

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



„Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden“* – Sinnzentrierte Interventionen im Überblick

Klaus Lang

Wenn Menschen erkennen, dass ihre Erkrankung nicht heilbar ist, erleben sie manchmal einen Sinnverlust, der sich halb als Frage, halb als Ausruf äußert: „Wofür weiterleben, wenn ich ohnehin sterben muss?!“ Verzweiflung, Depressivität oder der Wunsch nach beschleunigtem Sterben sind typische Folgen solcher Sinnkrisen.

ABKÜRZUNGEN

| | |
|--------------|---|
| ACT | Akzeptanz- und Commitmenttherapie |
| ALS | amyotrophe Lateralsklerose |
| CALM | Managing Cancer and Living Meaningfully |
| DT | Dignity Therapy |
| MCP | Meaning-Centered Psychotherapy |
| SMiLE | Schedule for Meaning in Life Evaluation |
| SPiR | spirituelle Anamnese |

FALLBEISPIEL

Fall 1 – Fortsetzung

Während wir ihre Hoffnungen und Ängste ausloten, zitiert sie ihren Onkologen, der gesagt habe „Wir hoffen auf das Beste und bereiten uns auf das Schlimmste vor.“

Ich frage: „Was wäre denn das Schlimmste?“

Frau B.: „Dass mein Leben nur noch sehr kurz wäre.“

„Wenn das tatsächlich so sein sollte: Was wäre dann wichtig?“

FALLBEISPIEL

Fall 1

Frau B. ist 45 Jahre alt, verheiratet, Mutter zweier Kinder (Tochter: 13 Jahre, Sohn: 7 Jahre) und arbeitete bis vor Kurzem als Verwaltungsbeamtin. Vor einem Jahr wurde ein hepatisch metastasiertes Sigmakarzinom diagnostiziert. Nach Resektion und Chemotherapie zeigte sich lange ein gemischtes Therapieansprechen. Nun sind die Lebermetastasen progredient, woraufhin sie die psychoonkologische Sprechstunde aufsucht und fragt: „Wie kann ich mit der Ungewissheit leben? Ich hoffe immer noch, aber bin doch ständig in Angst vor der nächsten Untersuchung.“

Die Frage „Was ist Ihnen wichtig?“ führt hinein in die Sinnfrage: Was empfindet sie als so sinnvoll, dass es gerade in der letzten Lebensphase zutiefst bedeutsam für sie wäre?

Definition

In der theoretischen Konzeption von Lebenssinn lassen sich die drei Dimensionen *Sinnerfüllung*, *Lebensbedeutungen* und *Sinnkrise* unterscheiden [2].

Sinnerfüllung erleben Menschen dann, wenn sie in ihrem Leben Kohärenz (das Gefühl für Stimmigkeit der einzelnen Lebensbereiche), Bedeutsamkeit (die Wahrnehmung des eigenen Handelns als wirksam), Orientierung (die Ausrichtung des eigenen Lebensweges an Werten) und Zugehörigkeit (das Eingebettetsein in ein größeres Ganzes wie Familie, Freunde, Menschheit, Natur, Religion) empfinden.

Mit *Lebensbedeutungen* oder Sinnquellen („sources of meaning“) sind die Bereiche gemeint, die für die jeweilige Person von individueller Relevanz sind, beispielsweise Fürsorge, persönliches Wachstum, Naturverbundenheit etc.

Frau B. vollbringt wie viele Patient*innen einen Spagat: Einerseits weiß sie um die Begrenztheit ihrer Lebenszeit; andererseits hofft sie – auf viele gute Tage, auch auf ein Wunder. Gary Rodin hat diese Dualität im Denken Schwerkranker als „double awareness“ ([1], S. 186) bezeichnet. Vor dem Hintergrund dieser *zweifachen Ausrichtung* lassen sich auch Frau B.s Äußerungen einordnen.

* Aus Hermann Hesse: *Stufen*.

Als dritte Dimension lässt sich mit der *Sinnkrise* ein Sinndefizit bei gleichzeitigem Bedürfnis nach Sinn benennen. Sinnkrise ist nicht das genaue Gegenteil von Sinnerfüllung: Ist eines der beiden hoch, dann ist das andere zwar zwangsläufig niedrig; aber beides kann auch zugleich gering sein – dann sprechen wir von „existenzieller Indifferenz“ [2].

Merke

Menschen sprechen oft über Sinnerleben, ohne den Begriff „Sinn“ ausdrücklich zu verwenden. Sie berichten Sinnerfahrungen zwischen den Zeilen, wenn sie uns Episoden aus ihrer Lebensgeschichte erzählen, wenn durchscheint, wie sie in Familie, Beruf, Natur oder Lebensaufgaben eingebettet sind oder wenn sie wichtige Elemente ihrer Identität wie Neigungen, Engagement, Weltanschauungen, familiäre und berufliche Rollen thematisieren.

Relevanz

Sinnerleben sagt sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Krebspatient*innen Gesundheitsverhalten voraus: Wer sein Leben als sinnvoll empfindet, engagiert sich auch mehr für dessen Erhalt – z. B. mit Bewegung, gesunder Ernährung oder Entspannung [2, 3, 4]. Bei fortgeschrittener Erkrankung wirkt Sinnerfüllung als Puffer gegen Depression, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen und den Wunsch nach beschleunigtem Sterben [5, 6, 7].

Sinnzentrierte Interventionen

Sinnzentrierte Interventionen entstanden seit der Jahrtausendwende sowohl an der Schnittstelle von Palliative Care und Psychoonkologie wie auch in den klassischen Psychotherapieverfahren. Sie weisen in Evaluationsstudien meist geringe bis mittlere Effektstärken auf [8, 9] und werden nachfolgend vorgestellt.

Logotherapie und Meaning-Centered Psychotherapy

Die Logotherapie Viktor Frankls [10, 11, 12, 13] widmet sich Sinnfragen besonders im Kontext leidvoller Erfahrungen. Für Palliative Care wurde die Logotherapie von William Breitbart zur Meaning-Centered Psychotherapy [14, 15] weiterentwickelt.

Frankl bezog sich während seiner Inhaftierung im Konzentrationslager auf das Nietzsche-Wort „Wer ein Warum zu leben hat, erträgt fast jedes Wie“ ([12], S. 116). Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist die Frage, was es bedeuten würde, wenn wir ewig leben würden. Frankls Antwort lautet, dass unsere Handlungen entwertet würden, weil jede Aktivität ebenso gut auch noch in 300 Jahren oder wann auch immer ausgeführt werden könnte. Frankl argumentiert, der Wert des Le-

bens entstehe erst infolge seiner Begrenztheit: „Die Endlichkeit, die Zeitlichkeit ist also nicht nur ein Wesensmerkmal des menschlichen Lebens, sondern für dessen Sinn auch konstitutiv. Der Sinn menschlichen Daseins ist in seinem irreversiblen Charakter fundiert“ (S. 245).

Bezogen auf leidvolle Situationen warnt Frankl davor, das Leben anzuklagen. Die Frage „Warum ich?“ kehrt er vielmehr um: „Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er (der Mensch) hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten, das Leben zu ver-antworten hat“ ([10] S. 48). Die Antworten, die der Mensch auf sein Schicksal gibt, bezeichnet Frankl als *Einstellungswerte*.

Neben Einstellungswerten konzipiert die Logotherapie zwei weitere Wertekategorien: *schöpferische* und *Erfahrungswerte*. Unter *schöpferischen Werten* wird all das subsumiert, was man erschafft und der Welt als eigene Schöpfung gibt. Dies beinhaltet nicht nur künstlerische Tätigkeit, sondern alle Formen der Arbeit und der aktiven Lebensgestaltung. *Erfahrungswerte* beinhalten das, was der Mensch von der Welt aufnimmt im Sinne von Begegnungen und Erfahrungen, beispielsweise in Natur, Kunst oder sozialen Kontakten.

FAZIT

Take Home Message

Zusammengefasst führen Frankls Wertekategorien zu den drei Aufgaben,

- persönliche Antworten auf die Schicksalsschläge im eigenen Leben zu geben (Einstellungswerte),
- sich aktiv in seinem Leben zu engagieren und der Welt etwas zu geben (schöpferische Werte) sowie
- sich über Sinneserfahrungen mit dem Leben zu verbinden (Erfahrungswerte).

Weil keine Formulierung an das Original heranreicht: „Was ist die Forderung der Stunde?“ fragt Viktor Frankl ([12], S. 157). Und im Buch *Dienstag bei Morrie* fragt der an ALS erkrankte Maurice Schwartz: „Tue ich alles, was ich tun sollte? Bin ich der Mensch, der ich sein möchte?“ ([16], S. 99).

Breitbart [14] hat Frankls Wertekategorien um eine vierte, die *transgenerationalen Lebensbedeutungen* (im Original: „historical sources of meaning“) ergänzt, weil Menschen am Lebensende sich besonders mit der Frage beschäftigen, was sie in der Generationenabfolge an ihre Kinder und Enkel weitergeben und was davon möglicherweise sogar als Erbe in der Tradition der eige-

nen Vorfahren steht. In seiner Meaning-Centered Psychotherapy (MCP) gibt Breitbart seinen Patient*innen eine Einführung in das logotherapeutische Gedankenrüst und vertieft insbesondere die vier Wertekategorien mit erfahrungsbezogenen Übungen, Hausaufgaben und Therapiegesprächen.

FALLBEISPIEL

Fall 1 – Fortsetzung

Frau B. antwortet auf die Frage, was ihr im Falle einer nur noch kurzen Lebenszeit wichtig wäre, dass sie ihre Hinterlassenschaft mit ihrem Mann besprechen und ihren Kindern noch mehr von ihrer Sicht auf das Leben vermitteln wolle.

„Welche Erkenntnisse sind das, die Sie Ihren Kindern vermitteln möchten?“

„Ich weiß es gar nicht so genau ... Ich bin kein Mensch großer Worte ...“

Im vorangegangenen Gespräch hatte ich erfahren, dass ihre Eltern vor 10 bzw. 5 Jahren verstorben sind; deshalb frage ich nach einer Pause:

„Wie war das eigentlich beim Sterben Ihrer Eltern: Haben die Ihnen zentrale, vielleicht ja auch unausgesprochene Botschaften vermittelt?“

„Mit Worten tatsächlich nicht – aber ich habe gemerkt, dass meine Mutter mir dankbar war. Und mein Vater hat mir quasi seinen Segen für mich und mein Leben mitgegeben. Das konnte ich in seinem Gesicht sehen.“

„Und nun suchen Sie ja nach Botschaften, die Sie Ihren Kindern vermitteln möchten ... Entsteht aus dem, was Sie von Ihren Eltern bekommen haben, vielleicht eine Spur?“

Frau B. greift diese Anregung auf und überlegt sich, was ihre Herzensbotschaft an ihre Kinder und ihren Mann sein könnte.

Sie verstirbt ein halbes Jahr später. Teils mit, teils ohne Worte vermittelte sie ihrer Familie zwei Herzensbotschaften, die in der Tradition ihrer Eltern „Danke“ und „Ich gebe Euch meinen Segen“ lauteten.

Im Gesprächsausschnitt wird deutlich, dass Frau B. transgenerationale Werte („Was hinterlasse ich“) priorisiert. Mithilfe des Blicks auf ihre Generationenabfolge fand sie aus ihrer anfänglichen Ratlosigkeit heraus und in eine Aufgabe hinein, mit der sie – so beschrieb es ihr Ehemann später – ihren letzten Wochen einen Sinn verlieh.

Während sich die MCP sowohl im Einzel- wie Gruppenformat als effektiv erwiesen hat, ist die ursprüngliche Logotherapie empirisch kaum untersucht, was darauf zurückzuführen ist, dass sie zwar wertvolle Impulse für

einzelne Interventionen liefert, aber kein umfassendes Therapiekonzept für psychische Störungen darstellt.

Lebensrückblicke

Rückblicke entstehen häufig schon im Erstkontakt, wenn Patienten bereitwillig aus ihrer Lebensgeschichte erzählen und dabei die Botschaft vermitteln: „All dies habe ich erschaffen, erlebt, auch: erlitten.“ In Anbetracht einer Erkrankung bilanzieren viele Menschen ihr Leben, wobei es in solchen Erzählungen selten um exakte Berichte geht, sondern um die Verknüpfung von Lebensstationen zu einem stimmigen Ganzen.

In der Psychotherapie existiert ein breites Spektrum von Lebensrückblick-Interventionen (für einen Überblick über verschiedene Anwendungsbereiche vgl. [17]). Die dort bereits etablierte Idee der Erstellung eines Lebensdokuments hat Chochinov [18] in Form der „Würdetherapie“ (Dignity Therapy, DT) auf die Palliativversorgung übertragen. Die DT besteht aus einem 1- bis 2-stündigen Interview zum Lebensrückblick entlang von 9 vorformulierten Fragen (in deutscher Übersetzung bei [19]). Beispielfragen lauten ([19], S. 100):

- Gibt es Dinge, von denen Sie merken, dass sie noch ausgesprochen werden wollen? Oder auch Dinge, die Sie Ihren Angehörigen gerne noch einmal sagen möchten?
- Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für Ihre Angehörigen?
- Was haben Sie über das Leben gelernt, was Sie gerne anderen weitergeben möchten? Welchen Rat oder welche Lebensweisheiten würden Sie gerne an Ihren ... (Sohn, Tochter, Mann, Frau, Eltern etc.) weitergeben?

Der Tonmitschnitt wird transkribiert, redigiert und mit der Patientin oder dem Patienten besprochen. Am Ende steht ein Lebensdokument, welches das eigene Leben bündelt und hinterlassen werden kann.

Da Interview, Transkription und Überarbeitung aufwendig sind, hat die Arbeitsgruppe um Chochinov die Interviewfragen zuletzt so umformuliert, dass sie Patient*innen zusammen mit einer kurzen Instruktion überlassen werden, sodass diese selbstständig mit ihren Angehörigen Lebensrückschau halten („Würdegespräch“, Dignity Talk [20]). Die 12 Impulsfragen lauten beispielsweise ([20], S. 203, Übersetzung K.L.):

- Gibt es besondere Erinnerungen und Momente, die wir miteinander teilen wollen?
- Gibt es wichtige Rollen in deinem Leben (z. B. in der Familie, im Beruf, im Freundeskreis), über die du sprechen möchtest?
- Willst du über Dinge sprechen, für die du dankbar bist?
- Willst du über etwas sprechen, das du bedauerst?

- Gibt es Ratschläge, die du bestimmten Menschen hinterlassen möchtest?“

Cave

Im Lebensrückblick begegnen uns auch Brüche, Versäumtes, Nicht-Gelungenes. Dies zu relativieren oder gar wegzutrösten, ist oberflächlich und in aller Regel erfolglos. Wir helfen Patient*innen eher dadurch, dass wir auch das Schwierige eines Lebens respektvoll stehenlassen und uns ohne Tröstungsabsicht nachfragend interessieren.

Existenzielle Psychotherapie

Als Begründer der Existenziellen Psychotherapie stützt sich Irving Yalom [21] auf die Existenzphilosophie und unterscheidet zwischen *kosmischem* und *irdischem* Sinn. Kosmischer Sinn bezieht sich auf einen Sinnentwurf, der außerhalb der eigenen Person liegt, also auf eine göttliche Ordnung des Universums. Irdischer Sinn (von Yalom auch als *Zweck* bezeichnet) meint den Sinn, den der einzelne Mensch seinem Leben gibt, unabhängig von der Existenz eines kosmischen Sinns.

Merke

Die existenzialistische Position zur Sinnfrage lautet: Es gibt keinen kosmischen Sinn. Der Mensch ist zwar ein sinnsuchendes Wesen, jedoch in eine sinnlose Welt hineingeworfen. Für diesen Widerspruch hat Camus den Begriff der „Absurdität der menschlichen Existenz“ geprägt [22].

Auch Yalom geht von der Sinnlosigkeit der Welt aus. Sein darauf aufbauendes therapeutisches Rational lässt sich in drei Schritte untergliedern:

Zunächst gilt es, das Niederschmetternde der Absurdität zu würdigen: Weil der Glaube, dass die Welt und das eigene Leben sinnlos sind, zu tiefer Entmutigung führen kann, würde es im therapeutischen Gespräch zu kurz greifen, die Sinnlosigkeit nur rational festzustellen. Stattdessen wird gemeinsam ausgelotet, welche emotionalen Konsequenzen diese Sichtweise für das Gegenüber hat. Dem Empfinden von Ernüchterung, Perspektivlosigkeit, Demotivation oder Verzweiflung wird Raum gegeben. Die Absurdität der menschlichen Existenz ist aus existenzieller Perspektive kein lösbares Problem, sondern eine zu akzeptierende Tatsache. Deshalb müssen sich Beratende hier mit eigenen Sinnvorschlägen („Aber immerhin haben Sie Kinder!“) zurückhalten. Wie schwierig dieser Verzicht sein kann, umschreibt Camus: „Man entdeckt das Absurde nicht, ohne in Versuchung zu geraten, irgendein Handbuch des Glücks zu schreiben“ ([22], S. 144).

Wenn die emotionale Verarbeitung der Absurdität ausreichend Raum hatte, wird – *zweitens* – zu der Frage übergegangen, ob das Leben auch ohne absoluten

Sinn geführt werden kann. Patient*innen setzen sich in diesem Schritt mit der Frage auseinander, welchen irdischen Sinn sie ihrem Leben angesichts fehlenden kosmischen Sinns geben können. Mit den Worten Camus' geht es darum, zu einem „Trotzdem“ zu finden.

Hier wird deutlich, dass der Existenzialismus eine Philosophie des *Engagements* ist. Entsprechend regen wir – *drittens* – unsere Patient*innen an, ihren Sinn im Handeln zu verwirklichen. Trotz Krankheit und extrem reduzierter Handlungsmöglichkeiten geht es in dieser Phase darum, mit Patient*innen Werte zu identifizieren, an denen sie ihr verbleibendes Leben ausrichten wollen.

FAZIT

Take Home Message

Die Existenzielle Psychotherapie beinhaltet also,

- die Absurdität zu würdigen,
- zu einem Trotzdem zu finden und
- persönliche Werte für ein gelungenes Leben zu entwickeln.

Kann der so konstruierte irdische Sinn ein ausreichendes Gegengewicht zur kosmischen Sinnlosigkeit darstellen? Laut vielen Untersuchungen ist dies der Fall: Atheistische Menschen erleben die gleiche Sinnerfüllung wie Gläubige – vorausgesetzt, sie definieren ihren irdischen Sinn über solche Werte, die über die eigene Person hinausreichen, wie Altruismus oder Generativität [2].

Wertearbeit in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

In allen Therapieansätzen mündet die Frage nach dem Sinn („*Wofür* will ich leben?“) in die Frage nach Werten („*Wie* sollte ich leben?“). Letztere werden besonders in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) fokussiert. Die ACT [23] gehört der dritten Welle der Verhaltenstherapie an, in die Konzepte wie Akzeptanz, Werte und Achtsamkeit einfließen. Die Wertearbeit stellt eines von sechs therapeutischen Modulen der ACT dar und beinhaltet als typische Leitfragen:

- Was will ich anfangen mit meiner Zeit?
- Wohin will ich meine Energie richten?
- Was ist mir zutiefst bedeutsam, wenn ich mein Leben vom Ende her betrachte?

In der konkreten Arbeit benennen Patient*innen zunächst diejenigen *Lebensbereiche*, die ihnen besonders bedeutsam sind. Dies geschieht entweder im freien Gespräch oder mithilfe strukturierender Methoden. Hierzu zählen das Zeichnen der Lebenssäulen (Instruktion: „Wenn Sie Ihr Leben als eine Art antiken Tempel, der auf Säulen ruht, zeichnen: Welche Lebensbereiche

bzw. Säulen tragen Ihr Lebenshaus? Zeichnen Sie die Dicke der Säulen entsprechend der Relevanz der Lebensbereiche.“) oder das Interview „Schedule for Meaning in Life Evaluation“ SMiLE [24]. Im SMiLE werden die 3–7 wichtigsten Lebensbereiche – sie entsprechen hier den eingangs definierten *Lebensbedeutungen* – erfragt und anschließend für jeden Lebensbereich Zufriedenheit und Relevanz numerisch eingeschätzt. Patient*innen stufen am Lebensende häufiger als Gesunde die Bereiche Partnerschaft, Freundschaft, Freizeit, Spiritualität, Natur/Tiere und Freude als bedeutsam ein. Ihre Zufriedenheit in diesen Bereichen ist gleich hoch wie bei Gesunden [25].

Nach dem Sammeln wichtiger Lebensbedeutungen regen wir Patient*innen dazu an, persönliche Werte für diese Bereiche zu identifizieren.

FALLBEISPIEL

Fall 2

Herr D., ein 60-jähriger Patient mit beginnender ALS, definiert als wichtige Lebensbereiche seine Familie (Ehefrau, zwei Kinder, zwei Enkel) und seine Spiritualität. Als *Werte* formuliert er für den Bereich Familie: Unterstützung (er will für alle Familienmitglieder unterstützend, hilfreich und verfügbar sein), Präsenz (er will seinen Liebsten, wenn er Zeit mit ihnen verbringt, volle Aufmerksamkeit schenken und im Hier und Jetzt mit ihnen sein) und Offenheit (er will sich ihnen öffnen und sein Erleben mit ihnen teilen). Für den Lebensbereich seiner christlich geprägten Spiritualität definiert er als Werte: Neugier (er will sich stärker als bisher für Glaubensfragen interessieren, will erkunden, entdecken und lernen) und Beharrlichkeit (er will seine bisherige Bequemlichkeit in diesem Bereich überwinden und regelmäßig Gottesdienste besuchen).

Der Wertebegriff lässt sich gut mit Metaphern des Unterwegsseins illustrieren: Betrachten wir das Leben als Wanderung oder Seefahrt, so sind Werte zu vergleichen mit der Richtung, die wir einschlagen. Werte sind die Leitsterne, an denen wir uns orientieren. Wir werden diese Leitsterne niemals erreichen, aber wir richten uns an ihnen aus. Hierin liegt der wesentliche Unterschied zu Zielen: Ziele können wir als erreichbare Zwischenstationen abhaken.

Merke

Menschen erschließen sich mit der Wertearbeit einen subjektiv bedeutsamen Raum, den sie sich trotz Krankheit lange bewahren können.

Spiritual Care

Dass die hier vorgestellten Verfahren viele Gemeinsamkeiten aufweisen, lässt sich unter anderem daran erkennen, dass die zuvor skizzierte Frage „Was ist Ihnen zutiefst bedeutsam, wenn Sie Ihr Leben vom Ende her betrachten?“ nicht originär aus der ACT stammt – sie hat ihren Ursprung in den Exerzitien des Ignatius von Loyola (1491–1556). In den Antworten auf diese Frage verschieben Menschen im Angesicht einer unheilbaren Erkrankung ihre Werte häufig von Selbstverwirklichung (z. B. Erfolg, Abenteuer) in Richtung Selbsttranszendenz – also das, was über die eigene Person hinausreicht. Selbsttranszendenz kann dabei *horizontal* (z. B. Generativität, Altruismus) oder *vertikal* (als Zugehörigkeit zu einem übergeordneten Ganzen) ausgerichtet sein.

Wenn Menschen mit uns über das sprechen, was über sie hinausreicht, sollten wir ihre Weltanschauung erfragen: Dann können wir einordnen, ob wir uns beispielsweise im Rahmen der Existenziellen Psychotherapie oder auf dem Feld von Spiritual Care bewegen. Vorschläge zur Exploration von Spiritualität – z. B. „Betrachten Sie sich als religiös oder spirituell? Woran glauben Sie? Inwiefern beeinflusst Ihre Spiritualität Ihren Umgang mit der Erkrankung?“ – finden sich bei Puchalski u. Romer [26] und in der spirituellen Anamnese SPIR [27].

Merke

Die meisten Menschen glauben nicht ganz oder gar nicht, sondern in einem Zwischenbereich, in dem sich Glaubensüberzeugungen mit Zweifeln mischen [28].

FALLBEISPIEL

Fall 2 – Fortsetzung

Die inzwischen fortgeschrittene ALS führt bei Herrn D. zu einer starken Angst davor, sich im Sterbeprozess ausgeliefert und einsam zu fühlen. Weil er sich seit seiner Erstdiagnose mit seinem katholischen Glauben befasst hat, sprechen wir über die Passion Jesu. Für den Patienten zeichnet die Ausweglosigkeitserfahrung Jesu – die Verlassenheit im Ölbaumgarten, das mehrmalige Zusammenbrechen beim Tragen des Kreuzes – einen Weg durch das befürchtete Leid hindurch und reduziert damit seine Furcht vor Einsamkeit. Dem Bach-Choral „O Haupt voll Blut und Wunden“ entnimmt er für sich das Mantra „...da will ich nach dir blicken/da will ich glaubensvoll/dich fest an mein Herz drücken/wer so stirbt, der stirbt wohl.“

In den Weltreligionen bestehen typische Sinninhalte in der Vervollkommnung des eigenen Wesens, dem Finden von Gott oder dem Erkennen und Verfolgen der persönlichen Berufung [29]. Im Gespräch mit Patient*innen geht es aber meist nicht um eine rationale Erklärung von Welt und Menschsein – vielmehr loten wir mit unserem Gegenüber aus, ob er oder sie das Gefühl von Geborgenheit bei einer höheren Instanz erlebt und ob er oder sie auf diese Art von Geborgenheit vertrauen kann und will [30].

Hans Küng sagt hierzu: „Gottes Liebe bewahrt mich nicht vor allem Leid. Sie bewahrt mich aber in allem Leid“ ([31], S. 758).

„Sinn ist das, was für den Patienten bedeutsam ist“ – die Interventionen CALM und Outlook

Auch ohne eine explizierte Sinntheorie lassen sich Sinnfragen fokussieren: CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully) wurde in Kanada von Gary Rodin [1] entwickelt und hat sich rasant und weltweit verbreitet. In 3–8 Sitzungen werden vier Themenbereiche besprochen:

- medizinisch-pflegerische Behandlung,
- Identität und Beziehungen,
- Zukunft, Sterblichkeit und Tod sowie
- Lebensziele und Sinnfindung.

CALM fußt auf einem psychoanalytischen und bindungstheoretischen Fundament. Bezogen auf die Sinnfrage verzichtet Rodin ausdrücklich auf ein theoretisches Konzept und betrachtet Sinn als das, was Patient*innen in ihrer jeweiligen Lebenssituation am bedeutsamsten ist.

Die Intervention „Outlook“ von einer amerikanischen Arbeitsgruppe [32] besteht aus 3 einzeltherapeutischen Sitzungen. In der 1. Stunde wird ein Lebensrückblick angeregt. Darauf aufbauend fokussiert die 2. Sitzung Fragen von Bedauern, Vergebung und Unerledigtem. In der 3. Sitzung werden schließlich Fragen des Vermächnisses behandelt, z. B. „Was würden Sie gerne an die nachfolgende Generation weitergeben?“ „Was möchten Sie noch vollenden?“.

Schlussbetrachtung

Basierend auf unterschiedlichen Theorien zum Lebenssinn existiert mittlerweile ein breites Spektrum sinnzentrierter Interventionen, von denen die meisten empirisch evaluiert sind. In der klinischen Anwendung entscheidet sich individuell, welche Intervention unserem Gegenüber am ehesten gerecht wird. Die hier vorgestellten Konzepte liefern wertvolle Impulse für Interventionsstrategien, dürfen jedoch nicht dazu verleiten, die Sinnfrage vollständig lösen zu wollen. Frei nach Ril-

ke besteht unsere Aufgabe eher darin, unserem Gegenüber zu helfen, „die Fragen zu leben“ und „in die Antworten hineinzuwachsen.“

Selbst wenn Sinn gänzlich zu fehlen scheint und Menschen klagen, „Mein Leben ist völlig sinnlos!“, sollten wir unser Gegenüber nicht vom Sinn zu überzeugen versuchen. Die Einsamkeit des Leidenden würde dadurch eher vergrößert. Allenfalls das Da-Sein und Anhören der Klage kann – vielleicht! – die Sinnleere ertragen helfen. Diese Haltung betonen Seelsorge [30, 33] und Existenzialismus [21] übrigens gleichermaßen.

Fazit

Alle Berufsgruppen in Palliative Care werden von Patient*innen hin und wieder mit Sinnfragen konfrontiert. In diesen Fällen braucht die Frage „Wofür soll ich noch leben?“ nicht vorschnell an Psychologie oder Seelsorge delegiert werden: Jede und jeder von uns kann hier nachfragen, sich interessieren, auf schnelle Antworten verzichten (!) und die Frage vielleicht sogar selbst einbringen in ihren vielen möglichen Variationen:

- Was ist Ihnen wichtig?
- Worauf wollen Sie Ihre Energie richten?
- Was wollen Sie sich in Ihrem Innersten bewahren?
- Was werden Sie hinterlassen?

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Klaus Lang
Praxis für Psychotherapie,
Psychoonkologie und Palliativpsychologie
Sendlinger-Tor-Platz 11
80336 München
Deutschland
E-Mail: mail@klauslang-online.de

Literatur

- [1] Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dynam Psychiat* 2008; 36: 181–196. doi:10.1521/jaap.2008.36.1.181
- [2] Schnell T. *Psychologie des Lebenssinns*. Berlin: Springer; 2016
- [3] Bernard M, Braunschweig G, Fegg M] et al. Meaning in life and perceived quality life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13: 1–10. doi:10.1186/s12955-015-0353-y

- [4] Winger JG, Adams RN, Mosher CE. Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: a meta-analysis. *Psycho-Oncology* 2016; 25: 2–10. doi:10.1002/pon.3798
- [5] Bernard M, Strasser F, Gamondi C et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manag* 2017; 54: 514–522
- [6] Rosenfeld B, Cham H, Pessin H et al. Why is meaning-centered group psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients *Psycho-Oncology* 2018; 27: 654–660. doi:10.1002/pon.4578
- [7] Sokol LL, Troost JP, Kluger BM et al. Meaning and purpose in Huntington's disease: a longitudinal study of its impact on quality of life. *Ann Clin Translat Neurol* 2021; 8: 1668–1679. doi:10.1002/acn3.51424
- [8] Bauereiß N, Obermaier S, Özünal SE et al. Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology* 2018; 27: 2531–2545. doi:10.1002/pon.4829
- [9] Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 115–128
- [10] Frankl VE. *Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien: Deuticke; 1946
- [11] Frankl VE. *Trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Kösel; 1949
- [12] Frankl VE. *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. München: Piper; 1977
- [13] Lukas E. *Sehnsucht nach Sinn. Logotherapeutische Antworten auf existenzielle Fragen*. München: Profil; 2004
- [14] Breitbart W, Poppito S. *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer*. New York: Oxford University Press; 2014
- [15] Breitbart W. *Meaning centered psychotherapy in the cancer setting*. New York: Oxford University Press; 2017
- [16] Albon M. *Dienstags bei Morrie. Die Lehre eines Lebens*. München: Goldmann; 1998
- [17] Maercker A, Forstmeier S. *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Heidelberg: Springer; 2013
- [18] Chochinov HM, Hack T, Hassard T et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23: 5520–5525. doi:10.1200/JCO.2005.08.391
- [19] Schramm A, Berthold D, Weber M et al. „Dignity Therapy“ – Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung von Würde am Lebensende. *Z Palliativmed* 2014; 15: 99–101
- [20] Guo Q, Chochinov HM, McClement S et al. Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study. *Palliat Med* 2018; 32: 195–205. doi:10.1177/0269216317734696
- [21] Yalom I. *Existenzielle Psychotherapie*. Hamburg: Edition Humanistische Psychologie; 1989
- [22] Camus A. *Le Mythe de Sisyphe*. Paris: Gallimard; 1942
- [23] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford; 1999
- [24] Fegg MJ, Kramer M, L'hoste S et al. The schedule for meaning in life evaluation (SMiLE): validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35: 356–364. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.05.007
- [25] Fegg MJ, Brandstätter M, Kramer M et al. Meaning in life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manag* 2010; 40: 502–509. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.02.010
- [26] Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000; 3: 129–137
- [27] Frick E, Riedner C, Fegg MJ et al. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care* 2006; 15: 238–243. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x
- [28] Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S. *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Berlin: Springer; 2014
- [29] Hauser J. *Vom Sinn des Leidens. Die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2004
- [30] Weiher E. *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende*. Stuttgart: Kohlhammer; 2014
- [31] Küng H. *Existiert Gott? Antwort auf die Gottesfrage der Neuzeit*. München: Piper; 1978
- [32] Steinhauser KE, Alexander S, Olse MK et al. Addressing patient emotional and existential needs during serious illness: results of the outlook randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manag* 2017; 54: 898–908
- [33] Roser T. Präsenz als Währung der Seelsorge. *Z Pastoraltheol* 2021; 41: 41–54

Bibliografie

Z Palliativmed 2022; 23: 243–249
 DOI 10.1055/a-1742-2220
 ISSN 1615-2921
 © 2022, Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany