlichen Reifung nach durchlebten kritischen Lebensereignissen an. Carver und Antoni (2004) richteten ebenfalls ihre Untersuchung darauf aus, ob Betroffene einen möglichen *Gewinn aus ihrer kritischen Lebenssituation* ziehen und so einen Sinn in der Erkrankung sehen.

Schwarzer und Knoll (2003) finden, dass Menschen auch in den widrigsten Lebenssituationen versuchen, den „Silberstreif am Horizont“ zu sehen. Sie beschreiben damit die Anstrengung eines an Krebs erkrankten Menschen, einen positiven Beitrag wahrnehmen zu lernen, den die Erkrankung für ihr Leben leisten könnte. Dieser möglicherweise positive Beitrag zur zukünftigen Lebensgestaltung von krebskranken Menschen wird im Kapitel 1 als Anpassungsmerkmal an die Erkrankung ausführlich dargestellt und konzeptualisiert werden.

Aaron Antonovsky (1997) entwickelte mit seinem Modell der *Salutogenese* den Gegenpol zur Pathogenese. Gesundheit ist kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden. Das *Kohärenzgefühl* („Sense of Coherence“) umfasst das Gefühl der Verstehbarkeit, der Bewältigbarkeit und der Sinnhaftigkeit. Diese drei Komponenten einbeziehend beschreibt Antonovsky in seinem Modell das Ausmaß, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat. Ein Wortspiel der Kollegen von Antonovsky (1997, S.34) demonstriert die Sinnkonzeption: „Your sense of coherence theory makes sense.“

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Es aktiviert die für diese spezifische Situation angemessenen Ressourcen und wirkt damit als flexibles Steuerungsprinzip, das den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt.

Durch diesen kurzen Überblick wird deutlich, wie heterogen die Akzentualisierungen bei der Untersuchung des Konstruktes der Sinnfindung sind.

So verwirrend die einzelnen Konzepte bei der Frage von Sinnerleben sein mögen, so ist ihnen allen doch die Betonung der Bedeutung des individuellen Bewältigungsverhaltens gemein.

Die vielfältigen Bedeutungszuschreibungen des Konzeptes „Sinn“ haben zu unterschiedlichen Operationalisierungen geführt, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

5.2 Konzeptualisierung und Operationalisierung von Sinn

In der Forschung der letzten Jahrzehnte gibt es zahlreiche human- und sozialwissenschaftliche Veröffentlichungen, die sich aus unterschiedlichsten Blickwinkeln und Interessenschwerpunkten mit der Thematik des Lebenssinns auseinandergesetzt haben. Für einen Einblick seien in Folgenden einige Konzepte dargestellt. Sie erheben nicht den Anspruch von Vollständigkeit, sondern sollen eine Abbildung der Heterogenität in der Auseinandersetzung mit dem Thema „Sinn“ sein.

Für Antonovsky (1997) und Baumeister (1991) ist Sinn eine grundlegende Orientierung im Leben. Baumeister (1991) postuliert vier zentrale Sinnbedürfnisse eines Individuums:

- a) Purpose (Zielgerichtetheit): Der Mensch will sehen, dass seine Aktivitäten zielgerichtet sind. Er möchte sein heutiges Handeln zu einem möglichen künftigen Zustand in Bezug setzen können.
- b) Value (Wertschätzung): Das Individuum möchte sich an den eigenen Maßstäben gemessen wertschätzen können.

- c) Efficacy (Wirksamkeit): Menschen müssen glauben können, dass sie mindestens bis zu einem gewissen Grad Kontrolle über Ereignisse haben oder auf Ereignisse Einfluss nehmen können.
- d) Self-Worth (Selbstwert): Der Mensch möchte eine Grundlage finden, die subjektiv einen positiven Selbstwert ermöglicht.

Frankl (1981) postuliert Sinn als objektiv vorhandene Realität. Jede Situation hat ihre (wahre) Bedeutung. Der Mensch wird durch sein Bewusstsein geleitet, diese wahre Bedeutung intuitiv zu finden. Leistet man diesem Bedürfnis nicht Folge, läuft man Gefahr, krank zu werden. Als Kernthese steht im Mittelpunkt der Arbeit von Frankl (1981) das motivationstheoretische Konzept des „Willen zum Sinn“. Nach Frankl (1979) ist Sinnfindung immer und überall möglich, gerade auch im Erfahren eines unabänderlichen Schicksals. Der Mensch „macht es sich in dieser Situation zur Aufgabe, sein Leiden in eine Leistung zu verwandeln und solchermaßen an diesem seinem Leiden zu reifen und zu wachsen.“ (Frankl, 1979, S. 24)

Für Maslow (1981) ist die Kreation von Sinn ein intrinsisches Bedürfnis des Menschen. Das genuinste menschliche Bedürfnis ist das Streben nach Selbstverwirklichung, das heißt nach Erfüllung selbstbejahender Aufgaben und Potentiale, nach Verstehen, Einsicht und Wissen über das eigene Leben. Dieses Bedürfnis kann erst dann befriedigt werden, wenn alle anderen biologischen und psychologischen Bedürfnisse erfüllt worden sind. Nach der Auffassung von Maslow (1981) und Rogers (1961) besitzt der Mensch eine inhärente Tendenz, seine Potentiale zur Entfaltung zu bringen.

Yalom (2000) vertritt eine existenzialistische Perspektive. Der Sinn des Lebens ist die Antwort des Menschen auf die absolute Sinnlosigkeit des Lebens. Sinn existiert nicht außerhalb des Menschen, sondern wird von ihm geschaffen. Die Ausrichtung des Lebens nach einem selbstdefinierten Sinn ist der einzige Weg, um Nihilismus und Verzweiflung zu entkommen (Schaepfi, 2004).

5.2.1 *Etymologische Wurzeln des Wortes „Sinn“*

In der vorliegenden Arbeit soll Sinnfindung gerade auch unabhängig von religiösen oder spirituellen Konnotationen betrachtet werden, wobei nicht unberücksichtigt bleibt, dass Religiosität eine Form der Sinnfindung darstellen kann. Um das

Konstrukt „Sinnfindung“ möglichst konnotationsneutral zu betrachten, wurde in dieser Arbeit ein Messinstrument (FACIT-Sp; Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002) eingesetzt, das in zwei unabhängigen Subskalen „Glaube“ und „Sinn“ erfasst. Zunächst folgt ein Blick auf die rein ethymologischen Wurzeln des Wortes „Sinn“, um die Sinnfindung als ein zentrales Element in der Bewältigung einer Darmkrebserkrankung zu untermauern. Sinnfindung ist dynamische, zukunftsorientierte Aktivität (Meier, 1992).

Das Wort „Sinn“ hat seine etymologischen Wurzeln im Mittel- und Althochdeutschen. „Sin“ bedeutet soviel wie „Verstand“, „verstehen“, „Wahrnehmung“. Im Lateinischen findet sich „sentire“ oder „sensus“, was übersetzt werden kann mit „fühlen“, „wahrnehmen“, „Gefühl“ und „Meinung“. Die Etymologie von „sinnen“ ist „streben“, „begehren“, „reisen“ oder „gehen“. Die indogermanische Wurzel ist „sent“ und meint „gehen“, „reisen“, „fahren“, „eine Richtung nehmen“. Die Wortabstammung signalisiert also klar die dynamische, zukunfts- und zielorientierte Konnotation des Begriffs „Sinn“. Im Englischen meint das Wort „purpose“ Sinn als Zweck- und Zielorientierung, das Wort „meaning“ Sinn als Bedeutung.

Sinnfindung ist also etwas Aktives, zu Erreichendes, Erstrebenswertes. Um der Frage einer möglichen Sinnkrise, initiiert durch eine Darmkrebserkrankung, nachzugehen, ist es wichtig zu verstehen, welche Weltbildaspekte durch eine Krebserkrankung bedroht werden könnten.

5.3 Sinn als individueller Weltbildaspekt

Mit Fragen nach dem Sinn des Lebens beschäftigten sich bereits ausführlich zahlreiche Theologen und Philosophen. Wichtige Grundsäulen der Betrachtung lieferten Sokrates, Platon, Aristoteles, Thomas von Aquin, Nietzsche, Schopenhauer und Kant, um nur einige zu nennen. Ihre Erkenntnisbeiträge in kurzer Form zusammenzufassen, würde ihrem Denken sicher nicht gerecht. Im Rahmen einer Krebserkrankung als erschütterndes Lebensereignis stellt sich jedoch die Frage nach der praktischen Bedeutung der Erkenntnisse der theologischen und philosophischen Forschung. „Hat das Leben überhaupt einen Sinn?“ könnte man rudimentär zusammenfassen. Und wenn ja, welchen? Hinske (1986) formuliert, dass der Sinn des Lebens einer Person nur aus der Perspektive dieser Person verstanden werden kann. Die Soziologie bietet eine Erweiterung, indem sie den gesellschaftlichen

Kontext mit in die Sinnggebung als individuelles Geschehen einbezieht (Berger & Luckmann, 1972; Schülein, 1982; Schütz, 1981). Erfahrungen sind per se noch nicht sinnvoll. Sie erhalten ihren subjektiven Sinn erst dadurch, dass eine bestimmte Erfahrung zu anderen Erfahrungen oder einem Erfahrungsschema in Beziehung gesetzt wird. „Sinn ist eine im Bewusstsein gestiftete Bezugsgröße, nicht eine besondere Erfahrung oder eine der Erfahrung zukommende Eigenschaft.“ (Schütz & Luckmann, 1984, S. 13). Erfahrungen, die dem vorhandenen Wissensvorrat nicht routinemäßig subsumiert werden können, lösen möglicherweise eine Sinnkrise aus. Schütz und Luckmann (1984) beschreiben die Auswirkungen einer solchen Krise so: „Wenn sein Leben bzw. das, was ihm als Sinn des Lebens gilt, bedroht erscheint, muss er sich fragen, ob denn das, was gerade noch so dringlich und wichtig schien, noch immer so dringlich und wichtig ist. Er unterzieht die bisher so selbstverständlich wirksamen Relevanzen einer ausdrücklichen Deutung in dem Licht, das die gegenwärtige Krise auf sein bisheriges und das in Frage gestellte zukünftige Leben wirft.“ (S.175). Erst durch die Konfrontation mit einer Krisenerfahrung, die eine vollkommen unbekannte und ungeordnete Wirklichkeit präsentiert, sind die Betroffenen möglicherweise zum ersten Mal gezwungen, eigene Antworten auf Fragen wie etwa: „Was will ich mit meinem Leben anfangen?“, „Gibt es überhaupt einen Sinn des Lebens?“, „Wer bin ich überhaupt?“ zu finden (Meier, 1992, S. 11).

Die Frage nach dem Sinn des Lebens lässt sich also nicht allgemein stellen und erst recht nicht allgemein beantworten. Es ist immer die Frage danach, wie das betroffene Individuum mit seinen Erfahrungen, Möglichkeiten und Ressourcen die eigene Frage nach der persönlichen Sinnsuche und Sinnfindung stellt und zu beantworten versucht.

5.4 Darmkrebserkrankung als Bedrohung von individuellen sinnhaften

Weltbildkonstruktionen

Janoff-Bulman (1985) beschreibt, dass Menschen implizite Theorien, also ein System grundlegender Überzeugungen über die Welt und die eigene Person aufbauen, die die Wahrnehmung und Interpretation der Welttheorie konsistent filtern.

Janoff-Bulman und Frieze (Janoff-Bulman & Frieze, 1983) sprechen von einer „assumptive world“, also einer angenommenen Welt. Normalerweise wird Menschen diese ihnen eigene Theorie nicht bewusst, sondern erst die Konfrontation mit einem

traumatischen Ereignis stellt sie in Frage. Kritische Lebensereignisse wie die Diagnose Darmkrebs stellen Erfahrungen dar, die inkonsistent mit einem Teil des Weltbildes der betroffenen Person sind (Rosch-Inglehart, 1988).

In einem Überblick beschreiben S. E. Taylor und Brown (1988), dass Menschen auf der Basis positiver Überzeugungen über die Welt und ihre eigene Person operieren. Diese so genannten „Illusionen“ spielen eine Rolle in der Aufrechterhaltung seelischer Gesundheit. Diese positiven Überzeugungen lassen sich angesichts eines erwartungswidrigen und lebensbedrohlichen Ereignisses wie einer Darmkrebsdiagnose kaum aufrechterhalten.

5.4.1 Gesellschaftlich konstruierte Wirklichkeit

Gerdes (1986) stellt die These auf, dass die Krebserkrankung im Rahmen gesellschaftlich konstruierter Wirklichkeit keiner Sinngebung zugeführt werden kann. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Todes- und Krisenerfahrungen dem Bild einer geordneten, kontrollierbaren und relativ gesicherten Wirklichkeit widersprechen.

Zum einen stellt die Krebserkrankung also ein erklärungs- und deutungsbedürftiges Ereignis dar, das sich allerdings einer sofortigen Bedeutungsgebung im Rahmen bisheriger subjektiver Welt- und Selbsttheorien entzieht. Ein solches negatives und erwartungswidriges Ereignis löst ereigniszentrierte Sinnfragen aus (S. E. Taylor, 1983). Eine solche Sinnsuche, ausgelöst zum Beispiel durch eine Krebsdiagnose, richtet sich zum einen auf kausale Erklärungsversuche. Zum andern kann die Krebserkrankung aber eine existentielle Sinnkrise hervorrufen, indem sinnstiftende Festlegungen von Lebenszielen verunsichert werden. Diese sinnstiftende Festlegung von Lebenszielen hat verbindlichen Charakter und wird als „Commitment“ bezeichnet.

5.4.2 Krebserkrankung als existentielle Sinnkrise

Kritische Lebensereignisse führen nach Meier (1992) zu einem Passungsverlust zwischen subjektiver Wirklichkeitstheorie und der konkreten Erfahrung. Die Krebserkrankung als existentielle Sinnkrise erschüttert nicht nur grundlegende Überzeugungen über die Welt und die eigene Person, sondern birgt auch und zusätzlich die Gefahr des Verlustes bedeutsamer Lebenssinndefinitionen in sich.

Lebenssinnekonzeptionen

Nach Meier (1992) bauen Menschen im Verlauf ihres Lebens eine gesellschaftlich und biographisch bestimmte Lebenssinnekonzeption auf. Meier (1992) bezieht sich dabei auf das Konzept der „Lebensphilosophie“ nach Rosch-Inglehart (1988). Lebensphilosophien sind Metatheorien, die Lebensziele, Werte und Selbstbilder einer Person als Bausteine enthalten. Außerdem bezieht sie sich auf das Konzept des „Lebensplans“ von Adler (1973). Nach seiner Auffassung ist der Lebensplan ein zielgerichteter Gesamtentwurf menschlicher Lebensvollzüge (Titze, 1985a). Lebenspläne bestimmen Inhalte und Art der Ziele und Ideale, auf die sich das individuelle Handeln ausrichtet. Diese Lebenssinnekonzeption bestimmt, was als lebenssinnerelevant selektiert wird. Die Lebenssinnekonzeption bestimmt außerdem, was interpretiert und erinnert wird und aus welchen Elementen der persönliche Lebenssinne zusammengesetzt wird. Meier (1992) leitet ab, dass nicht die Existenz von Lebenszielen an sich das zentrale Bestimmungsmerkmal des individuellen Sinnerlebens darstellt, sondern das Verpflichtungsgefühl (Commitment) gegenüber einem oder mehreren Lebenszielen stellt das zentrale Bestimmungsmerkmal des individuellen Sinnerlebens dar.

In diesen individuellen Lebenszielcommitments reflektiert sich die persönliche Lebenssinne-Definition. Diese wiederum verleiht dem alltäglichen Leben Struktur und Richtung. Eine Krebserkrankung hat kurzfristige und langfristige psychische und physische Folgen, die mit sinnstiftenden Lebenszielen interferiert. Die Erreichbarkeit der Lebensziele wird subjektiv und objektiv in Frage gestellt. Auch der Wert und die Prioritäten bisheriger Lebenssinneinhalte können durch die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit in Frage gestellt werden.

5.5 Modelle und Theorien zur Sinnfindung

Wie im Einzelnen solche sinnhaften Weltbildkonstruktionen gebildet werden, soll anhand dreier verschiedener Modelle erläutert werden.

5.5.1 *Konstruktion der Realität*

Fillip und Ferring (2000) nennen ihr Modell „Reality Construction“. Dieses Modell der Konstruktion der Realität basiert auf drei Prozessen. Sie umfassen im gezeigten Bewältigungsverhalten

- a) Aufmerksamkeit
- b) Vergleich
- c) Interpretierbarkeit.

Menschen achten selektiv auf schlechte Nachrichten (bad news). Sie nutzen Vergleichsprozesse, die ihnen helfen, die wahrgenommene Realität in die Richtung einer Wahrnehmung zu formen, die Opfer einer Lebenskrise gerade noch tolerieren und akzeptieren können. Menschen nutzen also interpretative Prozesse, die ihnen helfen, eine in ihrem Sinne interpretierte Wirklichkeit zu schaffen. Dies tun sie zumeist durch grüblerisches Nachdenken und damit zusammenhängenden Versuchen, dem, was gerade in ihrer subjektiven Wirklichkeit geschieht, einen subjektiven Sinn zu geben. Die Coping-Mechanismen in diesem Modell gelten der Gestaltung einer „besseren Welt“ dadurch, dass die Realität „verhandelt“ wird. Das Individuum vermeidet, zwischen den beiden ursprünglichen Alternativen, die Welt oder sich selbst so zu lassen, wie sie ist, hin und herzuschwanken. Der Mensch verändert seine Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung der Welt. In diesem Modell geben also die betroffenen Menschen sowohl der Situation selbst einen Sinn (im Sinne der Attribuierung) und ziehen aus der Erfahrung des Erlebten einen Gewinn (im Sinne des "benefit finding"; Stanton, Bower & Low, 2006).

5.5.2 *Kognitive Adaptation*

Die Theorie der kognitiven Adaptation an eine Bedrohung von S. E. Taylor (1983) begreift Menschen als anpassungsfähig, selbst-schützend und funktionell bei Rückschlägen. S. E. Taylor (1983) formuliert drei Konzepte, auf denen die Theorie beruht:

- a) die Sinnsuche in der Erfahrung,
- b) die Bemühungen, Kontrolle über die Ereignisse und das eigen Leben zu gewinnen,

c) die Wiederherstellung von Selbstwert durch bessere Selbstbeurteilung. Sinnfindung ist also darauf gerichtet, Geschehnisse zu verstehen, im Sinne der Kausalattribution (Warum geschehen die Dinge?) und welche Auswirkungen haben sie für das eigene Leben im Sinne von: welcher Gewinn und Nutzen wird im Erleben gefunden?

5.5.3 *Meaning-Making-Model*

Nach dem Meaning-Making-Model von Park und Folkman (1997), auf das bereits in Kapitel 5 Bezug genommen wurde, entwickelt jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine persönliche Weltsicht im Sinne eines globalen Bedeutungssystems (global meaning), das Überzeugungen, Annahmen über die Welt, Ziele und auch religiöse Glaubensvorstellungen enthält, die das subjektive Gefühl von Sinnhaftigkeit im Leben übermitteln können (Park, 2005; Park & Folkman, 1997)

Wird jemand mit einem kritischen Lebensereignis konfrontiert, so werden solche grundlegenden Überzeugungen und Annahmen über die Welt durch das Ereignis in Frage gestellt. Bei einem religiösen Referenzsystem eines Menschen gehen subjektiv die Kontrolle über das eigene Leben, der Glaube an die Gerechtigkeit in der Welt und die Vorstellung von einem guten Gott verloren. Das globale Bedeutungssystem muss der neuen Situation (situational meaning), die durch das kritische Lebensereignis entstanden ist, angepasst werden. Dadurch entstehen bei einem Betroffenen Stress und Belastung. Dabei hängt das Stressniveau direkt mit dem Ausmaß an erlebter Diskrepanz zwischen der Ereignisbewertung und dem eigenen Bedeutungssystem zusammen. Diese Diskrepanz muss reduziert werden. Dies geschieht, indem entweder die Attribution des Ereignisses oder das globale Wertesystem verändert wird. Ein Bedeutungsfindungsprozess (meaning making) wird in Gang gesetzt (Park, 2005).

Brennan (2001) entwickelt mit seinem integrativen „Social-Cognitive Transition Modell“ ein sehr ähnliches Konzept, das dazu geeignet ist, neben Stress und Belastung als Folge von Krebs auch positive Veränderungen nach Krebsdiagnosen zu erklären. Wie Park stellt er sich ein im Laufe eines Lebens entwickeltes mentales Modell der Welt vor, das Vorhersage, Einschätzung und Interpretation der Welt ermöglicht. So wird es dem Einzelnen erleichtert, kohärente und relativ stabile Erfahrungen in der Welt zu machen. Unerwartete und überwältigende

Anforderungen, Erlebnisse und Erfahrungen, wie die Mitteilung einer Krebsdiagnose, verlangen eine Erweiterung der angenommenen Welt und führen zu Veränderungen von Annahmen, Einstellungen, Rollen und Beziehungen.

5.6 Sinnfindung im Coping-Prozess bei einer Krebserkrankung

Sinnfindung kann über die Ursachensuche stattfinden und wäre somit ein attributionstheoretisches Thema. In einer Studie von S. E. Taylor, Lichtman und Wood (1984) konnten 95 % der befragten Brustkrebspatientinnen eine Ursache, einen „Sinn“, für ihre Erkrankung angeben.

Die Wurzeln der Denkrichtung, dass sich Menschen Vorstellungen von gesundheitlichen Phänomenen wie Krankheit oder Beschwerden machen und dass diese Annahmen ihr gesundheitsbezogenes Verhalten prägen, reichen in der Psychologie weit zurück. Heider (1958) prägte den Begriff der „kausalen Attributionen“. Er interessierte sich dafür, wie Individuen sich die alltäglichen Ereignisse, das eigene Verhalten und das von anderen erklären. Die Arbeitsgruppe um Howard Leventhal kam zu einer ähnlichen Position. Leventhal und Diefenbach (1991) fanden zur Erklärung der Auswirkungen von angstbesetzten Botschaften kognitive Repräsentationen der Bedrohung als die entscheidenden Prädiktoren des Verhaltens. Die Stresstheorie von Lazarus, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, formuliert ebensolche Annahmen. Subjektive Krankheitstheorien wurden häufiger untersucht als Gesundheitstheorien (Faltermaier, 2005). Subjektive Krankheitstheorien werden in der Regel auf spezifische Krankheiten bezogen, wie zum Beispiel Krebs. Herzlich (1973; zitiert nach Faltermaier, 2005) rekonstruiert drei Typen von sozialen Repräsentationen von Krankheit:

Krankheit ist zerstörend durch den Verlust von sozialen Rollen und Kontakten, Krankheit ist befreiend durch die damit verbundene Befreiung von alltäglichen Belastungen und Verpflichtungen und Krankheit ist eine Aufgabe, die akzeptiert und als Herausforderung gesehen wird.

In der Gesundheitspsychologie ist der kognitionspsychologische Ansatz recht verbreitet. Leventhal und Diefenbach (1991) ordnen kognitive Repräsentationen von Krankheiten allgemein in fünf Themenbereiche ein. Der erste beinhaltet die Wahrnehmung von Symptomen und ihre gedankliche Verbindung zu einem Krankheitsbild, der zweite beschäftigt sich mit Annahmen über die Kausalität und

über Krankheitsursachen. Der dritte Themenbereich deckt die Erwartungen über den zeitlichen Verlauf und die Dauer einer Erkrankung ab, der vierte hat Annahmen über Erwartungen über die unmittelbaren und langfristigen Folgen der Krankheit zum Inhalt. Der letzte Themenbereich von Leventhal und Diefenbach (1991) enthält Annahmen über Maßnahmen, die zur Überwindung der Krankheit beitragen.

Kausalattributionen liefern deshalb nicht nur „Wissen“ über die Entstehungsgeschichte eines Ereignisses, geben ihm also einen „Sinn“, sondern beinhalten auch gleichzeitig Einflussmöglichkeiten auf den weiteren Verlauf. Meier (1992) bezeichnet diesen Weg der Sinnfindung als „*ereigniszentriert*“. Es erscheint also ein Bedürfnis des erkrankten Individuums zu sein, Kausalattributionen zu der Erkrankung, deren Entstehung und Verlauf zu bilden. Gotay (1985) berichtet dagegen, dass sich mehr als die Hälfte seiner befragten Tumorpatienten weder im frühen, noch im fortgeschrittenen Stadium gar nicht mit der Frage nach den möglichen Krankheitsursachen auseinandergesetzt hätten.

Geht man davon aus, dass ein kritisches Lebensereignis wie eine Krebserkrankung zu einer existenziellen Sinnkrise führen kann, so umfasst Sinnfindung eben nicht nur die Frage nach dem Warum. Sinnfindung muss dann stattfinden über den Weg der Reformulierung von Lebenszielen. Meier (1992) spricht hier von „*existenzieller Sinnfindung*“. Mit der Diagnose „Krebs“ muss der Betroffene Mechanismen entwickeln, die es ihm ermöglichen, das eigene Leben trotz der widrigen Lebensumstände, die eine Krebsdiagnose meist mit sich bringt, als lohnenswert wahrzunehmen. Dazu kann es auch notwendig sein, sich von nicht mehr erreichbaren Lebenszielen zu lösen.

Aus einer frühen Interviewstudie von Miles und Crandall (1986; zitiert nach Meier, 1992) mit Eltern, die ein Kind verloren hatten, kann geschlossen werden, dass die beiden Sinnfragen (ereigniszentriert und existenziell) zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Bewältigungsprozess bedeutsam werden können. Zu Beginn des Prozesses scheinen eher Fragen nach dem Warum zu stehen (ereigniszentrierte Sinnfragen), die dann von Fragen nach dem Sinn des Lebens (existenzielle Sinnfragen) abgelöst werden. Zusammenfassend betrachtet kann Sinnfindung als Motiv angesehen werden, angesichts kritischer Lebensereignisse die individuelle Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Gasiet (1981; zitiert nach Meier, 1992) schreibt auf Seite 274: „ Menschen können fast unglaubliche

Entbehrungen ertragen... unter dem Zwang der Umstände, ohne ihre menschliche Würde zu verlieren, wenn sie darin nur einen Sinn sehen können.“

Feher und Maly (1999) fanden in einer qualitativen Studie an Brustkrebspatientinnen, dass 91 % ihren Glauben als eine Stütze erlebten, die ihnen Sinn vermittelte. Mehnert, Rieß und Koch (2003) replizierten Arbeiten von Holland et al. (1999) und Baider et al. (1999) im deutschen Sprachraum. Zwar wiesen die untersuchten deutschen Melanompatienten ein signifikant geringeres Ausmaß an institutioneller Bindung und religiösen Überzeugungen auf als die US-amerikanische Stichprobe, aber es gab einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen und einem aktiv-kognitiven Verarbeitungsstil. Religion hat also potentiell eine adaptive Funktion bei der Bewältigung von Krebserkrankungen. Bei Mehnert et al. (2003) sind religiöse Überzeugungen Bewältigungsstrategien, die es ermöglichen, Sinnfindung in die Verarbeitung zu integrieren. Das folgende Kapitel erklärt die theoretisch fundierte Trennung der Konstrukte „Sinn“ und „Glaube“.

5.6.1 Methodischer Exkurs

In der vorliegenden Arbeit wird als Messinstrument der FACIT-Sp zur Messung von Glaube und Sinn von Peterman et al. (2002) eingesetzt. Hinter der Abkürzung verbirgt sich der Name Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being. Einzelne Gütekriterien folgen im Kapitel 9 „Methode“ An dieser Stelle erscheint es wichtig, die Auswahl dieses Messinstrumentes für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zu begründen. Wie in den Kapiteln 5.2, 5.5 und 6 dargestellt, gibt es ein sehr breit gefächertes Spektrum an Forschungsansätzen zum Thema „Sinn“, ebenso wie zu den Themen „Religiosität“ und „Spiritualität“. Besonders in Kapitel 6 wird deutlich, dass die Konstrukte „Sinn“ und „Religiosität“ sich in einigen Bereichen überlappen können.

Der FACIT-Sp ist Teil eines großen Messinstruments, des FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy). Innerhalb dieses umfangreichen Messinstruments gibt es ein Herzstück mit dem Namen FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General). Der FACT-G misst gesundheitsbezogene Lebensqualität. Er wurde entwickelt aus der Auswertung von Interviews mit 135 Krebspatienten und 15 onkologischen Spezialisten (Cella et al., 1993). Auffallend in diesen Interviews war, dass sowohl Patienten als auch onkologische

Experten die Beziehungen zwischen spirituellen Belangen und Lebensqualität als sehr wichtig erachteten. Psychotherapeuten und religiöse beziehungsweise spirituelle Experten, wie zum Beispiel Klinikpfarrer, wurden ebenfalls bei den Interviews mit einbezogen. Jede einzelne Spezialistengruppe beschrieb jeweils den Aspekt von Spiritualität und /oder Glaube, der ihrer Ansicht nach zur Messung von Lebensqualität gehört. Es wurde diskutiert, wie bedeutsam das Erleben von Kraft und Trost durch Gläubigkeit bei der Bewältigung einer Krankheit ist. Aus diesem Grund erschien es den Autoren Peterman et al. (2002) unerlässlich, eben jene Skala zu entwickeln, die die Dimension der Spiritualität in die Messung der Lebensqualität mit einbezieht. Die Ergebnisse der Auswertung der Interviews betonen die Bedeutung des Lebenssinns, Harmonie, Friedlichkeit und das Gefühl von Bedeutsamkeit des Glaubens für Stärke und Trost (Bonomi et al., 1996). Nachdem sich das Instrument FACIT-Sp als reliabel erwies (Cronbachs Alpha = .81 bis .88) und eine signifikante Beziehung zwischen spirituellem Wohlergehen und gesundheitsbezogener Lebensqualität nachgewiesen war ($p = .001$), wurde die Validität des FACIT-Sp noch einmal von Peterman et al. (2002) untersucht. Das Ziel der Autoren war es, die Beziehung zwischen dem FACIT-Sp und anderen Messinstrumenten der Religiosität und/oder der Spiritualität darzustellen. Die Daten stammen aus dem Kontext einer großen Längsschnittstudie mit dem Ziel, die Beziehung zwischen Fatigue und Lebensqualität zu untersuchen. In die neue Validierungsstudie von Peterman et al. (2002) wurden 131 Patienten einbezogen mit soliden Tumoren, die chemotherapeutisch behandelt wurden und hämatologisch maligne erkrankte Menschen. Um konvergente Validität sicher zu stellen, wurden zusätzlich zum FACIT-Sp fünf andere Messinstrumente zur Religiosität/Spiritualität eingesetzt. Die Messinstrumente decken sechs verschiedene Dimensionen von Religiosität und Spiritualität ab. Diese Dimensionen sind religiöse Aktivitäten, die von Organisationen angeboten werden, nicht organisationsgebundene religiöse Aktivitäten, Gläubigkeit, religiöse soziale Unterstützung, religiöser Zusammenhalt (Kohärenz) und intrinsische Religiosität. Zusammenfassend über alle Berechnungen bestätigen sich zwei Subskalen: Sinn/Frieden und Glaube/Gläubigkeit. Der Vergleich mit anderen Messinstrumenten, die Spiritualität/Religiosität messen, war wichtig, um eben das Ausmaß zu dokumentieren, in dem der FACIT-Sp etwas misst, was noch nicht von anderen Instrumenten erfasst wird. Alle Korrelationen über .80, das hieße 64 % gemeinsamer Varianz, wären ein Hinweis auf mögliche Duplizität eines existierenden

Konstruktes gewesen (Peterman et al., 2002). Die Subskala „Glaube“ hat erwartungsgemäß mittlere bis stark ausgeprägte Korrelationen zu allen anderen verglichenen Messinstrumenten (.38 bis .75). Es gibt keine Korrelation bei der Subskala „Sinn“, die auf gemeinsame Variabilität mit irgendeinem anderen Messinstrument hinweist (Peterman et al., 2002).

Dieser ausführliche methodische Exkurs macht einige der Entscheidungskriterien für den Einsatz des Messinstrumentes FACIT-Sp in der vorliegenden Arbeit deutlich:

Mit dem FACIT-Sp gibt es eine neue Messmethode in der Forschung für spirituelles Wohlbefinden bei Menschen mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Der FACIT-Sp hat etliche Stärken: Er misst Spiritualität in einem breiten Bereich von religiösen Traditionen. Er kann beantwortet werden von Menschen, die sich als spirituell, nicht aber als religiös bezeichnen. Die Subskala „Sinn“ ist unabhängig von jedem existierenden Messinstrument zur Religiosität. Die Literatur zur bisherigen Forschung diskutiert kontrovers den Grad, zu dem Religion eine Komponente der Spiritualität ist. Auch deshalb ist es erstrebenswert, eine Messmethode zu etablieren, die die Abschätzung dieser beiden Einstellungen oder Verhalten erlaubt: die der Religion oder Glaube und die des Erlebens von Sinnhaftigkeit im Leben, unabhängig von irgendeiner religiösen oder anderen spezifischen Überzeugung. Eine weitere Stärke des FACIT-Sp ist die Validierung an einer großen Stichprobe (N = 131), so dass das Instrument Gültigkeit hat, unabhängig von Ethnizität, der religiösen Zugehörigkeit, Alter, Art der Krebserkrankung, Krankheitsstufe oder Prognose, wobei alle diese Variablen gesondert kontrolliert werden sollten. Bevor im nächsten Kapitel auf die Religiosität als mögliche Form der Sinnfindung ausführlich eingegangen wird ist es wichtig, zusammenfassend festzuhalten, dass sich die Konstrukte Sinn und Religiosität in bestimmten Bereichen durchaus überlappen, dass es aber mit dem Einsatz des Messinstrumentes des FACIT-Sp gelingt, die Konstrukte theoretisch weitestgehend unabhängig voneinander zu definieren.

6 Religiosität als Form der Sinnfindung

Unter den verschiedenen Elementen, die zu einer Sinnfindung beitragen, fällt der Religiosität sicher eine entscheidende Bedeutung zu. Im Folgenden soll daher auf Religiosität und deren Konzeptualisierung eingegangen werden.

Murken und Namini (2006) nennen unter Bezugnahme auf Waardenburg (1986) drei Merkmale, die den Begriff „Religion“ definieren sollen. Sie grenzen den Begriff der „Religion“ gegen die Begriffe „Religiosität“ und Spiritualität“ ab.

„Religion“ soll demnach die Vorstellung von einer Wirklichkeit sein, die über die sinnlich erfahrbare Welt hinausgeht. Zweitens führt diese Vorstellung dazu, dass Erfahrungen vom Einzelnen und seiner Kultur in Bezug auf diese religiöse Wirklichkeit gedeutet werden. Drittens werden moralische Bestimmungen, Regeln und Gesetze, die den Kosmos, die Gesellschaft und das Verhalten des Einzelnen betreffen, in ihrem Absolutheitsanspruch durch eine höhere Instanz gerechtfertigt.

Zentral ist also das Vorliegen eines Transzendenzbezuges. Während sich der Begriff Religion in der Regel auf den gemeinschaftlichen, institutionalisierten Aspekt des Religiösen bezieht, bezeichnen Murken und Namini (2006, S. 905) mit Religiosität die „individuelle persönliche Ausgestaltung, mit der sich die Religionspsychologie vornehmlich befasst. Der eher unscharfe Begriff der Spiritualität, der eine individuelle, oft eklektizistische Form von Religiosität ohne normativen Charakter bezeichnet, kann als eine Variante von Religiosität verstanden werden.“

Innerhalb des Prozesses der Sinnfindung kann Religiosität eine Form der Bedeutungssuche und des Bedeutungsfindens sein. Pargament bezeichnet Religiosität als „search for significance in ways related to the sacred“ (Pargament, 1997, S.32). Gall und Cornblat (2002) fanden zahlreiche Hinweise darauf, dass und wie gerade Krebspatienten ihre Religiosität als Quelle der Sinnfindung nutzen. Sie interpretieren ihre Erkrankung als Teil von Gottes Plan oder als ein Zeichen Gottes. Sie erleben durch ihre Beziehung zu Gott Sinn in ihrem Leben, strukturieren es lebensbejahend um und berichten von innerem Frieden. Auch helfe die Religiosität dabei, eine positivere Einstellung zu Erkrankung und mehr Lebensbejahung zu finden sowie mehr persönliche Reife, innere Stärke und inneren Frieden zu erlangen.

Religiosität kann also sowohl ein Aspekt des globalen Bedeutungssystems (Park, 2006), als auch ein Teil der aktuellen Bewertungen und des Bedeutungsfindungsprozesses sein.

Religiosität bietet beispielsweise die Möglichkeit, Leiden und Verlust zu verstehen (Park, & Folkman, 1997), stiftet Sinn (Kaut, 2002; Nairn & Merluzzi, 2003; Peterson, & Roy, 1985) und stellt einen Referenzrahmen zur Erklärung der Welt zur Verfügung. Auf dieser Grundlage kann das Leben und sogar das Leiden als sinnhaft interpretiert werden, nicht zuletzt über die Vorstellung eines Weiterlebens nach dem Tod (Exline, Yali & Sanderson, 2000; Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause, 2006).

Innerhalb dieses Prozesses kann Religiosität auf verschiedene Art und Weise wirken: Religiosität kann die Interpretation des Ereignisses beeinflussen (primary appraisal), z.B. im Sinne einer Deutung als „Gottes Plan“ oder „Strafe Gottes“, oder die Einschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten (secondary appraisal), z.B. das Gefühl von Selbstwirksamkeit über die Annahme, von Gott so ausgestattet zu sein, dass man die kritische Situation meistern kann. Außerdem kann durch religiöse positive Neuinterpretationen die zugeschriebene Bedeutung der Situation oder das globale Bedeutungssystem verändert werden (Park, 2005). In diesem Sinne kann religiöses Coping als eine mögliche Suche nach Bedeutung betrachtet werden (Park & Folkman, 1997; Silberman, 2005).

Demselben Gedanken folgen im deutschen Sprachraum Fillip und Aymanns (1997) sowie Mehnert und Koch (2001). Letztere sehen religiöse Überzeugungen als Ressource mit anpassungsfördernder Kraft im Sinne von Resilienzsteigerung (Müller, 2008). Sie nennen religiöse und spirituelle Überzeugungen und Attributionen als Bewältigungsstrategien, die es ermöglichen, Sinnfindung in das kognitive Stressverarbeitungskonzept zu integrieren. Religiosität kann die Erkrankungsanpassung unterstützen, indem sie einen Rahmen für Sinn, Hoffnung und Verstehbarkeit gibt und positive Interpretationen für Leiden und Krankheit sowie Sterben und Tod zur Verfügung stellt (Mehnert et al., 2003).

Sinnsuche kann demnach religiös gefärbt sein, muss es aber nicht. Auch bei Patienten, die sich selbst eher nicht als „religiös“ bezeichnen würden, lässt sich oft eine nicht-religiöse Suche nach Sinn feststellen, die von Breitbart (2005) als die „Bedeutungskomponente“ von Spiritualität bezeichnet wird. Empirisch finden sich positive Gesundheitseffekte einer solchen religiösen oder nicht-religiösen spirituellen

Sinnsuche. So berichten Nelson, Rosenfeld, Breitbart und Galiotta (2002) bei terminal Erkrankten (Krebs und AIDS) in der Palliativbetreuung einen deutlich negativen Zusammenhang zwischen Spiritualität und Depressivität. In einer anderen Studie berichten Krebspatienten mehr existenzielle Bedeutsamkeit, erleben sich gesünder und fühlen sich emotional wohler, sind zufriedener und weniger belastet (Sherman & Simonton, 2001). Bei Walton und Sullivan (2004) geht Bedeutungsfindung bei Prostatakarzinompatienten mit besserer Anpassung an die Erkrankung einher, wobei Spiritualität, hier besonders das persönliche Gebet, die Bedeutungsfindung erleichtert. Angst und Furcht (Walton & Sullivan, 2004) bzw. schlechte körperliche Gesundheit, die wiederum zu Angst führt (Peterson & Roy, 1985) behindern die Sinnkonstruktion.

6.1 Formen der Gottesbeziehung

Religiosität ist ein multidimensionales Konstrukt mit unterschiedlichen Einflussgrößen. Wie schon erläutert, kann Religiosität ein sinnstiftendes Element sein und somit als Bewältigungsmechanismus im Umgang mit einer kritischen Lebenssituation von Menschen mit religiösem Referenzrahmen aktiviert werden. Eine entscheidende Form der Religiosität stellt die individuelle Gottesbeziehung dar, die insbesondere im Christentum als Kernstück persönlicher Religiosität angesehen werden kann. Wie unterschiedliche Gottesbeziehungen entstehen und zur Wirkung kommen können, wird im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt.

6.1.1 Gottesbeziehung als Bindungsmaß

Hill und Pargament (2003) gehen in ihrem Überblick zu Forschungs- und Messmethoden in der Religionspsychologie davon aus, dass Religiosität über die wahrgenommene Nähe zu Gott als (transzendente) Bezugsperson wirkt. Pargament (1990) stellt fest, dass der Glaube an einen gerechten, liebenden Gott und die Erfahrung, dass Gott ein unterstützender Partner ist, prädiktiv für günstige Entwicklungen nach negativen Erlebnissen ist. Der Autor formuliert dies so: „From this perspective, God can be viewed as another member of a social network who, like other network members, can at times offer help in the coping process...“ (S. 815).

Aus der Beziehungsforschung weiß man, dass (für eine Übersicht s. Baumeister & Leary, 1995) das wahrgenommene oder fehlende Zugehörigkeitsgefühl Effekte auf emotionale Muster und kognitive Prozesse hat. So können beispielsweise durch das Fehlen eines sicheren Bindungsgefühls Gesundheitsprobleme entstehen, das Wohlbefinden kann sich verschlechtern und die Anpassung an schwierige Lebenslagen gelingt weniger gut. Dies scheint auch für religiöse Bindungen zu gelten (Müller, 2008). Nach Kirkpatrick (2006) ist Gott in religiösen Traditionen wie dem Christentum als eine übernatürliche Bindungsfigur vorhanden, die dem Glaubenden das Gefühl gibt, sich in Gefahrensituationen Schutz und Hilfe suchen zu können. Gott ist auf diese Weise eine Art transzendente Kraft, die eine besondere Form von sozialer und emotionaler Unterstützung bietet. Diese Funktion kann kompensatorisch oder korrespondierend zu aktuellen oder früher erlebten Bindungen sein. Kirkpatrick (1998) unterscheidet in der Korrespondenzhypothese sicher gebundene Menschen mit liebendem und behütendem Gottesbild und auch einer sicheren Bindung zu Gott von unsicher gebundenen Menschen, die eher nur in Krisenzeiten nach Sicherheit suchen, indem sie sich an Gott wenden (Kompensationshypothese). Empirische Nachweise dafür finden sich bei Granqvist (2005). Personen mit einer ängstlichen oder unsicher-vermeidenden Bindung an Gott erleben mehr negative Emotionalität als Menschen mit einer sicheren Bindung. Gerade bei unsicher gebundenen Personen deutet das Sich-Wenden an Gott als Bindungsfigur auf das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und Affektregulation hin (Granqvist, 2002; Granqvist & Hagekull, 1999). Auch Belavich und Pargament (2002) finden enge Zusammenhänge zwischen dem Bindungsstil, religiösem Coping und dem Erleben, dass Gott hilfreich zur Verfügung steht.

6.1.2 Gottesbeziehung als Gottesvorstellung und Gefühle gegenüber Gott

Die Gottesbeziehung wird auch über Gottesvorstellungen, Gefühle Gott gegenüber oder das Gefühl der Nähe zu Gott erfasst. Maynard, Gorsuch und Bjorck (2001) untersuchten Zusammenhänge zwischen der Gottesvorstellung und religiösem Coping bei Studenten. Sie konnten zeigen, dass die Gottesvorstellung ein Mediator für religiöses Coping in Stresssituationen war. Personen mit eher positiver geprägten Gottesbildern bevorzugten einen religiösen Coping-Stil, bei dem mehr Verantwortung an Gott abgegeben wird, wohingegen diejenigen, die eher negative Gottesbilder

hatten, sich lieber auf sich selbst verließen. Im deutschen Sprachraum hat sich insbesondere Murken (1998a, 1998b) mit der Frage nach Zusammenhängen zwischen der Gottesbeziehung und psychischer Gesundheit beschäftigt. Murken (1998) entwickelt und überprüft empirisch ein theoretisch begründetes Modell, das die Gottesbeziehung in ein allgemeines salutogenetisches Modell integriert. Er wählt zur Erfassung der Gottesbeziehung zwei Subskalen eines umfangreichen Skalenpakets zur Messung von Gottesvorstellungen, das Petersen (1993) für den deutschsprachigen Raum entwickelt hat. Nach Murken (1998) kann die Gottesbeziehung über die zwei Dimensionen „Gefühle gegenüber Gott“ (Beziehungsaspekt mit Affekten) und „Verhalten Gottes“ (Gottesbild als Vorstellung darüber, wie Gott sich den Menschen gegenüber verhält) beschrieben werden. Entgegen seiner Annahmen fand Murken jedoch empirisch keine Zusammenhänge zwischen einer als positiv erlebten Gottesbeziehung und psychischer Gesundheit. Lediglich eine negativ geprägte Gottesbeziehung stand mit schlechterer psychischer Gesundheit in Zusammenhang.

Gerade bei Krebspatienten gibt es jedoch auch zahlreiche Hinweise im angloamerikanischen Raum darauf, dass Gottesbild, Gottesbeziehung und Anpassung an die Erkrankung sowohl in günstiger als auch in ungünstiger Weise verbunden sind. In mehreren Studien zur Anpassung an Krebs fand eine kanadische Forschergruppe (Gall, 2000, 2004; Gall & Cornblat, 2002; Gall, Miguez de Renart & Boonstra, 2000), dass die Gottesbeziehung und das Gottesbild mit dem Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten klar zusammenhängen. Bis zu 30 % der Varianz psychischer Beanspruchung ließen sich bei Brustkrebspatientinnen durch die beiden Variablen positives Gottesbild und bittendes religiöses Coping in einer Regressionsanalyse aufklären (Gall, 2000). Patientinnen, die die Vorstellung eines gütigen Gottes hatten, der für sie da ist und sie unterstützt, erlebten weniger psychische Belastung und sahen die Erkrankung optimistischer. Sie konnten das Gefühl entwickeln, dass Gott Kontrolle in einer unkontrollierbaren Situation hat. Frauen, die einen wohlwollenden Gott annahmen und sich mit Gott verbunden fühlten, schätzten ihre Erkrankung eher als positiv ein und sahen darin eine Art Chance auf Wachstum, Gewinn und Sinn im Leben (Gall, 2000; Gall et al., 2000). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in einer Studie mit männlichen Krebspatienten. Die Gottesbeziehung spielte eine wichtige Rolle als Verarbeitungs-

ressource und hatte bedeutsame Auswirkung auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität nach einer Krebserkrankung (Gall, 2004).

Ein positives Gottesbild und ein bittender religiöser Coping-Stil stehen mit höherem Wohlbefinden von Patienten im Zusammenhang. Die Vorstellung eines gütigen, unterstützenden Gottes lässt die psychische Belastung abnehmen und lässt die Erkrankung in einem optimistischen Licht erscheinen (Gall & Cornblat, 2002; Gall et al., 2000). Weaver, Flannelly, Garbarino, Figley und Flannelly (2003) folgern aus einem Überblick zu verschiedenen Studien zur Religiosität und Krebserkrankung, dass das Gefühl einer positiven Gottesbeziehung emotionales Wohlbefinden geben kann, auch angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung.

Eine systematische Literaturübersicht zum Thema „Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer?“ von Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar und Newman (2006) bietet Einblick in das zunehmende Interesse der Forschung an den möglichen Zusammenhängen zwischen der Rolle und der Wichtigkeit von Religion/Spiritualität und Gesundheit bzw. Krankheit und der Gestaltung des Gesundheitswesens.

Die meisten Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass bei Krebspatienten eine stärkere religiöse oder existenzielle Orientierung mit günstigeren Anpassungsergebnissen verbunden ist. Für die Umsetzung in die Praxis des Gesundheitswesens bedeutet das, dass es einer Überlegung wert wäre, die eventuell vorhandenen religiösen Ressourcen der Betroffenen zu erfragen und in die Begleitung des Bewältigungsprozesses mit dem Ziel einer konstruktiven Anpassung an die Erkrankung zu berücksichtigen.

6.2 Formen des religiösen Copings

Trotz der augenscheinlich viel versprechenden Befunde gibt Pargament (1997) zu bedenken, dass bislang meist zu globale Maße zur Erfassung von Religiosität verwendet wurden. Er nimmt an, dass spezifische religiöse Maße bessere Prädiktoren sein könnten. Sein Konzept des „religiösen Coping“ hat er am umfangreichsten in seiner Darstellung „The Psychology of Religion and Coping“ (Pargament, 1997) beschrieben. Pargament (1977) kritisiert als Ausgangspunkt seines Konzeptes von Religiosität als Coping die unterschwellige Wertung von Religiosität als „gut“ oder „schlecht“. Pargament (1990) betont, dass Religiosität

immer genutzt oder gebraucht wird, was nicht mit einem Missbrauchen gleichzusetzen sei. Unterschiedlich sind die Ziele und die Pfade der Nutzung. Pargament verwendet die Begriffe „means“-orientiert und „ends“-orientiert nebeneinander und nicht als sich ausschließende Kategorien: Religiosität habe „ends“, also Ziele, auf die sich ein Mensch orientiert, ebenso wie „means“, Mittel und Wege, auf denen die Zielerreichung angestrebt wird (Müller, 2008). In seinem Ansatz verbindet Pargament die substantielle Beschreibung von Religiosität, die Orientierung auf ein Letztgültiges, „Heiliges“ (the sacred) mit der funktionellen Beschreibung: Er geht davon aus, dass Menschen auf weltlichen und religiösen Wegen immer nach Bedeutsamkeit (significance) suchen. Religiös wird die Suche durch den Einbezug „des Heiligen“, wenn eine Konzeption, Erfahrung oder ein Ausdruck von höherer Macht oder Transzendenz in diese Suche nach Bedeutung einbezogen wird. Religiosität ist in diesem Sinne „search for significance in ways related to the sacred“ (Pargament, 1997, S. 32), die sich in verschiedenen Dimensionen des persönlichen und sozialen Lebens ausdrücken kann, als Art zu fühlen, zu denken, zu handeln oder sich auf andere und die Umgebung zu beziehen (Pargament, 1990, 1997). Inwieweit Religiosität für den Einzelnen bedeutsam ist, hat Huber in seiner Forschung zur Zentralität der Religiosität untersucht.

Huber (2003) hat die klassischen Ansätze von Gordon W. Allport (Allport & Ross, 1967) und Charles Y. Glock (Stark, & Glock, 1968) in einer Synthese zusammengeführt. Allport (1959) definiert Religion als „das Suchen nach einem Wert, der allen Dingen zugrunde liegt.“ Religiosität erscheint somit als der persönliche Bezug zu einem derartigen Wert (Huber, 2003). Glock (1962) thematisiert Religiosität als multidimensionales Commitment. Er formuliert fünf Dimensionen des spezifisch religiösen Erlebens und Verhaltens (Ideologie, Devotion/Gebet), Ritual (Gottesdienst), Erfahrung und Intellekt im Sinne von kognitivem Interesse und die Dimension der Konsequenz.

In der Synthese von Huber (2003) wird der motivationale Status der Religiosität von Allport (1959) über die Ausprägung der von Glock (1962) postulierten multidimensionalen Struktur der Religiosität erfasst.

Hubers Kernpostulate heißen:

1. Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird durch persönliche Konstrukte und Konstruktsysteme gesteuert. Hiermit wird erklärt, dass innere Repräsentationen das Verhalten und Erleben einer Person steuern.
2. Die Stärke der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von seiner Zentralität in der Persönlichkeit eines Menschen ab. Ein religiöses Konstrukt gewinnt umso mehr Einfluss auf das Verhalten, je wichtiger seine Rolle innerhalb des gesamten Konstruktsystems der Persönlichkeit ist.
3. Die Richtung der erlebens- und verhaltenssteuernden Effekte eines religiösen Konstruktsystems hängt von (alternativ konstruierbaren) Inhalten und Deutungsmustern ab, die in ihm wirksam sind. Vom Inhalt hängt also der Effekt auf das Verhalten und Erleben ab. Inhalte können konstruiert werden, z.B. verschiedene Gottesbilder.
4. Religiöses Erleben und Verhalten ist eine Funktion der Zentralität und des Inhalts religiöser Konstruktsysteme:

$$R = f (Z_{rk} ; I_{rk})$$

Religiöse Effekte auf das menschliche Verhalten hängen von zwei Basisfaktoren ab: Die Zentralität bestimmt die Stärke, der Inhalt die Richtung.

Huber (2003) erfasst die Zentralität in den Kategorien „hoch-religiös“, „mittel-religiös“ und „niedrig-religiös“. Erst in der Kategorie „hoch-religiös“ zeigt der Inhalt der Religiosität bedeutsame Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben eines Menschen.

In der Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis wird der Mensch geleitet von seinem globalen Orientierungssystem. Dieses enthält Annahmen, Verhaltensweisen, Werte, Sehnsüchte, Beziehungen, Ressourcen und Hindernisse, die bestimmen, wie die Welt interpretiert wird und wie der Einzelne mit schwierigen Situationen umgeht. Ist jemand mit einem kritischen Lebensereignis konfrontiert, so werden Inhalte dieses Orientierungssystems übersetzt in konkrete Handlungen. Je zentraler die Religiosität eines Menschen ausgeprägt ist, desto religiöser werden die Inhalte des Orientierungssystems sein, nach dem er sich richtet. Pargament, Van Haitsma und Ensing (1995) greifen nicht nur Inhalte des Konstruktes der Zentralität auf, indem sie davon ausgehen, dass religiöse Coping-Strategien situationale

Ausprägungen der dispositionellen Religiosität sind und in konkreten Situationen angewendet werden, sondern es wird auch zwischen Funktion und Ergebnis der Coping-Bemühungen unterschieden. Dieses Konzept ist entlehnt aus der Theorie von Lazarus und Folkman (1984). Es ist nicht nur notwendig, bei der Betrachtung von Coping zwischen Funktion und Ergebnis zu unterscheiden, sondern es ist ebenso notwendig zu berücksichtigen, dass Coping-Bemühungen nicht immer erfolgreich sein müssen.

Religiosität kann auf drei Arten im Bewältigungsprozess von Bedeutung sein (Pargament, 1990; Pargament, Ensing, Falgout, Olsen & Reilly, 1990; Pargament et al., 1992; Park, Cohen & Herb, 1990):

- 1) als ein Teil jedes Elements im Coping-Prozess im Sinne einer „religiösen Färbung“ von Bewertungen, Ressourcen und Coping-Handlungen oder auch Auslösung des Coping-Prozesses durch religiöse Ereignisse,
- 2) als Beitrag zum Coping-Prozess neben anderen Strategien oder darüber hinaus,
- 3) als Ergebnis eines Anpassungs- und Verarbeitungsprozesses im Sinne eines Anstiegs oder einer Reduktion von Religiosität. (zitiert nach Müller, 2008)

Die individuelle Gottesbeziehung ist ein wesentlicher Inhalt der persönlichen Religiosität. Wenn religiöse Elemente zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen herangezogen werden, können sie unterschiedlich repräsentiert sein. Pargament spricht von positivem und negativem religiösen Coping. Da diese Begrifflichkeit leicht zu Missverständnissen führen kann, widmet sich das folgende Kapitel den theoretischen Überlegungen zu diesen beiden Konstrukten.

6.2.1 Positives und negatives religiöses Coping

Von Anfang an bezieht Pargament in seine Idee von „religiösem Coping“ positive und negative Elemente ein, was er in einem frühen Artikel, der die Philosophie hinter seiner Idee von Religiosität im Coping-Prozess beschreibt: Nach Pargament (1986) ist die Frage „Ist Religion gut für Gesundheit...?“ falsch gestellt, da Religiosität multidimensional betrachtet und als ein komplexes Phänomen gesehen werden kann. Pargament sieht Religiosität als eine Fülle von zur Verfügung stehender Möglichkeiten, mit den angenehmen Seiten des Lebens, wie auch mit den

unangenehmen umgehen zu können. Bedeutsam ist, wer in welchem Kontext und mit welchen Ressourcen und Strategien welche Art von Religiosität in den Coping-Prozess einbezieht.

Pargament und Kollegen (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Pargament, Tarakeshwar, Ellison, & Wulff, 2001) identifizierten und differenzierten in einer unbelasteten Stichprobe hoch-religiöser Kirchgänger und Kleriker (Pargament et al., 2001) sowie an drei belasteten Stichproben, nämlich Opfern des Oklahoma City Attentats, College-Studenten nach einem kritischen Lebensereignis und älteren Klinikpatienten mit einer ernsthaften Erkrankung (Pargament et al., 1998) zwei Muster religiösen Copings. Diese repräsentieren positive und negative Arten und Methoden, wie Religiosität in den Coping-Prozess einbezogen wird. Positives religiöses Coping ist der Ausdruck einer sicheren und vertrauensvollen Beziehung zu Gott und des Glaubens an die Sinnhaftigkeit des Lebens. Es beinhaltet ein Gefühl spiritueller Verbundenheit mit Gott und mit anderen und drückt sich beispielsweise aus in Mustern religiöser Vergebung, der Suche nach spiritueller Unterstützung und sinnsuchender religiöser Neubewertung. Negatives religiöses Coping dagegen ist Ausdruck einer unsicheren Gottesbeziehung, spiritueller Unzufriedenheit, einer angreifbaren und eher unheilvollen Weltsicht und eines religiösen Ringens auf der Suche nach Bedeutung. Es drückt sich aus in Attributionsmustern, die Lebensereignisse als Strafe Gottes oder Werk des Bösen sehen und in der Infragestellung der Macht Gottes. Die Autoren selbst weisen darauf hin, dass die Verwendung der Begriffe „positives“ und „negatives“ religiöses Coping nicht ganz unkritisch ist, da sie den erwarteten Ausgang des Copings, im Sinne von „gutem“ und „schlechtem“ Coping, nahe legen. Positives religiöses Coping wirkt nicht per se gut und negatives religiöses Coping wirkt nicht per se schlecht. Die beiden Coping-Strategien müssen auch nicht unabhängig sein. Negatives religiöses Coping kann zum Beispiel ein kurzzeitiges Hadern mit Gott beinhalten, wovon die durchgängige Vorstellung eines schützenden Gottes nicht beeinträchtigt sein muss. Gemeint sind also inhaltlich bestimmte positiv und negativ geprägte religiöse Coping-Muster, deren Effekte theoretisch unterschiedlich sein können.

Ein Ergebnis, das sich durchgängig in allen Studien abzeichnet, ist, dass negative religiöse Coping-Strategien weitaus seltener als positive Strategien gebraucht werden (z.B. Pargament, Koenig & Perez, 2000; Pargament et al., 1998; Pargament et al., 2001). Dennoch zeigen sich gerade beim negativen Coping deutliche

Zusammenhänge mit erhöhter Depressivität und weniger positiver Affektivität. Personen, die vermehrt positives religiöses Coping nutzen, sind weniger depressiv, haben ein höheres Selbstwertgefühl und berichten bessere Lebensqualität und mehr Lebenszufriedenheit (z.B. Pargament et al., 1998). Wer zu negativem religiösen Coping neigt, ist oft depressiver und hat mehr Angst und Sorgen (z.B. Fitchett, Rybarczyk, DeMarco & Nicholas, 1999; Pargament et al., 1998; Murken, 1998b). Leider sind jedoch auch hier die Forschungsergebnisse nicht konsistent (Müller, 2008).

Forschung, die nur positive Effekte untersucht, greift zu kurz und kann fehlerhafte Ergebnisse produzieren. Religiosität ist nicht unbedingt eine universell hilfreiche Coping-Ressource in jeder Lage, für jeden Einzelnen bzw. alle Gruppen, sondern kann in einigen Formen zu schlechterer Anpassung führen (Siegel, Andermann & Schrimshaw, 2001).

6.2.2 Empirische Studien zum religiösen Coping bei Krebs

Die Frage nach der Rolle von Religiosität im Coping-Prozess hat zu verschiedenen Überblicksarbeiten geführt (z.B. Bjorck, 1997; Harrison et al., 2001; Pargament, 1995; Siegel et al., 2001; Thuné-Boyle et al., 2006), die in der Essenz die Ergebnisse der Forschung so zusammenfassen, dass sie den komplexen Charakter des Zusammenhangs betonen. Sie schließen aus den Studienergebnissen, dass Religiosität zwar nicht immer, aber doch in vielen Fällen adaptiv sein kann und daher in die klinische Begutachtung eingeschlossen werden sollte. Religiöses Coping scheint nach zahlreichen Studienergebnissen nicht funktionell redundant gegenüber weltlichem Coping zu sein: In der Regel finden sich moderate Zusammenhänge zwischen religiösen und nicht-religiösen Coping-Strategien, d.h. Menschen nutzen nicht entweder religiöses (Siegel et al., 2001) oder nicht-religiöses Coping, sondern beide Arten (Pargament et al., 1999). Religiöse und nicht-religiöse Strategien haben dabei zwar einen gewissen Überlappungsbereich, tragen aber unabhängig zum Verarbeitungsprozess bei (Pargament et al., 1999; Pargament et al., 1994). Besonders in Erkrankungszeiten wird Religiosität wichtig, da Patienten durch ihre Erkrankung in Situationen kommen, die außerhalb ihrer Kontrolle und Handlungsmöglichkeiten liegen (Siegel et al., 2001). Dadurch gewinnen emotionsregulierende Strategien an Bedeutung, die Hoffnung in hoffnungslosen Zeiten ermöglichen. In

ihren Überblicksarbeiten weisen Siegel et al. (2001) bzw. Thuné-Boyle et al. (2006) darauf hin, dass die am häufigsten und am gründlichsten untersuchten Patientenpopulationen Krebskranke in verschiedenen Erkrankungsstadien sind (für einen Überblick zu älteren Studien s. auch Jenkins & Pargament, 1995).

In einer Studie von Cigrang et al. (2003) berichteten schwer erkrankte Patienten (Krebspatienten, chronische Schmerzpatienten, Herzranke), religiöse Verarbeitungsstrategien zu nutzen. Es wurde nicht explizit nach religiösen Verarbeitungsstrategien gefragt, sondern diese wurden spontan berichtet. Genannt wurden Gebet, Unterstützung durch Gemeindemitglieder sowie der Glaube an Gott und religiöser Glaube allgemein. Für die Krebspatienten war der Prozentsatz der Antworten, die Religiosität enthielten, am höchsten und deutlich höher als die Angaben der anderen Patientengruppen. Dies werten die Autoren als Auswirkung der größeren Bedrohlichkeit der Krebserkrankung. In einer deutschen Stichprobe fanden Mehnert und Koch (2001), dass Tumorpatienten signifikant häufiger beteten als eine Vergleichsgruppe aus der allgemeinen Bevölkerung. Ansonsten ergaben sich in dieser Studie keine Religiositätsunterschiede zwischen Krebspatienten und Gesunden.

Empirische Hinweise für positive Effekte religiösen Copings finden sich beispielsweise bei Gall, Miguez de Renart und Boonstra (2000). Diejenigen Krebspatienten, die Gott mit in die Verantwortung nahmen („deferring“ und „collaborative“ Coping-Stile nach Pargament) passten sich bei Nairn und Merluzzi (2003) besser an die Erkrankung an als diejenigen, die versuchten, allein zurecht zu kommen.

Trotz der zahlreichen Hinweise auf positive Effekte von Religiosität im Anpassungsprozess von Krebspatienten, können auch spirituelle Konflikte entstehen, die zu Beeinträchtigungen in Lebensqualität, zu Angst und Depression führen (Sherman, Simonton, Latif, Spohn & Tricot, 2005; J. Taylor, Outlaw, Bernado & Roy, 1999), wenn Patienten Gebete unbeantwortet sehen, Schwierigkeiten haben, Kontrolle an Gott abzugeben, sich Fragen über die Macht oder Güte Gottes stellen oder anfangen zu hadern und zu zweifeln. Auch hier scheint die Wirkung der Religiosität von den Inhalten des religiösen Copings beeinflusst zu werden (Müller, 2008).

In einem Überblick über verschiedenen Studien zu Religiosität und Spiritualität bei Krebs schlussfolgern Weaver und Flannelly (2004), dass eine positive Gottesbeziehung dem Einzelnen ein Gefühl von Selbstakzeptanz, Zugehörigkeit und emotionalem Wohlbefinden geben kann angesichts der lebensbedrohenden Erkrankung.

7 Anpassung an die Krebserkrankung

In Kapitel 3 wurde dargestellt, dass und wieso die Diagnose eines Darmkrebses ein kritisches Lebensereignis ist. Die Betroffenen erleben zunächst ihr Leben bedroht. Sie stehen vor vielfältigen Unwägbarkeiten, die sie unvorbereitet, ungewollt und unverschuldet getroffen haben und mit denen sie nun zwangsläufig umgehen müssen. Nach der Bewertung der Situation als Bedrohung aktiviert der Betroffene, dem Stressbewältigungsmodell von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) aus Kapitel 4.1 folgend, unterschiedliche Strategien mit dem Ziel, sich an die neue Lebenssituation mit der Erkrankung anzupassen. Bewältigungsmechanismen können problemorientiert oder emotionsorientiert sein, wie in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 dargestellt ist. Erstaunlicherweise findet man aber nicht nur Patientinnen und Patienten, die durch die Erkrankung eher ängstlicher und depressiver geworden sind oder an Lebensqualität, wie in Kapitel 7.3.1. beschrieben, eingebüßt haben. Es finden sich stattdessen sogar Studien, die einen Zuwachs an persönlicher Reifung auf verschiedenen Dimensionen des Erlebens beschreiben (s. Kapitel 7.1 "Posttraumatische Persönliche Reifung bei einer Krebserkrankung"). Kapitel 7.2 thematisiert die Anpassungsmerkmale „Angst und Depression“, bevor abschließend auf den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Religiosität eingegangen wird.

7.1 Posttraumatische Persönliche Reifung bei einer Krebserkrankung

Das Phänomen der persönlichen Reifung ist in der klinischen und gesundheitspsychologischen Literatur in den letzten Jahren verstärkt theoretisch behandelt (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995) und empirisch untersucht worden (z.B. Davis et al., 1998; Lehman, Sherman, Nisi & Hawes, 1993; Park et al., 1996). Bei diesem Phänomen handelt es sich um die Frage, inwieweit das Erleben von belastenden Lebensereignissen zu positiven Veränderungen im Leben der Betroffenen führen kann. Das Risiko von Tumorpatienten, psychische Störungen oder psychopathologische Symptome zu entwickeln, ist im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht (Hasenbring, & Taubert, 2005). Cordova, Cunningham, Carlson und Andrykowski (2001) fanden in einer Stichprobe von 70 Brustkrebspatientinnen 61 %, die die Diagnose als traumatisierendes Stress-Ereignis mit Angst, Hilflosigkeit und Todesbedrohung erlebten.

Dennoch berichten Studien auch von positiven Veränderungen im Leben der Betroffenen. S. E. Taylor (1983) fand bei 53 % der untersuchten Brustkrebspatientinnen positive Veränderungen in deren Leben seit der Diagnose. Bei Sears et al. (2003) waren es 83 %. Diese positiven Veränderungen wurden auch bei anderen Krebsarten gefunden, z.B. bei Lungenkrebs und kolorektalem Krebs (O'Connor, Wicker & Germino, 1990).

Bei Barraclough (1999) erwähnen zwei Drittel der Krebspatienten neben extremen negativen Auswirkungen auch positive psychologische Veränderungen im Verlauf der Erkrankung: Sie berichten von substantiellen Veränderungen in ihren Einstellungen und Wertehierarchien, davon, dass sie das Leben mehr schätzen gelernt haben, mehr in der Gegenwart leben, sich weniger Sorgen um alltägliche oder materielle Dinge machen und ihre Bedürfnisse mehr achten. S. E. Taylor et al. (1984) berichten in ihrer Untersuchung an Krebskranken, dass 60 % der Betroffenen positive Veränderungen in Bezug auf ihre Prioritätensetzung angaben. Betroffene gaben an, das Leben leichter zu nehmen, es mehr zu genießen und neue Interessen zu entdecken (Maercker & Langner, 2001).

Tedeschi und Calhoun (1995) erweiterten die Perspektive der Auswirkungen von traumatischen Inhalten wesentlich. Sie betrachteten nicht nur die negativen Folgen erschütternder Ereignisse sondern auch die möglichen positiven Veränderungen, die sich ergaben. Nach Maercker und Langner (2001) stellt dieses Phänomen der positiven Veränderungen nach einem kritischen Lebensereignis das Resultat eines kognitiven und emotionalen Verarbeitungsprozesses dar. Persönliche Reifung nach Belastungen und Traumata umfasst die subjektiv wahrgenommenen positiven Veränderungen nach diesem negativen Erlebnis (Maercker & Langner, 2001).

In der amerikanischen Literatur wird dieses Phänomen unter der Bezeichnung „posttraumatic growth“ (PTG) behandelt. Tedeschi und Calhoun (1996) beschrieben fünf Bereiche der persönlichen Reife:

- Verbesserte interpersonelle Beziehungen
- Größere Wertschätzung des Lebens
- Das Empfinden von zunehmender persönlichen Stärke
- Größere Spiritualität
- Umbewertung von Lebensprioritäten oder Zielen

Tedeschi und Colhoun (2004) definieren posttraumatische Reife als eine positive psychologische Veränderung, die erfahren wird als Ergebnis eines Kampfes mit sehr schwierigen Lebensumständen.

Schaefer und Moos (1992) greifen die stresstheoretische Perspektive auf. Sie untersuchen die persönliche Reifung als Bewältigungsergebnis. In der vorliegenden Arbeit wird die posttraumatische persönliche Reifung, der Annahme von Schaefer und Moos (1992) folgend, als Bewältigungsergebnis angenommen. Ein solches Bewältigungsergebnis stellt gleichzeitig einen Zuwachs an Bewältigungsressourcen für mögliche nachfolgende neuen Krisen dar.

Das zusammenfassende Ergebnis der vielfältigen Studien, die oben genannt sind, ist, dass es sich bei der persönlichen Reifung um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt. Dazu gehören alle positiv bewerteten Veränderungen des Selbstkonzeptes, des Weltkonzeptes, Zuwächse im Bereich des Wissens, Zuwächse in der Handlungskompetenz, Verbundenheit mit anderen Menschen, erfolgreiche Sinnfindung, philosophische Reflexion und religiöse Gläubigkeit, bzw. Spiritualität (Maercker, Andreas, 1998a). Tedeschi und Calhoun (2001) fanden häufig Individuen, die nach einem belastenden Lebensereignis ihre Spiritualität bzw. Religiosität als wichtigen Teil ihres Lebens ansahen. Dieselben Forscher kamen 2004 zu dem Ergebnis, dass auch Nicht-religiöse Personen ähnliche Veränderungen dadurch erfahren, dass sie nach dem kritischen Ereignis vermehrt über existentielle Fragen nachdenken und Sinnhaftigkeit erleben.

Tedeschi und Calhoun (1996, 2004) nehmen an, dass ein bestimmtes Ausmaß von Distress nötig ist, um den Prozess des Wachstums in Gang zu bringen. Es wird aber auch ein Andauern des Unwohlfühlers beschrieben, das den Prozess des posttraumatischen Wachstums begleitet. Die Forschungsergebnisse unterstützen die Hypothese, dass persönliches Wachstum nicht verbunden sein muss mit der Reduktion von psychologischem Distress bei Krebspatienten, da die Mehrheit der Studien nicht-signifikante Ergebnisse erbrachte. Die Studien hatten große Stichproben (die größte ist die von Bower et al., 2005 mit N = 763) und waren längsschnittlich angelegt, sodass man nicht das statistische Design für das Fehlen von signifikanten Effekten verantwortlich machen kann.

Allerdings sind die Ergebnisse nicht ganz eindeutig. Es könnte viele äußeren Umstände und Sachverhalte geben, die entweder mit dazu beitragen, dass

posttraumatisches persönliches Wachstum zur Abnahme von emotionalem Distress führt (Carver & Antoni, 2004) oder dazu beitragen, dass posttraumatisches persönliches Wachstum von einem Anstieg von emotionalem Distress begleitet wird (Tomich & Helgeson, 2004). Mehr Anhaltspunkte gibt es dafür, dass posttraumatisches Wachstum verbunden ist mit mäßiger Zunahme von positiven Affekten und möglicherweise anderen Aspekten von psychologischem Wohlbefinden. Nur eine Studie mit Brustkrebspatientinnen zeigt, dass diejenigen, die Gewinn durch die Erkrankung berichteten, auch größeres Interesse am Leben hatten, Herausforderungen als angenehm betrachteten und Erfüllung im alltäglichen Leben fanden (Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005). Zusammenfassend bleibt die Feststellung, dass das Konfrontiert-Werden mit einer Krebsdiagnose oder einer anderen Widrigkeit positive persönliche Veränderungen katalysieren kann.

7.1.1 Methodischer Exkurs

In der vorliegenden Arbeit wurde der Fragebogen zur Posttraumatischen Persönlichen Reifung (PPR) nach Maercker und Langner (2001) eingesetzt. Da im vorhergehenden Kapitel bereits deutlich wurde, wie überlappend die Bereiche in einem mehrdimensionalen Konstrukt sein können, wird hier kurz Bezug genommen auf allgemeine methodische Vorgehensweisen. Ein methodisches Problem bei der Untersuchung persönlicher Reifung ist die Zuverlässigkeit von Selbstauskünften. Das heißt die Frage, ob die selbst wahrgenommenen Veränderungen auch extern festgestellt werden können, bleibt meist offen. Deshalb untersuchten Maercker und Langner (2001) Probanden und Angehörige parallel. Es ergab sich eine zufriedenstellende Konkordanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen der persönlichen Reifung. Es kann also geschlussfolgert werden, dass das Konstrukt persönliche Reifung keine subjektive Artefaktwahrnehmung ist.

Der in dieser Arbeit verwendete Fragebogen zur Posttraumatischen Persönlichen Reifung hat fünf Dimensionen:

- Neue Möglichkeiten
- Beziehungen zu anderen
- Wertschätzung des Lebens
- Persönliche Stärke

- Religiöse Veränderungen

Die Güte der Subskalen liegt zwischen .67 bis .85. Die Güte der Gesamtskala wird mit *Cronbachs Alpha* = .90 angegeben.

Park et al. (1996) fanden Zusammenhänge zwischen persönlicher Reifung und den problemzentrierten Bewältigungsformen im COPE-Instrument (Carver et al., 1989): Positive Re-Interpretation ($r = .55$), Akzeptanz ($r = .41$) und Religiöses Coping ($r = .32$). Multiple Regressionsanalysen ergaben eine insgesamt aufgeklärte Varianz für die persönliche Reifung von 51 % (Maercker & Langner, 2001). Das Konstrukt der persönlichen Reifung besitzt also einen großen Anteil eigenständiger Varianz.

7.2 Angst und Depressivität bei einer Krebserkrankung

Wie in Kapitel 7.1 dargelegt, *kann* das Konfrontiertwerden mit einer Krebsdiagnose positive persönliche Veränderungen katalysieren. Allerdings ist das Risiko von Tumorpatienten, psychische Störungen oder psychopathologische Symptome zu entwickeln, im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht (Hasenbring & Taubert, 2005). Depressive Verstimmung und Ängstlichkeit, häufig im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostiziert, stellen bei etwa einem Viertel aller Tumorpatienten die häufigste Störung dar. Hasenbring und Taubert (2005) fassen als Ergebnis unterschiedlicher Studien zusammen, dass bei etwa 80 % der Tumorpatienten in der Akutphase erhöhte Angstwerte gefunden wurden. So ist Angst als Anpassungsmaß an eine Krebserkrankung nicht zu vernachlässigen. Cordova, et al. (2001) fanden in einer Stichprobe von 70 Brustkrebspatientinnen 61 %, die intensive Angst und Depressivität in ihrem Erleben der Erkrankung berichteten. Angst und Depressivität scheint aber nicht nur in der akuten Phase der Erkrankung eine potente Rolle zu spielen. So fanden Amir und Ramati (2002) auch bei Patientinnen und Patienten noch nach drei und mehr Jahren nach der Diagnoseeröffnung erhöhte Depressivität und Angst im Vergleich zur Normalbevölkerung. Ernste affektive Störungen, die psychiatrisch behandlungsbedürftig sind, kommen in Studien von Andersen, Anderson und DeProse (1989) nur selten vor und dauern nicht lange an. Die meisten Patienten erlangen ihre normale Stimmung und Funktionalität ein Jahr nach der medizinischen Behandlung wieder. Stanton, Bower und Low (2006) weisen darauf hin, trotz allen medizinischen Fortschritts die emotionale Betroffenheit der Erkrankten nicht außer

Acht zu lassen. Sie schreiben im Handbuch Posttraumatic Growth „Obwohl medizinischer Fortschritt die Überlebenschance einiger Krebsarten erhöht hat, bleibt Krebs doch eine lebensbedrohliche Erkrankung. Krebs ist charakterisiert durch Angst und Unsicherheit bezüglich der Zukunft, intrusiven medizinischen Behandlungen, Schmerz und Müdigkeit, Veränderungen der sozialen Rolle und Beziehungen und anderen Störungen“ (Stanton et al., 2006; S. 138).

Die Art der Bewältigung scheint also wesentlich das weitere Leben nach einem kritischen Lebensereignis zu beeinflussen. Eine Krebserkrankung kann zu dem Erlebnis einer persönlichen Reifung des Individuums führen (s. Kapitel 7.1). Das Ergebnis der Auseinandersetzung eines Betroffenen mit einer Krebserkrankung kann aber auch das Erleben von Angst und Depressivität in der weiteren Lebensgestaltung sein (s. Kapitel 7.2). Auch möglich ist die Anwesenheit des einen ohne die Abwesenheit des anderen: Ein Betroffener kann sowohl persönlich reifen an seiner Erfahrung mit der Verarbeitung der Erkrankung, ohne dadurch weniger ängstlich und/oder depressiv zu sein. Wichtig ist, individuell zu berücksichtigen, wie eine betroffene Person sich fühlt, ob und welchen Kontakt sie mit anderen Menschen hat und wie sie in ihrem Alltag zurechtkommt (Bullinger, 1997). Patienten sollen selbst zu Wort kommen und ihren erlebten Gesundheitszustand beschreiben. Der erlebte Gesundheitszustand ist auch als „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ in die Literatur eingeführt worden (Filipp, 1995). Er meint die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit, erweitert um die genannten psychosozialen Aspekte. Jede Krebserkrankung hat somit eine nicht zu vernachlässigende subjektiven Dimension für den Betroffenen. Dieser individuellen Lebensqualität als Anpassungsmaß an eine Krebserkrankung widmet sich der folgende Abschnitt.

7.3 Lebensqualität bei einer Krebserkrankung

Informiert man sich im Internet über Lebensqualität in der Onkologie zum Beispiel auf der Seite www.curado.de, findet man Aussagen wie: „Lebensqualität ist ein vielschichtiger Begriff und es wird vielleicht nur im ersten Moment erstaunen, dass viele unserer Tumor-Patienten eine bessere Lebensqualität haben als Spitzensportler, die sich bester Gesundheit erfreuen, aber gerade einen wichtigen Wettkampf verloren haben.“ Und weiter: „So bedrohlich und fürchterlich die Diagnose Krebs ist, nicht wenige Patienten schildern, dass ihnen sehr früh auch bewusst wird,

dass dies die Chance auf ein anderes Umgehen mit dem eigenen Leben ist, dass diesem Leben Qualität gegeben werden kann.“ Lebensqualität ist für Gesunde etwas grundsätzlich anderes ist als für Kranke (Küchler & Schreiber, 1989; zitiert nach Filipp, 1995). Die Bewertung einzelner Aspekte von Lebensqualität ist individuell sehr unterschiedlich.

Die Onkologie war eine der ersten Disziplinen, die sich mit dem Thema Lebensqualität beschäftigt hat (Böhmer & Ravens-Sieberer, 2005). Hier war die Frage, inwieweit Lebensverlängerung mit Hilfe chemotherapeutischer Maßnahmen bei einigen Tumoren die Lebensqualität der Patienten beeinflusst. Die Ergebnisse zahlreicher Querschnittstudien zeigen, dass Patienten nach onkologischer Behandlung im Vergleich zu anderen klinischen Gruppen keine schlechtere Lebensqualität berichten. Um aber überhaupt ergebnisorientiert mit dem Konstrukt der Lebensqualität arbeiten zu können, sollte eine möglichst klare Begriffsdefinition stattfinden. Deshalb widmen sich die folgenden Kapitel dem theoretischen Rahmen der Lebensqualität mit Definitionen, Begriffserklärungen und Abgrenzungen gegen das Konstrukt der Lebenszufriedenheit. Ein kurzer methodischer Exkurs führt die eingesetzten Messinstrumente ein, bevor das Kapitel mit einem Ausblick auf den Nutzen der Lebensqualitätsforschung schließt.

7.3.1 Der Begriff „Lebensqualität“

Bei der Beurteilung und Bewertung von Ergebnissen medizinischer Behandlungsmaßnahmen geht es heute nicht mehr allein um die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich im onkologischen Bereich zusammenfassen zu vier Schwerpunkten, die nahezu inhaltsgleich sind mit den definierten Bereichen der Lebensqualität in der Gesundheitspsychologie. Im onkologischen Bereich sind diese Bereiche:

1. Krankheitsbedingte Beschwerden
2. Psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

3. Erkrankungsbedingte Einschränkungen im Beruf, Haushalt, Freizeit
4. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehung und sozialer Kontakte

Im Gegensatz zu dem Gebrauch des Begriffes der Lebensqualität in den Sozialwissenschaften, wo er eher eine materielle Verankerung hat, ist mit dem Begriff Lebensqualität in den Gesundheitswissenschaften ein gesundheitsbezogener Aspekt des persönlichen Wohlbefindens gemeint (Patrick & Erickson, 1992; zitiert nach Böhmer & Ravens-Sieberer, 2005).

Kritische Betrachtung. Ungeachtet der Wichtigkeit des Konzeptes wird es durchaus kontrovers diskutiert. Pukrob (2003) hält das Konstrukt der Lebensqualität als lediglich eine „regulative Idee“ (Kant, 1974; zitiert nach Pukrob, 2003). Er führt sechs kritische Bereiche an.

- 1) Verwurzelung in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen
- 2) Unbestimmtheit in der Definition
- 3) Mangel an kausaler Spezifität
- 4) Defizite bei der Operationalisierung
- 5) Potenzierung der Mängel auf der methodisch-statistischen Ebene
- 6) Fehlen eines empirisch prüfbareren Modells.

In der vorliegenden Arbeit ist das Konstrukt der Lebensqualität und seine Operationalisierung in den Gesundheitswissenschaften verankert und die Operationalisierung erfolgt über valide und etablierte multidimensionale Messinstrumente EORTC QLQ C30 (Aaronson et al., 1993) und FACT-C (Cella & Bonomi, 1996). Zur möglichst klaren Definition des Konstruktes wird in Kapitel 7.3.1 eine Annäherung an eine Definition gefunden, indem verschiedene inhaltliche Ebenen, die es zu berücksichtigen gilt, dargestellt werden. In Kapitel 7.4. mündet die breit gefächerte Annäherung an den Begriff der Lebensqualität in der Darstellung unterschiedlicher Ansätze, um schließlich den Begriff der Lebensqualität von dem Begriff der Lebenszufriedenheit in Kapitel 7.5 abzugrenzen. Der methodische Exkurs in Kapitel 7.5.1 begründet die Auswahl der eingesetzten Messinstrumente.

Die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Lebensqualität eröffnet neue Blickwinkel. Pukrob (2003) weist fast zynisch auf die Auswirkungen der Erfassung der subjektiven Lebensqualität eines depressiven Patienten hin, wenn der Begriff

nicht klar definiert ist. So bliebe unbeachtet, dass ein subjektives Lebensqualitäts-Modell zu etwa 25 % durch eine affektive Komponente mit je einem positivem und je einem negativen Affektfaktor bestimmt wird. 40 - 45 % eines subjektiven Lebensqualitäts-Urteils könnten auf Fehleranteile zurückzuführen sein, rund 30 % ließen sich durch eher kognitive Prozesse modellieren. Pukrob (2003) bemängelt insbesondere, dass gerade in der *psychiatrischen* Literatur häufig kein Bezug auf sozialwissenschaftliche Studien genommen wird.

Den Bereich der „Definitiven Unbestimmtheit“ beschreibt Pukrob (2003) so: „...es kann die Bewertung sanitärer Anlagen genauso unter das Konstrukt der Lebensqualität gefasst werden wie die Zufriedenheit mit religiösen Angelegenheiten“ (Oliver, 1991; WHOQOL Group, 1995; zitiert nach Pukrob, 2003; S.49).

Im dritten Bereich der kritischen Betrachtung wird darauf hingewiesen, dass häufig der Einbezug des zeitlichen Rahmens nicht definiert sei und synonym Begriffe wie „Zufriedenheit“ verwendet würden. Die Kritik an der Operationalisierung richtet sich auf die häufig unterschiedlichen Subdimensionen der Instrumente, die zu erheblich differierenden Aussagen führen können.

Der fünfte genannte kritisch zu betrachtende Bereich betrifft die methodisch-statistische Ebene. Hier weist der Autor darauf hin, dass ein signifikanter Unterschied zwischen Lebensqualitäts-Gruppenprofilen noch nicht die klinische Bedeutsamkeit dieses Unterschiedes (die Effektstärke) beurteilen lässt. Häufig werden nach Pukrob (2003) verschiedene Populationen untereinander oder über verschiedene Messzeitpunkte verglichen, um dann über die signifikanten Unterschiede zwischen den Lebensqualitäts-Gruppenprofilen zu berichten. Der Autor betont hierbei, dass es durchaus einen statistisch signifikanten Unterschied in der Lebensqualität geben kann, dass damit aber noch nicht die klinische Bedeutsamkeit dieses Unterschiedes, die Effektgröße, beurteilt werden kann. Er konkretisiert am Beispiel: Die allgemeine Lebenszufriedenheit von 75 schizophrenen Patienten aus London ist im Mittel signifikant niedriger ($p < 0:05$) als die Lebenszufriedenheit von 69 schizophrenen Patienten aus Berlin (4,2 vs. 4,8 auf einer 7-stufigen Skala). Pukrob (2003) zeigt an diesem Beispiel, zitiert nach Heinze et al. (1997), dass dieses Ergebnis lediglich bedeutet, dass die Berliner Patientengruppe sich auf dem Weg vom Skalenpunkt 4 („weder zufrieden noch unzufrieden“) in Richtung des Punktes 5 („eher zufrieden“ im

Mittel um 0,6 Einheiten näher am letzten Punkt befindet als die Londoner Patientengruppe.

Der sechste oben genannte Bereich beklagt die Verwendung des Konstruktes der Lebensqualität insbesondere in *psychiatrischen Populationen* als atheoretisch oder nur vage bezogen auf globale Modellvorstellungen mit geringem empirischen Gehalt.

Alle genannten kritischen Bereiche wurden in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt. Entgegen der Feststellung von Bullinger (1997; zitiert nach Pukrob, 2003), dass der Begriff der Lebensqualität in der Medizin bisher erstaunlich theorieelos rezipiert wurde, wurde das Konstrukt der Lebensqualität in der vorliegenden Arbeit klar definiert, abgegrenzt gegen ähnliche Konstrukte, theoriegeleitet operationalisiert und ausgewertet.

Annäherungen an den Versuch einer Definition. Lebensqualität kann als relevantes Beschreibungs- und Zielkriterium klinisch-medizinischer Studien zu sehen sein. Die Definition sollte als multidimensionales Konstrukt körperliche, mentale, emotionale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit beinhalten. Diese Komponenten müssten sowohl aus der Sicht des Patienten, als auch aus der Sicht externer Beobachter betrachtet werden (Küchler & Bullinger, 2000).

Deskriptive Ebene. Auf der deskriptiven Ebene muss dargestellt werden, inwieweit Patienten spezifische Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität erfahren. Hier sei verwiesen auf Kapitel 5.4, in dem die Lebensbereiche, in denen Darmkrebspatienten von ihrer Erkrankung betroffen sind, ausführlich dargestellt sind.

Evaluative Ebene. Im Bereich der Evaluation ist es wichtig zu wissen, inwieweit verschiedene Behandlungsstrategien unterschiedliche Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. So könnte man bei entsprechender Verifikation die Strategien auswählen, die für die Patienten auch hinsichtlich der Lebensqualität die sinnvollsten Strategien sind.

Ebene der Qualitätssicherung. Im Kapitel 1 werden unterschiedliche Formen der Bewältigung einer Krebserkrankung dargestellt. Von einigen weiß man, dass sie maladaptiven Charakter haben, andere werden heterogen diskutiert. In der vorliegenden Arbeit werden Hypothesen getestet, die die Vorhersagbarkeit von Anpassung im Hinblick auf spezielle Bewältigungsmechanismen zum Inhalt haben, um im klinischen Alltag die Betroffenen bestmöglich begleiten zu können. Das

Konzept der Lebensqualität erscheint also auch im klinischen Bereich für die Qualitätssicherung von Bedeutung. Hier ist die Frage zu beantworten, wie Versorgung insgesamt so gestaltet werden kann, dass sie mit einem vertretbaren Aufwand eine gute Qualität therapeutischer Behandlung hinsichtlich der Lebensqualität garantiert (Böhmer & Ravens-Sieberer, 2003).

7.4 Definitionen des Begriffs „Lebensqualität“

Zusammenfassend lassen sich die unterschiedlichen existierenden Definitionen von gesundheitsbezogener Lebensqualität drei Modelltypen zuordnen (Bullinger, 1996), die im Folgenden kurz charakterisiert werden.

Individualzentrierter Ansatz. Lebensqualität ist die Differenz zwischen angestrebten Zielen und deren erlebter Realisierung. Es wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität nur intraindividuell beschrieben werden kann, da die Bestimmung der zur Lebensqualität gehörenden Dimensionen von Individuum zu Individuum variiert.

Intersubjektiver Ansatz. Lebensqualität kann über eine endliche Zahl von Dimensionen beschrieben werden, die interindividuelle Universalität besitzen. Dieser Ansatz wird in den Gesundheitswissenschaften bevorzugt. Bei den Dimensionen handelt es sich im Wesentlichen um körperliche, psychische, soziale und funktionale Gesundheit sowie um eine materielle und spirituelle Dimension (Ludwig, 1991). Dieser intersubjektive Ansatz ermöglicht zum Beispiel den Vergleich zwischen Patientengruppen.

Definition der Weltgesundheitsorganisation. Seit den 90er Jahren liegt von der Arbeitsgemeinschaft Lebensqualität der WHO eine der komplexesten Lebensqualitätsdefinitionen vor: Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Das Konzept der Lebensqualität wird in komplexer Weise beeinflusst durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt (WHO, 1997).

Bisher liegen Forschungsergebnisse von 15 Nationen vor. Sie legen nahe, dass kulturübergreifend wesentliche Dimensionen im psychologischen, körperlichen,

sozialen, spirituellen, funktionalen und ökonomischen Bereich liegen. Je nach Kultur differiert leicht die Wichtigkeit dieser Dimensionen (Sartorius, 1993).

Es scheint also Menschen wichtig zu sein, sich körperlich wohl zu fühlen, sozial integriert zu sein, sich psychisch stabil zu fühlen, den Rollen im täglichen Leben nachzugehen, dabei soziale Unterstützung zu erfahren und dies alles in einem materiell ökonomisch möglichst sicheren Rahmen. Dieser Wunsch scheint unabhängig zu sein von Alter, Geschlecht und Kultur.

7.5 Abgrenzung Lebensqualität von Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit war ursprünglich ein Konstrukt erfolgreichen Alterns (Filipp & Ferring, 2000). Dieses Konstrukt beinhaltete die Bewertung des eigenen Lebens, die Bewertung des Stimmungsniveaus und die Möglichkeit, angenehme Erlebnisse zu erfahren (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961). Filipp und Ferring (2000) betonen mehr die kognitive Bewertung des eigenen Lebens. Lebenszufriedenheit wird subsumiert unter das Konstrukt des subjektiven Wohlbefindens. Die Lebenszufriedenheit bildet dabei die kognitive Komponente ab. Die affektiven Komponenten, also positiver oder negativer Affekt, sind von der Lebenszufriedenheit konzeptuell abzugrenzen (Böhmer & Ravens-Sieberer, 2005). Lebenszufriedenheit ist also das Ergebnis eines Urteilsprozesses, in den die Bewertungen der eigenen Person und des eigenen Lebens einfließen. Filipp und Ferring (2000) beschreiben den Mechanismus als eine Art Soll-Ist-Vergleich zwischen einem als angemessen wahrgenommenen, selbstkonstruierten Standard und der aktuellen Lage. Autoren um Schumacher (Schumacher et al., 2003), Diener (Diener & Diener, 1996), Herschbach (Herschbach, 2002) und Staudinger (Staudinger, 2000) beschreiben ein Phänomen, das als „Zufriedenheits- oder Wohlbefindensparadox“ bekannt ist: Gruppenstatistisch ungünstige oder widrige objektive Lebensumstände spiegeln sich kaum in der Bewertung des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen wider.

Diese Definitionen und Abgrenzung des Begriffs der Lebensqualität erscheint wichtig, um Lebensqualitätsinstrumente beurteilen zu können.

7.5.1 *Methodischer Exkurs*

In der vorliegenden Arbeit werden zwei der drei heute hauptsächlich verwendeten multidimensionalen Lebensqualität-Fragebögen eingesetzt, der EORTC QLQ C30 (Aaronson et al., 1993) und der FACT (Cella et al., 1993). Als multidimensionale Konstrukte beinhalten sie körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht des Betroffenen.

Der EORTC ist ein Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und fragt in allgemeiner Form nach dem Gesundheitszustand und der Lebensqualität der letzten Woche. So konnte auch die Lebensqualität der Kontrollgruppe, die nicht an Krebs erkrankt ist, erfasst werden.

Der FACT –C (C für „colorectal“) erfragt die gesundheitsbezogene Lebensqualität auf fünf Dimensionen: körperliches Wohlbefinden, Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Familie, seelisches Wohlbefinden, funktionelles Wohlbefinden und er erfragt die speziell auf die Darmkrebserkrankung gerichtete Befindlichkeit.

7.6 **Nutzen der Lebensqualitätsforschung**

Wie in den vorangestellten Kapiteln dargestellt, ist die Erforschung der Lebensqualität ein Forschungsgebiet von wachsender klinischer und gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Lebensqualitätsforschung bietet die Möglichkeit, bei der Beurteilung medizinischer Maßnahmen neben den technisch messbaren Gesundheitsparametern wie Laborwerte, Symptomreduktion oder Lebenszeitverlängerung ergänzend Befunde über die subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen dieser Maßnahmen zu berücksichtigen. Hier seien noch einmal die wichtigsten Bereiche der subjektiven Wahrnehmungen genannt: das Befinden, die Funktionsfähigkeit und die sozialen Beziehungen. Durch die Erfassung der Lebensqualität wird nicht nur das Spektrum der Beurteilungsdimensionen von medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erweitert, sondern vor allem wird auch die Position des Patienten gestärkt. Lebensqualitätsstudien erlauben Aussagen darüber, welche Patientengruppe von welchen Behandlungsstrategien hinsichtlich ihrer Lebensmöglichkeiten am meisten profitieren. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive in der Lebensqualitätsforschung leistet einen großen Beitrag zur patientenorientierten Medizin, was gerade im onkologischen Sektor wichtig. Da bei Patienten mit einer

onkologischen Diagnose häufig sehr schnell nach der Diagnosestellung Maßnahmen wie Operation oder Chemo- und Strahlentherapie eingeleitet werden müssen, fühlen sich gerade diese Patienten häufig überfordert, manche gar entmündigt. Die Lebensqualitätsforschung setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen voraus, da, auch gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO in Kapitel 7.4., neben medizinischen auch psychosoziale Aspekte von Krankheit und die Anpassung an diese von Bedeutung sind.

7.7 Lebensqualität und Religiosität bei einer Krebserkrankung

In der Medizin werden also unter der Bezeichnung Lebensqualität zunehmend Patientenselbsteinschätzungen zum Gesundheitszustand berücksichtigt. Zwingmann (2004) geht der Frage nach, ob dabei der Bereich Religiosität einbezogen werden sollte. Die verstärkte Berücksichtigung der Patientenperspektive resultiert unter anderem daraus, dass in der Onkologie reine Überlebenszeit nicht mehr als alleiniges Beurteilungskriterium dienen kann. Angesichts erheblicher Nebenwirkungen medizinischer Behandlungsstrategien in der Onkologie muss der Gewinn der Lebenszeit an der Qualität des Überlebens relativiert werden. Tschuschke (2006) spricht von qualitätsadjustierter Lebenszeit. In bisherigen operationalen Definitionen von gesundheitsbezogener Lebensqualität werden meist physische, psychische, soziale und funktionale Aspekte berücksichtigt. Eine einheitliche Definition von „Religiosität“ gibt es in der Literatur zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht (Zwingmann, 2004). Noch erschwerend kommt hinzu, dass die Begriffe „Spiritualität“ und „Religiosität“ oft synonym gebraucht werden. Im angloamerikanischen Raum wird Spiritualität als breiteres, der Religiosität übergeordnetes Konzept aufgefasst. Religiosität wird angesehen als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen und impliziert die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem. Spiritualität wird umschrieben als Art und Weise, in der Menschen dem Bedürfnis nachgehen, zufriedenstellende Antworten auf Fragen zur Bedeutung von Leben, Krankheit und Tod zu finden.

Religiosität wird von onkologischen Patienten selbst als wichtiger Aspekt ihrer Lebensqualität genannt (Zwingmann, 2004). Studien, die diese Aussage unter-

mauern, finden sich im angloamerikanischen Sprachraum bei Mueller, Plevak und Rummans (2001). Demnach ist der Bereich Religiosität/Spiritualität für Patienten durchgängig wichtig. Sie geben an, dass sie eine Anamnese bezüglich ihrer spirituellen/religiösen Bedürfnisse begrüßen würden.

Der Bereich der Religiosität stellt außerdem eine bedeutsame Ressource zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse dar. Es liegen Befunde vor, die dieses Argument der klinischen Nützlichkeit unterstützen (Matthews et al., 1998). Religiöse/spirituelle Glaubensüberzeugungen bilden für schwerkranke Patienten eine wichtige Quelle der Kraft und Hoffnung. Viele Patienten vertrauen bei der Bewältigung einer Krebserkrankung auf ihre spirituellen/religiösen Überzeugungen (Holland et al., 1998), was sich positiv auf die Anpassungsleistung auswirken kann.

Murken (2003) fand an einer unausgelesenen Stichprobe von Behandelten einer psychosomatischen Fachklinik, dass für ca. ein Drittel der Befragten Religiosität wichtig und alltagsrelevant für die individuelle Lebensqualität ist.

Grom (2000) erklärt den Zusammenhang von Religiosität und Lebensqualität zum einen aus der Qualität und Intensität der Interaktion mit der Glaubensgemeinschaft, zum anderen aus der persönlichen Kraftschöpfung durch privates Beten, Meditieren u.ä. Young, Cashwell und Shcherbakova (2000) schreiben der Spiritualität und Religiosität eine potente Rolle zu in der Moderation der Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und dem damit verbundenen Anstieg von Angst und Depression. Spiritualität/Religiosität könnte eine Art „Pufferfunktion“ haben, wodurch kritische Lebensereignisse weniger belastend erlebt werden könnten, der Anstieg von Angst und Depressivität könnte gebremst und die individuelle Lebensqualität als weniger beeinträchtigt erlebt werden.

8 Fragestellungen und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Rolle der Sinnfindung und der Religiosität bei der Verarbeitung einer Darmkrebsdiagnose zu untersuchen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Religiosität Sinnfindung unterstützen kann und Sinnfindung mit positiver Anpassung an die Erkrankung korreliert.

Eine Gruppe von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „Darmkrebs“ – in der vorliegenden Arbeit „Untersuchungsgruppe“ genannt – wurde mit einer Gruppe gesunder Menschen ähnlichen Alters – im Folgenden „Kontrollgruppe“ genannt – zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten verglichen. Der erste Messzeitpunkt (t_1) fand für die Untersuchungsgruppe in der ersten Woche ihres Aufenthaltes in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme statt. Die zweite Messung (t_2) erfolgte sechs Monate nach t_1 . Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden ebenfalls im Abstand von sechs Monaten befragt.

Mit Hilfe dieses längsschnittlich angelegten Designs wurde der Frage nachgegangen, ob Sinnfindung ein Prädiktor für die Anpassung an die Erkrankung nach sechs Monaten sein kann. Hierbei wurde als Anpassungsmaß nicht nur Angst, Depressivität, Lebensqualität und wahrgenommener Gesundheitszustand berücksichtigt, sondern auch die fünf Ebenen der Posttraumatischen Persönlichen Reifung, wie in Kapitel 6.1 beschrieben.

Aus den dargestellten theoretischen Betrachtungen ließen sich folgende Hypothesen ableiten.

Hypothese 1: Wohlbefinden der Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt

Die Werte der Untersuchungsgruppe für Angst und Depression zum ersten Messzeitpunkt (t_1) sind höher als die der Kontrollgruppe zu t_1 .

Die Werte der Untersuchungsgruppe zu t_1 für den allgemeinen Gesundheitszustand und für allgemeine Lebensqualität sind niedriger als die der Kontrollgruppe zu t_1 .

Hypothese 2. Anpassungsänderung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten

Die zweite Hypothese beinhaltet einen Vergleich der Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten. Es wurde angenommen, dass die Aktivierung von Coping-Anstrengungen Auswirkungen auf die psychologische Anpassung zeigt.

- a) Die Werte für Angst und Depressivität sind zu t_1 höher als zu t_2 .
- b) Die Werte der allgemeinen Lebensqualität, des allgemeinen Gesundheitszustandes und des krankheitsspezifischen Wohlbefindens sind zu t_1 niedriger als zu t_2 .
- c) Die Werte der fünf Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung sind zu t_1 niedriger als zu t_2 .

Die nächsten beiden Hypothesen beinhalteten einen Vergleich zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe.

Hypothese 3. Vergleich der Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Anpassungsmaße

Durch eine Verbesserung des Befindens der Erkrankten unterscheiden sich die Anpassungswerte (Angst, Depressivität, Gesundheitszustand und Lebensqualität) der Untersuchungsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr von den Anpassungswerten der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt.

Hypothese 4a. Zusammenhang zwischen Religiosität und Sinnfindung

Da Religiosität eine Form der Sinnfindung darstellt, weisen höher religiöse Menschen sowohl der Kontrollgruppe, als auch der Untersuchungsgruppe unabhängig vom Messzeitpunkt höhere Sinnfindungswerte auf als nicht religiöse Menschen.

Hypothese 4b. Zusammenhang zwischen der Zentralität der Religiosität und Sinnfindung in der Untersuchungsgruppe

Nicht-religiöse Individuen werden niedrigere Werte bei der Sinnfindung zu t_1 und t_2 aufweisen als hoch-religiöse Individuen.

In der zweiten Hypothese wurde angenommen, dass Coping-Anstrengungen ganz allgemein Auswirkungen auf die psychologische Anpassung haben. In der folgenden Hypothese, die sich ausschließlich auf die Untersuchungsgruppe bezieht, werden die Auswirkungen *bestimmter* Coping-Anstrengungen analysiert.

Hypothese 5. Zusammenhänge zwischen Coping und Anpassung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten

- a) Emotions- und problemorientiertes Coping zu t_1 hängt zusammen mit niedrigeren Werten bei Angst und Depressivität und höheren Werten für allgemeine Lebensqualität, für allgemeinen Gesundheitszustand, für krankheitsspezifisches Wohlbefinden und für posttraumatische persönliche Reifung zu t_2 .
- b) Positives religiöses Coping zu t_1 geht einher mit niedrigeren Werten bei Angst und Depressivität und höheren Werten für allgemeine Lebensqualität, für den allgemeinen Gesundheitszustand, für das krankheitsspezifische Wohlbefinden und für die posttraumatische persönliche Reifung zu t_2 .

Negatives religiöses Coping zu t_1 geht einher mit höheren Werten für Angst und Depressivität zu t_2 und niedrigeren Werten für allgemeine Lebensqualität, für den allgemeinen Gesundheitszustand, für das krankheitsspezifische Wohlbefinden und die posttraumatische persönliche Reifung zu t_2 .

- c) Sinnfindung zu t_1 geht einher mit niedrigeren Werten bei Angst und Depressivität und höheren Werten für allgemeine Lebensqualität, für den allgemeinen Gesundheitszustand, für das krankheitsspezifische Wohlbefinden und die posttraumatische persönliche Reifung zu t_2 .

Hypothese 5d. Die Bedeutsamkeit von Sinnfindung auf die Vorhersage der Anpassung der Untersuchungsgruppe

- d) Sinnfindung klärt über die anderen, signifikant gewordenen Coping-Strategien zusätzliche Varianz hinsichtlich der Anpassung auf.

Bei gleichzeitigem Einbezug der vier Coping-Bereiche (emotionsorientiert, problemorientiert, religiöses Coping, Sinnfindung) klärt nur noch Sinnfindung Varianz der Anpassungsleistung auf und leistet somit eine alleinige Vorhersage.

Hypothese 5e. Adaptiver Einfluss der Sinnfindung unabhängig von der Zentralität der Religiosität

- e) Sinnfindung zu t_1 geht in den beiden extremen Zentralitätsstufen (hoch-religiös und nicht-religiös) einher mit niedrigeren Werten bei Angst und Depressivität und höheren Werten für allgemeine Lebensqualität, für den allgemeinen Gesundheitszustand und für das krankheitsspezifische Wohlbefinden zu t_2 . Sinnfindung wirkt unabhängig von der Zentralität der Religiosität adaptiv.

Hypothese 6. Unterschiedlicher Stellenwert religiöser Lebensinhalte innerhalb der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe

Die nächste Hypothese vergleicht verschiedene Aspekte von Religiosität zwischen den beiden Gruppen (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe).

Da Religiosität einen kognitiven Rahmen für die positive Neubewertung negativer Ereignisse bieten kann (Carone & Barone, 2001; Fitchett et al., 1999) und die Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe stärker mit negativen Ereignissen konfrontiert ist, weist erstere eine höhere Ausprägung bei verschiedenen Aspekten der Religiosität auf als letztere.

- a) Die Zentralität der Religiosität ist zu beiden Messzeitpunkten in der Untersuchungsgruppe höher als in der Kontrollgruppe.
- b) Die Werte des religiösen Copings der Untersuchungsgruppe sind zum ersten Messzeitpunkt höher als die Werte des religiösen Copings der Kontrollgruppe.

Hypothese 7. Zentralität der Religiosität als abhängige Variable

Die siebte Hypothese betrachtet Religiosität als *abhängige Variable*.

Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Religiosität in Krisenzeiten ist anzunehmen, dass die Zentralität der Religiosität bei den erkrankten Personen von der Zeit vor der Diagnose bis zu der Zeit danach zugenommen hat. Die Zentralität der Religiosität nimmt in der retrospektiven Einschätzung der Religiosität (t_0) der Untersuchungsgruppe von t_0 zu t_1 zu. Im weiteren Krankheitsverlauf verändert sich die Zentralität der Religiosität nicht mehr. Die religiöse Grundhaltung sollte also ungeachtet der möglichen Variation von Gottesbeziehung und religiösen Coping-Anstrengungen gleich bleiben.

Hypothese 8. Generelle Bedeutsamkeit von Sinnfindung

In der letzten Hypothese soll die generelle Wirksamkeit sinnfindender Strategien untersucht werden. Es wird angenommen, dass Sinnfindung zu einer höheren Lebensqualität auch bei Personen führt, die keine besondere Belastung erfahren. Deshalb wird in dieser Hypothese ausschließlich die Kontrollgruppe zu den beiden Messzeitpunkten verglichen.

- a) Die Werte der Sinnfindung unterscheiden sich in der Vergleichsgruppe nicht zwischen den Messzeitpunkten.
- b) Je höhere Sinnwerte eine Person aufweist, desto höher ist ihre Lebensqualität, da Sinnfindung ein wichtiges Element der erlebten Lebensqualität ist.

9 Methode

Die Daten, die der Beantwortung der skizzierten Fragestellungen zugrunde gelegt werden, wurden im Rahmen des von der Deutschen Krebsstiftung geförderten Projekts „Religiöse Bewältigung kritischer Lebensereignisse am Beispiel der Krankheitsverarbeitung von Patientinnen und Patienten mit colorektalen Karzinomen“ erhoben. Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten von Darmkrebspatientinnen und Darmkrebspatienten, die sich stationär in einer onkologischen Rehabilitationsklinik befanden herangezogen sowie die Daten einer im Alter ähnlichen gesunden Kontrollgruppe. Wenn im Folgenden in Bezug auf die Kontrollgruppe von „gesund“ die Rede ist, ist immer „gesund“ bezüglich des Merkmals Darmkrebs oder Krebs allgemein gemeint.

9.1 Studiendesign

Die Studie ist eine kontrollierte Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten. Die Patientinnen und Patienten der Untersuchungsgruppe (UG) und die gesunden Frauen und Männer der Kontrollgruppe (KG) bekamen zweimal im Abstand von sechs Monaten Fragebogen mit Selbstauskunftsfragen vorgelegt. Die Messung zu zwei Zeitpunkten mit einem zeitlichen Abstand ermöglicht, anhand der zum ersten Zeitpunkt (t_1) gemessenen Daten zukünftige Effekte zum zweiten Zeitpunkt (t_2) zu prognostizieren.

Zur Prüfung eines Teils der Hypothesen (1, 3, 4 und 6) wurde ein Vergleichsgruppendedesign gewählt, in dem die Angaben der Patienten mit Daten gesunder Menschen kontrastiert wurden. Bei den Hypothesen 2, 5 und 7 geht es spezifisch um Wirkweisen der Krankheitsverarbeitung bei Darmkrebspatienten, so dass hier kein Vergleichsgruppendedesign nötig oder sinnvoll ist. Die letzte Hypothese (8) betrifft nur die Kontrollgruppe.

Das Auswertungsdesign ist gemischt quer- und längsschnittlich angelegt.

9.2 Stichprobenwahl und Teilnahmekriterien

Die Bedeutung von Bedrohung und deren Bewältigung für Krebspatienten ist ausführlich im ersten Teil der Arbeit dargelegt (Kapitel 3). Konkret realisiert wurde die

Studie mit Darmkrebspatienten. Um Störeinflüsse durch prognostische Unterschiede verschiedener Krebserkrankungen zu vermeiden, war die Beschränkung auf eine Krebsart nötig. Patienten mit Darmkrebs schienen besonders geeignet, da diese Erkrankung zum einen häufig genug sowohl bei Frauen, als auch bei Männern auftritt, um im Untersuchungszeitraum, der zur Verfügung stand, eine hinreichend große Patientengruppe anzuwerben. Darüber hinaus sind die individuellen Prognosen, Verläufe und Überlebensraten der Erkrankten vergleichsweise günstig, sodass es vertretbar schien, den Patienten die Zusatzbelastung durch die lange und anstrengende Befragung zuzumuten.

Als Vergleichsgruppe wurden Frauen und Männer gewählt, die nicht an Darmkrebs erkrankt waren. Um Verzerrungen und Effekte durch andere schwere Erkrankungen zu kontrollieren, wurden zudem aus der Vergleichsgruppe alle ausgeschlossen, die eine (andere) Krebserkrankung oder eine sonstige lebensbedrohliche Erkrankung in der Vorgeschichte berichteten.

9.3 Rekrutierung der Teilnehmer und Vorgehen bei der Datenerhebung

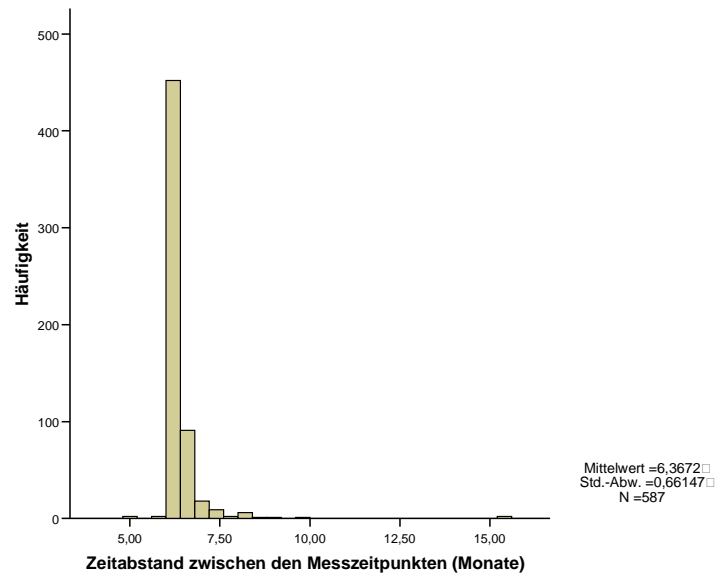
Die Patienten und die gesunden Vergleichspersonen wurden im Zeitraum von Oktober 2006 bis Juli 2007 angeworben und befragt. Eine zweite Befragung fand sechs Monate nach der jeweils ersten Befragung statt.

9.3.1 Untersuchungsgruppe (Patienten)

Die Patienten wurden in der Nahetal-Klinik, Rehabilitationsklinik für onkologische Nachsorge, Bad Kreuznach, angeworben. Alle Patienten mit der Diagnose Colonkarzinom bekamen in der ersten Woche ihres Klinikaufenthalts eine Einladung zu einer Informationsveranstaltung, in der sie über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten wurden. Diejenigen, die schriftlich ihre Einwilligung zur Teilnahme gegeben hatten, erhielten einen Fragebogen, den sie im Anschluss an eine Informationsveranstaltung in einer Gruppentestung bearbeiten konnten. Die Informationsveranstaltung wurde zu jedem Termin von dem Chefarzt der Klinik oder seiner Vertretung mitgestaltet. Während jeder Gruppentestung war eine Diplom-Psychologin ununterbrochen anwesend. Die zweite Befragung erfolgte rund sechs

Monate nach der ersten. Konkret betrug die Dauer zwischen beiden Messzeitpunkten dem Mittelwert nach 6.37 Monate ($SD = .66$, Spannweite 5.10-15.60).

Abbildung 4 Histogramm für den Zeitabstand, in dem die postalischen Rückläufe erfolgten



Alle Patienten, die an der ersten Befragung teilgenommen hatten, erhielten per Post den Fragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen und in einem beigelegten frankierten Rückumschlag zurückzusenden. Die Teilnahme an der Studie wurde mit einer Aufwandsentschädigung von 10 € honoriert.

Von 352 angesprochenen Patienten kamen zu t_1 349 Fragebogen zurück (Rücklaufquote 99,1 %). Von diesen Fragebogen wurden 8 nicht in die Datenanalyse einbezogen, da die Patienten den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hatten. Letztlich liegen für den ersten Untersuchungszeitpunkt ausgefüllte und auswertbare Fragebogen von 341 Patienten vor, die als Grundlage der querschnittlichen Berechnungen zu t_1 dienen. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt liegen zudem von 304 dieser Patienten (86,3 %) Daten vor, die in den längsschnittlichen und querschnittlichen Analysen zu t_2 berücksichtigt werden können.

Von den 37 Patienten, die zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr an der Studie teilnahmen, waren 6 zu diesem Zeitpunkt verstorben, 11 waren unbekannt verzogen, 9 schickten kommentarlos einen leeren Fragebogen zurück. Bei 11 Patienten sind die Gründe für den Ausstieg aus der Studie nicht bekannt.

9.3.2 Kontrollgruppe

Die Vergleichsgruppe gesunder Frauen und Männer wurde über die Universität des dritten Lebensalters in Frankfurt am Main, in zwei Allgemeinarztpraxen, bei lokalen Sport- und Gesangsvereinen und im privaten Umfeld angeworben. Die Frauen und Männer wurden über die Zielsetzung und Durchführung der Studie informiert, erhielten ein ausführliches Informationsschreiben und wurden gebeten, an der Studie teilzunehmen. Sie bekamen eine Einwilligungserklärung ausgehändigt mit der Bitte, diese zu unterschreiben und ihre Adresse für eine zweite Befragung sechs Monate später anzugeben. Sie konnten dann den Fragebogen für die erste Befragung mitnehmen, diesen zu Hause bearbeiten und in einem vorfrankierten Rückumschlag zurückschicken. Für die zweite Erhebung wurde in ähnlicher Weise wie bei der Untersuchungsgruppe verfahren: An diejenigen Frauen und Männer, die ihre Adresse angegeben hatten, wurde sechs Monate nach der ersten Befragung ein zweiter Fragebogen mit der Bitte um Beantwortung und Rücksendung verschickt. Die Teilnahme an der Studie wurde mit einer Aufwandsentschädigung von 10 € honoriert.

Insgesamt wurden zu t_1 410 Fragebogen ausgegeben, von denen 328 zurückgegeben wurden (Rücklaufquote 80 %). 8 derer, die geantwortet hatten, wurden aus den Analysen ausgeschlossen, da sie eine Krebserkrankung in der Vorgeschichte berichteten. In die Analysen zu t_1 konnten demnach Daten von 320 gesunden Frauen und Männern eingeschlossen werden. An der zweiten Befragung nahmen noch 298 Personen teil (93,1 %), deren Daten für die Vergleichs- und Veränderungshypothesen zu t_2 verwendet werden konnten. Von den 22 Frauen und Männern, die sich zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr an der Untersuchung beteiligten, hatten 7 bei der ersten Untersuchung keine Adresse angegeben, 7 Fragebogen wurde kommentarlos leer zurückgeschickt und von 8 ist der Grund für den Ausstieg aus der Studie nicht bekannt.

9.4 Auswahl und Beschreibung der Messinstrumente und Maße

Die Daten wurden über Selbstauskunftsfragebogen erhoben. Soweit möglich, wurden die Konstrukte über etablierte psychologische Standardverfahren erfragt.

Im Folgenden werden diejenigen Itembereiche, Konstrukte und Fragebogen beschrieben, die für die Operationalisierung verwendet wurden. Zur genaueren

Beschreibung der etablierten Skalen werden die in den Testhandbüchern angegebenen Daten zu den Gütekriterien genannt.

9.5 Allgemeine Daten

Zur Beschreibung der beiden untersuchten Gruppen und zur Kontrolle möglicher Störeffekte wurden soziodemographische Angaben und erkrankungsbezogene Daten erhoben. Einzelne Angaben wurden bei der Untersuchungsgruppe zusätzlich den Krankenakten der Patientinnen entnommen.

9.5.1 Soziodemographische Daten

Allgemeine soziodemographische Merkmale wie Alter, Familienstand, partnerschaftliche Lebenssituation und Schulbildung (s. Anhang A), sowie die Konfessionszugehörigkeit (s. Anhang B) wurden zum ersten Untersuchungszeitpunkt mittels Selbstauskünften im Fragebogen erfragt.

Die Bildung der Skala zur Erfassung des sozioökonomischen Status' (SES; Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P., 2003) erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Hoffmeyer-Zlotnik vom Mannheimer Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA). Aufgrund der Tatsache, dass Angaben zu Einkommen starken Verzerrungen unterliegen, erfolgte die Bildung des SES lediglich anhand zweier Variablen: Autonomie des Handelns und Bildung. Die Autonomie des Handelns ergibt sich aus der Stellung im Beruf, die Variable „Bildung“ ergibt sich aus der schulischen und beruflichen Ausbildung. In jüngeren Generationen ist die Bildung höher zu gewichten als die Stellung im Beruf. Da die Probanden der vorliegenden Stichprobe aber im Wesentlichen der Nachkriegsgeneration entstammen, sind Bildung und Beruf gleichstark zu gewichten (J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik, persönl. Mitteilung, 05.07.2007)

9.5.2 Erkrankungsbezogene Daten der Patienten

Die Patienten wurden in der ersten Erhebung nach dem Diagnosezeitpunkt ihrer aktuellen Darmkrebserkrankung, nach Erst- oder Wiedererkrankung sowie nach Angaben zu Behandlungen gefragt, die sie seit der Diagnose durchlaufen hatten (s.

Anhang C). Die Angaben zum Tumorstadium wurden aus den Entlassbriefen der Patientinnen an die Kostenträger entnommen. Die dort angegebene TNM-Klassifikation¹ wurde in die gröbere Stadieneinteilung nach den Angaben der *Union Internationale Contre le Cancer* (Wittekind, Meye & Bootz, 2002) umgerechnet. Bei der zweiten Befragung wurden die Patientinnen um eine Angabe zum Erkrankungsverlauf gebeten.

9.5.3 Erkrankungen in der Vergleichsgruppe

Ebenfalls zu t_1 wurden die gesunden Frauen und Männer aus der Vergleichsgruppe um Angaben zu schweren Erkrankungen gebeten, unter denen sie aktuell oder in der Vergangenheit litten. Diese Angaben wurden verwendet, um Menschen mit Krebserkrankungen zu identifizieren und aus der Vergleichsgruppe auszuschließen.

9.6 Soziale und personale Ressourcen

Zur Erfassung von Ressourcen und Verarbeitungsstrategien, die möglicherweise hinderlich oder hilfreich im Verarbeitungsprozess sind, wurden entsprechend den empirischen und theoretischen Überlegungen Persönlichkeitskonstrukte und Kontextmerkmale erhoben. Zur Messung wurden etablierte psychologische Standardinstrumente verwendet.

9.6.1 Bedrohung

Die erlebte Bedrohung wurde mittels Visueller Analogskala (VAS) erfasst. Die VAS ist eine Skala zur Messung vor allem subjektiver Einstellungen. In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine 98 mm lange Linie, deren Endpunkte extreme Zustände darstellen. Die 98 statt wie normalerweise 100 mm resultieren aus dem gestalterischen Layout des Fragebogens. Dementsprechend wurde die Einschätzung der erlebten Bedrohung von 100 auf 98 mm transformiert. Der Beginn der Linie bezeichnete die Einschätzung des Darmkrebserkrankung als „gar nicht bedrohlich“,

¹ Diese Klassifikation wird anhand der Daten über Tumorgröße (T), Lymphknotenbefall/Nodus (N) und Fernmetastasen/Metastasen (M) vorgenommen.

das Ende der Linie die Einschätzung als „extrem bedrohlich“. Die subjektive Einschätzung wurde von den Patienten durch ein Kreuz auf der Linie markiert.

9.6.2 Selbstwirksamkeitserwartung

In der vorliegenden Arbeit wurde der Fragebogen „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) eingesetzt. Es handelt sich um eine eindimensionale Skala von 10 Items, die möglichst nach Zufall in ein größeres Erhebungsinstrument eingemischt werden sollten. Die Items, die alle gleichsinnig gepolt sind, werden vierstufig beantwortet: (1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau (Beispielitem: „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern“). Jedes Item bringt eine internal-stabile Attribution der Erfolgserwartung zum Ausdruck. Darin liegt der entscheidende Unterschied zum dispositionalen Optimismus (Schwarzer & Schwarzer, 1996). Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Aufsummieren aller zehn Antworten, so dass ein Score zwischen 10 und 40 resultieren muss. *Cronbach's alpha* der Skalen liegt in den deutschen Stichproben zwischen .80 und .90. In der vorliegenden Arbeit betrug *Cronbach's alpha* = .86.

9.6.3 Selbstwert

Zur Messung dieses Konstruktes wurde der Fragebogen „Skala zum Selbstwertgefühl“ von Collani, Gernot, Yorck und Herzberg (2003) gewählt. Er umfasst 10 Items, das Antwortformat ist 4-stufig von 0 (trifft gar nicht zu) bis 3 (trifft voll und ganz zu). Ein Beispielitem heißt: „Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch“. *Cronbach's alpha* der Skala in der Stichprobe von Collani und Gernot (2003) lag bei .84, in der vorliegenden Arbeit ist *Cronbach's alpha* = .83.

9.7 Krankheitsverarbeitungsstrategien

9.7.1 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung

Zur Erfassung von nicht-religiösen Verarbeitungsstrategien wurde eine gekürzte Form des *Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung* (FKV-LIS, Muthny,

1989) in der Fassung zur Selbstbeurteilung eingesetzt. Der FKV-LIS ist ein Kurzinstrument, das aus fünf Skalen besteht und mit mehreren Einzelaussagen verschiedene Aspekte der Krankheitsverarbeitung abbildet. Für die vorliegende Studie wurden diejenigen Items herangezogen, aus denen die vier Skalen „Depressive Verarbeitung“ (5 Items), „Aktives problemorientiertes Coping“ (5 Items), „Ablenkung und Selbstaufbau“ (5 Items) und „Bagatellisierung und Wunschdenken“ (3 Items) gebildet werden. Der Fragebogen beinhaltet Kurzaussagen zum Coping-Verhalten bei Erkrankungen. Für jede der Aussagen wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr stark“) angegeben, wie stark eine Verhaltensweise oder Reaktion im Umgang mit der Erkrankung vorkommt.

Die Einzelaussagen zu Verarbeitungsstrategien, die nicht in die Skalenbildung eingehen, wurden nicht in den Fragebogen aufgenommen, da diese Auswertungsart zwar für die klinische Anwendung zur Ergründung des „Verarbeitungsrepertoires“ von Patienten relevant ist, für die Forschung allerdings wenig handhabbar ist. Die Reliabilitäten der vier aufgenommenen Skalen können als zufriedenstellend bezeichnet werden, sie werden im Testhandbuch mit Werten zwischen *Cronbach's alpha* = .68 und *Cronbach's alpha* = .77 angegeben. In der vorliegenden Arbeit lagen die Reliabilitäten zwischen .65 und .73.

Zusätzlich wurden die Coping-Konstrukte „sozialer Abwärtsvergleich“ und „Akzeptanz“ integriert. Hierzu wurden fünf Items zum sozialen Abwärtsvergleich nach Taubert (2003) formal dem FKV (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung) angepasst und mit Items des FKV gemischt. Taubert (2003) verwendet in seiner Arbeit vier Items aus dem COSS (Coping mit Operativem Stress Skala; Krohne, de Bruin, El Giamal & Schmukle, 2000) und einem von ihm neu entwickelten Item. *Cronbach's alpha* dieser Subskala betrug in der vorliegenden Arbeit .63. Dass der inter-individuelle oder temporäre intra-individuelle Abwärtsvergleich eine häufig eingesetzte Strategie der emotionsregulierenden Krankheitsverarbeitung ist, zeigten Affleck, Tennen, Urrows, Higgins und Abeles (2000), Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti und Grandi, (1998), Klauer, Ferring und Philipp, (1998), S. E. Taylor und Lobel (1989) und Wood, S. E. Taylor und Lichtman (1985).

Ebenfalls formal in den FKV wurden vier Items der Skala „Akzeptanz“ integriert.

Die Skala „Akzeptanz“ (*Cronbach's alpha* = .69) ist eine Subskala des COPE (Carver et al., 1989), übersetzt durch Kälin. Die bei Kelterborn (2002) verwendeten Items

heißen: „Ich finde mich damit ab, dass es passiert ist.“, „Ich akzeptiere, dass es nicht mehr zu ändern ist.“, „Ich akzeptiere, dass es geschehen ist.“ und „Ich lerne, damit zu leben.“ *Cronbach's alpha* in der vorliegenden Arbeit ist .74.

Die Instruktion lautet: „Bitte geben Sie jeweils an, wie sehr jede der folgenden Aussagen im Laufe der letzten 7 Tage auf Sie zugetroffen hat.“ Im Untersuchungsgruppen-Fragebogen findet sich dieses Instrument unter der Nr. 28, im Fragebogen der Kontrollgruppe-Gruppe unter der Nr. 23. Um dieses Instrument für beide Gruppen verwenden zu können, wurden die letzten beiden Items krankheits*unspezifisch* umformuliert in „Mein Glaube wurde durch schwierige Lebensumstände gestärkt“ statt „durch die Krankheit gestärkt“ und in „Ich weiß, dass alles gut sein wird, egal wie mein Leben verläuft“ statt „egal wie sich meine Krankheit entwickelt.“

9.7.2 Messung von Religiosität

Neuere Ansätze zur Messung von Religiosität fordern, Religiosität multidimensional zu erfassen (z.B. Huber, 2003; Shreve-Neiger & Edelstein, 2004), um der Komplexität des Phänomens gerecht zu werden. Religiosität wurde deshalb in der vorliegenden Studie über verschiedene Maße erfasst. Abgebildet wird die Bedeutsamkeit bzw. Stärke über die Skala „Zentralität“ (Huber, 2003). Daneben werden religiöse Inhalte negativen und positiven Charakters über die Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC) von Murken, Schönhofen, Appel und Müller (in Vorbereitung) erfasst.

Die Zentralitätsskala

Zur Messung der Alltagsrelevanz der Religiosität wurde in der vorliegenden Studie die Zentralitätsskala von Huber (2003) in der Zehn-Item-Fassung eingesetzt. Diese Skala ist ein deutsches Instrument und ist konzeptualisiert als ein Maß, das die Stärke des Einflusses misst, den Religiosität im Alltag hat. Es sollte also das Ausmaß abgebildet werden, in dem das alltägliche Erleben und Verhalten von Religiosität bestimmt werden. Nach Huber (2003) ist es über die Skala Zentralität möglich, grundlegende Ausdrucksformen von Religiosität über die fünf Indikatoren Interesse, Ideologie, Gebet, Erfahrung und Gottesdienst zu erfassen. Dabei werde Zentralität

weitgehend unabhängig von religiösen Inhalten oder Traditionen gemessen (Huber, 2003). Die Skala kann als hochreliables (*Cronbach's alpha* = .91) und valides Instrument bezeichnet werden (vgl. Huber, 2003). In der vorliegenden Arbeit liegt *Cronbach's Alpha* bei .94.

Für acht der zehn Items ist das Antwortschema eine fünfstufige Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten von 1 („nie“ bzw. „gar nicht“) bis 5 („sehr oft“ bzw. „sehr“). Bei fünf der Items soll beurteilt werden, wie sehr eine Aussage zutrifft, bei drei der Items, wie häufig der Inhalt der Aussage erlebt wird. Die beiden restlichen Items erfassen zunächst den Gottesdienstbesuch und das Gebetsverhalten in differenziert aufgefächerten Kategorien, werden aber für die Berechnung der Skala auf ein fünfstufiges Antwortschema umcodiert.

Die vorliegende Arbeit folgt dem Vorschlag Hubers (2003) die Zentralität in Stufen bzw. Kategorien von „hoch-religiös“, „religiös“ und „nicht-religiös“ einzuteilen. „Nicht-religiös“ umfasst den Punktwert 0 bis 12, religiös umfasst den Bereich 13 bis 27, bei 28 bis 48 Punkten spricht Huber (2003) von „hoch-religiös“.

Die Bedeutsamkeit von Religiosität (Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping)

Zur Erfassung der Gefühle gegenüber Gott, des Verhalten Gottes und des religiösen Copings wurden in der vorliegenden Arbeit die Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC) von Murken et al. (in Vorbereitung) gewählt. Das Konstrukt „*Verhalten Gottes*“ ist in drei Subskalen unterteilt: „hilfreich und unterstützend“ (*Cronbach's alpha* = .95), „herrschend und strafend“ (*Cronbach's alpha* = .76) und „passiv“ (*Cronbach's alpha* = .79). Die Antwortkategorien der 15 Items sind 5-stufig von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr). In der vorliegenden Arbeit lag die Güte für die Subskalen zwischen .76 und .95.

Das Konstrukt „*Gefühle gegenüber Gott*“ ist ebenfalls in drei Subskalen unterteilt: „Gefühle gegenüber Gott, positiv“ (*Cronbach's alpha* = .96), „Gefühle gegenüber Gott, negativ, auf das Selbst bezogen“ (*Cronbach's alpha* = .87) und „Gefühle gegenüber Gott, negativ, auf Gott bezogen“ (*Cronbach's alpha* = .84). In der vorliegenden Arbeit lag die Güte der Skalen zwischen .84 und .87. Die Antwortkategorien der 15 Items sind 5-stufig von 1 (nie) bis 5 (sehr oft).

Das Konstrukt „*Religiöses Coping*“ hat zwei Subskalen („positives religiöses Coping“, *Cronbach's alpha* = .97 und „negatives religiöses Coping“, *Cronbach's alpha* = .91). Die Gütwerte in der vorliegenden Arbeit entsprechen den berichteten Werten. Die Antwortkategorien der 12 Items sind 5-stufig von 1 (nicht) bis 5 (völlig).

Veränderung der Religiosität

Zur Beurteilung der subjektiv erlebten Veränderung der Religiosität wurden in der Untersuchungsgruppe alle religiösen Skalen in der Retrospektive vor der Erkrankung erhoben.

9.7.3 Sinnfindung

Wie bereits im Kapitel über die Sinnfindung (5.6.1) beschrieben ist, wurde zur Erfassung dieses Konstruktes ebenfalls ein krebsspezifisches Instrument gewählt, welches „Sinnfindung“ gegen „Glaube“ in Form von zwei Subskalen gegeneinander abgrenzt.

Das Konstrukt der Sinnfindung wurde operationalisiert über eine der Subskalen des Facit-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well Being Scale; Peterman et al., 2002). Die Subskalen bilden „Sinn“ und „Glaube“ ab. Für die Unterskala „Sinn“ wird die Reliabilität *Cronbach's alpha* = .81, für die Unterskala „Glaube“ *Cronbach's alpha* = .88 angegeben. In der vorliegenden Arbeit betragen die Werte für „Sinn“ *Cronbach's alpha* = .84, für „Glaube“ .89.

Das Antwortschema ist 5-stufig von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr). Ein Beispiel-Item für die Subskala „Sinn“ heißt: „Ich habe einen Grund zu leben“. Ein Beispiel-Item für die Subskala „Glaube“ ist: „Ich finde Kraft in meinem Glauben“.

9.7.4 Abgrenzung der Sinnfindung von Religiositätsvariablen

Religiosität beinhaltet zu einem großen Teil Sinnfindungsaspekte (Gall & Cornblat, 2002). Insofern ist davon auszugehen, dass es inhaltliche Überlappungen sowohl zwischen Sinnfindung und der Zentralität der Religiosität als auch zwischen Sinnfindung und dem positiven religiösen Coping gibt. Um sicherzugehen, dass dennoch hinlängliche Unterschiede zwischen den Variablen bestehen, wurden die

Zusammenhänge mittels Korrelationen überprüft. Dabei ist weniger als ein mittlerer Zusammenhang ($r \leq .60$; Brosius, 2004, S. 525) erwünscht. Für beide Gruppen dieser Arbeit ergeben sich Korrelationen (Pearson-Koeffizient, zweiseitig mit listenweisem Fallausschluss) unter Berücksichtigung beider Messzeitpunkte mit Werten im Bereich von $r = .16$ (Sinnfindung zu t_1 mit Zentralität zu t_1 , $p < .01$) bis $r = .33$ (Sinnfindung zu t_2 mit Positivem religiösen Coping zu t_2 , $p < .001$). Es handelt sich um signifikante, aber moderate Korrelationen, was anzeigt, dass die Konstrukte hinlänglich voneinander abgegrenzt werden können.

9.8 Anpassungsmaße

9.8.1 Angst und Depressivität

Die vorliegende Arbeit thematisiert die Analyse der Angst und Depression im Rahmen einer Darmkrebsstudie. Geringe Angst und Depressivität wird dabei als Indikator und Ausdruck eines gelungenen Anpassungsprozesses aufgefasst. Damit wird bewusst die subjektive Komponente des Bewältigungsprozesses betont, „Anpassung“ meint nicht objektiv messbare Heilung oder Genesung, wie sie durch Überlebensraten oder Lebensverlängerungszeiten erfasst werden könnte.

Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version (HADS-D)

Die *Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version* (Herrmann, Buss & Snaith, 1995) ist ein Screening-Instrument zur Erfassung von Angst und Depressivität im Kontext somatischer Medizin. Sie wird verwendet, um psychische Beeinträchtigung bei Patienten mit primär somatischen Erkrankungsbildern einzuschätzen.

Die Subskala *Angst* erfasst Symptome, die großteils den Leitlinien zur generalisierten Angststörung (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informaton [DIMDI] im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 1994) entsprechen. Sie reichen von allgemeinen Befürchtungen über Nervosität und Spannung bis hin zu eher körperlich bezogenen Angstsymptomen. Der Symptombereich charakterisiert eher Ängstlichkeit (*state anxiety*) als manifeste stabile Angstphänomene (*trait anxiety*). Über die HADS-D kann ein Summenwert für Angst und Depressivität angegeben werden. Daneben kann über Cut-Off-Werte

zwischen auffälligen, grenzwertigen und unauffälligen Angst- und Depressionswerten unterschieden werden.

Items der *Depressivitätsskala* fragen nach dem Verlust von Lebensfreude und Motivation. Auch Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs werden angesprochen, die nach ICD-10 zu den Leitsymptomen von depressiven Episoden zählen.

Die interne Konsistenz der Angstsкала beträgt nach Angaben der Testautoren *Cronbach's alpha* = .80, die der Depressivitätsskala *Cronbach's alpha* = .81. Die interne Konsistenz für die vorliegende Stichprobe beträgt für die Angstsкала *Cronbach's alpha* = .80, für die Depressivitätsskala *Cronbach's alpha* = .82.

Die Subskalen bestehen aus je sieben Items, für die jeweils ein vierstufiges Antwortformat vorgegeben ist.

9.8.2 Gesundheitszustand und Lebensqualität

In der vorliegenden Arbeit sollten Gesundheitszustand und Lebensqualität nicht nur in der Untersuchungsgruppe erfasst werden, sondern auch mit der Kontrollgruppe verglichen werden. Deshalb wurden Einzel-Items aus einem Gesamtfragebogen gewählt, die im Folgenden vorgestellt werden.

EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer)

Der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) Lebensqualitäts-Fragebogen ist ein integriertes System zur Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Krebspatienten, der in verschiedenen internationalen klinischen Studien erfolgreich eingesetzt wird (www.eortc.be; Fayers et al., 2001). Der EORTC ist verfasst sowohl zur Anwendung von Multi-Item-Skalen für bestimmte Symptome, als auch zur Anwendung von Einzel-Items zur Erfassung des globaleren Gesundheitszustandes und der globaleren Lebensqualität. Für diese Arbeit ausgewählt wurden die beiden letzten Items aus dem gesamten Fragebogen. Der Gesundheitszustand wurde erfragt mit dem Item Nr. 29 des Gesamtfragebogens, welches lautet: „Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?“ Analog lautet die Frage zur Lebensqualität: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?“ und ist

das Item Nr. 30 aus dem Gesamtwerk EORTC QLQ-C30 (Version 3.0). Das Antwortformat ist 7-stufig gewählt von 1 (sehr schlecht) bis 7 (ausgezeichnet).

Mit den zwei Einzel-Items des EORTC wurden also die Individuen nach ihrem Gesundheitszustand und der Lebensqualität der letzten Woche gefragt, die sie auf einer Skala von „1“ für *sehr schlecht* bis „7“ für *ausgezeichnet* beantworten konnten.

Der Gesundheitszustand der Gesamtstichprobe hatte einen Mittelwert von 4.95 ($SD = 1.33$, *Range* 1-7) zu t_1 und einen Mittelwert von 5.23 ($SD = 1.18$, *Range* 1-7) zu t_2 .

Die Lebensqualität der Gesamtstichprobe hatte einen Mittelwert von 5.04 ($SD = 1.44$, *Range* 1-7) zu t_1 und einen Mittelwert von 5.33 ($SD = 1.24$, *Range* 1-7) zu t_2 .

Die Antworten beider Items waren zu beiden Zeitpunkten nicht normalverteilt und wiesen eine Rechtsschiefe auf.

9.8.3 Krankheitsspezifisches Wohlbefinden

Dieses Messinstrument ist konzipiert für verschiedene Krebserkrankungen. In dieser Arbeit wurde das Modul für „Darmkrebs“ gewählt.

FACT-C (Functional Assessment of Cancer – Colorectal)

Das krankheitsspezifische Wohlbefinden wurde erfasst über das Instrument FACT-C (Functional Assessment of Cancer – Colorectal) Die Antwortkategorien reichen von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr). Der Fragebogen besteht aus fünf Teilbereichen. Er enthält Fragen zum körperlichen, seelischen, funktionellen und auf den Darmkrebs bezogenen Wohlergehen und den Bereich des Verhältnisses zu Freunden, Bekannten und Familie. *Cronbach's alpha* lag in verschiedenen Stichproben für die Subskalen zwischen .56 und .86, für die Gesamtskala zwischen .85 und .91. In der vorliegenden Arbeit lagen die Werte für *Cronbach's alpha* bei den Unterskalen zwischen .67 und .84, für die Gesamtskala bei .92.

9.8.4 Posttraumatische persönliche Reifung

Wie in Kapitel 7.1 beschrieben wird, gibt es die Annahme, dass das Durchleben von kritischen Lebensereignissen Menschen einen Zuwachs an persönlicher Reife

bescheren kann. Deshalb wird das Konstrukt der posttraumatischen persönlichen Reifung in der vorliegenden Arbeit als Anpassungsmerkmal mit dem Fragebogen zu Posttraumatischen Veränderungen (PPR) von Maercker und Langner (2001) operationalisiert:

Posttraumatische Veränderungen (PPR)

Der Fragebogen „Posttraumatische Veränderungen“ (PPR) von Maercker und Langner (2001) besteht aus 21 Items, unterteilt in 5 Subskalen. Die einzelnen Skalen beinhalten „neue Möglichkeiten“ (Beispiel-Item: „Ich beschritt einen neuen Weg in meinem Leben.“), „Beziehungen zu anderen“ (Beispiel: „Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen.“), „Wertschätzung des Lebens“ (Beispiel: „Ich würdige jeden Tag“), „persönliche Stärke“ (Beispiel: „Ich entdeckte, dass ich stärker bin als ich dachte“) und „religiöse Veränderungen“ (Beispiel: „Ich habe jetzt ein größeres Verständnis für religiöse und geistige Dinge.“).

Die Güte für die Unterskalen lag in der von Maercker und Langner (2001) beschriebenen Stichprobe zwischen *Cronbach's alpha* = .67 und .85 für die Unterskalen und bei .90 für die Gesamtskala. In der vorliegenden Arbeit lagen die Werte bei *Cronbach's alpha* = .80 und .86 für die Subskalen und .93 für die Gesamtskala. Die Antwortkategorien sind 6-stufig von 1 (überhaupt nicht) bis 6 (sehr stark).

9.9 Statistische Verfahren

Alle Berechnungen wurden mit Standardverfahren aus dem statistischen Programmpaket SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Version 14) durchgeführt.

10 Ergebnisse zu den Hypothesen

10.1 Wohlbefinden der Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt

Hypothese 1:

Die erste Hypothese befasste sich mit dem querschnittlichen Vergleich der beiden Gruppen (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe) zum ersten Messzeitpunkt.

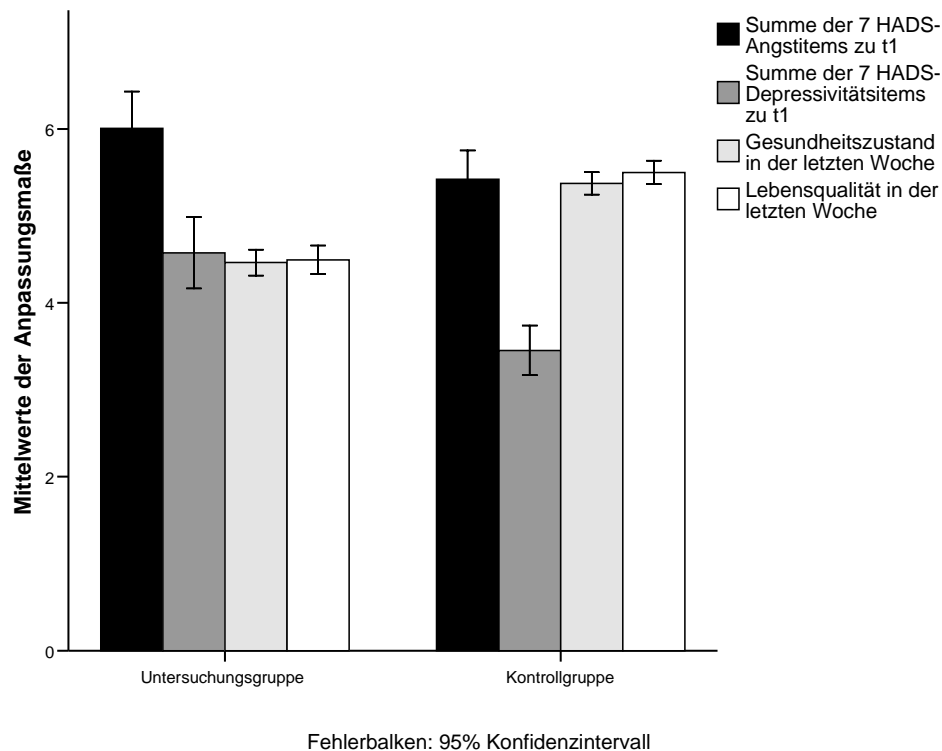
Mit einer multivariaten Varianzanalyse wurde getestet, ob die Werte für Angst, Depressivität, Lebensqualität und Gesundheitszustand zwischen den Gruppen unterschiedlich waren. Für Angst und Depressivität wurde erwartet, dass die Werte der Untersuchungsgruppe höher, die Werte für Lebensqualität und Gesundheitszustand niedriger sein würden (s. Abbildung 5). Die unabhängigen Variablen waren Kontrollgruppe versus Untersuchungsgruppe. Die in die Rechnung eingegangenen Variablen der Anpassungsmaße sind Angst und Depressivität aus dem HADS-D und Gesundheitszustand und Lebensqualität aus dem EORTC. Bei den angegebenen Werten der deskriptiven Statistik für Angst und Depressivität handelt es sich um Skalensummenwerte mit einem Wertebereich von 0 bis 21.

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Gruppe. [$F(4,648) = 24.55, p < .001, Wilks-\lambda = .87; \eta_p^2 = .13$]. Die Untersuchungsgruppe unterschied sich signifikant von der Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt in der vorhergesagten Richtung: für Angst [$F(1,651) = 4.52, p \leq .03, \eta_p^2 = .01$], für Depressivität [$F(1,651) = 19.23, p < .001, \eta_p^2 = .03$], für den Gesundheitszustand [$F(1,651) = 82.28, p < .001, \eta_p^2 = .11$] und für die Lebensqualität [$F(1,651) = 86.78, p < .001, \eta_p^2 = .12$].

Die Kontrollgruppe wies geringere Angstwerte ($M = 5.42, SD = 3.01$) als die Untersuchungsgruppe ($M = 6.01, SD = 3.93$) und geringere Depressionswerte auf ($M = 3.45, SD = 2.59$ vs. $M = 4.58, SD = 3.81$).

Die Werte für den Gesundheitszustand waren für die Kontrollgruppe höher ($M = 5.38, SD = 1.17$ vs. $M = 4.46, SD = 1.39$), ebenso die Werte für die Lebensqualität ($M = 5.50, SD = 1.22$ vs. $M = 4.50, SD = 1.51$).

Abbildung 5 Balkendiagramm mit Fehlerbalken (95 % Konfidenzintervall) gruppiert nach beiden Stichprobengruppen für die Anpassungsmaße Angst und Depressivität (HADS-D; Herrmann, Buss & Snaith, 1995) Lebensqualität und Gesundheitszustand (EORTC) zum ersten Messzeitpunkt



Die Ergebnisse der ersten Hypothese bestätigten die Annahme, dass sich an Krebs erkrankte Menschen relativ kurz nach der Diagnose insgesamt schlechter fühlen als gesunde Menschen ähnlichen Alters.

10.2 Anpassungsänderung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten

Die zweite Hypothese beinhaltet einen längsschnittlichen Vergleich ausschließlich der Untersuchungsgruppe bezüglich aller erfassten Anpassungsmaße mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung. In diese Hypothese (Hypothese 2c) wurde neben den Anpassungsmaßen, die in Hypothese 1 eingingen, zusätzlich noch die posttraumatische persönliche Reifung (PPR, Maercker & Langner, 2001) mit einbezogen.

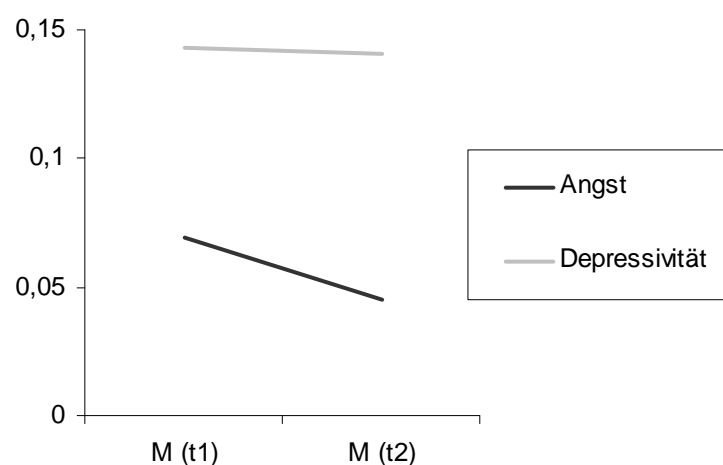
Hypothese 2 a und b:

Es wurde im ersten Teil der Hypothese 2a angenommen, dass sich die Werte für Angst und Depressivität über die Zeit verbessern, sodass sie zum zweiten Messzeitpunkt niedriger sind als zum ersten Messzeitpunkt. Hierzu wurde zunächst für die Hypothese 2a eine multivariate Varianzanalyse gerechnet. Die abhängigen Variablen waren Angst zu t_1 und zu t_2 und Depressivität zu t_1 und zu t_2 (HADS-D).

Die negativen Anpassungsmaße der Untersuchungsgruppe (Angst und Depressivität) wurden z-standardisiert und gingen so in die Berechnungen ein.

Es zeigte sich kein Haupteffekt des Faktors Zeit [$F(1,293) = .07$, n.s., $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = .00$]. Ebenfalls zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt der negativen Anpassungsmaße [$F(1,293) = 3.42$, n.s., $Wilks-\lambda = .99$, $\eta_p^2 = .01$] und keine Interaktion zwischen dem Faktor Anpassungsmaß und Zeit [$F(1,293) = .19$, n.s., $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = .00$]. Die Werte für Angst und Depressivität waren in der Untersuchungsgruppe zum 2. Messzeitpunkt (Angst: $M = .05$, $SD = 1.08$; Depressivität: $M = .14$, $SD = 1.16$) nicht signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt (Angst: $M = .07$, $SD = 1.13$; Depressivität: $M = .14$, $SD = 1.16$). Zur Veranschaulichung wurden die Verläufe der beiden Anpassungsmaße von t_1 zu t_2 in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6 Mittelwerte der z-transformierten Skalenwerte von Angst und Depressivität (HADS-D; Herrmann, Buss & Snaith, 1995) für die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten



Im zweiten Teil der Hypothese (2b) wurde angenommen, dass die Werte des allgemeinen Gesundheitszustandes, die allgemeine Lebensqualität (EORTC), das

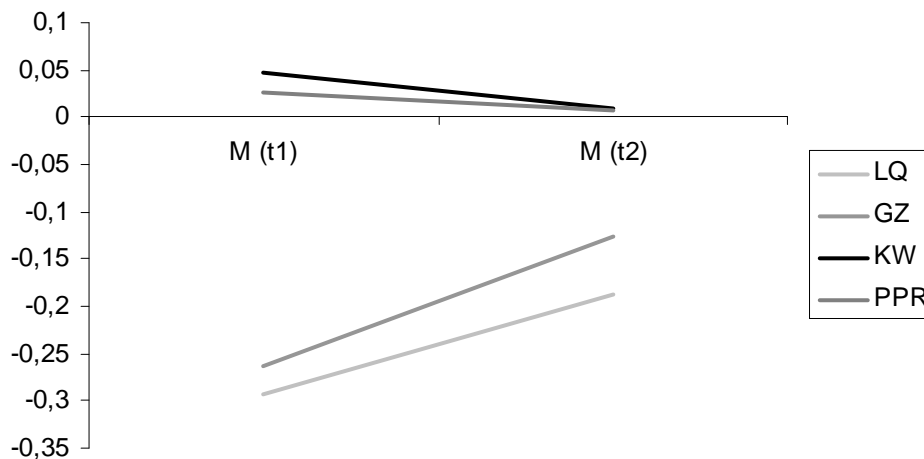
krankheitsspezifische Wohlbefinden (FACT-C) und die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung (PPR) zum ersten Messzeitpunkt niedriger sind als zum 2. Messzeitpunkt.

Hierzu wurde eine multivariate Messwiederholungsanalyse gerechnet mit den abhängigen Variablen Lebensqualität (EORTC), Gesundheitszustand (EORTC), krankheitsspezifisches Wohlbefinden FACT-C) und posttraumatische persönliche Reifung (PPR), jeweils zu t_1 und zu t_2 . Alle positiven Anpassungsmaße der Untersuchungsgruppe wurden auch hier z-transformiert und gingen so in die Berechnungen ein. Zudem wurden Effektstärken berechnet. Nach Bortz und Döring (1995, S.568) sind d -Werte von $d = 0.20$ als klein, $d = 0.50$ als mittel und $d = 0.80$ als groß zu klassifizieren. Berechnet wurden die Effektstärken für unabhängige Stichproben nach Cohen (1988, zitiert nach Gediga, 1999). Die Berechnung der Effektstärken für abhängige Stichproben wurde gemäß der GPower Ergänzungen nach Rasch, Friese, Hofmann und Naumann (2006) vorgenommen.

Der Faktor Zeit [$F(1,282) = 1.41$, n.s., $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = .01$] hatte keinen Haupteffekt. Signifikant wurde der Haupteffekt des Faktors positives Anpassungsmaß [$F(3,280) = 20.27$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .82$, $\eta_p^2 = .18$]. Das Anpassungsmaß posttraumatische persönliche Reifung unterschied sich signifikant von dem Anpassungsmaß Lebensqualität [$t(283) = 3.84$; $p < .001$; $d_z = 0.23$; M der posttraumatischen persönlichen Reifung = 0.01, $SD = 0.94$; M der Lebensqualität = -0.24, $SD = 0.91$]. Das Anpassungsmaß posttraumatische persönliche Reifung unterschied sich ebenfalls signifikant von dem Anpassungsmaß Gesundheitszustand [$t(282) = 3.16$; $p < .01$; $d_z = 0.19$; M der posttraumatischen persönlichen Reifung = 0.02; $SD = 0.94$; M des Gesundheitszustandes = -0.20; $SD = 0.88$]. Das Anpassungsmaß Lebensqualität unterschied sich signifikant von dem Anpassungsmaß des krankheitsspezifischen Wohlbefindens [$t(299) = -5.64$; $p < .001$; $d_z = 0.32$; M der Lebensqualität = -0.25; $SD = 0.90$; M des krankheitsspezifischen Wohlbefindens = 0.00; $SD = 0.90$]. Ebenso unterschied sich das Anpassungsmaß Gesundheitszustand signifikant von dem Anpassungsmaß krankheitsspezifische Wohlbefinden [$t(298) = -4.59$; $p < .001$; $d_z = 0.27$; M des Gesundheitszustandes = -0.21; $SD = 0.87$; M des krankheitsspezifischen Wohlbefindens = 0.01; $SD = 0.89$]. Signifikant wurde auch die Interaktion zwischen den Faktoren positives Anpassungsmaß und Zeit [$F(3,280) = 2.76$, $p < .05$, $Wilks-\lambda = .97$, $\eta_p^2 = .03$].

Der Verlauf der vier Anpassungsmaße ist in Abbildung 6 veranschaulicht.

Abbildung 7 Mittelwerte der z-transformierten Skalenwerte von LQ (Lebensqualität; EORTC), GZ (Gesundheitszustand; EORTC), KW (krankheitsspezifisches Wohlbefinden; Ward et al., 1999) und PPR (posttraumatische persönliche Reifung; Maercker & Langner, 2001) für die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten.



Um zu klären, welche Variablen für die Interaktion verantwortlich waren, wurden für jedes Anpassungsmaß t -Tests gerechnet für gepaarte Stichproben (Untersuchungsgruppe zu t_1 und t_2).

Signifikant wurde nur die Variable *Gesundheitszustand* [$t(282) = -2.11, p < .05; d_z = -0.13; M$ zu $t_1 = -0.26, SD = 0.99; M$ zu $t_2 = -0.13, SD = 1.09$].

Lebensqualität [$t(282) = -1.65, n.s.; M$ zu $t_1 = -0.29, SD = 1.02; M$ zu $t_2 = -0.19, SD = 1.09$], krankheitsspezifisches Wohlbefinden [$t(282) = 0.93, n.s.; M$ zu $t_1 = 0.05; SD = 0.99; M$ zu $t_2 = 0.01; SD = 0.99$] und posttraumatische persönliche Reifung [$t(282) = 0.40, n.s.; M$ zu $t_1 = 0.03; SD = 1.02; M$ zu $t_2 = 0.01; SD = 1.01$] wurden nicht signifikant.

Das bedeutet, dass sich lediglich die Werte der Variable *Gesundheitszustand* signifikant über die Zeit verbesserten. Der zweite Teil der Hypothese 2 ließ sich also nur bezüglich einer Variable bestätigen: Nur der Wert des Faktors *Gesundheitszustand* war zum ersten Messzeitpunkt in der Untersuchungsgruppe signifikant niedriger als zum zweiten Messzeitpunkt. Die Werte für *Lebensqualität*, *krankheitsspezifisches Wohlbefinden* und *posttraumatische persönliche Reifung*

waren in der Untersuchungsgruppe nach einem halben Jahr nicht höher als zum ersten Messzeitpunkt (in der ersten Woche des Reha-Aufenthaltes).

10.3 Veränderung der posttraumatischen persönlichen Reifung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten

Hypothese 2c:

In dieser Hypothese wurde postuliert, dass speziell die Werte der fünf Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung in der Untersuchungsgruppe zu t_1 niedriger sein werden als zu t_2 .

Mit einer multivariaten Varianzanalyse mit dem Faktor Zeit (t_1 versus t_2) und dem Faktor posttraumatische persönliche Reifung (bestehend aus fünf Subskalen) als abhängige Variable wurde getestet, ob und wie sich die Werte der fünf Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung über die Zeit in der Untersuchungsgruppe unterscheiden. Es zeigten sich keine signifikanten Haupteffekte. Der Faktor posttraumatische persönliche Reifung wurde nicht signifikant [$F(1,246) = 0.08$, n.s.; $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = 0.01$], der Faktor Zeit wurde nicht signifikant [$F(1,249) = 0.94$, n.s.; $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = 0.01$] und die Interaktion zwischen den Faktoren posttraumatische persönliche Reifung und Zeit wurde ebenfalls nicht signifikant [$F(1,246) = 0.32$, n.s.; $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = 0.01$]. In Abbildung 8 wurden die Mittelwerte der fünf Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung zu beiden Messzeitpunkten dargestellt. Die Werte der Subskalen unterschieden sich nicht zwischen den beiden Messzeitpunkten. Damit wurde die dritte Annahme der zweiten Hypothese widerlegt. Patienten gewannen innerhalb der sechs Monate zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht an persönlicher Reifung.

Zusammenfassend zur gesamten Hypothese 2 lässt sich sagen:

Die Werte des allgemeinen Gesundheitszustandes verbesserten sich signifikant.

Angst und Depressivität veränderten sich nicht. Die Werte der Faktoren Lebensqualität und krankheitsspezifisches Wohlbefinden veränderten sich nicht. Ebenso wenig veränderte sich der Wert für die Gesamtskala der posttraumatischen persönlichen Reifung, noch die Werte der einzelnen Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung.

10.4 Vergleich der Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Anpassungsmerkmale

Die dritte Hypothese umfasst beide untersuchten Gruppen und zwei Messzeitpunkte mit einer Latenz von sechs Monaten. Die dritte Hypothese ist also im Vergleich zur ersten Hypothese um den zweiten Messzeitpunkt erweitert worden.

Die Analyse erfolgte varianzanalytisch mit Messwiederholungsfaktor. Als Ergebnis wurde eine Vergleichbarkeit bezüglich der Anpassungsmaße beider Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt angestrebt: Die Werte der Untersuchungsgruppe bezüglich der Anpassungsmaße sollten sich zum 2. Messzeitpunkt so verbessert haben, dass sie sich nicht mehr von den Werten der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt unterscheiden.

Hypothese 3:

In der dritten Hypothese wurde angenommen, dass sich die Werte der Anpassungsmaße der Untersuchungsgruppe zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr von den Werten der Kontrollgruppe unterscheiden werden. Es wurden vier Varianzanalysen mit Messwiederholung für die abhängigen Variablen Angst, Depressivität, Gesundheitszustand und Lebensqualität, jeweils zu t_1 und zu t_2 berechnet. Bei den angegebenen deskriptiven Werten für Angst und Depressivität handelt es sich um Skalenmittelwerte mit einem Wertebereich von 0 bis 3.

Angst als abhängige Variable: Für Angst ergab sich ein tendenziell signifikanter Haupteffekt für den Faktor Gruppe [$F(1,591) = 3.26, p < .08, \eta_p^2 = 0.01$]. Bei den Gesunden waren die Angstwerte niedriger als in der Kontrollgruppe (s. Tabelle 2).

Weiterhin zeigte sich ein tendenziell signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit [$F(1,591) = 3.59, p < .06, Wilks-\lambda = .99; \eta_p^2 = 0.01$]. Entsprechend der deskriptiven Statistik in Tabelle 4 war ein Anstieg der Angst vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt in beiden Gruppen zu verzeichnen.

Die Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe und Zeit wurde nicht signifikant [$F(1,591) = 0.61, n.s., Wilks-\lambda = 1.00; \eta_p^2 = 0.001$]. Der Unterschied der beiden Gruppen zum zweiten Messzeitpunkt war zwar niedriger als zum ersten, es zeigte sich aber keine Signifikanz.

Zusammenfassend zeigte sich, dass sowohl die Gruppenzugehörigkeit als auch die Messzeitpunkte tendenziellen Einfluss auf die Angst hatten. Entsprechend der deskriptiven Werte in Tabelle 2 war ein Anstieg der Angst in beiden Gruppen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zu verzeichnen.

Tabelle 2 Deskriptive Statistiken der Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich Angst und Depressivität der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten

	Angst		Depressivität	
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂
UG	0.85 (0.57)	0.87 (0.58)	0.64 (0.55)	0.64 (0.58)
KG	0.77 (0.42)	0.81 (0.48)	0.49 (0.37)	0.50 (0.40)

n = 293

Die Abbildung 8 veranschaulicht den tendenziellen Haupteffekt des Faktors Gruppe und den tendenziellen Haupteffekt des Faktors Zeit für die abhängige Variable Angst.

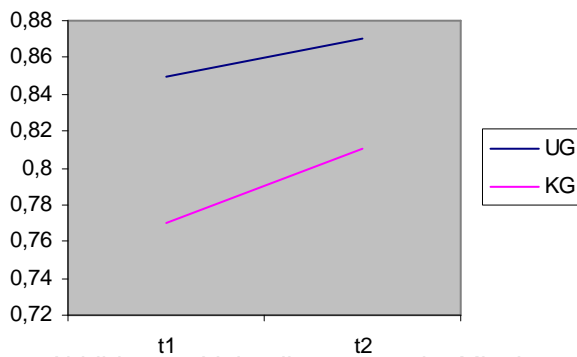


Abbildung 8 Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Angst zu beiden Messzeitpunkten t₁ und t₂ für beiden Stichprobengruppen

Depressivität als abhängige Variable: Für die Depressivität ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Gruppe [$F(1,591) = 17.04, p < .001$]. Allerdings wurden nur etwa 3 % der Varianz durch die Gruppenzugehörigkeit aufgeklärt ($\eta_p^2 = 0.03$). Die Depressivität war bei den Gesunden geringer als bei den Individuen der Untersuchungsgruppe. Die Werte der deskriptiven Statistiken sind aus Tabelle 2 ersichtlich. Es zeigte sich kein Haupteffekt für den Faktor Zeit [$F(1,591) = 0.153; n.s., Wilks-\lambda = 0.70; \eta_p^2 = 0.001$]. Die Werte der Depressivität unterschieden sich zwischen den Messzeitpunkten nicht. Auch wurde die Interaktion zwischen den

Faktoren Zeit und Gruppe nicht signifikant [$F(1,591) = 0.153$, n.s.; $Wilks-\lambda = 0.70$; $\eta_p^2 = 0.001$]. Die deskriptiven Werte finden sich in Tabelle 2. Zusammenfassend ließ sich also bezüglich der Depressivität feststellen, dass die Werte der Kontrollgruppe unabhängig vom Messzeitpunkt niedriger waren als die der Untersuchungsgruppe. Der Haupteffekt des Faktors Gruppe ist in Abbildung 9 für die abhängige Variable Depressivität dargestellt.

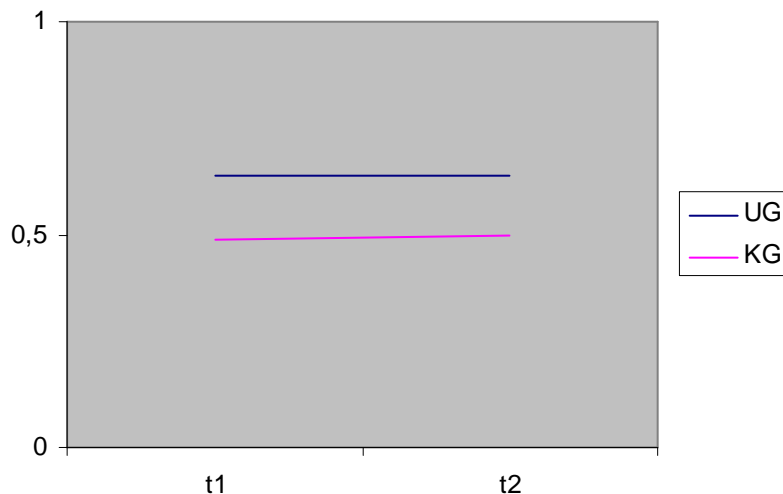


Abbildung 9 Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Depressivität zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen

Gesundheitszustand als abhängige Variable: Hinsichtlich des Gesundheitszustandes traten drei signifikante Haupteffekte auf:

Der erste für den Faktor Gruppe [$F(1,591) = 17.04$, $p < .001$, $\eta_p^2 = 0.08$]. Dieser bestand darin, dass die Werte des Gesundheitszustandes der Kontrollgruppe höher waren als die der Untersuchungsgruppe (siehe Tabelle 3).

Der zweite Haupteffekt zeigte sich für den Faktor Zeit [$F(1,597) = 28.45$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .96$; $\eta_p^2 = 0.05$]. Dieser bestand darin, dass sich unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes zwischen den Messzeitpunkten ergab. Die deskriptiven Werte sind aus Tabelle 4 ersichtlich.

Auch die Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe und Zeit wurde signifikant [$F(1,597) = 27.11$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .96$, $\eta_p^2 = 0.04$].

Um den Ursprung der Interaktion zu erklären, wurden zusätzlich t -Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Hier zeigte sich, dass die Gruppenunterschiede zu beiden Messzeitpunkten signifikant wurden: Gesundheitszustand zu t_1 [$t(589) = -8.49, p < .001; d = 0.70$], Gesundheitszustand zu t_2 [$t(589) = -3.50, p < .001; d = 0.28$]. Die Mittelwerte in Tabelle 3 geben Aufschluss darüber, dass die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten niedrigere Werte bezüglich des Gesundheitszustands aufwies als die Kontrollgruppe.

Um zu klären, ob sich die Werte des Gesundheitszustandes innerhalb der Gruppen im Laufe der Zeit veränderten, wurden t -Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Für die Untersuchungsgruppe ergab sich ein signifikanter Unterschied [$t(292) = -6.60, p < .001; d_z = 0.42$] in der Form, dass ein Ansteigen des Gesundheitszustandes über die Zeit zu verzeichnen war (Tabelle 4). In der Kontrollgruppe ergab sich kein Unterschied [$t(297) = -.10, n.s.; d_z = 0.02$]. Die Abbildung 10 veranschaulicht die Haupteffekte, die sich bezüglich der abhängigen Variablen Gesundheitszustand ergaben: den Haupteffekt des Faktors Gruppe, den Haupteffekt des Faktors Zeit und die Interaktion zwischen den Faktoren Zeit und Gruppe.

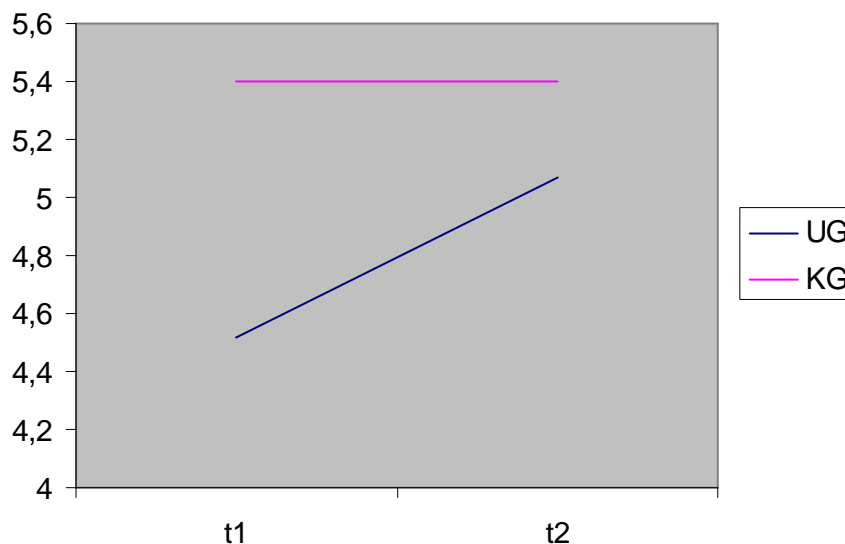


Abbildung 10 Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Gesundheitszustand zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen

Lebensqualität als abhängige Variable: Auch bei der Lebensqualität zeigten sich drei signifikante Effekte. Der erste für den Faktor Gruppe [$F(1,598) = 71.81, p < .001$]. Die

deskriptiven Ergebnisse in Tabelle 3 zeigen, dass die Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten niedrigere Werte bezüglich Lebensqualität aufwies als die Kontrollgruppe. Der zweite Haupteffekt zeigte sich für den Faktor Zeit [$F(1,598) = 27.70$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .96$]. Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit stieg die Lebensqualität zwischen den Messzeitpunkten an. Die deskriptiven Werte sind in Tabelle 4 dargestellt.

Auch die Interaktion zwischen beiden Faktoren wurde signifikant [$F(1,598) = 23.44$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .96$]. t -Tests für unabhängige Stichproben ergaben, dass die Unterschiede der Gruppen zu beiden Messzeitpunkten signifikant waren: Lebensqualität zu t_1 [$t(589) = -9.01$, $p < .001$; $d = 0.21$], Lebensqualität zu t_2 [$t(589) = -4.86$, $p < .001$; $d = 0.02$]. Um zu klären, ob sich die Werte der Lebensqualität innerhalb der Gruppen im Laufe der Zeit veränderten, wurden t -Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Für die Untersuchungsgruppe ergab sich ein signifikanter Unterschied [$t(292) = -6.33$, $p < .001$; $d_z = 0.38$] in der Form, dass ein Ansteigen der Lebensqualität über die Zeit zu verzeichnen war (Tabelle 3).

Tabelle 3 Deskriptive Statistiken der Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der t -Tests für abhängige Stichproben bezüglich Gesundheitszustand und Lebensqualität der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten

	Gesundheitszustand			Lebensqualität		
	t_1	t_2	t (df)	t_1	t_2	t (df)
UG	4.52 (1.35)	5.07 (1.28)	-6.60 (292)***	4.55 (1.17)	5.09 (1.08)	-6.33 (292)***
KG	5.40 (1.15)	5.40 (1.04)	-0.10 (297)	5.55 (1.17)	5.57 (1.08)	-0.33 (297)

$n = 293$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

In der Kontrollgruppe ergab sich kein Unterschied [$t(297) = -.33$, n.s.], so dass davon auszugehen ist, dass sich die Lebensqualität der Kontrollgruppe nicht über die Zeit veränderte. In Abbildung 11 sind die Haupteffekte bezüglich der abhängigen Variable Lebensqualität dargestellt.

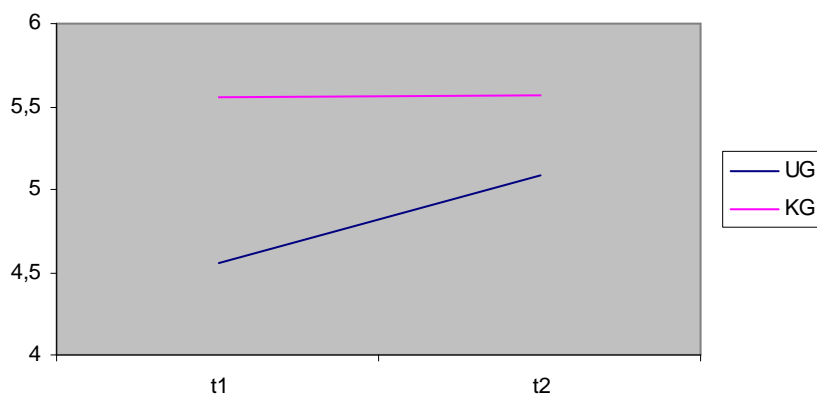


Abbildung 11 Liniendiagramme der Mittelwerte des Anpassungsmaßes Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten t_1 und t_2 für beiden Stichprobengruppen.

Eine kurze Zusammenfassung der dritten Hypothese ließe sich folgendermaßen darstellen: Berechnet wurden mögliche Gruppenunterschiede (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe), sowie mögliche Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (t_1 und t_2) und deren mögliche Interaktion zu den vier Anpassungsmaßen Angst, Depressivität, Lebensqualität und Gesundheitszustand.

Tabelle 4 Deskriptive Statistiken der Mittelwertsaggregate über die Zeit und über die Gruppen und Ergebnisse von t -Tests (für unabhängige Stichproben bei Mittelwertsaggregaten über die Zeit, für abhängige Stichproben bei Mittelwertsaggregaten über die Gruppen) bezüglich Angst, Depressivität, Gesundheitszustand und Lebensqualität

	Angst	Depressivität	Gesundheitszustand	Lebensqualität
UG (t_1&t_2)	.88 (.52)	.66 (.51)	4.70 (1.19)	4.73 (1.27)
KG (t_1&t_2)	.80 (.42)	.50 (.35)	5.38 (.98)	5.51 (1.02)
t (df)	2.15 (645.36)*	4.58 (602.74)***	-8.01 (645.35)***	-8.72 (641.76)***
UG&KG (t_1)	.81 (.50)	.57 (.47)	4.96 (1.33)	5.05 (1.43)
UG&KG (t_2)	.84 (.53)	.57 (.50)	5.24 (1.18)	5.33 (1.24)
t (df)	-1.92 (590) [†]	-.41 (590)	-5.10 (590)***	-4.92 (590)***

n (über die Zeit) = 660, n (über die Gruppen) = 591, [†] $p < 0.06$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

In Tabelle 4 wurden summarisch die Inhalte dargestellt. Gesundheitszustand und Lebensqualität stiegen über die Messzeitpunkte an. Angst und Depressivität waren in der Kontrollgruppe niedriger als in der Untersuchungsgruppe, Gesundheitszustand

und Lebensqualität waren in der Kontrollgruppe höher als in der Untersuchungsgruppe. In beiden Gruppen verbesserten sich Gesundheitszustand und Lebensqualität, in der Untersuchungsgruppe jedoch signifikant.

Im Hinblick auf die Eingangshypothese könnte geschlussfolgert werden, dass sich die Depressivität zwar zwischen den Gruppen unterschied, aber der Messzeitpunkt keinen Einfluss hatte. Gruppenunterschiede zeigten sich auch bei den anderen Anpassungsmaßen Angst, Gesundheitszustand und Lebensqualität. Der Messzeitpunkt hatte nur einen tendenziellen Einfluss auf die Angst, jedoch signifikanten Einfluss auf Gesundheitszustand und Lebensqualität. Insgesamt war die Anpassung an die Erkrankung eher schlecht. Angst und Depressivität wurde nicht geringer, allerdings verbesserten sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität in der Untersuchungsgruppe zwischen den Messzeitpunkten signifikant.

10.5 Zusammenhang zwischen Religiosität und Sinnfindung

In der vierten Hypothese wurden wieder beide Gruppen zu zwei Messzeitpunkten (t_1 und t_2) betrachtet. Inhaltlich beschäftigte sich die Fragestellung mit dem Zusammenhang von Religiosität und Sinnfindung. Es wurde angenommen, dass unabhängig davon, ob ein Individuum krank oder gesund ist, gelten sollte: je höher die Religiosität, desto ausgeprägter ist die Sinnfindung, weil Religiosität in besonderem Maße als sinnstiftendes Element betrachtet werden kann. Hier wurden die aktuellen Bezeichnungen für die einzelnen Zentralitätsstufen („nicht-religiös“, „religiös“ und „hoch-religiös“) nach Huber (2008) gewählt.

Hypothese 4a:

In der vierten Hypothese wurde angenommen, dass höher religiöse Individuen sowohl aus der Untersuchungsgruppe, als auch aus der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten höhere Sinnfindungswerte aufweisen sollen als nicht religiöse Individuen. Der Grund für diese Annahme lag darin, dass Religiosität eine Form der Sinnfindung darstellen kann. Deskriptive Statistiken zu dieser Hypothese finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5 Deskriptive Statistiken für die Variable Sinnfindung (FACIT-Sp; Peterman et al., 2002) aufgeteilt in Subgruppen nach Zentralität der Religiosität (Huber, Reich & Schenker, 2003) zu t_1 für beide Stichproben und beide Messzeitpunkte

Sinnfindung	Nicht-religiöse (n = 191)	Religiöse (n = 256)	Hoch-religiöse (n = 146)	Gesamt (n = 593)
UG t_1	22.26 (6.55)	23.35 (5.52)	25.05 (5.54)	23.45 (5.92)
KG t_1	23.94 (4.86)	24.32 (4.59)	25.80 (4.50)	24.54 (4.71)
Gesamtgruppe t_1	23.17 (5.75)	23.82 (5.10)	25.42 (5.06)	24.00 (5.37)
UG t_2	21.74 (7.00)	23.62 (5.37)	25.29 (5.22)	23.48 (6.00)
KG t_2	23.58 (5.45)	23.85 (4.69)	25.76 (4.17)	24.21 (4.92)
Gesamtgruppe t_2	22.73 (6.27)	23.73 (5.04)	25.52 (4.73)	23.85 (5.49)

Zunächst wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet, in welche die Sinnfindung zu beiden Messzeitpunkten als abhängige Variable (Messwiederholungsfaktor) und die Gruppenzugehörigkeit (Untersuchungsgruppe versus Kontrollgruppe) und Zentralität zu t_1 als unabhängige Variable eingegeben wurden. Sowohl die Untersuchungsgruppe als auch die Kontrollgruppe wurde mittels Zentralitätsvariable der Religiosität in die drei von Huber (2004) vorgeschlagenen Gruppen „nicht-religiös“, „religiös“ und „hoch-religiös“ eingeteilt. Für den Faktor Zeit zeigte sich kein Haupteffekt [$F(1,587) = 0.77$, n.s., $Wilks-\lambda = 1.0$; $\eta_p^2 = 0.01$]. Es ergaben sich allerdings zwei andere Haupteffekte. Der eine für die Gruppenzugehörigkeit [$F(1,587) = 5.62$, $p < .05$; $\eta_p^2 = 0.01$], der andere für die Zentralität der Religiosität [$F(2,587) = 11.51$, $p < .001$; $\eta_p^2 = 0.04$]. Die Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe) und Zentralität der Religiosität wurde nicht signifikant [$F(2,587) = 0.88$, n.s.; $\eta_p^2 = 0.003$].

Um den Haupteffekt der Zentralität der Religiosität zu überprüfen, wurden Post-Hoc-Tests nach Scheffé und Bonferroni gerechnet. Hier zeigte sich, dass sich die nicht-religiösen Individuen signifikant von den hoch-religiösen bezüglich der Sinnfindung (t_1 und t_2) unterschieden (Mittlere Differenz $MD = -2.52$, Standardfehler $SE = 0.54$, $p < .001$; $d = 0.44$). Außerdem unterschieden sich die religiösen von den hoch-religiösen Individuen signifikant ($MD = -1.69$, $SE = 0.51$, $p < .01$; $d = 0.31$; s. Tabelle 6). Die Kontrollgruppe wies insgesamt eine höhere Sinnfindung auf als die Untersuchungsgruppe, was aufgrund des Haupteffektes der Gruppenzugehörigkeit

als signifikant gewertet werden kann. Die Effektstärke war jedoch sehr klein ($d = 0.19$).

Tabelle 6 *Mehrfachvergleiche von Post-Hoc-Tests nach Scheffé: Mittlere Differenzen, Standardfehler und Signifikanzniveaus*

	Nicht-religiöse	Religiöse
Religiöse	.83 (.47)	-
Hoch-religiöse	2.52 (.54)***	1.69 (.51)**

$n = 593$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Insofern lässt sich konstatieren, dass – unabhängig vom Messzeitpunkt – hoch-religiöse Individuen höhere Sinnfindungswerte aufwiesen als Individuen mit weniger Bedeutsamkeit der Religiosität im eigenen Leben. Dieses Ergebnis war unabhängig von der Zeit. In der Sinnfindung hoben sich die hoch-religiösen Individuen deutlich von den anderen Individuen mit schwächer ausgeprägter Religiosität ab, so dass ein *qualitativer Unterschied* zwischen der Gruppe der Hoch-religiösen und dem restlichen Pool, bestehend aus Religiösen und Nicht-religiösen, angenommen werden kann. Es zeigte sich also kein Unterschied bezüglich der Sinnfindung zwischen den religiösen und nicht-religiösen Individuen. Signifikante Unterschiede gab es zwischen den nicht-religiösen und hoch-religiösen und zwischen den religiösen und hoch-religiösen Individuen.

Hypothese 4b:

Im zweiten Teil der Hypothese 4 (4b) wurde angenommen, dass nicht-religiöse Menschen aus der Untersuchungsgruppe sowohl zu t_1 , als auch zu t_2 niedrigere Werte bei der Sinnfindung aufweisen werden als hoch-religiöse. Hierzu wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Als unabhängiger Faktor wurde die Zuordnung zu den drei Zentralitätsstufen zu t_1 gewählt. Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt der Zentralitätsstufe zu t_1 [$F(2,292) = 6.97$, $p < .01$, $\eta_p^2 = 0.05$]. Post-Hoc-Tests nach Scheffé und Bonferroni zeigten Unterschiede bezüglich der Sinnfindung zwischen den hoch- und nicht-religiösen Individuen (Mittlere Differenz $MD = 3.17$, Standardfehler $SE = 0.85$, $p < .01$; $d = 0.43$; s. Abbildung 12).

Es zeigten sich weder ein signifikanter Haupteffekt für die Zeit [$F(1,292) = .001$, n.s., $Wilks-\lambda = 1.00$, $\eta_p^2 = .001$], noch wurde die Interaktion zwischen Zeit und Zentralität der Religiosität signifikant [$F(2,292) = 0.94$, n.s., $Wilks-\lambda = .99$, $\eta_p^2 = .006$].

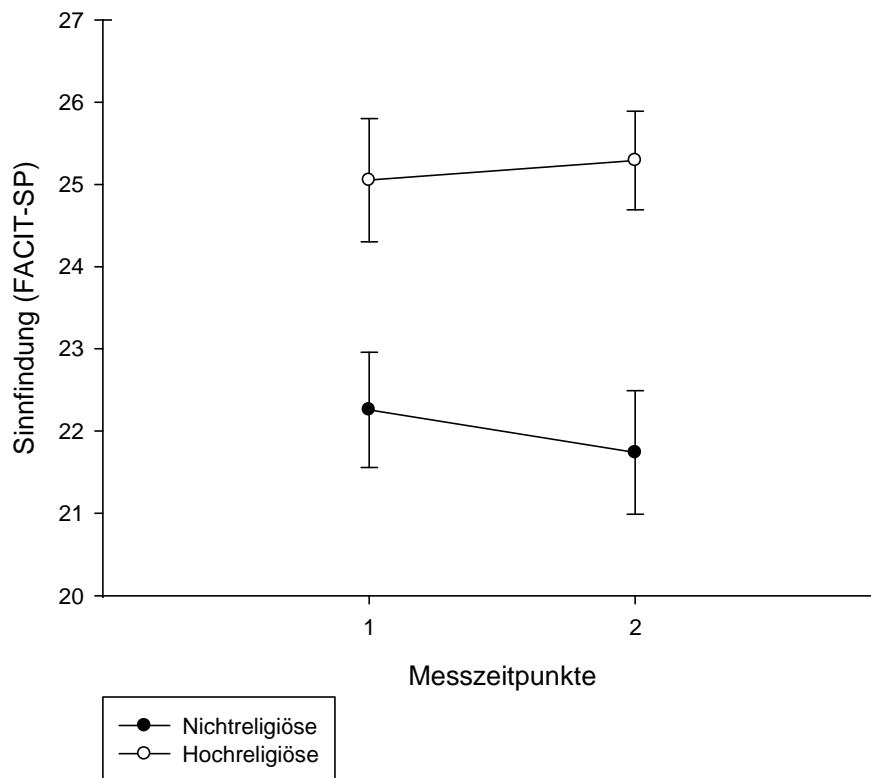


Abbildung 12 Liniendiagramm mit Fehlerbalken (± 1 SE), in dem die Mittelwerte für „Sinfindung“ (FACIT-Sp; Peterman et al., 2002) sowohl für nicht-religiöse als auch hoch-religiöse Individuen der Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten dargestellt sind

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass die Zentralität der Religiosität eine wichtige Rolle bei der Sinfindung unabhängig vom Messzeitpunkt hatte. Nicht-religiöse Individuen der Untersuchungsgruppe fanden weniger Sinn als hoch-religiöse.

10.6 Zusammenhänge zwischen Coping und Anpassung der

Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten

Die fünfte Hypothese beschäftigte sich in fünf Abschnitten mit den Zusammenhängen zwischen den untersuchten Coping-Inhalten und den Werten in den untersuchten

Anpassungsmaßen. Es wurden verschiedene Regressionsanalysen gerechnet, um die Anteile der Varianzaufklärung einzelner Coping-Bemühungen bezogen auf die Anpassungsmaße darstellen zu können. Diese Hypothese betrachtete ausschließlich die Untersuchungsgruppe, da die Individuen dieser Gruppe mit der Bewältigung des kritischen Lebensereignisses einer Darmkrebsdiagnose konfrontiert waren. Das Design ist längsschnittlich. Hier lag also das Hauptanliegen auf den Anpassungsmaßen zum zweiten Messzeitpunkt. Die Anpassungsmaße zu t_2 sollten vorhergesagt werden aufgrund des Copings zu t_1 .

Hypothesen 5a, b & c:

In den Hypothesen 5a, b und c sollte geprüft werden, ob und wie unterschiedliche Coping-Bereiche mit den verschiedenen Anpassungsmaßen zusammenhängen, indem längsschnittlich die jeweilige Varianzaufklärung überprüft wird. In dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Modell (s. Abbildung 3) wurden drei inhaltlich voneinander differenzierte Coping-Bereiche untersucht: zum einen emotions- und problembezogenes Coping (Hypothese 5a), außerdem religiöses Coping (Hypothese 5b) und schließlich Sinnfindung (Hypothese 5c). Diese drei unterschiedlichen Coping-Bereiche wurden als Prädiktoren für alle fünf Anpassungsmaße (s. Kap. 9.8) in Regressionsanalysen eingegeben. Die sechs Anpassungsmaße Angst, Depressivität, Lebensqualität, Gesundheitszustand, krankheitsspezifisches Wohlbefinden und posttraumatische persönliche Reifung, jeweils zu t_2 erfasst, stellten somit abhängige Variablen in den Regressionsmodellen dar, deren Varianzaufklärung durch die Prädiktoren, die zu t_1 erfasst wurden, überprüft wurde.

Zunächst wurde die Variable Geschlecht vorgeschaltet (Schritt 1). In die erste Regression wurden alle Subskalen des problem- und emotionsorientierten Copings eingegeben (s. Tabelle 7). In der zweiten Regressionsanalyse wurden beide Formen religiösen Copings eingegeben (s. Tabelle 8). In eine dritte Regression wurde Sinnfindung als Prädiktor eingegeben (s. Tabelle 9). Als Maß der Güte des Regressionsmodells wurde das korrigierte R^2 gewählt, welches im folgenden R^2 benannt wird.

Das Anpassungsmaß Angst als abhängige Variable: Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(6,273) = 21.98, p < .001, R^2 = 0.34$]. 34 % der Varianz in der Angst wurden durch

Geschlecht und problem- und emotionsorientierte Coping-Bemühungen aufgeklärt. Es zeigte sich (Tabelle 7), dass die beiden Coping-Formen Depressive Verarbeitung und Bagatellisieren signifikant an der Varianzaufklärung beteiligt waren, und dass mit dem Ansteigen von Depressiver Verarbeitung und Bagatellisieren und Wunschenken die Angst anstieg.

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(2,284) = 23.18, p < .001, R^2 = 0.19$]. Sowohl das positive religiöse Coping als auch das negative religiöse Coping leistete signifikante Vorhersage; höheres positives religiöses Coping ging einher mit geringerer Angst, und höheres negatives religiöses Coping ging einher mit höherer Angst (Tabelle 8). 19 % in der Varianz der Angst wurden durch Geschlecht und religiöses Coping aufgeklärt.

Im Bereich der Sinnfindung (Hypothese 5c) stellte sich dieser Coping-Bereich als signifikant heraus [$F(1,299) = 73,55, p < .001, R^2 = 0.33$]. Es zeigte sich (Tabelle 9), dass höhere Sinnfindung mit niedrigerer Angst einherging. 33 % in der Varianz der Angst wurde also durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt.

Das Anpassungsmaß Depressivität als abhängige Variable: Die nächsten drei Regressionsanalysen wurden für die abhängige Variable Depressivität durchgeführt. Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurden das Gesamtmodell signifikant [$F(6,272) = 13.92, p < .001, R^2 = 0.25$]. Es zeigte sich, dass die beiden Coping-Formen Aktives problemorientiertes Coping und Depressive Verarbeitung signifikant an der Varianzaufklärung beteiligt waren (Tabelle 7). 25 % der Varianz der Depressivität wurden durch Geschlecht, Aktives problemorientiertes Coping und Depressive Verarbeitung aufgeklärt.

Höheres aktives problemorientiertes Coping ging mit niedrigerer Depressivität einher und höhere depressive Verarbeitung mit höherer Depressivität.

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(2,283) = 10.71, p < .001, R^2 = 0.09$]. Sowohl das positive religiöse Coping als auch das negative religiöse Coping leistete signifikante Vorhersage: Höheres positives religiöses Coping ging einher mit geringerer Depressivität, und höheres negatives religiöses Coping ging einher mit höherer Depressivität (Tabelle 8). R^2 betrug 0.09, das heißt, dass 9 % in der Varianz der Depressivität aufgeklärt wurden durch Geschlecht und religiöses Coping.

Im Bereich der Sinnfindung (Hypothese 5c) stellte sich dieser Coping-Bereich als signifikant heraus [$F(1, 298) = 81.12, p < .001, R^2 = 0.35$]. Es zeigte sich (Tabelle 9), dass höhere Sinnfindung mit niedrigerer Depressivität einherging. 35 % in der Varianz der Angst konnte also durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt werden.

Das Anpassungsmaß Lebensqualität als abhängige Variable: Im Weiteren wurden Regressionsanalysen für die abhängige Variable Lebensqualität durchgeführt. Die Eingabe und Berechnung erfolgte analog den vorhergehenden Berechnungen zu Angst und Depressivität. Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurde ebenfalls das Gesamtmodell signifikant [$F(6,273) = 10.67, p < .001, R^2 = 0.20$]. Als einzige Coping-Form war hier depressive Verarbeitung signifikant an der Varianzaufklärung beteiligt. 20 % der Varianz der Lebensqualität wurden durch Geschlecht und depressive Verarbeitung aufgeklärt. Je höher die Werte der depressiven Verarbeitung, desto niedriger die Lebensqualität (Tabelle 1).

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(2,284) = 7.46, p < .01, R^2 = 0.06$]. Die beiden Verarbeitungsmöglichkeiten des religiösen Copings leisteten signifikanten Anteil an der Vorhersage von Lebensqualität: Das positive religiöse Coping und das negative religiöse Coping. Höheres positives religiöses Coping ging einher mit höherer Lebensqualität, und höheres negatives religiöses Coping ging einher mit niedrigerer Lebensqualität (Tabelle 8). R^2 betrug 0.06, was eine Varianzaufklärung von 6 % durch Geschlecht und das religiöse Coping bedeutet.

Im Bereich der Sinnfindung (Hypothese 5c) stellte sich dieser Coping-Bereich als signifikant heraus [$F(1,299) = 44.92, p < .001, R^2 = 0.23$]. Es zeigte sich (Tabelle 9), dass höhere Sinnfindung mit höherer Lebensqualität einherging. 23 % in der Varianz der Angst wurden durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt.

Das Anpassungsmaß Gesundheitszustand als abhängige Variable: In die folgenden Regressionsanalysen ging Gesundheitszustand als abhängige Variable ein. Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurde wie in den vorherigen Analysen das Gesamtmodell signifikant [$F(6,272) = 10.12, p < .001, R^2 = 0.19$]. Depressive Verarbeitung leistete eine signifikante Vorhersage, Bagatellisieren und Wunschdenken eine tendenziell signifikante Vorhersage. Je

höher die Werte der beiden Skalen, desto schlechter war der Gesundheitszustand (Tabelle 7).

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(2,283) = 7.30, p < .01, R^2 = 0.06$]. Beide Formen des religiösen Copings leisteten signifikante Vorhersagen. Höheres positives religiöses Coping ging einher mit besserem Gesundheitszustand, und höheres negatives religiöses Coping ging einher mit niedrigerem Gesundheitszustand (Tabelle 8).

Im Bereich der Sinnfindung (Hypothese 5c) stellte sich dieser Coping-Bereich als signifikant heraus [$F(1,298) = 40.01, p < .001, R^2 = 0.21$]. Es zeigte sich, dass höhere Sinnfindung mit besserem Gesundheitszustand einherging. 21 % in der Varianz des Gesundheitszustands wurden durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt (Tabelle 9).

Das Anpassungsmaß Krankheitsspezifisches Wohlbefinden als abhängige Variable: Die fünfte geprüfte abhängige Variable war das krankheitsspezifische Wohlbefinden.

Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurde das Gesamtmodell signifikant [$F(6,275) = 17.93, p < .001, R^2 = 0.26$]. Die depressive Verarbeitung leistete signifikante Vorhersage, eine tendenziell signifikante Vorhersage erbrachte auch das Aktive Problemlösen. Je mehr depressive Verarbeitung, desto geringer das krankheitsspezifische Wohlbefinden (Tabelle 7). Tendenzuell positiv ist das Aktive Problemlösen mit krankheitsspezifischem Wohlbefinden assoziiert. R^2 betrug 0.30, was 30 % Varianzaufklärung durch dieses Modell bedeutet.

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde wieder das Gesamtmodell signifikant [$F(2,284) = 13.86, p < .01, R^2 = 0.12$]. Beide Formen des religiösen Copings (Hypothese 5b) ermöglichten eine signifikante Vorhersage des krankheitsspezifischen Wohlbefindens. Höheres positives religiöses Coping ging einher mit besserem krankheitsspezifischen Wohlbefinden, höheres negatives religiöses Coping ging einher mit schlechterem krankheitsspezifischen Wohlbefinden (Tabelle 8).

Sinnfindung wurde in einer weiteren Regressionsanalyse (Hypothese 5c) signifikant [$F(1,300) = 85.62, p < .001, R^2 = 0.36$]. Es zeigte sich, dass höhere Sinnfindung mit besserem krankheitsspezifischem Wohlbefinden einherging (Tabelle 9). 36 % in der

Varianz des krankheitsspezifischen Wohlbefindens wurde durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt.

Das Anpassungsmaß Posttraumatische persönliche Reifung als abhängige Variable: Als letzte abhängige Variable ging die posttraumatische persönliche Reifung in die Regressionsanalysen ein. Im Bereich des problem- und emotionsorientierten Copings (Hypothese 5a) wurde wieder das Gesamtmodell signifikant [$F(6,269) = 13.22, p < .01, R^2 = 0.24$]. Es zeigte sich, dass die Coping-Formen Depressive Verarbeitung, Aktives Problemlösen und Ablenkung und Selbstaufbau signifikant an der Varianzaufklärung beteiligt sind (Tabelle 7). Je höher die Werte auf den Skalen Aktives Problemlösen und Ablenkung und Selbstaufbau, desto höher waren die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung (Tabelle 7). Die depressive Verarbeitung war negativ mit posttraumatischer persönlicher Reifung assoziiert. R^2 betrug 0.24, was eine Varianzaufklärung von 24 % durch dieses Regressionsmodell bedeutet.

Im Bereich des religiösen Copings (Hypothese 5b) wurde ebenfalls das Gesamtmodell signifikant. [$F(2,277) = 8.27, p < .001, R^2 = 0.07$]. Von den beiden Formen des religiösen Copings (Hypothese 5b) leistete nur positives religiöses Coping eine signifikante Vorhersage der posttraumatischen persönlichen Reifung. Laut Tabelle 8 geht höheres positives religiöses Coping mit höherer posttraumatischer persönlicher Reifung einher. 7 % der Varianz posttraumatischer persönlicher Reifung wurden durch Geschlecht und positives religiöses Coping aufgeklärt.

Das Regressionsmodell mit Sinnfindung als Prädiktor (Hypothese 5c) wurde signifikant [$F(1,292) = 24.11, p < .001, R^2 = 0.14$]. Entsprechend Tabelle 9 ging höhere Sinnfindung mit höherer posttraumatischer persönlicher Reifung einher. 14 % der Varianz des Anpassungsmaßes wurden durch Geschlecht und Sinnfindung aufgeklärt.

Fazit zur Vorhersage der Anpassungsmaße: Zusammenfassend ließ sich zeigen, dass höhere Werte auf der Skala Depressive Verarbeitung maladaptiv für alle berechneten Anpassungsmaße waren. Für die Vorhersage aller Anpassungsmerkmale war ebenfalls positives religiöses Coping und Sinnfindung signifikant in der Varianzaufklärung, allerdings in umgekehrter Richtung: Höhere Werte des positiven religiösen Copings und höhere Sinnfindung wirkten adaptiv.

Negatives religiöses Coping wirkte auf alle Anpassungsmaße bis auf das der posttraumatischen persönlichen Reifung maladaptiv; bei der posttraumatischen persönlichen Reifung wurde keine Varianz durch negatives religiöses Coping aufgeklärt.

Aktives problemorientiertes Coping hatte auf drei Anpassungsmaße mindestens tendenziellen Einfluss im Sinne von adaptiver Wirkung: Je mehr aktives problemorientiertes Coping eingesetzt wurde, desto niedriger waren die Werte der Depressivität, desto besser war das krankheitsspezifische Wohlbefinden und desto höher waren die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung. Der Coping-Inhalt Bagatellisieren und Wunschdenken spielte eine Rolle für die Anpassungsmaße Angst und Gesundheitszustand. Je mehr Bagatellisieren und Wunschdenken eingesetzt wurde, desto höher war die Angst und desto (tendenziell) niedriger war der Gesundheitszustand. Ablenkung und Selbstaufbau wurde nur bei dem Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung signifikant. Je mehr diese Coping-Form eingesetzt wurde, desto höher waren die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung.

Tabelle 7 Beta-Regressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von problem- und emotionsorientierten Coping-Strategien zu t_1 (Hypothese 5a, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet

Coping	Anpassung	Angst (t_2)	Depressivität (t_2)	Lebensqualität (t_2)	Gesundheitszustand (t_2)	Krankheitsspezifisches Wohlbefinden (t_2)	Posttraumatische persönliche Reifung (t_2)
Geschlecht		-.17***	-.01	.06	.06	.10 ^T	-.20***
Aktives Problemorientiertes Coping (t_1)		-.05	-.21**	.08	.10	.11 ^T	.20**
Depressive Verarbeitung (t_1)		.45***	.38***	-.38***	-.34***	-.48***	-.16**
Ablenkung & Selbstaufbau (t_1)		.02	-.03	.07	.10	-.12	.28***
Bagatellisieren & Wunschdenken (t_1)		.17**	.08	-.08	-.13*	-.06	.04
Sozialer Abwärtsvergleich (t_1)		-.02	.03	-.03	-.02	.01	.07
Akzeptanz (t_1)		.04	-.05	.04	-.02	.04	.03
R^2		.34***	.25***	.20***	.19***	.30***	.24***

$n = 277-283$, ^T $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabelle 8 Beta-Reggressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von religiösen Coping-Strategien zu t_1 (Hypothese 5b, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet

Anpassung \ Coping	Angst (t_2)	Depressivität (t_2)	Lebensqualität (t_2)	Gesundheitszustand (t_2)	Krankheitsspezifisches Wohlbefinden (t_2)	Posttraumatische persönliche Reifung (t_2)
Geschlecht	.24***	-.10 [†]	.14*	.16**	.18***	-.07
positives religiöses Coping (t_1)	-.14**	-.18**	.17**	.18**	.15**	.25***
negatives religiöses Coping (t_1)	.35***	.28***	-.19***	-.19**	-.29***	.06
R^2	.19***	.09***	.06***	.06**	.12***	.07***

$n = 281-288$, [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabelle 9 Beta-Reggressionskoeffizienten und Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R^2) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage Sinnfindung zu t_1 (Hypothese 5c, Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet

Anpassung \ Coping	Angst (t_2)	Depressivität (t_2)	Lebensqualität (t_2)	Gesundheitszustand (t_2)	Krankheitsspezifisches Wohlbefinden (t_2)	Posttraumatische persönliche Reifung (t_2)
Geschlecht	.18***	-.01	.05	.07	.10*	-.18***
Sinnfindung (t_1)	-.52***	-.59***	.47***	.44***	.58***	.36***
R^2	.33***	.35***	.23***	.21***	.36***	.14***

$n = 288-296$, [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

10.7 Die Bedeutsamkeit von Sinnfindung auf die Vorhersage der Anpassung der Untersuchungsgruppe

Hypothese 5d:

In den folgenden Analysen wurde die Kernfragestellung der vorliegenden Arbeit geprüft: Bei gleichzeitigem Einbezug der vier Coping-Bereiche [emotionsorientiert, problemorientiert (diese beiden Coping-Formen wurden in den vorhergehenden Regressionen in einen Block eingegeben), religiös und sinnfindend] sollte Sinnfindung zusätzlich noch Varianz in der Anpassungsleistung aufklären und somit eine inkrementelle Vorhersage leisten. Es wurde eine blockweise lineare Regression gerechnet. Als 1. Block ging die Kontrollvariable „Geschlecht“ ein. In den 2. Block wurden – je nach vorherzusagendem Anpassungsmaß – alle zuvor signifikant

gewordenen Coping-Stile außer „Sinnfindung“ zu t_1 per Einschluss-Methode eingegeben.

Tabelle 10 Standardisierte Regressionskoeffizienten (β) aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von Coping-Strategien zu t_1 (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet, in den 2. Block flossen signifikant gewordene Coping-Strategien ein, in den 3. Block wurde die Coping-Strategie „Sinnfindung“ zu t_1 eingegeben. Dargestellt werden alle Werte des Gesamtmodells

Coping	Anpassung	Angst (t_2)	Depressi- -vität (t_2)	Lebens- -qualität (t_2)	Gesundheits- -zustand (t_2)	Krankheits- -spezifisches Wohlbefinde- n (t_2)	Posttrau- -matische persönliche Reifung (t_2)
Geschlecht		-.14**	.01	.06	.07	.07	-.16**
Depressive Verarbeitung (t_1)		.20**	.15*	-.19**	-.12	-.24***	-.01*
Bagatellisieren und Wunschdenken (t_1)		.18**	-	-	-.12*	-	-
Aktives problemorientiertes Coping (t_1)		-	-.11*	-	-	.03	.17**
Ablenkung und Selbstaufbau (t_1)		-	-	-	-	-	.28***
positives religiöses Coping (t_1)		.00	-.00	.02	.04	-.03	.17**
negatives religiöses Coping (t_1)		.14*	.07	-.01	.01	-.06	-
Sinnfindung (t_1)		-.30***	-.47***	.37***	.35***	.43***	.22**

$n = 271-278$, [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Die Werte in der Tabelle 10 verdeutlichen den großen Einfluss der depressiven Verarbeitung als auch die der Sinnfindung. Vorwegnehmend zu den nächsten Berechnungen und Ergebnissen sei auf Tabelle 11 hingewiesen, in der die Varianzaufklärung der einzelnen Modelle dargestellt ist: Es stellte sich heraus, dass Sinnfindung über die jeweiligen anderen Coping-Stile bei allen sechs Anpassungsmaßen zusätzliche Varianz aufklärte. Besonders bedeutsam im Vergleich zu anderen Coping-Stilen erwies sich Sinnfindung bei der Vorhersage von Depressivität und krankheitsspezifischem Wohlbefinden: Je höher Sinnfindung, desto geringer war die Depressivität und desto höher war das krankheitsspezifische Wohlbefinden. Dies zeigte sich noch einmal deutlich anhand der in Tabelle 10 dargestellten Werte. Da Beta-Gewichte ihrer Streufunktion enthoben sind, sind

sie direkt miteinander vergleichbar. Alle folgenden Beschreibungen werden in Tabelle 11 zusammenfassend im Überblick dargestellt.

Das Modell zur Prädiktion von Angst wurde signifikant [$F(4,266) = 31.92, p < .001, \Delta R^2 = 0.31$]. In den nächsten Block wurde Sinnfindung eingegeben und es zeigte sich ein signifikanter Zuwachs an Prädiktionskraft [$F(1,265) = 33.40, p < .001, \Delta R^2 = 0.06$]. Das bedeutet, dass Sinnfindung zusätzlich zu allen anderen signifikant gewordenen Coping-Bemühungen immer noch fast 6 % der Varianz in der Angst klärte.

Für das Modell zur Prädiktion von Depressivität wurde ebenfalls das Geschlecht als Kontrollvariable vorgeschaltet. In den nächsten Block wurden die zuvor signifikant gewordenen Coping-Anstrengungen eingegeben und das Modell wurde signifikant [$F(4,269) = 20.77, p < .001, \Delta R^2 = 0.26$]. 12 % der Varianz des Anpassungsmaßes Depressivität wurden allein über Sinnfindung vorhergesagt [$F(1,268) = 29.24, p < .001, \Delta R^2 = 0.12$].

Zur Berechnung des Anpassungsmaßes Lebensqualität wurde analog der vorhergehenden Berechnungen vorgegangen. Der zweite Block mit den zuvor signifikant gewordenen religiösen und nicht-religiösen Coping-Stilen wurde signifikant zur Prädiktion der Lebensqualität [$F(3,273) = 16.49, p < .001, \Delta R^2 = 0.17$]. Der dritte Block, in den Sinnfindung eingegeben wurde, wurde ebenfalls signifikant [$F(1,272) = 21.06, p < .001, \Delta R^2 = 0.08$]. 8 % der Varianz des Anpassungsmaßes Lebensqualität konnten über Sinnfindung geklärt werden.

Die Prädiktion des Anpassungsmaßes Gesundheitszustand wurde signifikant, wenn nach der vorgeschalteten Kontrollvariable Geschlecht alle zuvor signifikant gewordenen Coping-Inhalte eingegeben wurden [$F(4,265) = 11.73, p < .001, \Delta R^2 = 0.16$]. Sinnfindung wurde inkrementell signifikant [$F(1,264) = 15.19, p < .001, \Delta R^2 = 0.08$]. Wie bei der Lebensqualität konnten zusätzlich 8 % der Varianz des Gesundheitszustandes durch Sinnfindung erklärt werden.

Zur Berechnung der Vorhersage des krankheitsspezifischen Wohlbefindens wurde ebenso wie bisher vorgegangen. Der zweite Block mit den zuvor signifikant gewordenen religiösen und nicht-religiösen Coping-Stilen wurde signifikant [$F(3,273) = 28.74, p > .001, \Delta R^2 = 0.25$]. Der dritte Block mit Sinnfindung wurde ebenfalls signifikant [$F(1,272) = 38.16, p < .001, \Delta R^2 = 0.12$]. Immerhin 12 % der Varianz des krankheitsspezifischen Wohlbefindens ließen sich durch Sinnfindung aufklären.

Das letzte berechnete Anpassungsmaß war das der posttraumatischen persönlichen Reifung. Auch hier wurde der zweite Block, in den alle zuvor signifikant gewordenen Coping-Bemühungen bezüglich dieses Anpassungsmaßes eingingen, signifikant [$F(4,266) = 22.13, p < .001, \Delta R^2 = 0.28$]. Auch der dritte Block mit der Variablen Sinnfindung wurde signifikant, jedoch war der Effekt deutlich schwächer als für die anderen Anpassungsmaße [$F(1,265) = 20.77, p < .01, \Delta R^2 = 0.03$].

Tabelle 11 Der Koeffizient ΔR^2 aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von Coping-Stilen zu t_1 (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block Coping-Stile (religiöse und nicht-religiöse) ein, in den 3. Block wurde Sinnfindung zu t_1 eingegeben

	Anpassung	Angst (t_2)	Depressi- vität (t_2)	Lebens- qualität (t_2)	Gesundheits- zustand (t_2)	Krankheits- spezifisches Wohlbefinden (t_2)	Posttrau- matische persönliche Reifung (t_2)
Coping							
Geschlecht		.07***	.01*	.02*	.02*	.04**	.01*
Signifikant gewordene nicht-religiöse & religiöse Coping- Strategien (t_1)		.31***	.26***	.17***	.16***	.25***	.28***
Sinnfindung (t_1)		.06***	.12***	.08***	.08***	.12***	.03**

$n = 271-278, ^\dagger p < .10, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001$

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass Sinnfindung zusätzlich zu allen anderen Bewältigungs-Bemühungen Varianz in allen gemessenen Anpassungsmaßen aufklärte. Je mehr Sinn gefunden wurde, desto niedriger waren Angst und Depressivität, desto besser war die Lebensqualität, der Gesundheitszustand, das krankheitsspezifische Wohlbefinden und desto höher war die posttraumatische persönliche Reifung. Sinnfindung wirkte also auf alle gemessenen Anpassungswerte adaptiv.

10.8 Adaptiver Einfluss der Sinnfindung unabhängig von der Zentralität der Religiosität

Hypothese 5e:

In Hypothese 4b konnte bereits gezeigt werden, dass die Religiosität im Alltag bei der Sinnfindung eine wichtige Rolle spielt. In der folgenden Hypothese (5e) sollte gezeigt werden, dass Sinnfindung ihren generellen adaptiven Einfluss behalten wird,

auch unabhängig von der Zentralität der Religiosität. Deshalb beschäftigte sich die Hypothese 5e mit der Annahme, dass Sinnfindung sowohl bei nicht-religiösen, als auch bei hoch-religiösen Individuen die Werte in den untersuchten Anpassungsmaßen verbessern könnte im Sinne einer gelungeneren Anpassung an die Erkrankung. Konkret formuliert: Sinnfindung zu t_1 in der Untersuchungsgruppe wird in den beiden extremen Zentralitätsgruppen (nicht- und hoch-religiös) einhergehen mit niedrigeren Werten von Angst und Depressivität und höheren Werten von allgemeiner Lebensqualität, für den allgemeinen Gesundheitszustand, für das krankheitsspezifische Wohlbefinden und für posttraumatische persönliche Reifung zu t_2 . Unabhängig von der Zentralität der Religiosität sollte also Sinnfindung im Allgemeinen ihre anpassungsförderliche Wirkweise behalten.

In dieser Hypothese lag also das Hauptaugenmerk auf der generell adaptiven Wirkung von Sinnfindung, unabhängig davon, ob der Stellenwert der Religiosität im eigenen Leben als eher wichtig (hoch-religiös) oder eher gar nicht wichtig (nicht-religiös) erlebt wurde.

Dazu wurde zunächst eine Kontrastkodierung für die Kategorien der Zentralität zu t_1 vorgenommen, um nur noch zwei Gruppen beizubehalten. Die Variable „Nicht-religiös“ wurde in -1 umkodiert, die Variable „Hoch-religiös“ wurde in +1 umkodiert. In einem zweiten Schritt wurde die Subskala „Sinnfindung“ aus dem FACIT-Sp zentriert. Die im ersten Schritt kontrastkodierte Variable wurde mit der zentrierten Variablen multipliziert, um den Interaktionsterm zu erhalten. In anschließenden linearen Regressionsanalysen wurde der Einfluss von Geschlecht durch Eingabe in den ersten Block kontrolliert. In den zweiten Block wurden die zentrierte Variable Sinnfindung und die kontrastkodierte Variable Zentralität eingegeben. In einen dritten Rechenblock wurde das Produkt aus der kontrastkodierten Variable Zentralität und der zentrierten Variable Sinnfindung eingegeben. Der Wechselwirkungsterm erklärt den Unterschied zwischen dem Mittelwert der Variablen zu dem Teil des Gesamtmittelwertes, der eben nicht durch die Addition der Haupteffekte beschrieben werden kann. Es sollte geprüft werden, ob die gleichzeitige Einwirkung mit unterschiedlicher Gewichtung von Sinnfindung und Zentralität Veränderungen hervorrufen (z.B. gleichzeitig hohe Zentralität und hohe Sinnfindung, oder niedrige Sinnfindung, aber hohe Zentralität usw.).

Im Ergebnis wurde für alle berechneten Anpassungsmaße der Prädiktor Sinnfindung signifikant hinsichtlich seiner Varianzaufklärung (s. Tabelle 12). Die Zentralität der Religiosität wurde für keines der Anpassungsmaße bedeutsam, bis auf die Ausnahme der posttraumatischen persönlichen Reifung. Anhand des positiven Vorzeichens des entsprechenden Beta-Regressionskoeffizienten (s. Tabelle 12) wurde deutlich, dass Zentralität und posttraumatische persönliche Reifung positiv assoziiert war. Höhere Werte der Zentralität gingen einher mit höheren Werten der posttraumatischen persönlichen Reifung. Die Interaktion zwischen Sinnfindung und Zentralität der Religiosität klärte keine Varianz auf.

Als Maß für die Varianzaufklärung wurde das korrigierte Bestimmtheitsmaß (Korrigiertes R^2 , im folgenden R^2 genannt) herangezogen.

Tabelle 12 *Beta-Regressionskoeffizienten aus linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage von Anpassungsmaßen zu t_2 auf der Grundlage von „Sinnfindung“ (zentriert) und „Zentralität“ (kontrastkodiert) zu t_1 und deren Wechselwirkung (Methode „Enter“), Geschlecht wurde zur Kontrolle als Block vorgeschaltet. [Dargestellt werden alle Werte der Koeffizienten aus dem 3. Block.]*

Anpassung	Angst (t_2)	Depressi- vität (t_2)	Lebens- qualität (t_2)	Gesundheits- zustand (t_2)	Krankheits- spezifisches Wohlbefinden (t_2)	Posttrau- matische persönliche Reifung (t_2)
Coping						
Geschlecht	-.08	.03	.06	.10	.08	-.11
Zentrierte Variable „Sinnfindung“ (t_1)	-.55***	-.58***	.44***	.44***	.56***	.34***
Kontrastkodierte Variable „Zentralität“ (t_1)	.09	.01	.04	.09	-.03	.20**
Produkt aus „Sinnfindung“ & „Zentralität“: Wechselwirkung (t_1)	-.04	.05	-.03	.01	-.01	-.05

$n = 163-169$, [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Für alle berechneten Anpassungsmaße leistete Sinnfindung einen Beitrag zur Varianzaufklärung, darüber hinaus wurde die Zentralität noch für die posttraumatische persönliche Reifung von Bedeutung.

10.9 Unterschiedlicher Stellenwert religiöser Lebensinhalte in der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe

Die sechste Hypothese war ebenfalls längsschnittlich angelegt und beinhaltete beide untersuchte Gruppen (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe). Die sehr verallgemeinerte Annahme war die, dass sowohl die Zentralität der Religiosität in der Untersuchungsgruppe höher sei als in der Kontrollgruppe, als auch, dass das religiöse Coping in der Untersuchungsgruppe ausgeprägter sei als in der Kontrollgruppe.

Hypothese 6a:

Hypothese 6a betrachtete die Zentralität der Religiosität als jeweils unterschiedlich gewichtige Ressource in den beiden Gruppen. Es wurde postuliert, dass die Zentralität der Religiosität zu beiden Messzeitpunkten bei der Untersuchungsgruppe höher sei als die der Kontrollgruppe. Der Grund für diese Annahme lag darin, dass Religiosität einen kognitiven Rahmen bieten kann für die positive Neubewertung negativer Ereignisse (Carone & Barone, 2001; Fitchett et al., 1999). Da die Untersuchungsgruppe stärker mit negativen Lebensereignissen, der Erkrankung nämlich, konfrontiert war, wurde angenommen, dass diese Gruppe eine höhere Ausprägung bei verschiedenen Aspekten der Religiosität aufweise als die Kontrollgruppe.

Gerechnet wurde eine Varianzanalyse für die Variable Zentralität mit der unabhängigen Variable Gruppe und dem Messwiederholungsfaktor Zeit. Es zeigte sich lediglich ein signifikanter Haupteffekt für die Zeit [$F(1,593) = 4.26, p < .05, Wilks-\lambda = .04, \eta_p^2 = .007$, Tabelle 12]. Die Zentralität der Religiosität nahm vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt in beiden Gruppen leicht zu. Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt der Gruppe [$F(1,593) = 1.09, n.s., \eta_p^2 = 0.002$]. Die Interaktion zwischen den Faktoren Gruppe und Zeit wurde ebenfalls nicht signifikant [$F(1,593) = 1.07, n.s., Wilks-\lambda = .30, \eta_p^2 = .002$], wie in Abbildung 13 graphisch dargestellt ist.

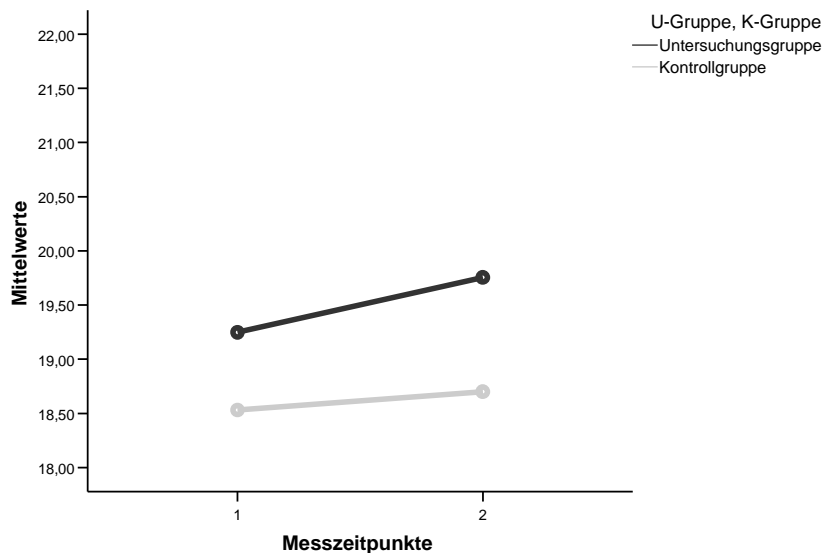


Abbildung 13 *Profilplots Mittelwerte der Zentralität der Religiosität (Huber, 2003) für beide Stichprobengruppen zu beiden Messzeitpunkten, die den Haupteffekt des Faktors Zeit verdeutlichen.*

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Zentralität der Religiosität der Untersuchungsgruppe betragen zu t_1 $M = 19.25$ ($SD = 10.79$), die der Kontrollgruppe zu t_1 $M = 18.53$ ($SD = 10.43$). Die Werte der Untersuchungsgruppe zu t_2 betragen $M = 19.76$ ($SD = 10.72$); die der Kontrollgruppe $M = 18.70$, ($SD = 10.12$). Somit ist das Ergebnis nicht hypothesenkonform. Die Zentralität der Religiosität war in der Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten nicht höher als die Zentralität der Religiosität in der Kontrollgruppe.

Hypothese 6b:

Der zweite Teil der Hypothese 6 bezog sich nur auf den *ersten Messzeitpunkt*. Wie im Kapitel 6, hier speziell in den Abschnitten 6.2.1. und 6.2.2 hergeleitet wurde, wird angenommen, dass die Werte des religiösen Copings bei der Untersuchungsgruppe höher sind als die der Kontrollgruppe. Es wurden zwei univariate Varianzanalysen gerechnet mit der Gruppenzugehörigkeit als unabhängiger Variable und den abhängigen Variablen negatives religiöses Coping und positives religiöses Coping zu

t₁. Für beide Formen des religiösen Copings ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Für das positive religiöse Coping ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Gruppe [$F(1,632) = 19.99, p < .001$]. Die Untersuchungsgruppe hatte höhere Werte als die Kontrollgruppe (s. Abbildung 14). Der Mittelwert der Untersuchungsgruppe bei positivem religiösen Coping mit einem Wert von 16.73 ($SD = 8.40$) war größer als der der Kontrollgruppe ($M = 13.75, SD = 8.40$).

Für das negatives religiöses Coping zeigte sich ebenfalls ein Haupteffekt des Faktors Gruppe [$F(1,632) = 22.14, p < .001$]. Der Mittelwert der Untersuchungsgruppe war bei negativem religiösen Coping mit einem Wert von 10.09 ($SD = 5.26$) größer als der der Kontrollgruppe ($M = 8.30, SD = 4.26$).

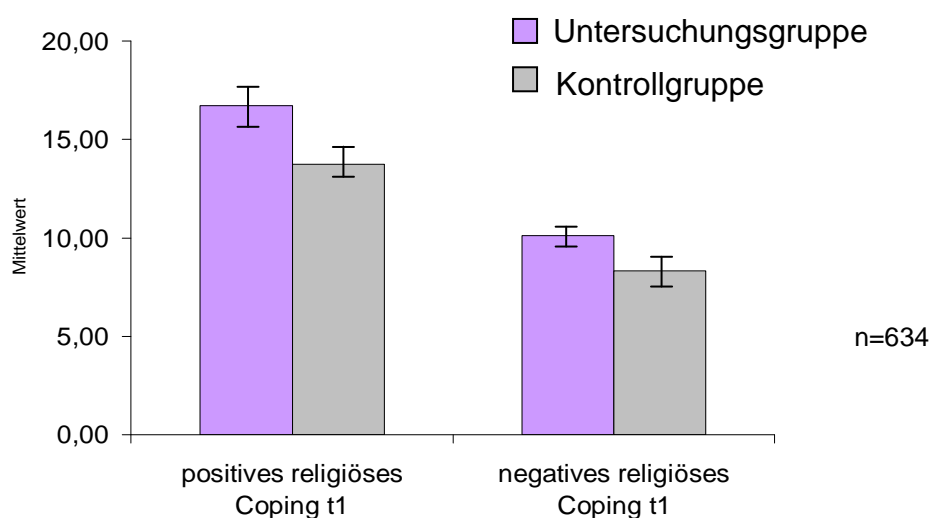


Abbildung 14 Balkendiagramme mit Fehlerbalken (95 % Konfidenzintervall), Darstellung der Mittelwerte beider Formen religiösen Copings (Murken et al., in Vorbereitung) für beide Stichprobengruppen zum ersten Messzeitpunkt

Die Werte des religiösen Copings zum ersten Messzeitpunkt waren also für die Untersuchungsgruppe höher als für die Kontrollgruppe. Somit konnte der zweite Teil der Hypothese 6 bestätigt werden.

10.10 Zentralität der Religiosität als abhängige Variable

Diese Hypothese (Hypothese 7) beschäftigte sich ausschließlich mit der Untersuchungsgruppe. Die Fragestellung war eine mögliche Veränderung der Zentralität der Religiosität in Abhängigkeit von der Zeit. Hierzu wurde ein varianzanalytisches Design mit drei Messzeitpunkten gewählt, wobei der erste (t_0) eine retrospektive Einschätzung bezogen auf die Zeit vor der Diagnosestellung beinhaltete. Diese retrospektive Einschätzung wurde von den Patientinnen und Patienten zeitgleich mit dem ersten Erhebungszeitpunkt erbeten.

Hypothese 7:

Die zentralen Aussagen dieser Hypothese lauteten: In der retrospektiven Einschätzung wird die Zentralität der Religiosität von vor der Diagnosestellung „Darmkrebs“ bis zum ersten Messzeitpunkt zugenommen haben. Des Weiteren wurde in der Hypothese angenommen, dass sich die Zentralität der Religiosität vom ersten zum zweiten Befragungszeitpunkt nicht mehr verändert haben sollte, da das kritische Lebensereignis „Darmkrebs“ nicht mehr als akut erlebt wurde. Die religiöse Grundhaltung wird sich also bei den Betroffenen nicht mehr verändert haben.

Es wurde zunächst nur für die Untersuchungsgruppe eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen (3 Stufen; t_0 , t_1 , t_2) gerechnet. Die abhängige Variable war Zentralität der Religiosität. Es ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit [$F(2,287) = 66.05$, $p < .001$, $Wilks-\lambda = .69$, $\eta_p^2 = .32$]. Inhaltlich bedeutete dieses Ergebnis, dass die Zentralität der Religiosität sich signifikant unterschied zwischen der retrospektiven Einschätzung und dem Wert zum ersten Messzeitpunkt [$t(288) = -10.01$, $p < .001$]. Ebenfalls einen signifikanten Unterschied gab es zwischen den Werten der retrospektiven Einschätzung und dem zweiten Messzeitpunkt [$t(288) = -9.51$, $p < .001$]. Die Zentralität der Religiosität unterschied sich hypothesenkonform nicht zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt. Die deskriptiven Statistiken stellten sich folgendermaßen dar (s. Abbildung 15): Der Mittelwert des Summenscores der Zentralitätsskala (Huber, 2003) der Zentralität – retrospektiv – lag bei $M = 16.98$, ($SD = 11.06$); $M(\text{Zentralität zu } t_1) = 19.18$, ($SD = 10.83$); $M(\text{Zentralität zu } t_2) = 19.60$, ($SD = 10.75$).

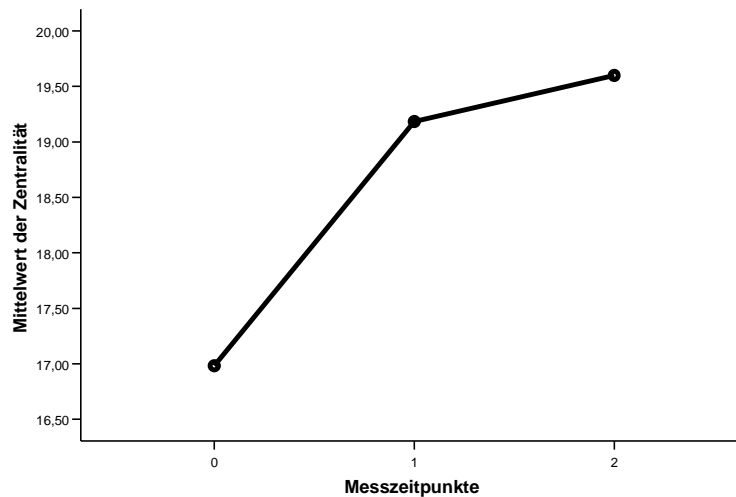


Abbildung 15 *Profilplots der Mittelwerte der Zentralität der Religiosität (Huber, 2003) der Untersuchungsgruppe zu drei Messzeitpunkten: 0 = retrospektiv zum ersten Messzeitpunkt erfasste Einschätzung der Zentralität vor der Diagnosestellung, 1 = erster Messzeitpunkt, 2 = zweiter Messzeitpunkt.*

10.11 Generelle Wirksamkeit von Sinnfindung

Hypothese 8:

Die achte Hypothese bezieht sich ausschließlich auf die Probanden der Kontrollgruppe, also auf die Individuen ohne Belastung durch eine Krebsdiagnose.

Es wurde angenommen, dass Sinnfindung eine Bewältigungsleistung sein kann, um mit einem kritischen, stresserzeugenden Lebensereignis umzugehen. Da die Individuen der Kontrollgruppe mit keinem so belastenden Ereignis wie dem einer Krebsdiagnose konfrontiert waren, sollten sich auch die Werte der Sinnfindung nicht zwischen den beiden Messzeitpunkten unterscheiden. Außerdem wurde angenommen, dass mehr Sinnfindung mit höherer Lebensqualität einhergeht, da gelungene Sinnfindung ein wichtiges Element der Lebensqualität darstellt (s. Kapitel 1 „Religiosität als Form der Sinnfindung“).

Hypothese 8a:

Im ersten Teil der Hypothese wurde theoriegeleitet (s. Kapitel 5.3) angenommen, dass sich die Werte der Sinnfindung in der Kontrollgruppe nicht zwischen den Messzeitpunkten unterscheiden. Um diese Annahme zu überprüfen, wurde ein *t*-Test für abhängige Stichproben berechnet. Der Mittelwert für die Sinnfindung betrug zum ersten Messzeitpunkt 24.54 (*SD* = 4.71) und zum zweiten Messzeitpunkt 24.21 (*SD* = 4.92). Der Unterschied wurde nur tendenziell signifikant [$t(297) = 1.68, p < .10; d_z = 0.07$]. Somit ließ sich tendenziell eine leichte Abnahme in den Werten für Sinnfindung feststellen, vor dem Hintergrund der Größe der Stichprobe und bei der sehr geringen Effektstärke erschien es jedoch gerechtfertigt, von einer gleich bleibenden Sinnfindung der gesunden Individuen vom ersten bis zum zweiten Messzeitpunkt auszugehen.

Hypothese 8b:

Im zweiten Teil der Hypothese 8 (Hypothese 8b) wurde postuliert, dass höhere Werte für Sinnfindung mit höheren Werten der wahrgenommenen Lebensqualität einhergehen, da entsprechend Kapitel 6 Sinnfindung ein wichtiges Element der Lebensqualität darstellt.

Es wurden Korrelationen (Pearson-Koeffizient, 2-seitig mit listenweisem Fallausschluss) berechnet. Sinnfindung korrelierte zu beiden Messzeitpunkten signifikant mit der wahrgenommenen Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten. Sinnfindung zu t_1 korrelierte mit Lebensqualität zu t_1 zu $r = .37$ ($p < .01$) und mit Lebensqualität zu t_2 zu $r = .33$ ($p < .01$). Sinnfindung zu t_2 korrelierte ebenfalls signifikant mit Lebensqualität zu t_1 ($r = .28, p < .01$) und mit Lebensqualität zu t_2 ($r = .40, p < .01$). Die Annahme des zweiten Teiles dieser Hypothese konnte also bestätigt werden. In der Kontrollgruppe ging zu beiden Messzeitpunkten höhere Sinnfindung einher mit besserer Lebensqualität.

11 Zusammenfassung der Ergebnisse

An die Ergebnisdarstellung schließt sich im Folgenden zunächst eine Zusammenfassung der Ergebnisse an, ehe sie einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Die Annahmen zu den Werten der Anpassungsmaße Angst, Depressivität, Gesundheitszustand und Lebensqualität der Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt (Hypothese 1) konnten bestätigt werden. Es zeigte sich, dass sich an Krebs erkrankte Menschen relativ kurz nach der Diagnose insgesamt schlechter fühlten als gesunde Menschen ähnlichen Alters.

Zur Anpassungsänderung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten (Hypothese 2) ließ sich zusammenfassend sagen, dass sich lediglich die Werte des allgemeinen Gesundheitszustandes signifikant verbesserten.

Angst und Depressivität veränderten sich nicht. Die Werte der Maße Lebensqualität und krankheitsspezifisches Wohlbefinden veränderten sich nicht. Ebenso wenig veränderte sich der Wert für die Gesamtskala der posttraumatischen persönlichen Reifung, noch die Werte der einzelnen Subskalen der posttraumatischen persönlichen Reifung.

Gruppenunterschiede zeigten sich für alle vier Anpassungsmaße Angst, Depressivität, Lebensqualität und Gesundheitszustand.

Haupteffekte für den Faktor Zeit ergaben sich bei den Anpassungsmaßen Gesundheitszustand und Lebensqualität. Hinsichtlich dieser beiden Anpassungsmaße interagierte auch der Faktor Zeit mit dem Faktor Gruppenzugehörigkeit und es konnte über t-Tests geklärt werden, dass die signifikante Interaktion auf die Verbesserung der Werte der Untersuchungsgruppe zurückzuführen war.

Die Effektstärke für den Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Untersuchungsgruppe bezüglich des Gesundheitszustandes betrug zu t_1 $d = 0.70$, zu t_2 $d = 0.28$.

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes innerhalb der Untersuchungsgruppe von t_1 zu t_2 hatte eine Effektstärke von .42.

Die Effektstärke für den Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Untersuchungsgruppe bezüglich der Lebensqualität betrug zu t_1 $d = 0.21$, zu t_2 $d = 0.02$. Die Verbesserung der Lebensqualität innerhalb der Untersuchungsgruppe von t_1 zu t_2 hatte eine Effektstärke von 0.38.

Der Messzeitpunkt hatte nur einen tendenziellen Einfluss auf die Angst im Sinne von leichtem Anstieg der Angstwerte in beiden Gruppen.

Die untersuchten Zusammenhänge zwischen Religiosität und Sinnfindung erbrachten folgende Ergebnisse (Hypothese 4):

Unabhängig vom Messzeitpunkt und unabhängig von der Gruppe (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe) wiesen hoch-religiöse Individuen höhere Sinnfindungswerte auf als Individuen mit weniger Bedeutsamkeit der Religiosität im eigenen Leben. Der Haupteffekt des Faktors Gruppe ließ darauf schließen, dass Sinnfindung in der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt sein könnte als in der Untersuchungsgruppe ($d = 0.19$). Hoch-religiöse Individuen hoben sich bezüglich der Sinnfindung deutlich von Individuen mit schwächer ausgeprägter Religiosität ab, so dass von einem qualitativen Unterschied zwischen der Gruppe der hoch-religiösen und dem Pool der Religiösen und nicht-religiösen ausgegangen werden könnte. Betrachtete man nur die Untersuchungsgruppe, ist ein Haupteffekt der Zentralität auszumachen: hoch-religiöse Individuen fanden signifikant mehr Sinn als nicht-religiöse ($d = 0.44$).

Hypothese 5 untersuchte Zusammenhänge zwischen Coping und Anpassung der Untersuchungsgruppe über einen Zeitraum von sechs Monaten.

Zusammenfassend ließ sich zeigen, dass höhere Werte auf der Skala Depressive Verarbeitung zu t_1 maladaptiv für alle berechneten Anpassungsmaße zu t_2 waren.

Für die Vorhersage aller Anpassungsmerkmale war positives religiöses Coping und Sinnfindung signifikant in der Varianzaufklärung, allerdings in umgekehrt proportionaler Richtung: Höhere Werte des positiven religiösen Copings und höhere Sinnfindung wirkten adaptiv. Negatives religiöses Coping wirkte auf alle Anpassungsmaße bis auf das der posttraumatischen persönlichen Reifung maladaptiv; bei der posttraumatischen persönlichen Reifung wurde keine Varianz durch negatives religiöses Coping aufgeklärt.

Aktives problemorientiertes Coping hatte auf drei Anpassungsmaße mindestens tendenziellen Einfluss im Sinne von adaptiver Wirkung: Je mehr aktives problemorientiertes Coping eingesetzt wurde, desto niedriger waren die Werte der Depressivität, desto besser war das krankheitsspezifische Wohlbefinden und desto höher waren die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung. Der Coping-Inhalt Bagatellisieren und Wunschdenken spielte eine Rolle für die Anpassungsmaße

Angst und Gesundheitszustand. Je mehr Bagatellisieren und Wunschdenken eingesetzt wurde, desto höher war die Angst und desto (tendenziell) niedriger war der Gesundheitszustand. Ablenkung und Selbstaufbau wurde nur bei dem Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung signifikant. Je mehr diese Coping-Form Ablenkung und Selbstaufbau eingesetzt wurde, desto höher waren die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung.

Der vierte Abschnitt dieser fünften Hypothese prüfte die als Bedeutsamkeit der Vorhersageleistung von Sinnfindung auf die Anpassungsmaße (Hypothese 5d).

Zusammenfassen ließ sich sagen, dass bei simultaner Berücksichtigung aller erwähnten Coping-Stile Sinnfindung inkrementelle Varianz in allen gemessenen Anpassungsmaßen aufklärte. Je mehr Sinn gefunden wurde, desto niedriger waren Angst und Depressivität, desto besser war die Lebensqualität, der Gesundheitszustand, das krankheitsspezifische Wohlbefinden und desto höher die posttraumatische persönliche Reifung. Sinnfindung wirkte also auf alle gemessenen Anpassungswerte adaptiv.

Es stellte sich heraus, dass Sinnfindung über die jeweiligen anderen Coping-Stile bei allen sechs Anpassungsmaßen zusätzliche Varianz aufklärte. Besonders bedeutsam im Vergleich zu anderen Coping-Stilen erwies sich die Sinnfindung bei der Vorhersage von Depressivität und krankheitsspezifischem Wohlbefinden: Je höher die Werte der Sinnfindung, desto geringer war die Depressivität und desto höher war das krankheitsspezifische Wohlbefinden. 12 % Varianz in der Depressivität konnten inkrementell durch Sinnfindung aufgeklärt werden, ebenso 12 % der Varianz in dem krankheitsspezifischen Wohlbefinden. Jeweils 8 % Varianz der Lebensqualität und des Gesundheitszustand wurden inkrementell durch Sinnfindung aufgeklärt (s. Tabelle 10).

Die Zentralität der Religiosität wurde für keines der Anpassungsmaße bedeutsam, bis auf die Ausnahme der posttraumatischen persönlichen Reifung. Auch die Interaktion zwischen Sinnfindung und Zentralität der Religiosität klärte keine Varianz auf.

Es ließe sich schlussfolgern, dass über das Geschlecht hinaus Sinnfindung (und in geringem Maß die Zentralität der Religiosität) relevant für die Anpassung nach der Darmkrebserkrankung war. Die Wechselwirkung zwischen beiden Variablen ließ keine zusätzliche Vorhersage auf Anpassung zu. Die Effekte der Sinnfindung waren

also unabhängig von Zentralität der Religiosität und Geschlecht. Lediglich für die Vorhersage der posttraumatischen persönlichen Reifung wurde außer Sinnfindung auch die Zentralität bedeutsam.

Der unterschiedliche Stellenwert religiöser Lebensinhalte in der Untersuchungsgruppe und in der Kontrollgruppe (Hypothese 6) spiegelte sich in den Ergebnissen der Berechnungen:

Die Zentralität der Religiosität war in der Untersuchungsgruppe zu beiden Messzeitpunkten nicht höher als die Zentralität der Religiosität in der Kontrollgruppe. Somit war das erste Ergebnis dieser Hypothese (Hypothese 6a) nicht hypothesenkonform. Die Werte des religiösen Copings zum ersten Messzeitpunkt waren für die Untersuchungsgruppe jedoch höher als für die Kontrollgruppe. Somit konnte der zweite Teil der Hypothese 6 (Hypothese 6b) bestätigt werden.

In der Hypothese zur Zentralität der Religiosität als abhängige Variable wurde angenommen, dass die Zentralität von der Zeit vor der Diagnose bis zu dem Zeitpunkt kurz nach der Diagnose steigen würde und dann gleich bliebe (Hypothese 7). Die Berechnungen konnten diese Annahme bestätigen. Es gab einen signifikanten Anstieg von t_0 zu den beiden folgenden Messzeitpunkten. Die Zentralität der Religiosität unterschied sich hypothesenkonform, jedoch nicht zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt.

In der letzten Annahme (Hypothese 8) wurde die generelle Bedeutsamkeit von Sinnfindung überprüft anhand der Ergebnisse der gesunden Kontrollgruppe. Da die Individuen der Kontrollgruppe mit keinem so belastenden Ereignis wie dem einer Krebsdiagnose konfrontiert waren, sollten sich auch die Werte der Sinnfindung, die im Arbeitsmodell (s. Abbildung 3) als Coping-Inhalt dargestellt wurde, nicht zwischen den beiden Messzeitpunkten unterscheiden.

Tendenziell ließ sich sogar eine leichte Abnahme in den Werten für Sinnfindung feststellen. Die Effektstärke lag allerdings nur bei $d = 0.07$. In Anbetracht der Größe der Stichprobe könnte der Unterschied als nicht bedeutsam gewertet werden.

12 Diskussion

Hauptfragestellung dieser Arbeit war es, Aufschlüsse über die Rolle der Sinnfindung im Rahmen der Bewältigung einer Darmkrebserkrankung zu erhalten.

Vorwegnehmend und zusammenfassend ließen die Ergebnisse darauf schließen, dass Sinnfindung einen entscheidenden Beitrag zur Anpassung von Darmkrebspatientinnen und –patienten leistete.

Die Hypothesen sind verschiedenen Fragekomplexen zugeordnet:

- Vergleich zwischen gesunden und an Darmkrebs erkrankten Individuen zum ersten Messzeitpunkt
- Vergleich zwischen gesunden und an Darmkrebs erkrankten Individuen zum zweiten Messzeitpunkt
- Zusammenhang von Coping und Anpassung
- Zusammenhang von Religiosität und Sinnfindung
- Veränderung der Religiosität in Abhängigkeit von der Zeit
- Generelle Wirksamkeit von Sinnfindung

Innerhalb dieser Bereiche werden die statistischen Ergebnisse anhand der postulierten Hypothesen und Erwartungen interpretiert. Die Ergebnisse werden in den Forschungsstand eingebettet und hinsichtlich ihrer Implikation und ihrer Relevanz bewertet.

12.1 Generelle Anpassung an die Darmkrebserkrankung

Der Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der Kontrollgruppe zum ersten Messzeitpunkt ergab, dass sich relativ zeitnah zur Diagnoseeröffnung Krebspatienten insgesamt schlechter fühlten als Gesunde. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden lediglich noch vier Anpassungsmerkmale miteinander verglichen. Posttraumatische persönliche Reifung und krankheitsspezifisches Wohlbefinden wurden in der Kontrollgruppe nicht erfragt, da es sich um gesunde Individuen ohne bekanntes traumatisches Erlebnis in der jüngeren Vergangenheit handelte. Über den Zeitraum von sechs Monaten verbesserten sich bei Krebspatienten lediglich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität. Der Faktor Zeit wurde für zwei

Anpassungsmaße signifikant: Gesundheitszustand und Lebensqualität verbesserten sich unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Für beide Anpassungsmaße Gesundheitszustand und Lebensqualität wurde auch die Interaktion zwischen dem Faktor Gruppe und dem Faktor Zeit signifikant. Hier zeigte sich, dass die Verbesserung jeweils auf die Untersuchungsgruppe zurückzuführen war.

Für das Anpassungsmaß Angst hatte der Faktor Zeit lediglich einen tendenziellen Einfluss: Die Angstwerte stiegen in beiden Gruppen leicht an. Die Anpassung der Patienten war im Vergleich zu der der Gesunden eher schlecht, eine Verbesserung berichteten Krebspatienten lediglich bezüglich ihres Gesundheitszustandes. Das heißt: Der erste Teil der vorliegenden Arbeit, in dem noch keine möglichen Auswirkungen von Coping-Inhalten berücksichtigt wurde, erbrachte das Ergebnis, dass sich Krebspatienten zeitnah nach der Diagnoseeröffnung schlechter fühlten als Gesunde vergleichbaren Alters. Nach sechs Monaten war nicht von einer gelungenen Anpassung auszugehen. In der Untersuchungsgruppe verbesserten sich lediglich die Werte des Gesundheitszustandes und die der Lebensqualität. Zusammenfassend fühlten sich Patienten auch nach sechs Monaten nicht so gut wie Gesunde bezüglich Angst, Depressivität, Lebensqualität und Gesundheitszustand, jedoch verbesserten sich selbstberichtete Lebensqualität und selbstberichteter Gesundheitszustand der Krebspatientinnen. Ähnliche Ergebnisse fanden Hasenbring und Taubert (2005) sowie Cordova et al. (2001) bezüglich Angst und Depressivität. Sie fanden beide Werte bei Krebspatientinnen und -patienten nicht nur erhöht im Vergleich zur Normalbevölkerung, sondern erhöhte Angst und Depressivität dauerten oft auch drei und mehr Jahre lang an (Amir & Ramati 2002). Schmid, Grimm, Voigt, Klapp und Rauchfuß (2007) fanden ein Absinken der Lebensqualität bei Patientinnen mit Mammakarzinom im Verlauf von drei Monaten. Feichtner (2005) fand einen Anstieg des selbstberichteten Gesundheitszustandes, gemessen mit dem FACT-G (Cella et al., 1993), von Krebspatientinnen und -patienten nach einer Strahlentherapie. Van't Spijker et al. (1997) fanden in einer Metaanalyse, dass in Vergleichsstudien von Krebspatienten und Gesunden die Krebspatienten meist depressiver waren. Dieses Ergebnis konnte auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Krischke und Petermann (2000) fanden eine Abnahme der Depressivität bei einer heterogenen Stichprobe von 242 Krebspatienten von Beginn bis Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme von vier Wochen, nach einem Jahr allerdings

war diese Verbesserung nicht mehr nachweisbar. Somit schienen eher kurzfristige Veränderungen vorzuliegen.

Keine Bestätigung in der vorliegenden Arbeit hingegen fand ein Ergebnis der genannten Metaanalyse von van't Spijker et al. (1997), dass sich Gesunde von Kranken eher nicht signifikant hinsichtlich ihrer Angstwerte unterschieden. In der vorliegenden Arbeit hatten Kranke sowohl zeitnah nach der Diagnoseeröffnung, als auch sechs Monate später höhere Angstwerte als Gesunde vergleichbaren Alters. Außerdem war ein leichter Anstieg der Angstwerte in beiden Gruppen zu verzeichnen. Durch eine allgemeine Fokussierung der Aufmerksamkeit der Gesunden auf die eigene Befindlichkeit könnte der Anstieg der wahrgenommenen Angst auch in der Kontrollgruppe plausibel werden. Das aufwändige Fragebogeninstrument und die intensive Aufklärung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Beginn der Studie mit Hinweis auf die Thematik der geplanten Studie, nämlich Bewältigung von Darmkrebs, das alles in seiner Gesamtheit könnte die Individuen der Gruppe der Gesunden zu einer ausgeprägteren Selbstreflexion angeregt haben, was sich dann in diffus erlebter Angst und somit in berichteter höheren Angst manifestiert haben könnte.

Dass die Angstwerte von Betroffenen während einer Krebserkrankung und deren Behandlung steigen, ist bekannt. Sich typischerweise im Verlauf einer Krebserkrankung immer wieder krisenhafte Zuspitzungen kennt man aus den Untersuchungen von Faller (1998). Häufig geht mit solchen krisenhaften Entwicklungen während einer Krebserkrankung auch erhöhte Angst einher. So könnte den Betroffenen nach und nach die Tragweite der Diagnose bewusst werden und auch die Möglichkeit, an dieser Erkrankung zu sterben, wie Studien von Crouch und McKenzie (2000) nahelegen. Am deutlichsten ist die jahrelang persistierende Angst von dem Wiederauftreten der Erkrankung (Halstead, 1994). Insofern ließen sich die gestiegenen Angstwerte der Untersuchungsgruppe dieser Arbeit in die Ergebnisse der bisherigen Forschung integrieren.

Die Werte des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität beider Gruppen verbesserten sich. Die Gruppe der Gesunden unterschied sich von der Untersuchungsgruppe hinsichtlich ihres selbstberichteten Gesundheitszustandes und ihrer selbstberichteten Lebensqualität sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Messzeitpunkt (s. Haupteffekte des Faktors Gruppe in Hypothese 3). Bei

Darmkrebspatienten verbesserten sich diese beiden Anpassungsmaße im Laufe von sechs Monaten deutlich. Betrachtete man aber die Effektstärken im Einzelnen, so stellte sich heraus, dass sich die wahrgenommene Lebensqualität der Gruppen zum ersten Messzeitpunkt schon nur mit einem eher kleinen Effekt unterschied ($d = 0.21$) und dass dieser Unterschied zum zweiten Messzeitpunkt als Effekt nicht mehr messbar war ($d = 0.02$). Bezüglich des Gesundheitszustandes unterschieden sich die Gruppen zum ersten Messzeitpunkt mit einem Effekt von $d = 0.70$, zum zweiten Messzeitpunkt war der Unterschied wesentlich geringer mit $d = 0.28$. Der Gesundheitszustand in der Untersuchungsgruppe stieg von t_1 zu t_2 mit einem Effekt von $d = 0.42$, der Effekt des Anstiegs der selbstberichteten Lebensqualität war immer noch ein mittlerer mit $d = 0.38$. Zusammenfassend ließe sich annehmen, dass sich der Gesundheitszustand der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung in sechs Monaten wesentlich verbesserte und auch die Lebensqualität anstieg. Da der Gesundheitszustand der Krebskranken zeitnah zur Diagnoseeröffnung wesentlich schlechter war als der der gesunden Kontrollgruppe, erklärte sich der Anstieg dieses Wertes intuitiv. Dass sich die wahrgenommene Lebensqualität der Gesunden von der der Krebskranken nach sechs Monaten nicht mehr in einer messbaren Effektstärke unterschied, ist ein Ergebnis, das sich in Studien von Keller (2001) und Böhmer und Ravens-Sieberer (2005) ähnlich wiederfindet.

Bei diesen Ergebnissen wurde noch nicht die mögliche Effizienz von Coping-Bemühungen kontrolliert. Die Verbesserung ließ sich feststellen ohne zunächst zu wissen, wodurch sie zustande kam. Das einzige gemeinsame Merkmal der Patientengruppe war der Abschluss der Primärbehandlung und eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

12.2 Generelle Coping-Erfolge unter besonderer Berücksichtigung der

Sinnfindung

Die Kernfragestellung der Arbeit war die nach der Rolle der Sinnfindung im Anpassungsprozess an die Darmkrebserkrankung. Betrachtete man alle in dieser Arbeit berücksichtigten Coping-Stile synchron, gab es zwei besonders deutliche Zusammenhänge: je höher die Werte der Sinnfindung waren, desto geringer waren die Werte der Depressivität und desto höher die Werte des körperlichen Wohlbefindens. Im Einzelnen wurden die Auswirkungen auf die Anpassung von drei

verschiedenen Coping-Komplexen überprüft. Zunächst wurden die Coping-Erfolge der einzelnen inhaltlichen Bereiche isoliert betrachtet. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Werte für die posttraumatische persönliche Reifung vor dem Hintergrund gesehen werden sollten, dass zum zweiten Messzeitpunkt keine persönliche Reifung messbar war (s. Hypothese 2c).

Klassische Coping-Inhalte. Herausragend zeigte sich die Rolle der depressiven Verarbeitung als maladaptiv für die berücksichtigten Anpassungsmaße. Mehnert, Lehmann und Koch (2008) fanden ähnliche Ergebnisse bezüglich der depressiven Verarbeitung. Faller (2001) fand, wie die vorliegende Studie ebenfalls, eine förderliche Wirkung von aktiven problemorientierten Coping-Stilen im Sinne geringerer Depressivität, besserem krankheitsspezifischem Wohlbefinden und höherer posttraumatischer persönlicher Reifung. Bagatellisieren und Wunschdenken schien sich in der vorliegenden Studie günstig auf das Erleben von weniger Angst auszuwirken. Ablenkung und Selbstaufbau unterstützten die posttraumatische persönliche Reifung. Fegg (2004) fand bei einer Gruppe von Patienten mit malignen Lymphomen die höchsten Werte auf der Skala Ablenkung und Selbstaufbau bei denjenigen in kompletter Remission, Patienten in progredienter Erkrankung hatten die höchsten Werte auf der Skala Bagatellisieren und Wunschdenken. Eine Signifikanz hinsichtlich der Aufklärung für das von Fegg (2004) gewählte Zielkriterium des subjektiven Wohlbefindens, operationalisiert in der Studie von Fegg (2004) durch EORTC-QLQ-30, ließ sich jedoch nicht nachweisen.

Religiöse Coping-Inhalte. In der vorliegenden Arbeit klärte die isolierte Betrachtung beider Formen des religiösen Copings bezüglich der Anpassungsmerkmale signifikant Varianz auf. Es gab jedoch eine Einschränkung: negatives religiöses Coping klärte keine signifikante Varianz auf bezüglich des Anpassungsmerkmals der posttraumatischen persönlichen Reifung.

Die Beta-Regressionskoeffizienten des negativen religiösen Copings waren für fünf von sechs einbezogenen Anpassungsmaßen größer als die des positiven religiösen Copings. Einzige Ausnahme war eben die posttraumatische persönliche Reifung. Für dieses Anpassungsmerkmal klärte das negative religiöse Coping keine signifikante Varianz auf.

Zusammenfassend fanden wir in der vorliegenden Arbeit also, dass religiöses Coping isoliert betrachtet varianzaufklärend für die Anpassung war. Die beiden

untersuchten Stile (positiv und negativ) klärten zwischen 6 und 19 % in der Varianz auf, was im Vergleich zu den klassischen Coping-Inhalten und der Sinnfindung die niedrigste Varianzaufklärung war. Pargament, Koenig und Perez (2000), Pargament et al. (1998) und Pargament et al. (2001) fanden, dass negatives religiöses Coping seltener als Coping-Inhalt zum Tragen kam als positives religiöses Coping. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit fanden positives religiöses Coping positiv assoziiert mit den Anpassungsmaßen, negatives religiöses Coping war maladaptiv für alle Anpassungsmaße bis auf die posttraumatische persönliche Reifung, jedoch konnte regressionsanalytisch keine Häufigkeit berechnet werden. Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Auswirkungen des religiösen Copings deckten sich mit Befunden von Fitchett et al. (1999), Murken (1998a) und Pargament et al. (1998), die fanden, dass negatives religiöses Coping häufig assoziiert war mit erhöhter Angst und Depressivität. Die Forschungsergebnisse zum Themenbereich religiöses Coping sind jedoch insgesamt eher inkonsistent (Müller, 2008). In einer Studie von Mehnert (2008) zeigte sich zum Beispiel gar kein Einfluss von religiöser Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität. Religiöses Coping scheint somit kein robuster Prädiktor zu sein. Die Berücksichtigung situativer Kontextfaktoren auf die Ausprägung des religiösen Copings in künftigen Untersuchungen könnte eindeutigere Ergebnisse erzielen.

Sinnfindung. Sinnfindung als isoliert betrachteter Coping-Inhalt erwies sich in der vorliegenden Arbeit als bedeutsamer, adaptiver Prädiktor mit hoher Varianzaufklärung für alle Anpassungsmaße. Die höchste Aufklärungsleistung lag bei 36 % für das krankheitsspezifische Wohlbefinden. Immerhin 35 % der Depressivität konnte durch den Prädiktor Sinnfindung aufgeklärt werden, und noch 33 % der Angst. Die geringste Varianzaufklärung zeichnete sich mit 14 % für das Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung ab. Ergebnisse, die den bedeutsamen Einfluss von Sinnfindung auf Anpassungsmaße untermauern, finden sich bei Reich (2003), Mohamed (2004) und Taubert (2003).

Jeder inhaltliche Coping-Komplex isoliert betrachtet leistete also signifikante Varianzaufklärung für alle relevanten Anpassungsmaße. Die theoretische Abgrenzung der Konstrukte geschah in Kapitel 2.7.4. Insbesondere bei den inhaltlichen Bereichen der Coping-Stile Sinnfindung und religiöses Coping handelte es sich um lediglich moderat miteinander korrelierte Konstrukte, so dass sie als hinlänglich voneinander abgegrenzt betrachtet werden konnten.

12.3 Inkrementelle Aufklärungsleistung von Sinnfindung

Basierend auf diesen Ergebnissen stellte sich die zentrale Frage dieser Arbeit: Klärt Sinnfindung zusätzlich zu allen anderen Coping-Stilen Varianz in den einzelnen Anpassungsmaßen auf?

Es stellte sich heraus, dass, nach statistischer Kontrolle aller bedeutsamen Coping-Stile, Sinnfindung immer noch eigene Varianzaufklärung für jedes einzelne Anpassungsmerkmal leistete. Besonders adaptiv wirkte sich Sinnfindung auf geringere Depressivität und besseres krankheitsspezifisches Wohlbefinden aus.

Sinnfindung reduzierte den Einfluss nahezu aller anderen Coping-Inhalte in Bezug auf die Anpassungsmaße. Depressive Verarbeitung als Coping-Stil blieb signifikant maladaptiv für alle Anpassungsmaße, außer für den Gesundheitszustand.

Bagatellisieren und Wunschdenken, sowie negatives religiöses Coping wirkten sich ungünstig auf das Anpassungsmaß Angst aus, Bagatellisieren und Wunschdenken wirkte sich ebenfalls ungünstig auf den Gesundheitszustand aus. Aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau sowie positives religiöses Coping waren positiv assoziiert mit dem Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung. Summarisch klärte also Sinnfindung inkrementell Varianz über alle Coping-Stile auf.

Sinnfindung unabhängig von Religiosität. Um die bedeutsame Rolle der Sinnfindung auch unabhängig von der Religiosität als sinnstiftendem Element herauszustellen, wurden in einem letzten Schritt des inhaltlichen Komplexes der Zusammenhänge zwischen Bewältigung und Anpassung in der Untersuchungsgruppe die Einflussgröße „Sinn“, die Einflussgröße „Zentralität“ und deren mögliche Interaktion betrachtet. Im Ergebnis wurde für alle berechneten Anpassungsmaße der Prädiktor Sinnfindung signifikant hinsichtlich seiner Varianzaufklärung. Allein für die posttraumatische persönliche Reifung wirkten Sinnfindung und Zentralität der Religiosität additiv. Die Interaktion von Sinnfindung und Zentralität wurde für keines der Anpassungsmerkmale signifikant. Es gab also keine Konstellation der Variablen Zentralität der Religiosität und Sinnfindung, die über die Varianz der Haupteffekte zusätzliche Varianz aufklärte. Der Zusammenhang zwischen Sinnfindung und Anpassung war also unabhängig von der Zentralität der Religiosität.

So könnte davon ausgegangen werden, dass Sinnfindung so ausschlaggebend für die Anpassung ist, dass Religiosität bis auf ihren positiven Zusammenhang mit der posttraumatischen persönlichen Reifung keinen Einfluss hatte.

Sinnfindung als Bewältigungsstil zeichnete sich in der vorliegenden Arbeit dadurch aus, dass sie im Vergleich zu den klassischen Bewältigungsformen und zum religiösen Coping für nahezu alle Anpassungsmerkmale der stärkste Prädiktor war. Religiosität könnte nach den vorliegenden Ergebnissen also eher *eine* von verschiedenen Möglichkeiten sein, zu Sinnfindung zu gelangen.

12.4 Zusammenhänge zwischen Religiosität und Sinnfindung

Wenngleich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit religiöse Coping-Inhalte als eher moderat ausschlaggebende Stile im Hinblick auf die Verbesserung von Anpassungselementen fanden, so ist es doch unbestritten, dass unter den verschiedenen Elementen, die zu einer Sinnfindung beitragen, Religiosität eine Bedeutung haben könnte (Gall & Cornblat, 2002). Die Ergebnisse zeigten ja, dass Zentralität additiv zur Sinnfindung zumindest für das Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung adaptiv wirkte (s. Tabelle 12).

Zunächst jedoch lieferte die vorliegende Arbeit das eher nicht erwartete Ergebnis, dass die Werte der Sinnfindung der Gesunden höher waren als die der Kranken. Dies war insofern ein überraschendes Ergebnis, als dass sich hier die Annahme nicht bestätigt fand, dass Sinnfindung erst aktiviert wird, wenn mit einem kritischen Lebensereignis umgegangen werden muss (Epstein & Katz, 1992). Bei den an Darmkrebs Erkrankten könnte sich demgegenüber die durch die Diagnose hervorgerufene Sinnkrise in den niedrigeren Werten bezüglich der Sinnfindung spiegeln, jedoch lediglich mit einem geringen Effekt ($d = 0.19$). Mehnert (2008) fand, dass der Verlust an Lebenssinn bei Krebspatienten ein signifikantes Belastungssymptom war, das einen Risikofaktor für Angst und Depressivität darstellte. Die Relevanz dieses Ergebnisses bezüglich des Unterschiedes der Sinnfindung in der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe fällt zwar lediglich statistisch ins Gewicht, es bleibt jedoch die Frage nach möglichen Erklärungen für die höheren Sinnfindungswerte in der Kontrollgruppe.

Unterschiede bezüglich der Sinnfindung bei Gesunden und Kranken. Die Konzepte bei der Frage nach Sinnfindung sind sehr differenziert (siehe Kapitel 5.1). So ist es

durchaus denkbar, Sinnfindung als grundlegende Orientierung im Leben zu sehen (Baumeister, 1991). Beispielhaft seien noch einmal die Ansätze von Frankl und Lukas (1978) und Maslow (1976) erwähnt. Für Frankl (1978) ist Sinn objektiv vorhandene Realität. Bei Maslow (1976) ist Sinn ein intrinsisches Bedürfnis. So ist es also durchaus denkbar, dass die gesunde Kontrollgruppe eine generelle Sinnfindung als „Lebensfundament“ erlebt.

Betrachtete man aber den Zusammenhang zwischen Sinn und Religiosität, so stellte sich heraus, dass hoch-religiöse Individuen mehr Sinn fanden als religiöse und nicht-religiöse. Dieses Ergebnis war unabhängig davon, ob die Individuen gesund oder krank waren und ebenso unabhängig vom Messzeitpunkt.

Dennoch sollte bedacht werden, dass die Zentralität der Religiosität in der vorliegenden Arbeit letztendlich nur als Prädiktor für das Anpassungsmaß der posttraumatischen persönlichen Reifung wichtig wurde. Gerade die Werte dieses Anpassungsmaßes aber waren zum zweiten Messzeitpunkt in der Untersuchungsgruppe nicht höher als zum ersten Messzeitpunkt (siehe Hypothese 2c). Zusammenfassend ließe sich sagen, dass es zwar möglich war, Aussagen über bestehende Zusammenhänge zwischen Religiosität und Sinnfindung zu machen, dass aber letztendlich in dieser Studie Religiosität weder als isolierter Prädiktor, noch in speziellen Konstellationen mit Sinnfindung ausschlaggebend für die Anpassung war.

Kritische Betrachtung des Ansatzes der posttraumatischen persönlichen Reifung. Wie zu Beginn ja bereits konstatiert werden musste, gelang die Anpassung an die Darmkrebserkrankung innerhalb eines halben Jahres nach der Diagnoseeröffnung nicht so umfassend, wie angenommen wurde. Die Individuen der Untersuchungsgruppe berichteten lediglich eine Verbesserung hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebensqualität.

Der Ansatz der posttraumatischen persönlichen Reifung wurde in der vorliegenden Arbeit als Anpassungsmaß thematisiert. Das Ergebnis erbrachte lediglich, dass sich die Werte der posttraumatischen persönlichen Reifung in der Untersuchungsgruppe vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt nicht erhöhen. In der Literatur wird dieses Konstrukt auch durchaus kontrovers diskutiert. Maercker (1998b, Maercker, Herrle & Grimm, 1999) erklärte die persönliche Reifung nach Traumata durch die Fähigkeit des kognitiven Neubewertens *und* durch die Tendenz zur Selbstberuhigung im Sinne

einer „protektiven Illusion“. Maercker und Langner (2001) bestätigten außerdem, dass persönliche Reifung auch mit posttraumatischen Belastungsreaktionen verbunden sein könnte. Maercker (1998) und Park et al. (1996) nennen Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal als mögliche „Nebenwirkungen“ einer persönlichen Reifung. Die Selbstwahrnehmung positiver Folgen von Belastungen und Traumata schließt die gleichzeitige Wahrnehmung negativer Folgen also durchaus nicht gänzlich aus. Tedeschi, Calhoun und Lawrence (1995) wiesen ausdrücklich auf die Komplexität der kognitiv-emotionalen Verarbeitung von Extrembelastungen hin. So könnten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit einen Hinweis darauf liefern, dass durch die Komplexität der Verarbeitung eben der Effekt einer persönlichen Reifung nach nur sechs Monaten nach der Belastung durch die Eröffnung der Krebsdiagnose noch nicht als fassbares Ergebnis messbar geworden sein könnte. Eine Reifung nach einem traumatischen Erlebnis bedeutet auch nicht, dass die traumatisierte Person keine negativen Auswirkungen des Erlebnisses, keinen Schmerz und keine Trauer mehr verspürt (Wigger, 2006). Eine Reifung kann stattfinden, während sich der Betroffene noch im Verarbeitungsprozess befindet (Calhoun & Tedeschi, 2001). Die meisten Arbeiten zum Phänomen der posttraumatischen persönlichen Reifung sind Querschnitt-Studien (zu einem Überblick siehe Stanton et al., 2006), sodass zur Latenzzeit keine Aussagen gemacht werden konnten. Vereinzelt längsschnittliche Studien (z.B. Bower et al., 2005) erstreckten sich über bis zu zehn Jahre. Auch hier sind die Ergebnisse nicht eindeutig und universell zu verallgemeinern. Eine Langzeitstudie von Nolen-Hoeksema und Larson (1999), die Trauernde begleiteten, erbrachte Ergebnisse von positiven Erlebnissen im Verlust bereits nach einem Monat.

Mögliche Zusammenhänge zwischen traumatischen Lebensereignissen und Sinnfindung. Die vermeintliche oder reale Lebensbedrohlichkeit einer Situation könnte Auslöser einer Sinnsuche sein. Horowitz (1979) schlug die Brücke von traumatischen Lebensereignissen zu kognitiven Prozessen, die Sinnsuche in Gang setzen könnten. Damit, dass ein Individuum durch ein Trauma in seiner grundlegenden Überzeugung erschüttert wird, könnten kognitive Prozesse aktiviert werden, um zum Beispiel der eigenen erlebten Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Tedeschi und Calhoun (2004) gingen davon aus, dass generelle Überzeugungen über das Leben diesem einen Sinn geben könnten. Ein traumatisches Erlebnis allein genügt ihrer Meinung nach nicht, den Prozess der posttraumatischen persönlichen

Reifung in Gang zu setzen. Vielmehr müsste dieses Erlebnis so schwerwiegend und belastend sein, dass es die grundlegenden Annahmen über die Welt, die bereits vor dem traumatischen Erlebnis vorhanden waren, erschüttern könnte. Zusammenfassend ergab sich in der vorliegenden Arbeit kein Unterschied zwischen den Werten der posttraumatischen persönlichen Reifung zum ersten Messzeitpunkt zeitnah nach der Darmkrebsdiagnoseeröffnung und zum zweiten Messzeitpunkt nach sechs Monaten Latenzzeit. Dieses Maß der Anpassung der posttraumatischen persönlichen Reifung könnte möglicherweise eher bezüglich anderer traumatischer Erfahrungen zum Tragen kommen, wie zum Beispiel nach Kriegserlebnissen (Jones, 2002; Powell, Shahabi & Thoresen, 2003) oder Gewalterfahrung (Linley & Joseph, 2004).

Das potenteste Ergebnis der vorliegenden Arbeit war, dass, obwohl die Werte der Sinnfindung bei den erkrankten Individuen leicht niedriger waren als bei den gesunden Individuen ($d = 0.19$), Sinnfindung doch wirkte.

Zentralität der Religiosität und Sinnfindung. Religiosität erwies sich in der vorliegenden Arbeit als Mittel zur Sinnfindung. Hoch-religiöse Individuen fanden signifikant mehr Sinn als die Gruppe der religiösen und nicht-religiösen Individuen. Die Effektstärken lagen zwischen 0.31 und 0.44. Es handelte sich also um mittlere Effekte. Die Zentralität der Religiosität unterschied sich nicht zwischen Kontrollgruppe und Untersuchungsgruppe. Damit wurde ein Ergebnis von Müller (2008) repliziert. Sie fand keinen signifikanten Unterschied im allgemeinen Religiositätsniveau (Zentralität) zwischen Krebspatientinnen und gesunden Frauen. Insgesamt stieg die Religiosität in beiden Gruppen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt leicht an, jedoch in sehr geringem Maße (s. Hypothese 6a).

Inhalte der Religiosität (religiöses Coping) und Sinnfindung. Die Werte beider Formen des religiösen Copings waren in der Untersuchungsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. (s. Hypothese 6b). Kritisch anzumerken ist, dass die gesunde Kontrollgruppe lediglich zum ersten Zeitpunkt um eine Selbsteinschätzung bezüglich der Rolle gebeten wurde, die ihr persönlicher Glaube im Umgang mit einer belastenden Situation gehabt haben könnte. Es ist sicherlich ein Unterschied, ob der mögliche Einsatz von religiösen Coping-Inhalten eingeschätzt werden sollte aufgrund eines erinnerten belastenden Ereignisses, so wie bei der gesunden Kontrollgruppe geschehen, oder ob die Befragten zeitnah kurz vor der Befragung mit der Eröffnung

einer Darmkrebsdiagnose konfrontiert wurden. Wichtig war, dass hier auch die Richtung der Religiosität (positives religiöses Coping und negatives religiöses Coping) thematisiert wurde, was angesichts des Ergebnisses von Bedeutung war, da bezüglich der Anpassungsmaße negatives religiöses Coping höhere Varianzanteile aufklärte als positives religiöses Coping (s. Hypothese 5b). Der große Einfluss von negativem religiösem Coping ist in Studien von Zwingmann (2007), Müller (2008), Murken und Rüdell (1996) und Murken (2003) belegt.

Retrospektive Einschätzung der Religiosität. Die Zentralität der Religiosität stieg in der Untersuchungsgruppe von vor der Diagnose (retrospektive Einschätzung) bis zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Diagnose an und blieb dann gleich. Dieses Ergebnis fügte sich in den Kontext der bisherigen Forschung ein, die bedrohliche Lebensereignisse als mögliche Auslöser zur Aktivierung von Religiosität fand. Mehnert und Koch (2001) sehen religiöse Überzeugungen als Ressource mit anpassungsförderlicher Kraft im Sinne einer Resilienzsteigerung. Das Individuum könnte religiöse Überzeugungen aktivieren, um sich möglichst schnell an veränderte Anforderungen anzupassen. Tiefgreifende Veränderungen könnten schnell, erfolgreich und ohne dysfunktionales Verhalten bewältigt werden. Siegel et al. (2001) fanden Religiosität besonders in Erkrankungszeiten als wichtige Bewältigungsressource, da Patienten durch ihre Erkrankung in Situationen kommen, die außerhalb ihrer Kontrolle und außerhalb ihrer bekannten Handlungsmöglichkeiten liegen. Bedrohliche Lebensereignisse könnten die Aktivierung von Religiosität „triggern“, um verloren gegangene Kontrolle wieder zu gewinnen. Je unkontrollierbarer ein Ereignis und dessen Auswirkung erlebt wird, desto eher sucht das betroffene Individuum nach einer Möglichkeit, der sinnlos gewordenen – der unkontrollierbaren – Situation wieder einen Sinn zu geben, sie wieder kontrollierbar zu machen. Müller (2008) fand bei den Brustkrebspatientinnen ihrer Stichprobe wenig Veränderung bezüglich deren Religiosität durch das kritische Lebensereignis, wie auch wenig Veränderung im Verlauf der Erkrankung. Zwar berichteten in ihrer Studie retrospektiv mehr Patientinnen eine Veränderung der Religiosität (hier sowohl im Sinne einer Verstärkung, als auch im Sinne einer Verminderung), jedoch erreichten die Daten keine statistische Signifikanz. Deshalb schloss Müller (2008), dass Religiosität ein relativ stabiles Merkmal sein könnte. Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit könnte jedoch auch eine mögliche Unterschätzung der eigenen Religiosität zum erinnerten Zeitpunkt vor der Diagnose abbilden. Diese Studie,

genauso wie die Studie von Müller (2008) erfasste eine Einschätzung der Religiosität im Rückblick auf einen Zeitraum *vor* einem einschneidenden Erlebnis. Aussagekräftigere Retrospektionseffekte könnten eher längsschnittlich zu erfassen sein. Denkbar wären zum Beispiel prospektive Kohortenstudien, da eben Retrospektionseffekte als Selbsteinschätzung aus der Erinnerung erfragt, nicht so eindeutig zu interpretieren sind.

Ergebnisse zur Zentralität der Religiosität als abhängige Variable im Überblick. In der vorliegenden Studie jedenfalls konnte statistisch ein Anstieg der Zentralität der Religiosität in der Untersuchungsgruppe von vor der Diagnose (retrospektive Einschätzung) bis zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Diagnose nachgewiesen werden. Die Zentralität veränderte sich nicht mehr vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, was die These von Müller (2008), die Religiosität als relativ stabiles Merkmal fand, unterstützen würde, hier jedoch mit der Einschränkung, dass dieses stabile Merkmal durch einschneidende Ereignisse veränderbar sein könnte. Kritische Punkte der Retrospektionseffekte wurden bereits diskutiert. Je höher die Zentralität war, desto höher waren die Werte der Sinnfindung und Sinnfindung wirkte auf alle thematisierten Anpassungsmaße inkrementell adaptiv. Das Ergebnis zur erinnerten Veränderung und dann manifesten Größe der Zentralität der Religiosität legte die Idee nahe, dass die religiöse Grundhaltung so stabil sein könnte, dass sie sich nicht mehr verändert, wenn sie einmal als hilfreich erlebt wurde.

Fazit. Dennoch blieb Religiosität lediglich ein mögliches sinnstiftendes Element. Den entscheidenden Beitrag zur gelungenen Anpassung an die Darmkrebserkrankung leistete die Sinnfindung.

In einem Vergleich der Werte der Lebensqualität mit denen der Sinnfindung innerhalb der Kontrollgruppe gelang es, die profunde Bedeutsamkeit von Sinnfindung zu untermauern. Sinnfindung korrelierte in der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten signifikant mit der Wahrnehmung einer besseren Lebensqualität (s. Hypothese 8).

Obwohl also die Werte der Sinnfindung der Kontrollgruppe leicht niedriger waren als die der Untersuchungsgruppe, war trotzdem Sinnfindung der stärkste Prädiktor für die Anpassung an die Darmkrebserkrankung, der inkrementelle Varianz aufklärte. Dieses Ergebnis könnte eine Grundlage liefern für praktische Umsetzungen zur Optimierung der Behandlungskonzepte für Darmkrebspatientinnen und –patienten.

12.5 Methodenkritische Überlegungen

Da die Aussagekraft einer empirischen Studie mit der Güte der Operationalisierung der untersuchten Konstrukte zusammenhängt, wurden in der vorliegenden Arbeit ausschließlich reliable und valide Instrumente zur Operationalisierung gewählt (s. Kapitel 9.4). Alle hier eingesetzten Messinstrumente sind zumeist gerade im onkologischen Kontext etabliert, einzig die Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC, Murken et al., in Vorbereitung) waren zu aktuell, um bereits häufig Anwendung gefunden zu haben. Das Instrument (FACT-C), mit dem Sinnfindung erfasst wurde, trägt der Multidimensionalität des Konstruktes Rechnung, indem es körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht des Betroffenen erfragt. In Kapitel 5.6.1 wurde in einem methodischen Exkurs bereits ausführlich die Wahl genau dieses Instruments zur Sinnfindung begründet.

Die Erfassung des sozioökonomischen Status erfolgte aufgrund von zwei Faktoren: Autonomie des Handelns und Bildung (s. Anhang C). Viele der Befragten waren bereits im Ruhestand. Die Kontrollgruppe hatte einen höheren sozialen Status als die Untersuchungsgruppe. Vor diesem Hintergrund sollten Vergleiche zwischen den Gruppen entsprechend vorsichtiger interpretiert werden. Unterschiede im sozialen Status fallen sicher ins Gewicht, da sich gerade Anpassungsmaße wie Angst und Depressivität mit Bildung konfundiert sind (siehe zum Beispiel Grundmann, Bittlingmayer, Dravenau & Groh-Samberg, 2007). Höherer sozialer Status ist assoziiert mit besserem Wohlbefinden und damit einhergehend auch mit niedrigerer Angst und Depressivität. In der vorliegenden Untersuchung hatte die Kontrollgruppe sowohl einen höheren sozioökonomischen Status, als auch niedrigere Werte bezüglich Angst und Depressivität. Somit könnte es sich um einen konfundierenden Faktor handeln. Falls diese nicht-kontrollierte Drittvariable Einfluss genommen habe könnte auf die vorliegenden Ergebnisse, so scheint es vor dem Hintergrund der großen Stichprobe und dem längsschnittlichen Design dennoch gerechtfertigt, die Ergebnisse im geschenehen statistischen Rahmen zu interpretieren. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe haben auch lediglich insofern klinische Relevanz, als dass sie eine Vergleichsgröße der Befindlichkeit von gesunden älteren Menschen als mögliche Zielvariable zur Behandlung von Darmkrebspatientinnen und -patienten sein könnten.

Für zukünftige Forschungen könnte sich die Auswertung der visuellen Analog-Skala, der Selbstwirksamkeitserwartung und des erlebten Selbstwertes anbieten.

Aufgrund zahlreicher Studien, zu einem Überblick siehe Tschuschke et al. (2006), ist davon auszugehen, dass eine Darmkrebsdiagnose von den allermeisten Betroffenen als bedrohlich erlebt wird.

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV), die Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) und der Fragebogen zur posttraumatischen persönlichen Reifung (PPR) sind etablierte Instrumente. Die Gütekriterien der dem FKV zugefügten Items zum sozialen Abwärtsvergleich und zur sozialen Akzeptanz entsprachen den Normen (s. Kapitel 9.7.1). Die Items zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), der Fragebogen zum krankheits-spezifischen Wohlbefinden Functional Assessment of Cancer – Colorectal (FACT- C) und das Instrument zur Erfassung von Sinnfindung Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well Being Scale (Facit-Sp) sind insbesondere in der Onkologie etablierte und bewährte Instrumente. Zwar favorisieren inzwischen Canada et al. (2008) eine Drei-Faktoren-Lösung, der hier verwendete Original-Fragebogen beinhaltet zwei Subskalen, jedoch ist die Subskala „Sinn“ von den aktuellen faktorenanalytischen Ergebnissen kaum betroffen.² Die Zentralitätsskala und die Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping sind der Religionspsychologie angegliedert und entsprechen ebenfalls den Anforderungen der Gütekriterien.

Zentral war die Fragestellung nach der Bedeutsamkeit von Sinnfindung. Das in dieser Arbeit verwendete Messinstrument zur Sinnfindung (Facit-Sp) wurde gewählt, weil die Objektivität von Sinn, wie Hauser (2004) sie als Widerspruch in sich selber betrachtete, eben doch abgebildet werden sollte.

In der vorliegenden Arbeit war es durch den Einsatz des etablierten Fragebogeninstrumentes des Facit-Sp möglich, die Dimension der Sinnfindung zu definieren, abzugrenzen und zu messen mit dem Ergebnis, dass Sinnfindung als der starke Prädiktor, der inkrementelle Aufklärung bezüglich aller Anpassungsmaße leistete, benennbar wurde. Sätze wie „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes

² Die in dieser Arbeit verwendete Originalversion hat zwei Subskalen „Meaning and Peace“ und „Faith“, die Drei-Faktoren-Lösung trennt in „Meaning“, „Peace“ und „Faith“.

Wie“ (Nietzsche, zitiert nach Hauser, 2004, S. 439) mögen intellektuelle Unterstützung bieten, helfen aber meist angesichts konkreter bedrohlicher Lebenssituationen dem Betroffenen nicht. Empirisch-analytisches Messen erweist sich nach Pieringers (1998) Ansicht zwar nicht als adäquate Diagnostik für die Leidensdimension eines krebserkrankten Menschen, es ist jedoch bekannt, dass Sinnfragen von Krebskranken in zwei Richtungen gehen: in die Vergangenheit mit der bängigen Frage nach dem „Warum“, in die Zukunft mit der Frage „Wozu?“. Nach Spaemann und Löw (1981) ist diese zukunftsorientierte Frage für die Krankheitsverarbeitung die wichtigere. Alle thematischen Bereiche des hier eingesetzten Fragebogeninstrumentes zur Sinnfindung, die Items der Subskala „Sinn“ des Facit-Sp (Krischke & Petermann, 2000), initiieren Zukunftsorientierung: Innere Ruhe und Harmonie, inneren Frieden und Trost, das Gefühl, etwas erreichen zu können, Grund zum Leben zu haben und die Sinn- und Zweckorientierung des Lebens. Therapieziele bei psychotherapeutischen Interventionen sind ähnlich ausgerichtet. Sie sind adaptiv, supportiv, beziehungs- und problemorientiert (vergl. Csef, 1994; Csef & Kube, 1998; Schwarz, Bernhard, Flechtner, Kuchler & Hüorny, 1995). Schumacher (1990) fand in ihrer Studie an 30 Brustkrebspatientinnen, dass Patientinnen in ihrer Erkrankung Sinn als Aufforderung zur Lebensveränderung fanden. Le Shan (1982, zitiert nach Csef & Kube, 1998) war ein Pionier der Psychoonkologie. Er hielt Sinnfindung für eine der stärksten Waffen gegen den Krebs.

Studiendesign und Auswertungsstrategie. Durch das längsschnittliche Design der Studie war es möglich, die Ausprägungen der gemessenen Anpassungsmaße Angst, Depressivität, Lebensqualität, Gesundheitszustand, krankheitsspezifisches Wohlbefinden und posttraumatische persönliche Reifung auf verschiedene, sechs Monate zuvor gemessene Prädiktoren zurückzuführen. Die zentrale Rolle der Sinnfindung im Bewältigungsprozess konnte als potenter Prädiktor statistisch nachgewiesen werden. Wie Weis (2002) und Faller (2004) bestätigen, ist es für eine Untersuchung von Bewältigungsprozessen wichtig auf prospektive Verlaufsdaten zurückzugreifen. In der vorliegenden Arbeit wurde eine zweimalige Befragung gewählt, komplexer aber auch aufwändiger wäre eine Mehrfachmessung, um Aussagen über Stabilität bzw. Variabilität der Einflüsse von Prädiktoren auf Anpassungsmaße machen zu können. Aus der allgemeinen Coping-Forschung ist bekannt, dass Bearbeitungsstrategien

von Krebspatienten oft erheblich über die Zeit oder verschiedene Situationen variieren (Faller, 1998; Heim et al., 1987).

Die Stichprobe der vorliegenden Studie entspricht der Anforderung von Faller (2004), zur präzisen Abbildung von Coping-Verhalten in verschiedenen Erkrankungsphasen möglichst homogene Stichproben zu wählen, da verschiedene Krebserkrankungen unterschiedliche Verläufe haben und somit schwer vergleichbar sind. In zukünftigen Studien könnten Daten über mehrere Messzeitpunkte ausgewertet werden, um so den Verlauf der Anpassung transparenter zu machen.

12.6 Klinische praktische Implikationen

Ressourcen zur Verbesserung der Anpassung an die Erkrankung. Nach Küchler und Bullinger (2000) ist Lebensqualität das wichtigste Behandlungsziel für Krebspatienten. Er beschreibt, dass Patienten die methodische Erfassung ihrer Lebensqualität keineswegs als Belastung erleben, sondern als Teil der Humanisierung. Patienten fühlen eher ihre Gesamtbefindlichkeit als nur ihren Tumor im Fokus der Aufmerksamkeit der onkologischen Behandlung. Die Daten der vorliegenden Arbeit lieferten zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand ein Ergebnis, das Bedeutung für die Arbeit mit Betroffenen haben könnte: Sowohl die wahrgenommene Lebensqualität, als auch der selbstberichtete Gesundheitszustand verbesserten sich binnen eines halben Jahres nach der Diagnoseeröffnung. So könnte die Erforschung der Lebensqualität und des Gesundheitszustand von Krebspatienten mit einem so reliablen Instrument wie dem EORTC zu handlungs- und behandlungsrelevanten Konsequenzen in der onkologischen Versorgung beitragen. Hierzu ist es wichtig, mögliche Ressourcen für derartige Verbesserungen zu kennen, zum Beispiel günstige oder eher ungünstige Verarbeitungsstile. Auch eben diese Identifikation von eher adaptiv wirkenden, eher nicht wirkenden und eher maladaptiv wirkenden Bewältigungsmöglichkeiten wurde in der vorliegenden Arbeit möglich: Die klassischen Bewältigungsstile konnten zwischen 19 und 34 % der Varianz in den Anpassungsmaßen klären. Ganz herausragend zeigte sich die Rolle der depressiven Verarbeitung als maladaptiv für alle Anpassungsmaße. Einen umgekehrt proportionalen Zusammenhang gab es zwischen aktiven problemorientierten Coping-Stilen und Depressivität. Positiv assoziiert war aktives, problemorientiertes Coping mit krankheitsspezifischem Wohlbefinden und posttraumatischer persönlicher Reifung. Bagatellisieren und Wunschdenken war positiv assoziiert mit dem Erleben

von weniger Angst. Ablenkung und Selbstaufbau war positiv assoziiert mit posttraumatischer persönlicher Reifung. Diese Ergebnisse erscheinen intuitiv schlüssig und könnten in gezielte Unterstützung für betroffene onkologische Patienten umgesetzt werden. Es wäre zu überlegen, wie depressive Verarbeitungsstile möglichst minimiert werden könnten. Da die Inhalte der einzelnen klassischen Coping-Formen bekannt sind, könnten aktivierende edukative Programme in Reha-Kliniken möglicherweise die ungünstigen Auswirkungen der depressiven Verarbeitung neutralisieren helfen.

Zwar unterschieden sich in der vorliegenden Arbeit beide Gruppen (Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe) auch zum zweiten Messzeitpunkt noch bezüglich Gesundheitszustand und Lebensqualität voneinander, doch deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass bei Betrachtung eines längeren Zeitintervalls als das von sechs Monaten dieser Unterschied möglicherweise schwinden könnte. So könnten längerfristig angelegte Studiendesigns die Frage klären, ob, wie zeitnah an der Diagnosestellung und durch welche geeignete Unterstützung an Darmkrebs erkrankte Menschen die Lebensqualität und den Gesundheitszustand der vergleichbar alten gesunden Individuen wiedergewinnen könnten.

Religiosität als mögliches Element zur Sinnfindung. Wenn onkologische Patienten eigene religiöse Überzeugungsinhalte als Bewältigungsressource im therapeutischen Gespräch thematisieren, wäre es nach den vorliegenden Ergebnissen, die sich mit Befunden von Murken (2003) decken, zunächst wichtig, herauszufinden, ob die religiöse Überzeugung eine eher adaptive oder eher maladaptive Wirkung haben könnte. Wie bekannt ist, sind Inhalte des negativen religiösen Copings eher negativ mit positiver Anpassung assoziiert. Eine wichtige Rolle spielt außer dem Inhalt der religiösen Überzeugungen auch die Rolle der Religiosität im Alltag, die sie für den Betroffenen hat. Religiosität konnte eher dann als sinnstiftendes Element betrachtet werden, wenn die Menschen sich selbst als hoch-religiös einschätzten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legten die Annahme nahe, dass es einen qualitativen Unterschied zwischen der Gruppe der hoch-religiösen Individuen und der Gruppe der beiden anderen Zentralitätsstufen nach Huber (2003), also mittel- und nicht-religiöse Individuen, geben könnte. Die Bedeutsamkeit der Religiosität im Alltag hatte für krebserkrankte Menschen eine wichtige Rolle unabhängig davon, ob die Diagnose gerade erst gestellt worden war oder bereits ein halbes Jahr und mehr

zurücklag: Nicht-religiöse Individuen fanden weniger Sinn als hoch-religiöse Personen. Also konnte Religiosität der Sinnfindung zuträglich sein.

Es zeigte sich hier, anders als angenommen, dass die Zentralität der Religiosität in der Gruppe der Erkrankten nicht höher war als die der Gesunden, wenn auch die Zentralität der Religiosität in der retrospektiven Einschätzung stieg. Dieses Ergebnis repliziert ein Ergebnis von Müller (2008). Sie fand keinen signifikanten Unterschied im allgemeinen Religiositätsniveau (Zentralität) zwischen Krebspatientinnen und gesunden Frauen, obwohl auch sie, ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit, annahm, dass durch die Diagnose und Behandlung einer Krebserkrankung Religiosität aktiviert werden würde. Arbeiten von Carone und Barone (2001) und Fitchett et al. (1999) unterstützen die Annahme, dass Religiosität einen kognitiven Rahmen bieten kann für die positive Neubewertung negativer Ereignisse. Bearon und Koenig (1990), Bjorck, Cohen und Lawrence (1993), Pargament et al. (1999) und Siegel et al. (2001) kamen übereinstimmend zu dem Schluss, dass durch ein kritisches Lebensereignis Religiosität aktiviert werden kann. Dennoch sollte Religiosität nicht als Allheilmittel betrachtet werden, sondern sollte nur dann in den therapeutischen Prozess eingebunden werden, wenn der Einzelne davon profitieren könnte. Religiosität als ein mögliches Element zur Sinnfindung sollte also immer individuell auf den jeweiligen Patienten bezogen betrachtet werden.

Der Blickwinkel der Betrachtung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialisation der Bevölkerung in den USA und in Deutschland bezüglich Religiosität könnte einen Erklärungsansatz für die Inkongruenz der Ergebnislage liefern.

Möglicherweise ist der Umgang mit und die Präsenz von Religiosität in Deutschland so gering, dass die Bedeutsamkeit der Religiosität eine zu vernachlässigende Größe sein könnte.

Unterschiede zwischen der Bedeutsamkeit der Religiosität im Alltag (Zentralität) und den Inhalten der Religiosität (religiöses Coping). Ein Ergebnis der vorliegenden Arbeit war, dass Religiosität zwar ein relativ stabiles Merkmal zu sein scheint, da es keine Zunahme der Zentralität vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt gab, dass aber dieses Merkmal durchaus durch einschneidende Erlebnisse beeinflussbar scheint: Die Zentralität der Religiosität nahm bei den Patienten in der retrospektiven Einschätzung von vor der Diagnose bis zur Diagnosestellung zu. So könnte Religiosität möglicherweise eine Art Krisenintervention sein für diejenigen, die eine

Affinität zur religiösen Orientierung haben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, dass sich Gesunde nicht von Kranken in der Stärke des religiösen Konstruktsystems (Zentralität) unterschieden. Um in den Bildern von Huber (2003) zu bleiben: Kranke unterschieden sich von Gesunden nicht hinsichtlich der Häufigkeit (Zentralität), in der sie ihre „religiöse Brille“ aufsetzten. Der Inhalt der Religiosität (religiöses Coping), also die Frage: „wie ist die Brille getönt?“, schien allerdings für Kranke wichtiger zu sein als für Gesunde. Kranke Individuen mobilisierten häufiger religiöse Coping-Stile als gesunde. Ein Grund hierfür wurde bereits genannt: Darmkrebspatienten müssen eine lebensbedrohliche Situation *bewältigen*. Gesunde Individuen aus der Kontrollgruppe wurden lediglich gebeten, sich an ein kritisches Lebensereignis zu *erinnern* und aus der Erinnerung einzuschätzen, wie sehr sie zu dessen Bewältigung religiöses Coping herangezogen haben könnten. Der *Inhalt* von Religiosität (positives religiöses Coping und negatives religiöses Coping) scheint in Erkrankungszeiten wichtig zu werden (Siegel et al., 2001), da Patienten durch ihre Erkrankung Kontrolle verlieren und zahlreicher Handlungsmöglichkeiten beraubt sind. Nach Siegel et al. (2001) gewinnen gerade dann emotionsregulierende Verarbeitungsmöglichkeiten an Bedeutung, wozu die inhaltliche Ausprägung der Religiosität gehören könnte.

Umsetzungsmöglichkeiten der Ergebnisse in den klinisch-therapeutischen Umgang mit Darmkrebspatientinnen und -patienten. Nach Hauser (2004) lässt sich Sinnfindung nicht in eindeutigen und trennscharfen Formalismen fassen. Vielmehr finden sich in vielen therapeutischen Ansätzen übergeordnete Themen von Sinnfindung wie Verantwortungsübernahme, Aktivierung von Ressourcen, Förderung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Erarbeitung von Selbsteffizienz-wahrnehmung. Eine Implikation dieser Arbeit für die Praxis könnte sein, gerade im therapeutischen Umgang mit älteren Menschen eine größtmögliche Individualität des Kontaktes zu ermöglichen. So unterschiedlich die Sinnfindungskomponenten des Einzelnen sind, so facettenreich und sensibel müsste auch die therapeutische Begleitung sein, um die Vollständigkeit der Entwicklungsdynamik und Komplexität der Thematik zu würdigen. Hauser (2004) vertritt den Standpunkt, dass eine Psychologie, die über die ideologischen Grenzen hinweg sowohl kognitive wie auch phänomenologische Konstrukte zu integrieren in der Lage ist, bessere Chancen hat, den Herausforderungen unserer Zeit gewachsen zu sein. Therapeutische Herausforderung ist eben auch die sogenannte Tertiärprävention (Hauser, 2004):

Menschen Hilfestellungen anzubieten, die an den Folgen von Krankheiten, hier Darmkrebs, leiden. Da jede Krise die Überzeugung in Frage stellt, in einer handhabbaren Umwelt zu leben, werden durch die Darmkrebsdiagnose häufig Ziele, Werte und Hoffnungen durchkreuzt. In dem Maße, in dem eine Krise also die eigene Grundüberzeugung in Frage stellt, in der Welt aufgehoben zu sein, könnte sie eine Sinnkrise darstellen. Um zu funktionieren, brauchen Menschen jedoch eine Repräsentation der eigenen Welt, die als funktionstüchtig bezeichnet werden könnte – einen Sinn.

So kritisch Pukrob (2003) auch die definitorische Unbestimmtheit des Begriffs der Lebensqualität diskutiert, so steht doch außer Frage, dass Lebensqualität als relevantes Beschreibungs- und Zielkriterium gesehen werden kann. Lebensqualität beinhaltet körperliche, mentale, emotionale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens (Küchler & Bullinger, 2000). Lebensqualität im Zusammenhang mit Sinnfindung wurde von Taubert (2003) thematisiert: Er nahm an, dass ältere Menschen bereits häufiger persönliche oder stellvertretende Erfahrung mit kritischen Lebensereignissen gemacht haben. Um in außergewöhnlichen Belastungssituationen Zielvorstellungen an die Bedingungen neuer Gegebenheiten anpassen zu können, nehmen nach Brandstädter und Renner (1990) sogenannte akkomodative Bewältigungsstile zu. Ältere Menschen nehmen demnach häufiger entlastende Deutungen von negativen Ereignissen vor und regulieren das Anspruchsniveau. Sinnfindung könnte also ein akkomodativer Stil im Umgang mit Lebensereignissen sein, der mit Nebenwirkungen von Wertvorstellungen und Umsortierung von Zielprioritäten einhergeht.

Im Rahmen von weiterer Forschung könnte die Fragestellung von Interesse sein, welche Interventionen Sinnfindungsprozesse anstoßen oder begleitend unterstützen könnten. Ebenso könnten Ergebnisse über mögliche Zusammenhänge zwischen Sinnfindung und der Wahrnehmung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartungen für Umsetzungen in den klinischen Alltag von Bedeutung sein zur Optimierung der Selbstkompetenz der Betroffenen. Sharoff (2007) beschreibt Sinnfindung als praktisch-educative Möglichkeit in der Psychotherapie, um möglicher Verbitterung der Betroffenen entgegenzuwirken und um deren Anpassung an die Erkrankung zu fördern. Ando, Michiyo, Morita, Tatsuya, Okamoto und Ninosaka (2008) fanden gestiegene Werte für Sinnfindung (Facit-Sp) und gesunkene Werte für Angst und Depressivität (HADS) bei 30 terminal an Krebs erkrankten Individuen,

indem sie mit ihnen eine Art Lebensrückblick in Kurz-Interview-Form erarbeiteten. Die Dauer der Kurz-Intervention begrenzten die Autoren auf eine Woche. Auch hier läge bei der Umsetzung in den klinischen Alltag die besondere Herausforderung in der Individualisierung der therapeutischen Intervention: Jeder Betroffene erarbeitete im therapeutischen Prozess *seinen ganz eigenen* Lebensrückblick. In weiteren Untersuchungen könnte eine Experimentalgruppe, die in Anlehnung an die eben genannte Studie eine Kurzintervention in Form einer Lebensbilanz anhand der Sinnskala des Facit-Sp erhalte, verglichen werden mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention. So könnte die Wirksamkeit von Sinnfindung überprüft werden.

In der psychologischen Arbeit mit Darmkrebspatientinnen und -patienten wäre eine große Individualisierung wünschenswert, wertschätzend in der Wahrnehmung der ganz besonderen Bedürfnisse der meist älteren Menschen mit ihrer eigenen, langen Biographie.

13 Ausblick

Sinnfindung war in der vorliegenden Arbeit *der* starke Prädiktor, der inkrementell Aufklärung in der Varianz jedes Anpassungsmaßes leistete. So könnten fundierte Kenntnisse über unterschiedliche individuelle Sinninhalte wertvoll sein. Je nachdem, welche Facette der Sinnfindung vom Betroffenen thematisiert wird, könnte ebendiese als adaptive Ressource genutzt werden. In Kapitel 5.6 wurde bereits darauf hingewiesen, dass Menschen ein besonders starkes Bedürfnis nach einer Erklärung haben, wenn die Ereignisse ihren Erwartungen widersprechen. So fasst zum Beispiel der Begriff der subjektiven Krankheitstheorie Erklärungen, Vorstellungen und Erwartungen zusammen, die Patienten mit ihren Leiden in Verbindung bringen (Bishop, 1991; Flick, 1991). Hierzu gehören Ursachenzuschreibungen, also die Frage nach dem Warum, die ein Element der Sinnfindung sein kann. Die Kenntnis der unterschiedlichen Potenz von retrospektiven und prospektiven Sinnfragen ist nötig zur zukunftsorientierten Arbeit mit Darmkrebspatienten.

Ereigniszentrierte Sinnfragen suchen retrospektiv Erklärungen im Sinne von Kausalattributionen („Warum ich?“). Existentielle Sinnfragen sind eher prospektive Erklärungen im Sinne der Neubewertung des Selbst- und Weltbildes und eine Reorganisation von Lebenszielen. Die retrospektive Sinn-Konstruktion mit Hilfe von Kausalattributionen geht häufig fließend in einen prospektiven Sinn-Entwurf über (Filipp & Aymanns, 1997). So bildet in der therapeutischen Arbeit mit onkologischen Patienten häufig die Auslegung der Vergangenheit die jeweils aktuelle Voraussetzung für eine prospektive (Re-) Konstruktion von Sinn (Hauser, 2004). Die subjektiven Krankheitstheorien der Betroffenen enthalten oft auch Elemente, die nicht mit der medizinischen Sicht übereinstimmen. In der jüngeren Vergangenheit wurde zunehmend auf die allein medizinische Modellvorstellung im Patientenkontakt verzichtet, weil dadurch die bezweckte Compliance gefährdet werden kann (Strauss, Harding, Hafez & Liebermann, 1986). Erholung von einem kritischen Lebensereignis beinhaltet also nicht nur die retrospektive Integration dieses Ereignisses –hier die Darmkrebsdiagnose- ins eigene Leben, sondern auch, im Sinne der Anpassung, einen übergeordneten Sinnzusammenhang zu entwerfen (vergleiche Baumeister, 1991). Vor diesem Hintergrund scheint es von großem Interesse, dass Sinnfindung in besonderem Maß für das krankheitsspezifische Wohlbefinden adaptiv wirkte. Das Instrument (FACT-C), mit dem dieses Anpassungsmaß erfasst wurde, trägt der Multidimensionalität des Konstruktes Rechnung, indem es körperliche, emotionale,

mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht des Betroffenen erfragt.

Sinnfindung erwies sich also in der vorliegenden Arbeit als der starke Prädiktor für eine gelungene Anpassung, obwohl die Werte der Sinnfindung in der Kontrollgruppe statistisch betrachtet höher waren als in der Untersuchungsgruppe. Nach Cohen (1988, zitiert nach Gediga, 1999) ist immerhin noch fast von einem kleinen Effekt zu sprechen ($d = 0.19$).

14 Literatur

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. et al. (1993). The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- Adler, A. (1973). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P. & Abeles, M. (2000). Downward comparisons in daily life with chronic pain: Dynamic relations with pain intensity and mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 499-518.
- Allport, G. W. (1959). *Persönlichkeit: Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart* (2. Aufl.). Meisenheim: Hain.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Amir, M. & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 191-206.
- Andersen, B. L., Anderson, B. & DeProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 692-697.
- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T. & Ninosaka, Y. (2008). One-week Short-Term Life Review Interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17, 885-890.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (dt. erw. Ausg. von A. Franke). Tübingen: DGVT.
- Arras, J. I., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 181-187.
- Baider, L., Russak, S. M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B. et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: An Israeli sample. *Psycho-Oncology*, 8, 27-35.

- Barraclough, J. (1999). *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology* (3rd ed.). Chichester: Wiley.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York, NY: Guilford.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bearon, L. B. & Koenig, H. G. (1990). Religious cognitions and use of prayer in health and illness. *The Gerontologist*, 30, 249-253.
- Belavich, T. G. & Pargament, K. I. (2002). The role of attachment in predicting spiritual coping with a loved one in surgery. *Journal of Adult Development*, 9, 13-29.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1972). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie* (3. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-59). New York, NY: Springer.
- Bjorck, J. P. & Cohen, L. H. (1993). Coping with threats, losses, and challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 56-72.
- Böhmer, S. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S. 369-386). Göttingen: Hogrefe.
- Bonomi, A. E., Cella, D. F., Hahn, E. A., Bjordal, K. B., Sperner-Unterweger, B., Gangeri, L. et al. (1996). Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Quality of Life Research*, 5, 309-320.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H. & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following

- breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236-245.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Rothermund, K. (1999). Intentional self-development through adulthood and later life: Tenacious pursuit and flexible adjustment goals. In J. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development: Theory and research through the life span* (pp. 373-400). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Breitbart, W. (2005). Spirituality and meaning in cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 237-240.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brim, O. G. J. & Ryff, C. D. (1980). On the properties of life events. In P. B. Baltes & O. G. J. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 367-388). New York, NY: Academic Press.
- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität als Ziel und Bewertungskriterium. In H. J. Möller, R. R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13-30). Heidelberg: Springer.
- Bullinger, M. (1997). *Lebensqualitätsforschung: Bedeutung - Anforderung - Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer.
- Bulman, R. J. & Wortmann, C. B. (1997). Attribution of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Canada, A. L., Murphy, P. E., Fitchett, G., Peterman, A. H. & Schover, L. R. (2008). A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology*, 17, 908-916.
- Carone, D. A., Jr. & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21, 989-1003.

- Carver, C. S. & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*, 595-598.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Catlin, G. & Epstein, S. (1992). Unforgettable experiences: the relation of life events to basic beliefs about self and world. *Social Cognition, 19*, 189-209.
- Cella, D. F. & Bonomi, A. E. (1996). The FACT and FAHI QOL measurement system. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 203-214). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology, 11*, 570-579.
- Cigrang, J. A., Hryshko-Mullen, A. & Peterson, A. L. (2003). Spontaneous reports of religious coping by patients with chronic physical illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*, 133-137.
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology - A handbook* (pp. 217-254). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Compas, B. E. & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science, 11*, 111-114.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185.
- Crouch, M. & McKenzie, H. (2000). Social realities of loss and suffering following mastectomy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 4*, 196-215.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 561-574.

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (1994). *ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Bern: Huber.
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K. et al. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
- Epstein, S. & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 813-825.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken* (Bd. 5) Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Faller, H. (2004). Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 99-108.
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S. 31-53). Göttingen: Hogrefe.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fegg, M. (2004). *Krankheitsbewältigung bei malignen Lymphomen*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Feher, S. & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Feichtner, C. (2005). *Lebenszufriedenheit von Tumorpatienten in der Strahlentherapie*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.

- Filipp, S.-H. (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S. H. & Ferring, D. (2000). Coping as "reality construction": On the role of attentive, comparative, and interpretive processes in coping with cancer. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp. 146-165). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G. A. & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology, 44*, 333-353.
- Flick, U. (Hrsg.). (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine, 45*, 1207-1221.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology, 9*, 11-19.
- Frankl, V. E. (1979). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse* (durchgesehene und verbesserte Neuausgabe). München: Kindler.
- Frankl, V. E. (1981). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper.
- Frankl, V. E. & Lukas, E. (1978). *Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie* (2., überarbeitete und ergänzte. Aufl.). Bern: Huber.
- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology, 11*, 524-535.
- Gall, T. L., Miguez de Renart, R. M. & Boonstra, B. (2000). Religious resources in long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 18*, 21-37.

- Gediga, G. (1999, Juli). *Varianzanalysen*. Zugriff am 16.10.2008
<http://www.psych.uni-osnabrueck.de/ggediga/www/pm98/pages/anova.htm>.
- Geißler, M. & Graeven, U. (2005). *Das kolorektale Karzinom: Evidenzbasierte Leitlinien*. Stuttgart: Thieme.
- Gerdes, N. (1986). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In W. Schmidt (Hrsg.), *Leben im Angesicht von Krebs* (S. 10-34). München: Kaiser.
- Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI). (2006). *Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends*. (5. erweiterte, aktualisierte Auflage). Saarbrücken: GEKID.
- Glock, C. Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education*, 57 (4, Radiat Res. Suppl.), 98-110.
- Gotay, C. C. (1985). Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. *Social Science and Medicine*, 20, 825-831.
- Granqvist, P. (2005). Building a bridge between attachment and religious coping: Tests of moderators and mediators. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 35-47.
- Grom, B. (2000). Religiosität und subjektives Wohlbefinden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 187-192.
- Grundmann, M., Bittlingmayer, U. H., Dravenau, D. & Groh-Samberg, O. (2007). Bildung als Privileg und Fluch - Zum Zusammenhang zwischen lebensweltlichen und institutionalisierten Bildungsprozessen. In R. Becker & W. Lauterbach (Hrsg.), *Bildung als Privileg* (S. 43-70): Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Halstead, M. T. (1994). Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17, 94-100.
- Hasenbring, M.-I. & Taubert, S. (2005). Psychosoziale Aspekte der Krebserkrankung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie* (S. 351-367). Göttingen: Hogrefe.

- Hauser, J. (2004). *Vom Sinn des Leidens: Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
- Heim, E., Augustiny, K.-F., Blaser, A., Bürki, C., Kühne, D., Rothenbühler, M. et al. (1987). Coping with breast cancer - a longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 44-59.
- Heinze, R. & Vohmann-Heinze, S. (1997). *NLP - mehr Wohlbefinden und Gesundheit* (2. Aufl.). München: Gräfe und Unzer.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). *HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentationen und Handanweisung*. Bern: Huber.
- Herschbach, P. (2002). Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- Hill, P. C. & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64-74.
- Hinske, N. (1986). *Lebenserfahrung und Philosophie*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. (2003). Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/Prestige. *ZUMA Nachrichten*, 52, 125-138.
- Holland, J. C., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M. et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M., Sison, A. et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.

- Horowitz, M. J. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. London: Wiley.
- Huber, S. (2003). *Zentralität und Inhalt: Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske und Budrich.
- Huber, S. (2004). Zentralität und multidimensionale Struktur der Religiosität: Eine Synthese der theoretischen Ansätze von Allport und Glock zur Messung der Religiosität. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (S. 79-105). Münster: Waxmann.
- Huber, S. (2008). Aufbau und strukturierende Prinzipien des Religionsmonitors. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Religionsmonitor 2008* (S.19-29). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Huber, S., Reich, K. H. & Schenker, D. (2003). Studying empirically religious development: Interview, Repertory Grid, and specific Questionnaire Techniques. *Archiv für Religionspsychologie*, 24, 180-201.
- Hürny, C. & Adler, R. (1977). Psycho-onkologische Forschung. In F. Meerwein (Hrsg.), *Einführung in die Psycho-Onkologie* (S. 13-57). Bern: Huber.
- Janoff-Bulman, R. (1985). *Exploring people's assumptive worlds*. Massachusetts, MA: University of Massachusetts Amherst.
- Janoff-Bulman, R. & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 1-17.
- Jenkins, R. A. & Pargament, K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1), 51-74.
- Johne-Manthey, B. & Thurke, M. (1990). *Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs: Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. Heidelberg: Asanger.
- Jones, J. W. (2002). *Terror and transformation. The ambiguity of religion in psychoanalytic perspective*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Kälin, W. (1995). *Drei Coping-Fragebögen im Vergleich*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bern.

- Keller, M. (2001). Beeinflussung der Lebensqualität von Tumorpatienten durch psychoonkologische Interventionen. *Der Onkologe*, 7, 133-142.
- Kelterborn, I. (2002). *Akzeptanz unkontrollierbarer negativer Ereignisse. Aktive versus passiv-resignative Akzeptanz: Eine Untersuchung bei jungen Erwachsenen*. Unveröffentlichte Lizenziatsarbeit, Universität Bern.
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 961-973.
- Kirkpatrick, L. A. (2006). Rejoinder: Reponse to Beit-Hallahmi and Watts. *Archiv für Religionspsychologie*, 28, 71-79.
- Klauer, T., Ferring, D. & Filipp, S. H. (1998). "Still stable after all this...?" Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 339-355.
- Koch, U. & Weis, J. (Hrsg.). (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer.
- Krischke, N. R. & Petermann, F. (2000). Depression und Lebensqualität in der Rehabilitation Krebskranker. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und soziologischer Perspektive* (S. 25-42). Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W. (1997). Streß und Streßbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 265-283). Göttingen: Hogrefe.
- Krohne, H. W., de Bruin, J. T., El Giamal, M. & Schmukle, S. C. (2000). The assessment of surgery-related coping: The Coping with Surgical Stress Scale (COSS). *Psychology and Health*, 15, 135-149.
- Küchler, T. & Bullinger, M. (2000). Onkologie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte - Methoden - Anwendungen* (S. 144-158). Landsberg: Ecomed.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaption and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 321-333.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Hrsg.), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York, NY: Plenum.
- Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. Skelton & R. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). New York, NY: Springer.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Ludwig, M. (1991). Lebensqualität auf der Basis subjektiver Theoriebildung. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüchel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen* (S. 24-34). Göttingen: Hogrefe.
- Lukas, E. (1998). The meaning of life and the goals in life for chronically ill people. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 307-316). London: Lawrence.
- Maercker, A. (1998a). Extrembelastung ohne psychische Folgeschäden: Gesundheitspsychologische Konzepte und Befunde. In W. Schüffel, U. Brucks & R. Johnen (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis* (S. 341-350). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Maercker, A. (1998b). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 3, 157-167.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153-162.

- Maslow, A. H. (1981). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Maslow, A. H. (1976). *Religions, values, and peak-experiences*. Middlesex, England: Penguin.
- Matthews, D. A., McCullough, M. E., Larson, D. B., Koenig, H. G., Swyers, J. P. & Milano, M. G. (1998). Religious commitment and health status: A review of the research and implications for family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7, 118-124.
- Maynard, E. A., Gorsuch, R. L. & Bjorck, J. P. (2001). Religious coping style, concept of God, and personal religious variables in threat, loss, and challenge situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 65-74.
- McCaul, K., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. & Foremann, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236.
- Meerwein, F. (1991). *Einführung in die Psycho-Onkologie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Mehnert, A. (2008). Der Einfluss von religiöser und sinnbasierter Krankheitsverarbeitung auf Angst und Depressivität bei Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf. *Psychologie in Österreich*, 28(1), 72-77.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2001). Religiosität und psychische Befindlichkeit - Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung von Religiosität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10, 171-182.
- Mehnert, A., Lehmann, C. & Koch, U. (2008). Erleben der Diagnosemitteilung und psychische Belastung bei Brustkrebspatientinnen. *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie*, 5, 101-106.
- Mehnert, A., Rieß, S. & Koch, U. (2003). Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung Maligner Melanome. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 147-166.
- Meier, P. (1992). *Sinnsuche und Sinnfindung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses*. Regensburg: Roderer.

- Mohamed, N. E. (2004). *The role of personal and social resources and coping for finding meaning in cancer - A longitudinal study*. Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J. & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225-1235.
- Müller, C. (2008). *"...vielleicht mal ein Gebet mehr gesprochen..." Religiosität im Verarbeitungsprozess von Angst und Todesangst bei Brustkrebspatientinnen*. Marburg: Tectum.
- Murken, S. (1998a). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Münster: Waxmann.
- Murken, S. (1998b). Hilft die Gottesbeziehung bei der Lebensbewältigung? Eine beziehungstheoretische Analyse. In E. Nestler & C. Henning (Hrsg.), *Religion und Religiosität zwischen Theologie und Psychologie. Bad Bollener Beiträge zur Religionspsychologie* (S. 205-236). Frankfurt am Main: Lang.
- Murken, S. (2003). Die Bedeutung der Religiosität für die Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. In S. Murken, H. Rüddel & U. Laux (Hrsg.), *Spiritualität in der Psychosomatik. Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge. CD-ROM-Dokumentation*. Marburg: diagonal.
- Murken, S. & Namini, S. (2006). Religionspsychologie. In K. Pawlik (Hrsg.), *Handbuch Psychologie* (S. 903-910). Heidelberg: Springer.
- Murken, S. & Rüddel, H. (1996). Relationship to God, resources and mental health. *International Journal for Psychology*, 31, 346-347.
- Murken, S., Schönhofen, K., Müller, C. & Appel, C. (2008). *Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping (SGrC)*. Manuskript in Vorbereitung.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Manual*. Weinheim: Beltz.
- Muthny, F. A. (1994). Krankheitsverarbeitung bei Kranken und Gesunden. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit* (S. 17-34). Göttingen: Hogrefe.

- Muthny, F. A. & Koch, U. (1996). Spezifität der Krankheitsbewältigung bei Krebs. In U. Koch & J. Weiß (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung* (S. 49-58). Stuttgart: Schattauer.
- Nairn, R.-C. & Merluzzi, T.-V. (2003). The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 428-441.
- Nakumara, Y. M. & Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: Adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology*, 64, 281-292.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43, 213-220.
- Neugarten, B., Havighurst, R. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- O'Connor, A. P., Wicker, C. A. & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.
- Pargament, K. I. (1977). *The relationship between the church/synagogue as an organization, the fit of the member with the church/synagogue and the psychosocial effectiveness of the member*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, MD, College Park.
- Pargament, K. I. (1986). The psychology of religion: A clinical/community psychology perspective. *Journal of Psychology and Christianity*, 5, 68-72.
- Pargament, K. I. (1990). God help me. Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY: Guilford.
- Pargament, K. I., Cole, B., Vandecreek, L., Belavich, T., Brant, C. & Perez, L. (1999). The vigil: Religion and the search for control in the hospital waiting room. *Journal of Health Psychology*, 4, 327-341.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G. & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 497-513.
- Pargament, K. I., Van Haitsma, K. & Ensing, D. (1995). Religion and coping. In M. Kimble, S. McFadden, J. W. Ellor & J. J. Seeber (Eds.), *Aging, spirituality, and religion: A handbook* (vol. 1, pp. 47-67). Minneapolis, MN: Fortress.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61, 707-729.
- Park, C. L. (2006). Religiousness and religious coping as determinants of stress-related growth. *Archiv für Religionspsychologie*, 28, 287-302.
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Park, C. L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L. & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- Petersen, K. (1993). *Persönliche Gottesvorstellungen. Empirische Untersuchungen/Entwicklung eines Klärungsverfahrens*. Ammersbek bei Hamburg: an der Lottbek Jensen.
- Pieringer, W. (1998). Krankheit, Sinn und Selbsterkenntnis. In H. Csef (Hrsg.), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift zu Ehren von Dieter Wyss* (S. 325- 346). Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Powell, L. H., Shahabi, L. & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.

- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Der Nervenarzt*, 74, 48-54.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik* (2 Bd., 2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Reich, K. H. (2003). Spiritualität, Religiosität und Gesundheit. *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde*, 10, 269-275.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rosch-Inglehart, M. (1988). *Kritische Lebensereignisse - Eine sozialpsychologische Analyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sartorius, N. (1993). A WHO method for the assessment of health-related quality of life (WHO-QOL). In S. R. Walker & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s* (pp. 201-207). Boston, MA: Kluwer.
- Schaefer, J. A. & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Eds.), *Personal coping theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger.
- Schaeppi, W. (2004). *Braucht das Leben einen Sinn? Empirische Untersuchung zu Natur, Funktion und Bedeutung subjektiver Sinntheorien*. Zürich: Rüegger.
- Schmid, G., Grimm, A., Voigt, B., Klapp, B. F. & Rauchfuss, M. (2007). Psychosoziale Ressourcen. Coping und Lebensqualität von Patientinnen mit Mammakarzinom. In C. Braun, W. Dmoch & M. Rauchfuss (Hrsg.), *Psychosomatik - ein Mythos? Beiträge der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.* (S. 223-237). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Schüle, I. (1996). *Belastung durch Krebs und Verarbeitung der Krankheit. Eine empirische Längsschnittuntersuchung bei Mammacarcinom-Patientinnen*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Schumacher, A. (1990). *Sinnfindung bei Brustkrebspatientinnen*. Frankfurt am Main: Lang.
- Schuth, W. (1995). Krebs als Krise. Psychoonkologische Hinweise zum hilfreichen Umgang mit malignomkranken Frauen. *Gynäkologische Praxis*, 19, 531-541.

- Schütz, A. & Luckmann, T. (1984). *Strukturen der Lebenswelt* (Bd. 2). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin: Zugriff am 11.11.2008 <http://web.fu-berlin.de/gesund/schulen/skalen.htm>.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 107-132). New York, NY: Wiley.
- Sharoff, K. (2007). *Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten. Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten*. Bern: Huber.
- Sherman, A. C. & Simonton, S. (2001). Assessment of religiousness and spirituality in health research. In T. G. Plante & A. C. Sherman (Eds.), *Faith and health. Psychological perspectives* (pp. 139-163). New York, NY: Guilford.
- Sherman, A. C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R. & Tricot, G. (2005). Religious struggle and religious comfort in response to illness: Health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 379-367.
- Shreve-Neiger, A. K. & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 24, 379-397.
- Siegel, K., Andermann, S. & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health related stress. *Psychology and Health*, 16, 631-653.
- Spaemann, R. & Löw, R. (1981). *Die Frage Wozu? Geschichte und Wiederentdeckung des teleologischen Denkens*. München: Piper.
- Sprangers, M. A. G., Tempelaar, R., Van Den Heuvel, W. J. A. & De Haes, H. C. J. M. (2002). Explaining quality of life with crisis theory. *Psycho-Oncology*, 11, 419-426.

- Stanton, A. L., Bower, J. E. & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 138-175). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stanton, A. L., Danoff Burg, S. & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stark, R. & Glock, C. Y. (1968). *American piety: The nature of religious commitment*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Strauss, J. S., Harding, C. M., Hafez, H. & Liebermann, P. (1986). Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose. In W. Böker & H. D. Brenner (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie* (S. 168-175). Bern: Huber.
- Taubert, S. (2003). *Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Taylor, J., Hopkins, E., Outlaw, F., Bernado, T. R. & Roy, A. (1999). Spiritual conflicts associated with praying about cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 386-394.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Taylor, S. E. & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96, 569-575.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering*. London: Sage.

- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-472.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Thompson, S. C. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Social Psychology, 6*, 279-295.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R. & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine, 63*, 151-164.
- Titze, M. (1985a). Lebensplan. In R. Brunner (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (S. 251-252). München: Reinhard.
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*, 16-23.
- Tschuschke, V., Angenendt, G. & Schütze-Kreilkamp, U. (2006). *Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Urcuyo, K.-R., Boyers, A.-E., Carver, C.-S. & Antoni, M.-H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20*, 175-192.
- van't Spijker, A., Trijsburg, R. W. & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 53 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine, 59*, 280-293.
- von Collani, G. & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24*, 3-7.
- Waardenburg, J. (1986). *Religionen und Religion: Systematische Einführung in die Religionswissenschaft*. Berlin: de Gruyter.

- Walton, J. & Sullivan, N. (2004). Men of prayer: Spirituality of men with prostate cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 22, 133-151.
- Ward, W. L., Hahn, E. A., Mo, F., Hernandez, L., Tulsky, D. S. & Cella, D. (1999). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Quality of Life Research*, 8, 181-195.
- Weaver, A. J. & Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97, 1210-1214.
- Weaver, A. J., Flannelly, L. T., Garbarino, J., Figley, C. R. & Flannelly, K. J. (2003). A systematic review of research on religion and spirituality in the Journal of Traumatic Stress: 1990-1999. *Mental Health, Religion and Culture*, 6, 215-228.
- Weis, J. B. (2002). *Leben nach Krebs: Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung*. Bern: Huber.
- WHO. (1997). *Measuring quality of life*. Genf: World Health Organisation.
- Wigger, S. (2006). *Komplizierte Trauer, Religiosität/Spiritualität und das Potential posttraumatischer persönlicher Reifung: Eine empirische Studie*. Diplomarbeit, Universität Trier.
- Wittekind, C., Meyer, H.-J. & Bootz, F. (Hrsg.). (2002). *UICC: TNM Klassifikation maligner Tumoren* (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- Wood, J. V., Taylor, S. E. & Lichtman, R. R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1169-1183.
- Wortmann, C. & Silver, T. (1987). Coping with irrevocable loss. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.). *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (vol. 6, pp. 189-235). Washington, DC: American Psychology Association.
- Wright, S. J. & Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of "adjustment" to chronic illness: A proposed integrative framework. *Journal of Health Psychology*, 4, 259-272.

- Yalom, I. D. (2000). *Existenzielle Psychotherapie* (3. Aufl.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Young, J. S., Cashwell, C. S. & Shcherbakova, J. (2000). The moderating relationship of spirituality on negative life events and psychological adjustment. *Counseling and Values, 45*, 49-57.
- Zwingmann, C. (2004). Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: Definitionsansätze, empirische Evidenz, Operationalisierungen. In C. Zwingmann & H. Moosbrugger (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung* (S. 215-237). Münster: Waxmann.
- Zwingmann, C. (2007). *Religiosität und Gesundheit: Empirischer Sachstand* (Expertise). Düsseldorf: Prognos AG, Auftraggeber: Bertelsmann-Stiftung.

Anhang

Anhang A

Soziodemografische Daten

	UG^a	KG^a
Alter	<i>M</i> = 63.98, <i>SD</i> = 10.53 (26-88 Jahre)	<i>M</i> = 65.66, <i>SD</i> = 5.78 (45-86 Jahre)
Geschlecht		
weiblich	<i>n</i> = 149 (43.7%)	<i>n</i> = 189 (59.1%)
männlich	<i>n</i> = 192 (56.3%)	<i>n</i> = 131 (40.9%)
Familienstand		
ledig	<i>n</i> = 23 (6.8%)	<i>n</i> = 34 (10.6%)
verheiratet / zusammenlebend	<i>n</i> = 226 (66.9%)	<i>n</i> = 185 (57.8%)
verheiratet / getrennt lebend	<i>n</i> = 10 (3.0%)	<i>n</i> = 11 (3.4%)
geschieden	<i>n</i> = 29 (8.6%)	<i>n</i> = 43 (13.4%)
verwitwet	<i>n</i> = 50 (14.8%)	<i>n</i> = 47 (14.7%)
Partnerschaftliche Lebenssituation		
kein fester Lebenspartner	<i>n</i> = 77 (68.8%)	<i>n</i> = 100 (74.1%)
fester Lebenspartner, nicht zusammenlebend	<i>n</i> = 20 (17.9%)	<i>n</i> = 22 (16.3%)
fester Lebenspartner, zusammenlebend	<i>n</i> = 15 (13.4%)	<i>n</i> = 13 (9.6%)
Höchster Schulabschluss		
kein Schulabschluss	<i>n</i> = 3 (0.9%)	<i>n</i> = 1 (0.3%)
Haupt- / Volksschulabschluss	<i>n</i> = 195 (57.9%)	<i>n</i> = 50 (15.6%)
Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule	<i>n</i> = 56 (16.6%)	<i>n</i> = 106 (33.1%)
Fachhochschulreife / Abschluss Fachoberschule	<i>n</i> = 43 (12.8%)	<i>n</i> = 45 (14.1%)
Abitur	<i>n</i> = 35 (10.4%)	<i>n</i> = 106 (33.1%)
Sonstige Schulabschlüsse	<i>n</i> = 5 (1.5%)	<i>n</i> = 12 (3.8%)
Höchster Berufsabschluss		
kein Berufsabschluss	<i>n</i> = 26 (8.0%)	<i>n</i> = 7 (2.2%)
Lehre	<i>n</i> = 131 (40.4%)	<i>n</i> = 59 (18.4%)
Berufsfachschule, Handelsschule	<i>n</i> = 45 (13.9%)	<i>n</i> = 52 (16.3%)
Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<i>n</i> = 56 (17.3%)	<i>n</i> = 56 (17.5%)

	UG ^a	KG ^a
Fachhochschulabschluss	<i>n</i> = 28 (8.6%)	<i>n</i> = 49 (15.3%)
Hochschulabschluss	<i>n</i> = 23 (7.1%)	<i>n</i> = 84 (26.3%)
Sonstige Berufsabschlüsse	<i>n</i> = 15 (4.6%)	<i>n</i> = 13 (4.1%)

Sozioökonomischer Status

Bildung	<i>M</i> = 2.57, <i>SD</i> = 1.11 (0-5)	<i>M</i> = 3.46, <i>SD</i> = 1.28 (0-5)
Autonomie des Handelns	<i>M</i> = 3.08, <i>SD</i> = 1.05 (1-5)	<i>M</i> = 3.75, <i>SD</i> = 0.83 (1-5)
Sozioökonomischer Status (gebildet aus „Bildung“ & „Autonomie des Handelns“)	<i>M</i> = 2.82, <i>SD</i> = 0.95 (1.13-5)	<i>M</i> = 3.60, <i>SD</i> = 0.90 (1.13-5)

In Klammern stehen gültige Prozente.

^a Soziodemografische Daten der Untersuchungsgruppe (UG) und Kontrollgruppe (KG) zum ersten Messzeitpunkt.

Anhang B

Konfessionszugehörigkeit

Konfession	UG^a	KG^a
römisch-katholisch	<i>n</i> = 161 (47.6%)	<i>n</i> = 81 (25.4%)
evangelisch	<i>n</i> = 120 (35.5%)	<i>n</i> = 144 (45.1%)
andere christliche Konfession	<i>n</i> = 8 (2.4%)	<i>n</i> = 8 (2.5%)
keine Religionsgemeinschaft (noch nie angehört)	<i>n</i> = 2 (0.6%)	<i>n</i> = 5 (1.6%)
keine Religionsgemeinschaft (ausgetreten)	<i>n</i> = 47 (13.9%)	<i>n</i> = 81 (25.4%)

In Klammern stehen gültige Prozente.

^a Konfessionszugehörigkeit in der Untersuchungsgruppe (UG) und Kontrollgruppe (KG) zum ersten Messzeitpunkt.

Anhang C

Erkrankungsbezogene Daten der Patienten

Erkrankungsmerkmale	Anzahl (Prozent)
Erst- oder Wiedererkrankung	
Ersterkrankung	<i>n</i> = 305 (89.7%)
Wiedererkrankung	<i>n</i> = 35 (10.3%)
Weitere Krebserkrankung	
keine weitere Krebserkrankung liegt vor	<i>n</i> = 309 (90.6%)
weitere Krebserkrankung liegt vor	<i>n</i> = 32 (9.4%)
Medizinische Behandlung	
Bestrahlung	<i>n</i> = 94 (27.6%) ^a
Chemotherapie	<i>n</i> = 189 (55.4%) ^a
Operation	<i>n</i> = 339 (99.41%) ^a
ICD-10-Codierung	
Ileum CA	<i>n</i> = 1 (0.3%)
Dünndarm CA, nnb	<i>n</i> = 1 (0.3%)
Coecum CA	<i>n</i> = 19 (5.6%)
Appendix CA	<i>n</i> = 1 (0.3%)
Colon ascendens CA	<i>n</i> = 44 (12.9%)
Flexura coli dextra	<i>n</i> = 3 (0.9%)
Colon transversum CA	<i>n</i> = 12 (3.5%)
Flexura coli sinistra	<i>n</i> = 3 (0.9%)
Colon descendens CA	<i>n</i> = 15 (4.4%)
Colon sigmoideum CA	<i>n</i> = 57 (16.7%)
Colon, mehrere Teilbereiche überlappend	<i>n</i> = 10 (2.9%)
Colon, nnb	<i>n</i> = 18 (5.3%)
Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	<i>n</i> = 15 (4.4%)
Rektum CA	<i>n</i> = 135 (39.6%)
Anus CA, nnb	<i>n</i> = 6 (1.8%)
Neuroendokrines Karzinom	<i>n</i> = 1 (0.3%)
UICC-Stadien	
I	<i>n</i> = 73 (21.5%)
II	<i>n</i> = 70 (20.6%)
III	<i>n</i> = 105 (30.9%)
IV	<i>n</i> = 56 (16.5%)
keine Angabe	<i>n</i> = 36 (10.6%)

In Klammern stehen gültige Prozente.

^a Mehrfachnennungen möglich.

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war, Sinnfindung als Einflussgröße auf die Anpassung an eine Darmkrebserkrankung längsschnittlich zu untersuchen.

341 Darmkrebspatientinnen und -patienten nahmen an der Untersuchung teil. Sie beantworteten zu zwei Messzeitpunkten, der erste lag zu Beginn einer stationären Rehabilitation, der zweite war sechs Monate später, einen Fragebogen, der Fragen zur Sinnfindung, Religiosität, zu klassischen Coping-Inhalten und zur Anpassung an die Erkrankung beinhaltete. Zu beiden Messzeitpunkten fand ein Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe ($n = 320$) vergleichbaren Alters statt. Die Rücklaufquote vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt lag bei 86,3 % in der Untersuchungsgruppe und bei 93,1 % in der Kontrollgruppe. Obwohl ein Vergleich der Gesunden mit den Darmkrebspatientinnen und -patienten ergab, dass Gesunde sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Messzeitpunkt niedrigere Werte für Angst und Depressivität und höhere Werte bei Lebensqualität und Gesundheitszustand hatten, verbesserten sich dennoch innerhalb der Untersuchungsgruppe Lebensqualität und Gesundheitszustand innerhalb von sechs Monaten signifikant. Angst, Depressivität, krankheitsspezifisches Wohlbefinden und posttraumatische persönliche Reifung veränderten sich hingegen nicht. Der stärkste Prädiktor für die Varianzaufklärung aller Anpassungsmaße war Sinnfindung, obwohl die Werte für Sinnfindung in der Kontrollgruppe statistisch sogar höher waren als in der Untersuchungsgruppe. In diesem Zusammenhang wurde das Konstrukt der Religiosität insofern wichtig, als dass Personen mit hohen Werten der Zentralität der Religiosität höhere Werte bei der Sinnfindung aufwiesen als Personen, bei denen die Religiosität im Alltag keine Rolle spielte. Religiosität kann demnach als Element zur Sinnfindung betrachtet werden. Bei dem Konstrukt Sinnfindung handelte es sich also um einen differenzierten und inhaltlich individuell ausgestalteten Prädiktor, der inkrementelle Varianzaufklärung im Sinne von gelungener Anpassung leistete. Im Bereich der Therapie könnte die Kenntnis um die relative Bedeutsamkeit beider Konstrukte, sowohl dem der Sinnfindung, als auch dem der Religiosität als mögliches sinnstiftendes Element, Eingang in Therapiekonzepte und praktische Implikationen finden.
