

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 2: Existenzielles Leiden = Souffrance existentielle = Sofferenza esistenziale

Artikel: Unterstützt Religiosität/Spiritualität die Krankheitsbewältigung? = La religion/spiritualité aide-t-elle à faire face à la maladie? (Résumé) = La religiosità/spiritualità favorisce l'adattamento alla malattia? (Riassunto)

Autor: Zwingmann, Christian

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091889>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Neuere Forschungsergebnisse, vor allem aus den USA, legen die Schlussfolgerung nahe, den Bereich «Religiosität / Spiritualität» verstärkt als Ressource für die Bewältigung einer lebensbedrohenden oder chronischen Erkrankung zu nutzen. Wegen der grundlegend andersartigen «religiösen Landschaft» im deutschsprachigen Bereich dürfen diese Ergebnisse nicht einfach übertragen werden, vielmehr sind eigene Studien erforderlich. Bisher liegen allerdings erst sehr wenige einschlägige deutschsprachige Untersuchungen vor.

Dr. Christian Zwingmann

Unterstützt Religiosität/Spiritualität die Krankheitsbewältigung?



Dr. Christian Zwingmann

1. Einleitung

In den letzten 15 Jahren lässt sich im angloamerikanischen Sprachraum – vor allem in den USA – ein neuer medizinisch-psychologischer Forschungstrend feststellen, bei dem die Rolle religiöser/spiritueller Überzeugungen für die Bewältigung («Coping») lebensbedrohender oder chronischer Erkrankungen untersucht wird. Hochrangige Zeitschriften haben bereits entsprechende Themenhefte herausgebracht (z.B.: *Psycho-Oncology*, 1999, Vol. 8⁵: «Spiritual and Religious Beliefs and Coping with Cancer»; *Annals of Behavioral Medicine*, 2002, Vol. 24¹: «Spirituality, Religiousness, and Health»), die Anzahl einschlägiger Handbücher wächst [z.B.: 4, 9]. Insgesamt lässt sich dabei die Empfehlung ableiten, den Bereich «Religiosität/Spiritualität» systematisch als Coping-Ressource zu berücksichtigen. Diese Schlussfolgerung fusst auf überwiegend positiven empirischen Untersuchungsbefunden, nach denen Religiosität/Spiritualität nicht nur von den Patienten als wichtig eingeschätzt wird, sondern auch zur tatsächlichen Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Behandlungsergebnisse beiträgt.

Die hierzu in der angloamerikanischen Literatur vorliegenden empirischen Ergebnisse und theoretischen Überlegungen werden im vorliegenden Beitrag – nach einer kurzen Begriffsbestimmung von «Religiosität»/«Spiritualität» – pointiert zusammengefasst. Dabei wird vor allem auf Überblicksarbeiten Bezug genommen (für ausführliche Literaturverweise s.¹²). Sodann wird gefragt, ob sich aus deutschsprachigen Studien ebenfalls Hinweise ergeben, dass Religiosität/Spiritualität die Krankheitsbewältigung unterstützt. Die Schlussfolgerungen in der abschließenden Diskussion berücksichtigen, dass in den USA ein anderer religiös-kultureller Hintergrund gegeben ist und bisher erst wenige einschlägige deutschsprachige Studien vorliegen.

2. Religiosität/Spiritualität: Definitionsansätze

Einheitliche Begriffsbestimmungen von «Religiosität»/«Spiritualität» gibt es nicht, allerdings lassen sich einige übergreifende Tendenzen feststellen: Religiositätsdefinitionen identifizieren gewöhnlich charakteristische Glaubensinhalte, zu denen in erster Linie die Existenz oder Bezie-

hung zu einer transzendenten Wirklichkeit gehört. Häufig wird – zumindest implizit – zusätzlich eine Eingrenzung dahingehend vorgenommen, dass die Glaubensüberzeugungen einer bestimmten Tradition (z.B. Christentum) entstammen und damit auf organisierte Glaubensgemeinschaften Bezug nehmen.

In der aktuellen angloamerikanischen Literatur wird genau diese Eingrenzung als Kriterium herausgestellt, um «Religiosität» und «Spiritualität» zu unterscheiden: Während Religiosität als die Übernahme von Glaubensüberzeugungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten und Ritualen einer organisierten Religionsgemeinschaft mit einem spezifischen Normen- und Traditionssystem angesehen wird, gilt Spiritualität als subjektiv erlebter Sinnhorizont, der sowohl innerhalb als auch außerhalb traditionsgebundener Religiosität verortet sein kann und damit allen – nicht nur religiösen – Menschen zu eigen ist. Spiritualität wird also als breiteres und der Religiosität übergeordnetes Konzept aufgefasst.

Spiritualität wird dabei vielfältig umschrieben, z.B. als Art und Weise, in der Menschen das Leben hinsichtlich seines letzten Sinns und Werts verstehen und leben, als Bedürfnis, zufrieden stellende Antworten auf Fragen zur Bedeutung von Leben, Krankheit und Tod zu finden, als Suche nach einer übernatürlichen Wirklichkeit oder als Beziehungs- und Bedeutungsnetz, das dem Leben Kohärenz verleiht. Trägt man die verschiedenen Beschreibungen zusammen, erscheint Spiritualität als multidimensionales Konstrukt mit kognitiven und emotionalen Aspekten. Die kognitiven Aspekte umfassen die Suche nach dem Sinn und Zweck des Lebens sowie spezifische Glaubens-, Wert- oder Gerechtigkeitsvorstellungen. Die emotionalen Aspekte betreffen Gefühle der Hoffnung und Liebe, des inneren Friedens und der Verbundenheit (mit z.B. anderen Menschen, der Natur oder dem Göttlichen).

Im deutschen Sprachraum werden mit dem Begriff «Spiritualität» zuweilen etwas engere Bedeutungen verknüpft, vor allem das Primat der eigenen Transzendenz-Erfahrung und meditativen Praxis oder die u. U. recht scharfe Abgrenzung von institutionalisierter Religion bei gleichzeitiger Betonung der Individualität. Auf diese spezifischen Konnotationen wird im Folgenden jedoch nicht Bezug genommen, vielmehr wird das allgemeinere angloamerikanische Verständnis von «Spiritualität» zugrunde gelegt.

3. Religiosität/Spiritualität als Ressource der Krankheitsbewältigung?

3.1 Studienergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum

In verschiedenen Befragungen im angloamerikanischen Sprachraum bezeichnen Patienten den Bereich «Religiosität/Spiritualität» konsistent als wichtig für ihre Gesundheit und geben an, dass sie eine Anamnese bezüglich ihrer religiösen/spirituellen Bedürfnisse begrüßen würden¹⁷: Zwischen einem Drittel und etwa der Hälfte der jeweils untersuchten Stichproben von Krebspatienten wünschen

Unterstützung und Austausch zu Spiritualität, Suche nach Sinn und Bedeutung sowie anderen existenziellen Themen. Vergleichbare Bedürfnisse finden sich bei Patienten mit anderen lebensbedrohenden Erkrankungen und auch bei Patienten mit nicht lebensbedrohenden chronischen Krankheiten. Fast alle Patienten halten ihr «spirituelles Wohlbefinden» für ebenso wichtig wie ihre körperliche Gesundheit.

Mehrere Studien zeigen außerdem, dass der Einbezug der individuellen religiösen/spirituellen Überzeugungen eine wichtige Bewältigungsressource darstellt^{4,6,9}: Zunächst einmal ist gut belegt, dass religiöse / spirituelle Glaubensüberzeugungen für schwerst- und todkranke Patienten eine zentrale Quelle der Kraft und Hoffnung bilden. Dabei ist das subjektive Wohlbefinden umso stärker, je umfassender und tiefer die persönliche spirituelle Perspektive ist. Außerdem sind religiös/spirituell involvierte Personen am Ende ihres Lebens besser in der Lage, den Tod zu akzeptieren, und zwar auch dann, wenn sie nicht an ein Leben nach dem Tod glauben. Darüber hinaus ergeben mehrere Studien vor allem aus der Onkologie, aber auch aus anderen Indikationsbereichen, dass religiöses/spirituelles Engagement mit einer positiven Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zusammenhängt. Viele Patienten vertrauen bei der Bewältigung der Krankheit und der Krankheitsfolgen auf ihre religiösen / spirituellen Überzeugungen. Personen, die auf religiöse / spirituelle Coping-Strategien zurückgreifen, sind häufig in ihrer Krankheitsbewältigung effektiver als Patienten, die solche Strategien nicht einsetzen: So konnte gezeigt werden, dass bei religiösem / spirituellem Coping geringere Depressionswerte im Verlauf der Erkrankung auftreten, aktiv-kognitive Bewältigungsstrategien unterstützt werden, auch angesichts starker Krankheitssymptome eher eine grundlegende Freude am Leben aufrechterhalten wird und negative Auswirkungen somatischer Beeinträchtigungen auf die Funktionsfähigkeit sowie Stressreaktionen auf kritische Lebensereignisse abgeschwächt werden^{1,4}.

Diese Befunde sprechen dafür, dass Religiosität / Spiritualität eine wichtige protektive Moderatorvariable zwischen somatischen und psychosozialen Belastungen einerseits und Funktionsfähigkeit sowie subjektiver Befindlichkeit andererseits darstellt. Es wurde vermutet, dass dieser günstige moderierende Effekt vor allem dadurch vermittelt wird, dass Religiosität / Spiritualität einen kognitiven Bedeutungsrahmen zur Verfügung stellt, durch den die Belastungen einigermaßen sinnvoll interpretiert werden können¹. Dementsprechend erweiterte Susan Folkman³ die einflussreiche kognitive Stress- und Copingtheorie, die sie zusammen mit Richard S. Lazarus entwickelt hatte, dahingehend, dass verschiedene auf Sinnfindung basierende Bewältigungsstrategien explizit integriert werden. Nach diesem modifizierten Modell wird «meaning-based coping» zur Aufrechterhaltung des Copingprozesses eingesetzt, wenn durch bisherige, nicht-religiöse Bewältigungsstrategien keine Lösung erreicht wird. Darüber hinaus sind

einige religiöse / spirituelle Praktiken (z. B. Meditation, Gebet) möglicherweise direkt geeignet, positive Emotionen wie Hoffnung, Liebe und Optimismus zu fördern sowie negative Emotionen wie Angst zu begrenzen und so begleitend günstigere physiologische Zustände mit geringeren Stressreaktionen hervorzurufen⁶. Schließlich können Patienten, die in eine religiöse Gemeinschaft eingebunden sind, von vielfältigen Formen sozialer, emotionaler und spiritueller Unterstützung profitieren, wie sie vor allem für Kirchen-gemeinden in den USA charakteristisch sind⁵.

Zur Vermeidung von Missverständnissen sei betont, dass sich aus den dargestellten Befunden nicht ableiten lässt, dass religiöse / spirituelle Aktivitäten entgegen individueller Voreinstellungen «verordnet» werden sollten⁵. Darüber hinaus kommt es – offenbar aber weniger häufig – auch vor, dass sich Religiosität / Spiritualität negativ auf den Behandlungserfolg auswirkt: etwa wenn eine enge Verknüpfung mit Schuld- und Angstgefühlen vorherrscht, wenn auf Grund religiöser Überzeugungen effektive Präventionsmassnahmen bzw. medizinische Behandlungen vermieden werden oder wenn mit dem religiösen / spirituellen Engagement unrealistisch hohe Erwartungen verbunden sind bzw. soziale Abgrenzungen einhergehen^{4, 8}. Angesichts solcher potenzieller Schwierigkeiten erscheint es umso wichtiger, die individuelle Religiosität / Spiritualität bei Anamnese und Behandlung zu berücksichtigen. Vor allem Kenneth I. Pargament⁸ hat darauf hingewiesen, dass differenziert untersucht werden muss, welche spezifischen religiösen Bewältigungsstrategien in Krisenzeiten geeignet sind und welche nicht.

3.2 Studienergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum

Aus dem deutschsprachigen Bereich liegen bisher nur wenige einschlägige Untersuchungen vor. Deswegen bleibt es – dies sei vorweggenommen – insgesamt eine offene Frage, ob es sich bei den im vorigen Abschnitt dargestellten Befunden vor allem um ein angloamerikanisches und damit kulturspezifisches Phänomen handelt oder ob diese Zusammenhänge auch hierzulande anzutreffen sind. Auf einige analoge Studienergebnisse soll jedoch im Folgenden hingewiesen werden (für genaue Literaturstellen in diesem Abschnitt s.¹²).

Hinsichtlich der Bedeutung von Religiosität / Spiritualität aus Sicht der Patienten fand Sebastian Murken an einer unausgelesenen Stichprobe von Behandelten einer psychosomatischen Fachklinik, dass für ca. ein Drittel der Befragten Religiosität wichtig und alltagsrelevant ist. So stimmten 32% der Aussage «Gott gibt mir Kraft» und 29% der Aussage «Gott unterstützt mich bei meinen Problemen» völlig oder ziemlich zu. Die bisher ausgewerteten Daten einer laufenden Untersuchung von Claudia Müller und Mitarbeitenden an Patientinnen mit Brustkrebs zeigen, dass die meisten Studienteilnehmerinnen mehr oder weniger stark religiös sind (84%) und ihre Religiosität auch in die Krankheitsverarbeitung einbeziehen (79%). Nach

den Ergebnissen einer Studie der Arbeitsgruppe um Fritz A. Muthny betonen Patienten, die sich in der Nachsorgephase einer schweren körperlichen Erkrankung befinden, in einer Selbsteinschätzung des «Nutzens» von Krankheitsverarbeitungsstrategien bereits an zweiter Stelle – nach der positiven Einschätzung der Entwicklung von Kampfgeist (16–32%) – die hilfreiche Funktion von «Trost im religiösen Glauben» (17–26%). Demgegenüber erkannten Patienten mit somatischen bzw. psychiatrischen Diagnosen bei Wichtigkeitseinschätzungen von 24 unterschiedlichen Lebensbereichen ihren «persönlichen Anschauungen» lediglich den Rangplatz 21 bzw. 22 zu. Unterschiede in den Befragungsergebnissen kommen nicht nur durch die jeweilige Stichprobe, sondern auch durch die jeweilige Art der Fragestellung und des Antwortmodus zustande: So gaben in einer Studie von Tonja Deister bei einer offenen Frage nur 13% einer gemischten Stichprobe von onkologischen, kardiologischen und HIV-Patienten an, dass ihnen Religiosität bei der Krankheitsbewältigung geholfen habe. Bei einer geschlossenen Frage nach der Bedeutung ihrer religiösen Einstellung für die Bewältigung der Krankheit entschieden sich hingegen 40% für die beiden höchsten Kategorien einer sechsstufigen Antwortskala.

Hinsichtlich der Frage, ob der Einbezug religiöser / spiritueller Überzeugungen den Behandlungserfolg unterstützt, kann vor allem auf eine vor kurzem abgeschlossene Studie von Anja Mehnert und Mitarbeitenden hingewiesen werden: Bei den untersuchten Melanom-Patienten einer Hamburger Klinik findet sich ein substanzieller, signifikant positiver Zusammenhang zwischen religiösen Überzeugungen und einem als günstig zu bewertenden aktiv-kognitiven Krankheitsverarbeitungsstil. Dieses Ergebnis erhält besonderes Gewicht dadurch, dass zwei vergleichend angelegte Vorläuferstudien aus den USA bzw. Israel diesen Zusammenhang in ähnlicher Stärke ebenfalls ermittelten. Dass der religiöse Glaube eine adaptive Funktion bei der Bewältigung von Krebserkrankungen einnehmen kann, zeigt sich hier also kulturübergreifend. Weitere deutsche Studien zur Rolle der Religiosität als Krankheitsbewältigungsressource bei psychosomatischen, psychiatrischen und Schlaganfallpatienten ergeben jedoch eher schwache, inkonsistente bzw. komplexe oder auch negative Zusammenhänge, z.B. schlechtere psychische Gesundheit bei negativ geprägter Gottesbeziehung.

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Forschungslage im angloamerikanischen Raum spricht insgesamt für einen systematischen Einbezug der religiösen / spirituellen Dimension bei der Bewältigung lebensbedrohender und chronischer Erkrankungen. Wegen der besonders guten empirischen Evidenz gilt dies insbesondere für Krebspatienten. Die differenzierte Untersuchung der Frage, welche spezifischen religiösen/spirituellen Bewältigungsstrategien in Krisenzeiten geeignet sind und welche möglicherweise sogar grundsätzlich nicht, steht allerdings noch weitgehend aus.

Aus dem deutschsprachigen Bereich liegen zwar einige analoge empirische Hinweise vor, die Ergebnisse sind aber insgesamt noch spärlich. Vor allem US-amerikanische Befunde aus dem Bereich «Religiosität/Spiritualität» dürfen nicht einfach übertragen werden: So ist der persönliche «Glaube an Gott» in den USA mit seit 1944 nahezu konstanten Zustimmungsraten über 96% viel verbreiteter als in Deutschland (1998: im Westen 63%, im Osten 13%), Österreich und der deutschsprachigen Schweiz¹⁰. Die große Anzahl verschiedener Denominationen (vor allem sehr engagierter protestantischer Glaubensgemeinschaften), die grössere Selbstverständlichkeit eines Konfessionswechsels und die kleineren, überschaubareren Gemeinden erleichtern in den USA eine individuelle «Auswahl» der religiösen Bezugsgemeinschaft und ein enges Netz religionsbezogener sozialer Unterstützung. Demgegenüber dominieren in Deutschland zwei große «Volkskirchen», in denen über 97% aller konfessionell Gebundenen Mitglied sind. Ein Konfessionswechsel ist – anders als ein Kirchenaustritt – in Deutschland eher unüblich, die Mitgliedschaft ist mit Steuerpflicht verbunden, die zuständige Kirchengemeinde wird durch den Wohnsitz festgelegt. Aus religionspsychologischen Untersuchungen ist bekannt, dass die soziale Unterstützung im religiösen Kontext in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle spielt¹². In Österreich und der deutschsprachigen Schweiz unterscheidet sich die «religiöse Landschaft» ebenfalls – wenn auch teilweise anders als in Deutschland – vom US-amerikanischen religiös-kulturellen Hintergrund¹⁰. Im deutschsprachigen Bereich sind deswegen andersartige, möglicherweise sogar geringere Einflüsse des persönlichen religiösen / spirituellen Bereiches auf die Krankheitsbewältigung und den subjektiven Gesundheitszustand nicht auszuschließen; die gegenwärtig unbefriedigende Forschungslage lässt ein fundiertes Zwischenfazit noch nicht zu. Erste Studien zeigen jedoch, dass auch hierzulande die Berücksichtigung religiöser / spiritueller Orientierungen das Verständnis der subjektiven Wahrnehmungen und Deutungen der Patienten verbessern kann.

Im angloamerikanischen Bereich wird der religiöse / spirituelle Bereich in umfassenden theoretischen Konzepten zur Dimensionierung des subjektiven Gesundheitszustandes («gesundheitsbezogene Lebensqualität») bereits berücksichtigt; der Einbezug in entsprechende Fragebogen zum Einsatz in der Forschung oder in der klinischen Praxis ist demgegenüber allerdings weniger konsequent. Nur in zwei etablierten Assessmentverfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde Religiosität / Spiritualität als Komponente integriert. Allerdings stehen im angloamerikanischen Bereich für die Erfassung von Religiosität / Spiritualität mehrere Kurzinstrumente zur Verfügung, die mit herkömmlichen Fragebogen zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes ökonomisch kombiniert werden können^{2, 7, 9}. Inzwischen liegen auch erste deutschsprachige Adaptionen bzw. Eigenentwicklungen vor¹¹. Angesichts des erheblichen Defizits empi-

Der interreligiös-religionsbezogener Forschung hierzulande sollten sie weiterentwickelt und verstärkt eingesetzt werden¹². Den Erhebungsbogen ist gemeinsam, dass nicht – wie bei allgemeinen Religiositätsskalen – die Intensität des persönlichen Glaubens, sondern die Funktion des Glaubens als Hilfe bei der Krisen- und Krankheitsbewältigung in den Vordergrund gestellt wird.

Bei der Auswahl eines Instruments ist – neben dem recht unterschiedlichen psychometrischen Entwicklungsstand – auch darauf zu achten, dass die sprachliche Gestaltung der Fragen zur jeweiligen Zielpopulation passt. Neben sehr allgemeinen «spirituellen» Iteminhalten, die auch von nichtreligiösen Personen akzeptiert werden dürften, finden sich Formulierungen, die – in christlich-jüdischer Tradition – den «religiösen» Glauben an einen persönlichen Gott voraussetzen. Problematisch bleibt die grosse Heterogenität, mit der Religiosität / Spiritualität derzeit gemessen wird. George Fitchett und George Handzo² plädieren für eine multidimensionale Sicht, bei der die religiöse / spirituelle Dimension hinsichtlich folgender Bereiche untersucht werden sollte: Überzeugungen und deren Bedeutung, Pflichten und moralische Werte, Erfahrungen und Gefühle, Rituale und Praktiken, soziale Unterstützung durch eine religiöse Gemeinschaft, Autorität und Führung. Ob diese verschiedenen Aspekte auch empirisch differenziert werden können, bleibt abzuwarten.

Bei der Erfassung von Religiosität / Spiritualität im Rahmen von Evaluationsstudien ist zu bedenken, dass bereits die bloße Messung eine Intervention darstellen kann («Reaktivität der Messung»): Die vor allem im deutschsprachigen Raum eher ungewohnte Befragung zu religiösen / spirituellen Sachverhalten könnte vom Patienten in besonderem Masse als Hinweis auf die Bedeutung dieses Bereiches interpretiert werden und entsprechende Erwartungshaltungen und Suchprozesse auslösen. In der klinischen Anwendung können schriftliche Fragebogenskalen zu Religiosität / Spiritualität als Einstieg für eine vertiefende Exploration genutzt werden. Eine solche «religiöse Anamnese» mag hierzulande – insbesondere wenn sie vom Arzt durchgeführt wird – ungewöhnlich und durch verschiedene kontextuelle Hindernisse erschwert sein. Interviewleitfäden aus dem angloamerikanischen Raum können hier als Strukturierungshilfe dienen.

Korrespondenz:

Dr. phil. Christian Zwingmann, Dipl.-Psych.
Arbeitsgruppe Religionspsychologie des FPP der
Universität Trier
Franziska-Puricelli-Str. 3, D-55543 Bad Kreuznach,
E-Mail: christian.zwingmann@web.de

Literatur

1. Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
2. Fitchett, G. & Handzo, G. (1998). Spiritual assessment, screening, and intervention. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 790-808). New York: Oxford University Press.
3. Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
4. Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
5. Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science and Medicine*, 43, 849-864.
6. 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.
7. Mytko, J. J. & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
8. Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guilford.
9. Plante, T. G. & Sherman, A. C. (Eds.). (2001). *Faith and health: Psychological perspectives*. New York: Guilford.
10. Zulehner, P. M. & Denz, H. (1993). *Wie Europa lebt und glaubt*. Düsseldorf: Patmos.
11. Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55, 241-246.
12. Zwingmann, C. & Moosbrugger, H. (Hrsg.). (2004). *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster: Waxmann.

Dr. Christian Zwingmann

La religion / spiritualité aide-t-elle à faire face à la maladie?

(Résumé)

Au cours des 15 dernières années une nouvelle tendance dans la recherche médico-psychologique s'est développée dans les régions anglo-américaines, surtout aux USA. Elle analyse le rôle de la dimension religieuse/spirituelle dans la façon de faire face («Coping») des patients en fin de vie ou atteints d'une maladie chronique. La littérature, actuellement relativement étendue – surtout pour les patients atteints d'une maladie oncologique – conseille de considérer le domaine «religieux / spirituel» comme ressource au «coping».

Cette conclusion provient de résultats de recherches empiriques, qui ont démontré que les patients évaluent comme important la religion/spiritualité et que le «coping» religieux / spirituel aide notablement à supporter une maladie et ses traitements. La religion / spiritualité peut être comprise comme un modérateur entre le poids somatique et psychosocial d'un côté, et la fonctionnalité et l'état psychologique subjectif de l'autre. Cet effet bénéfique modéré est probablement dû, surtout, au côté cognitif de la religion/spiritualité, grâce à laquelle un poids, un fardeau peuvent trouver sens. Certaines pratiques religieuses/spirituelles comme la méditation et la prière peuvent probablement aussi agir comme modulateurs des émotions. Finalement, il faut aussi se référer à la signification du soutien

social dans le contexte religieux, qui est caractéristique des paroisses aux USA.

Il faut également nuancer ces résultats, car les activités religieuses/spirituelles ne peuvent être opposées aux convictions personnelles. De plus, il peut survenir que la religion/spiritualité ait un effet négatif sur la prise en charge du patient. La question de savoir quelle stratégie de soutien religieux / spirituel est plutôt indiquée ou non dans des situations de crises n'est même, aux USA, pas encore résolue.

Les résultats des USA ne peuvent pas être juste transposés, en raison du «paysage religieux» différent dans les régions de langue allemande. Des études locales sont beaucoup plus utiles. Il y a par ailleurs pour l'instant que peu d'études en langue allemande. Celles-ci montrent aussi que dans notre région, prendre en compte le côté religieux/spirituel, peut améliorer la perception subjective et l'interprétation des patients. Mais il ne faut pas exclure que dans les régions linguistiques allemandes l'influence du domaine religieux/spirituel sur la façon de faire face à la maladie et la perception de l'état de santé soit différente.

Pour faciliter les recherches futures aussi dans les régions allemandes sur le rôle de la religion / spiritualité pour faire face à une crise ou à la maladie, il existe des questionnaires sur le développement personnel. Ils devraient être utilisés et développés vu les déficits de la recherche de la maladie religieuse dans le pays. Lors du choix d'un instrument il est important – hormis les différentes propriétés psychométriques – de faire attention, à ce que la forme des questions corresponde à la population cible. Les questions peuvent aussi être utilisées dans la clinique comme introduction pour une exploration plus approfondie.

Le Centre de soins palliatifs la Chrysalide cherche

INFIRMIER/ERE RESPONSABLE DE SON UNITE DE SOINS

Adjoint/e de l'infirmière cheffe, ce collaborateur/cette collaboratrice est à même d'organiser et de diriger une équipe soignante représentant environ 14 postes complets. Ouvert/e à la collaboration interdisciplinaire, il/elle a les compétences nécessaires pour assurer au quotidien la qualité et l'homogénéité des soins palliatifs dispensés dans une unité de 14 lits accueillant en priorité des patients dont la situation complexe correspond au rôle de référence de l'institution.

Taux d'occupation: 80 à 100 % (à convenir)

Entrée en fonction: fin 2005 (à convenir)

Les offres de service manuscrites seront adressées **d'ici au 31 juillet 2005** à:

Madame Jacqueline Pécaut
Infirmière cheffe
Centre de soins palliatifs la Chrysalide
Paix 99
2300 La Chaux-de-Fonds

Le cahier des charges, des renseignements ou un entretien peuvent être demandés à la même adresse au secrétariat: hospital.chrysalide@ne.ch ou 032 913 35 23

Dr. Christian Zwingmann

La religiosità / spiritualità favorisce l'adattamento alla malattia?

(Riassunto)

Negli ultimi 15 anni si osserva nell'area angloamericana – soprattutto negli Stati Uniti – un nuovo trend della ricerca medica e psicologica che indaga il ruolo di convinzioni religiose e spirituali nell'adattamento («Coping») di malattie che mettono in pericolo la vita o di malattie croniche. La letteratura esistente è voluminosa e raccomanda - particolarmente per i malati di cancro – di considerare sistematicamente la sfera della «religiosità / spiritualità» come una risorsa per il coping.

Questa conclusione si basa prevalentemente su positivi esiti di ricerche empiriche secondo cui la religiosità/spiritualità viene valutata come importante dai pazienti e un coping religioso / spirituale favorisce un reale miglioramento nell'affrontare la malattia e nei risultati del trattamento. La religiosità / spiritualità può con ciò essere intesa come una variabile di regolazione protettiva tra il carico somatico e psicosociale da una parte, e dall'altra tra le capacità funzionali e anche le condizioni soggettive. Questo vantaggioso effetto regolatore è probabilmente dovuto al fatto che la religiosità/spiritualità mette a disposizione un quadro cognitivo attraverso il quale i carichi possono essere interpretati in modo sensato. Inoltre, alcune pratiche religiose/spirituali quali la meditazione o la preghiera hanno probabilmente un effetto di modulazione delle emozioni. Infine è da sottolineare il significato del sostegno sociale nel contesto religioso, ciò che è caratteristico soprattutto delle comunità religiose negli Stati Uniti.

Da rilevare tuttavia, che dagli esiti delle ricerche non è possibile dedurre che le attività religiose/spirituali dovrebbero essere «prescritte», in disaccordo con le convinzioni personali. Inoltre può succedere che la religiosità / spiritualità si ripercuota negativamente sull'esito dei trattamenti. Manca ancora, anche nel territorio angloamericano, l'analisi differenziata sulla questione di quali specifiche strategie religiose/spirituali di adattamento nei momenti di crisi siano più idonee e quali non lo siano.

A causa del fondamentale differente «paesaggio religioso», nell'area germanofona non possono essere semplicemente riportati i risultati dagli Stati Uniti. Piuttosto, sono necessarie delle ricerche proprie. Fino ad ora esistono veramente pochi studi in lingua tedesca. Essi dimostrano certo che anche qui da noi la presa in considerazione degli orientamenti religiosi/spirituali può migliorare la percezione e l'interpretazione soggettive dei pazienti. Ma non è da escludere che vengano constatati, differenti, forse perfino minori influssi delle personali convinzioni religiose/spirituali sull'adattamento alla malattia e sul soggettivo stato di salute.

Per facilitare la futura ricerca sono intanto a disposizione, anche nell'area germanofona, degli adattamenti, ad esempio il proprio sviluppo di questionari brevi che possano includere la religiosità / spiritualità come un aiuto nelle crisi e nell'adattamento alla malattia. Visto l'importante deficit della ricerca empirica relativa alla dimensione religiosa qui da noi, essa dovrebbe essere sviluppata e potenziata. Nella scelta di uno strumento – a parte il ben differenziato stato di sviluppo psicometrico – occorre fare attenzione affinché l'impostazione linguistica delle domande sia compatibile con la popolazione che si intende studiare. I questionari possono essere utilizzati nell'applicazione clinica come via di accesso di un'esplorazione più approfondita.

Si cercano

persone bilingui

disposte a tradurre articoli nella loro lingua madre

palliative-ch, rivista della SSMCP, si prefigge di rendere la maggior parte degli articoli accessibile ai lettori di altre regioni linguistiche. Per consentirci di mantenere i costi in limiti accettabili, vi saremmo grati se voleste partecipare gratuitamente ai nostri lavori di traduzione.

Vi preghiamo di annunciarvi a Claude Fuchs, tel 01 466.26.61, E-mail: claud.fuchs@triemli.stzh.ch.