

Einleitung

Angesichts des Leidens einen Sinn finden: Eine persönliche Reise auf der Suche nach dem Sinn

Dieses Lehrbuch ist das Ergebnis von mehr als eineinhalb Jahrzehnten Arbeit der Psychotherapie-Forschergruppe der Abteilung für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center und es erfüllt mich mit Stolz, dieses Werk bei Oxford University Press herauszugeben und zu veröffentlichen. Ich bin der Gründungsdirektor dieser Psychotherapie-Forschergruppe, die aus Fakultätsmitgliedern, Arbeitsgruppen- und Forschungsmitarbeitern besteht. Wir haben eine Reihe von wissenschaftlichen Ergebnissen zu Fragen erarbeitet, die mit dem zusammenhängen, was ich als »metadiagnostische Konstrukte« bezeichne – existenzielle Fragen, die zu Verzweiflung, Leid, Hoffnungslosigkeit und Verlust von spirituellem Wohlbefinden und Sinn führen und mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod, geringer Lebensqualität und schlechtem psychosozialen Befinden einhergehen [1-19]. Diese Forschungsarbeiten haben dazu geführt, dass die psychosozialen und lebensqualitätsbezogenen Vorteile des Erhalts und der Verbesserung des Gefühls von Sinnhaftigkeit bei Krebspatienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium in den Mittelpunkt gerückt wurden.

Die jüngsten Veröffentlichungen mehrerer randomisiert-kontrollierter Studien zur sinnzentrierten Gruppenpsychotherapie (SGPT) und zur sinnzentrierten Einzelpsychotherapie (SEPT) [19-21] sowie die Veröffentlichung der beiden Behandlungsmanuale für Patien-

ten mit fortgeschrittener Krebskrankung [22, 23] stellen den Höhepunkt jahrelanger Bemühungen dar, eine evidenzbasierte und wirksame Sinnzentrierte Psychotherapie für Patienten mit einer Krebskrankung zu entwickeln. Diese Evidenz und die klinische Erfahrung in unserem Forschungs- und Behandlungsteam zeigen auf, wie wichtig es ist, das Gefühl der Sinnhaftigkeit zu erhalten, um auch im Angesicht des Todes noch den Mut und den Willen zum Leben zu haben.

Von den Patienten lernte ich, dass das Erleben sinnstiftender Momente von einem Gefühl der Freude begleitet sein kann, das es ermöglicht, Leiden und Unsicherheit zu ertragen. Die randomisiert-kontrollierten Studien zur Sinnzentrierten Psychotherapie (SPT) zeigen, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebskrankung durch die Steigerung des Gefühls der Sinnhaftigkeit ihre Lebensqualität und ihr spirituelles Wohlbefinden deutlich verbessern und dass sich Ängste, Depressionen, Hoffnungslosigkeit, der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod und die Symptombelastung deutlich verringert haben. Wir haben dadurch die Bedeutung von Lebenssinn bei der Linderung von Leid und Verzweiflung unter Beweis gestellt.

Eine berühmte Frage im Talmud lautet: »Was ist wahrer als die Wahrheit?« Die Antwort: »Die Geschichte«. Was folgt, ist die »Geschichte« der Sinnzentrierten Psychotherapie für Patienten mit einer Krebskrankung. Wie viele Geschichten umfasst sie mehr-

rere Figuren sowie Wendepunkte in der Erzählung; und wie alle Geschichten hat sie ihren Ursprung in einem wichtigen Vermächtnis und repräsentiert das, was diese Figuren mit ihrem Vermächtnis geschaffen haben.

Das vielleicht bedeutsamste Vermächtnis in der Geschichte der Sinnzentrierten Psychotherapie ist die Inspiration durch die Werke von Viktor Frankl [24, 25]. Die Sinnzentrierte Psychotherapie wurde zu einem großen Teil durch die Arbeiten Frankls und seine Auffassung über die Bedeutung von Sinnsuche und Sinnfindung im menschlichen Verhalten und Sein beeinflusst. Es ist die Überzeugung, dass auch bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung und der zeitlichen Begrenztheit im Angesicht des Todes immer die Möglichkeit für die Erfahrung von Sinn, die Schaffung oder die Suche nach Sinn existiert, die das Wesen der Sinnzentrierten Psychotherapie kennzeichnet.

Frankls bahnbrechendes Werk »... trotzdem Ja zum Leben sagen« [24] hebt in beeindruckender Weise hervor, dass die Suche nach Sinn in unserer Existenz ein charakteristisches Merkmal des Menschen ist. Sinn kann nicht von einem Menschen an einen anderen weitergegeben werden; vielmehr muss jeder von uns den Prozess der Suche nach dem Sinn in seinem Leben durchlaufen. Bevor ich die Sinnzentrierte Psychotherapie im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Begründung, Struktur und Praxis beschreibe, möchte ich mit der »Wahrheit« beginnen; der Geschichte – meiner Geschichte – die eine »persönliche Reise auf der Suche nach dem Sinn: vom Lager zum Krebszentrum« ist.

Ich bin ein Kind von Überlebenden des Holocaust. Dies ist eine Identität, die mich aufgrund des tiefgreifenden Vermächtnisses geprägt hat. Es ist das, was das Leben mir mitgegeben hat. Ich habe die Wahl getroffen, auf dieses Vermächtnis des Todes, des Verlusts und der wahrgenommenen Sinnlosigkeit zu reagieren, indem ich es als Quelle des Mitgefühls nutze, um Menschen, die an einer

fortgeschrittenen Krebserkrankung leiden und verzweifelt sind, zu helfen, angesichts von Verlust, Leid und Einschränkungen Sinn zu erhalten und zurückzugewinnen.

Ich bin Arzt. Ich bin sowohl in Innerer Medizin als auch in Allgemeiner Psychiatrie ausgebildet und zertifiziert. Ich bin darüber hinaus auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin weitergebildet und zertifiziert und insbesondere im Bereich der Psychoonkologie. Die Psychoonkologie ist ein neues, vor allem in den letzten 35 Jahren entwickeltes Fachgebiet, das sich auf die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten und ihren Familien konzentriert.

Ich bin Arzt und meine Aufgabe ist die Betreuung von Krebspatienten und ihren Familien. Ich begann meine Ausbildung in Psychoonkologie 1984 als klinischer Mitarbeiter in der Psychoonkologie am Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York City, wo ich eng mit meiner Mentorin, Dr. Jimmie Holland, zusammenarbeitete. Ich habe die Mission von Dr. Holland, das Fach Psychoonkologie zu entwickeln und Patienten mit einer Krebserkrankung und ihren Angehörigen auf der ganzen Welt eine umfassende psychosoziale Betreuung zukommen zu lassen, auch zu meiner Mission gemacht. Seit fast 32 Jahren arbeite ich auf dieses Ziel hin, als Kliniker, Forscher, Pädagoge, Administrator, Autor, Dozent und Fürsprecher.

Ich bin Psychiater und Psychoonkologe, der nach einem Weg suchte, die Verzweiflung von Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung zu lindern. Patienten, die keinen Sinn, Zweck oder Wert mehr darin gesehen haben, angesichts der Einschränkungen durch die Erkrankung und den nahenden Tod weiterzuleben. Bei meiner Suche machte ich oftmals die Erfahrung, dass der Glaube an die Möglichkeit, selbst in den letzten Monaten oder Tagen des Lebens einen Sinn zu erfahren oder zu schaffen, die Hoffnung aufrechterhalten sowie Verzweiflung und Leid vermindert hat. Dies ist die Geschichte meiner persönlichen Reise auf der Suche nach

dem Sinn und der Entwicklung der Sinnzentrierten Psychotherapie für die Begleitung

von Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium.

Das Vermächtnis des Holocaust

Meine Eltern, Rose und Moses Breitbart, waren Überlebende des Holocaust. Nachdem ihr Leben im Alter von 14 bzw. 17 Jahren zerstört wurde, überlebten meine Eltern den Holocaust, indem sie sich versteckten, als Partisanen in den Wäldern Polens kämpften und schließlich in ein Vertriebenenlager außerhalb von München namens Lager Föhrenwald gebracht wurden. Dort heirateten sie 1949, und sie verbrachten ihre Hochzeitsnacht in einem geliehenen »Hochzeitsbett«. Als sie in der Lower East Side von Manhattan, New York City, ankamen, besaßen sie nichts weiter, als den Willen zu leben und den Mut zu lieben; und mit diesem Lebenswillen und dem Mut zu lieben schufen sie ein sinnvolles Leben in einer sinnlosen Welt.

Ich bin der Erstgeborene von zwei Söhnen. Das Vermächtnis des Holocaust blieb lebendig und lebte mit uns in unserer Zwei-Zimmer-Wohnung in der Grand Street. Der Holocaust hatte kein eigenes Zimmer; er lebte in jedem Zimmer, und an den Wänden, und in den Schubladen, in Bildern, in Dokumenten in Akten, und in Gebetbüchern und Gebetsriemen, die vor den Flammen des Krieges gerettet wurden.

»Warum bin ich hier?« Meine Mutter stellte sich diese Frage jeden Morgen und drängte mich, jeden Tag die gleiche Frage an mich selbst zu stellen. »Warum bin ich hier und warum sind so viele andere nicht mehr unter uns?« Dies ist in der Tat die vollständige Frage, die meine Mutter stellte. Meine beiden Eltern

hatten ihre Eltern, Geschwister, Cousins, Cousinen, Tanten, Onkel, Schulkameraden und Freunde verloren.

Ich bin mit einem Vermächtnis – geprägt von Verlust und Leid – aufgewachsen, aber in einem Zuhause voller Liebe, Mitgefühl und dem Bedürfnis, Sinn und Bedeutung zu finden. Ich nahm die Verantwortung und die Bürde auf mich, nicht nur mein Leben, sondern auch das Leben derer zu leben, die nicht überlebt hatten.

Ich bringe viel Zeit und Energie für diese Mission auf, arbeite manchmal 80 Stunden pro Woche und verbringe viele Abende und Wochenenden im Krankenhaus oder reise zu Vorträgen oder wissenschaftlichen Tagungen. Es überraschte mich nicht, als meine Frau, mit der ich seit 30 Jahren verheiratet bin, kürzlich zum Ausdruck brachte, dass sie und mein 25-jähriger Sohn sich gelegentlich einsam fühlen und meine Anwesenheit zu Hause vermissen. Ich bin mit einer verständnisvollen und liebevollen Familie gesegnet.

Ich bin ein Psychiater, dessen Aufgabe es ist, sich um Krebspatienten und ihre Familien zu kümmern, allzu oft auf Kosten meiner eigenen Familie. So ist es nicht überraschend, dass ich nach einem Anruf an einem Samstagmorgen, an dem ich keinen Dienst im Krankenhaus und keine Auszubildenden zu betreuen hatte, sofort ins Krankenhaus eilte, um einer Patientin in Not zu helfen. Ich wusste nicht, dass ich im Begriff war, eine transformative Erfahrung zu machen.

Die Erfahrung der Transformation

Der Anruf kam nicht von einem Arzt oder einer Krankenschwester, sondern von einer Nachbarin auf der Upper East Side von Manhattan. Ihre beste Freundin war Patientin im Memorial Sloan-Kettering Cancer Center und befand sich in extremer emotionaler Not. Die Nachbarin fragte mich, wie sie ihre Freundin am besten trösten und ihr in ihrem gegenwärtigen Zustand der Verzweiflung und einem tiefen Gefühl des

Hoffnungs- und Sinnverlustes helfen könne. Nachdem ich Einzelheiten über die Situation ihrer Freundin erfragt hatte, bemühte ich mich schnell, ihre Freundin selbst zu besuchen – nicht nur aus Mitgefühl, sondern auch aus Verantwortungsgefühl in meiner Rolle als Leiter des psychiatrischen Dienstes des Krankenhauses.

Dies habe ich vor unserem Treffen über die Patientin erfahren:

Die Patientin ist 47 Jahre alt und Mutter von zwei Kindern im Alter von 8 und 11 Jahren. Sie hatte 20 Jahre hart gearbeitet, um die erfolgreiche Leiterin einer Anwaltskanzlei in New York City zu werden. Eine Frau mit Leistungsanspruch, Erfolg und Willen, die geliebt wird und anderen viel Liebe entgegenbringt. Als sie von der Diagnose Krebs erfuhr, nutzte sie ihre einflussreichen Verbindungen, um ihre Krebsbehandlung im Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York von den besten Onkologen und Chirurgen des Landes zu erhalten. Zunächst war bemerkenswert an ihrer Krebserkrankung, dass sie eine Fehldiagnose erhielt. Man ging davon aus, dass sie an Eierstockkrebs erkrankt sei, und trotz des Schocks und der Angst hatte sie die Nachricht gut verkraftet und an der Hoffnung auf ein möglicherweise günstiges Ergebnis festgehalten. Aber die Diagnose war falsch, und die Prognose veränderte sich plötzlich dramatisch zum Schlechteren. Intraoperativ wurde klar, dass es sich nicht um Eierstockkrebs handelte, sondern um eine seltene Form von metastasierendem Dickdarmkrebs, der sich auf die Eierstöcke und das untere Becken ausgetragen hatte. Nun war ihre Prognose düster. Die Änderung der Perspektive war dramatisch: andere Behandlung, anderer Verlauf, andere Zeiterwartungen in Bezug auf das Überleben. Zunächst die Aussicht auf Heilung und Überleben, dann plötzlich die Aussicht auf den Tod. Die Angst vor dem Tod überwältigte sie. Die tiefe Traurigkeit über ein verkürztes Leben, darüber, dass sie ihre Kinder nicht aufwachsen sehen würde, über den Verlust aller, die sie liebte, und über das Leben, das sie so ganz lebte. Sie war in großer Verzweiflung und litt schrecklich. Sie brauchte jemanden, der sie beraten und begleiten würde.

Der Weg, der zum Krankenbett dieser Patientin führte

Die Freundin der Patientin, die mich anrief, hatte das große Bedürfnis, die Todesangst ihrer Freundin zu lindern, wusste aber nicht, wie sie helfen sollte; mit welchen Worten sie trösten und welchen Weg der Begleitung sie gehen sollte. »Wie kann ich meiner Freundin helfen,

ihre Angst vor dem Tod zu lindern? Wie helfe ich ihr, im Angesicht des Todes ein Gefühl von Sinn und Hoffnung zu bewahren?« waren die Fragen, die mir gestellt wurden. Es waren vertraute Fragen – Fragen, mit denen ich mich während meiner klinischen und wissenschaft-

lichen Laufbahn mehr als zwei Jahrzehnte umfassend auseinandergesetzt hatte. Als ich mich auf dem Weg ins Krankenhaus befand, hatte ich in Erwartung meiner Begegnung mit dieser Patientin eine relativ klare Vorstellung davon, was ich als hilfreich für unsere Begegnung und was ich als einen wirksamen Ansatz empfand. Diese Überzeugung basierte auf folgenden Aspekten: den unzähligen klinischen Erfahrungen mit sterbenden Patienten, die angesichts des Todes verzweifelten; einer Reihe von klinischen Studien, die meine Forschungsgruppe im vergangenen Jahrzehnt zu Themen wie Verzweiflung und dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod am Ende des Lebens durchgeführt hatte; ein wachsendes Bewusstsein über die Bedeutung der existenziellen Psychotherapie und die Erfahrungen unserer Forschungsgruppe bei der Durchführung von Interventionsstudien zu

einer neuartigen Psychotherapie, die ich entwickelt hatte und die wir Sinnzentrierte Psychotherapie nannten; und meine Wiederentdeckung der Existenzphilosophie und -psychologie (insbesondere der Werke von Frankl), die Bedeutung der Lehren, die mir mein persönliches Holocaust-Erbe vermittelt, und die alten und heiligen Texte meines religiösen Erbes. Als ich mich auf den Weg zum Bett dieser Patientin machte, erinnerte ich mich an die Reise, die ich in den letzten Jahrzehnten unternommen hatte und die mich zu dem Gefühl führte, dass ich die richtige Person war, die diese Patientin heute sehen sollte, und dass meine Ideen über einen psychotherapeutischen Ansatz für das Problem, im Angesicht des Todes ein Gefühl von Sinnhaftigkeit aufrechtzuerhalten, für sie und Patienten in einer vergleichbaren Situation möglicherweise hilfreich sein könnten.

Die Bedeutung von Sinn in der palliativen Versorgung am Lebensende

Unsere Forschungsgruppe hat eine Reihe von Studien durchgeführt, in denen die Bedeutung von Sinn und spirituellem Wohlbefinden in der palliativen Versorgung und im Rahmen der Sterbebegleitung untersucht wurden [4-10]. Wir konnten die zentrale Rolle des spirituellen Wohlbefindens und insbesondere des Gefühls der Sinnhaftigkeit als Puffer gegen Depressionen, Hoffnungslosigkeit und den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod bei todkranken Krebspatienten nachweisen. Wir fanden auch heraus, dass das spirituelle Wohlbefinden signifikant mit dem Gefühl der Verzweiflung am Lebensende (definiert als Hoffnungslosigkeit, Wunsch nach einem vorzeitigen Tod und Suizidgedanken) in (umgekehrtem) Zusammenhang stand, selbst nachdem der Einfluss depressiver Symptomatik kontrolliert worden war. Mehr noch, wenn

das spirituelle Wohlbefinden in zwei Komponenten aufgeteilt wurde, wobei die eine ein Gefühl der Sinnhaftigkeit und die andere eine mit dem religiösen Glauben verbundene Spiritualität erfasst, war die Unfähigkeit, ein Gefühl der Sinnhaftigkeit aufrechtzuerhalten, viel stärker mit dem Gefühl der Verzweiflung am Lebensende verbunden als die Glaubenskomponente des spirituellen Wohlbefindens (d. h. die Fähigkeit, ein Gefühl der Sinnhaftigkeit aufrechtzuerhalten, war mit einem geringeren Ausmaß an Hoffnungslosigkeit, dem selteneren Auftreten des Wunsches nach einem vorzeitigen Tod und von Suizidgedanken verbunden). Diese Befunde sind bedeutsam angesichts dessen, was wir über die Folgen von Depression und Hoffnungslosigkeit bei Krebspatienten wissen. Depression und Hoffnungslosigkeit stehen mit deutlich

höheren Suizidraten, Suizidgedanken, dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod sowie dem Interesse nach ärztlich-assistiertem Suizid in Zusammenhang [1-3]. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Hoffnungslosigkeit ein unabhängiger Prädiktor des Todeswunsches ist, der einen ebenso starken Einfluss auf den Todeswunsch hat wie (und unabhängig von) Depressionen. Solche Daten legen uns ein-

drücklich nahe, dass nicht pharmakologische, psychotherapeutische Interventionen entwickelt werden müssen, um Patienten mit Sinnverlust und Hoffnungslosigkeit am Ende des Lebens aus ihrer Verzweiflung zu helfen. Wir machten uns deshalb daran, eine Reihe von Interventionen zu entwickeln, die auf Frankls Konzepten der Bedeutung von Sinnhaftigkeit im menschlichen Leben basierten.

Sinnzentrierte Psychotherapie für Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Die von unserer Forschungsgruppe aufgezeigte Bedeutung des spirituellen Wohlbefindens und die Rolle des Sinns insbesondere bei der Verringerung von Depressionen, Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod bei fortgeschritten erkrankten Krebs- und AIDS-Patienten veranlasste uns dazu, über die Bedeutung der antidepressiven Behandlung hinaus neue Anstrengungen hinsichtlich der Entwicklung nicht pharmakologischer Interventionen (Psychotherapie) zu unternehmen, mit denen Themen wie Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust und spirituelles Wohlbefinden bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung am Ende ihres Lebens angegangen werden können. Zwei Studien zur pharmakologischen Behandlung von Depressionen bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und AIDS zeigten, dass bei wirksamer Behandlung von Depressionen der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod nachlässt, ein erheblicher Anteil der Patienten mit einem vorzeitigen Todeswunsch jedoch klinisch nicht depressiv war, sondern unabhängig von der Depression unter Sinnverlust und Hoffnungslosigkeit litt [11-13]. Daher war ein nicht pharmakologischer Ansatz zur Verbesserung des Gefühls von Sinnhaftigkeit und Hoffnung notwendig.

Dieses Bemühen führte zur Erforschung und Analyse der Arbeiten von Frankl und

seiner Konzepte der Logotherapie oder Sinnzentrierten Psychotherapie [24,25]. Obwohl Frankls Logotherapie nicht für die Behandlung von Krebspatienten oder Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konzipiert worden war, fanden seine Konzepte von Sinn und Spiritualität unserer Ansicht nach eindeutig Verwendung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium, von denen viele Beratung und Hilfe bei Fragen zu Lebensorientierung, Hoffnung und dem Einordnen der Krebserkrankung und des drohenden Todes im Kontext ihres Lebens suchen.

Frankls zentrale Beiträge zur humanistischen Psychologie bestehen darin, das Bewusstsein für die spirituelle Komponente der menschlichen Erfahrung und die zentrale Bedeutung von Sinn (oder dem Willen zum Sinn) als treibende Kraft oder Instinkt in der Psychologie zu schärfen. Zu Frankls grundlegenden Konzepten gehören die folgenden Überzeugungen:

1. **Lebenssinn:** Das Leben hat einen Sinn und hört nie auf, einen Sinn zu haben, selbst bis zum letzten Augenblick des Lebens; der Sinn kann sich in diesem Zusammenhang ändern, aber er hört nie auf zu existieren.

2. Der Wille zum Sinn: Der Wunsch, in der menschlichen Existenz einen Sinn zu finden, ist ein primärer Instinkt und eine grundlegende Motivation, die das menschliche Verhalten prägt.
3. Die Freiheit des Willens: Wir haben die Freiheit, einen Sinn in unserer Existenz zu finden und unsere Haltung gegenüber dem Leiden zu wählen.
4. Die drei wichtigsten Sinnquellen im Leben sind Schaffenskraft und Kreativität (Arbeit, Taten und Engagement), Sinneserfahrungen und Erlebnisse (Kunst, Natur, Humor, Liebe, Beziehungen und Rollen) und die innere Haltung, d. h. die Einstellung, die man gegenüber dem Leiden und existenziellen Problemen einnimmt.
5. Sinn existiert in einem lebensgeschichtlichen Kontext; daher ist das Vermächtnis (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) ein wichtiges Element bei der Aufrechterhaltung oder Verbesserung des Gefühls der Sinnhaftigkeit.

Die Sinnzentrierte Psychotherapie basiert auf den zuvor beschriebenen Konzepten und den Prinzipien der Logotherapie von Frankl. Sie soll Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung helfen, ein Gefühl von Sinn und innerem Frieden in ihrem Leben aufrechtzuerhalten oder zu

verstärken, auch wenn sie sich dem Ende ihres Lebens nähern.

Zunächst führten wir eine randomisierte Pilotstudie mit einer achtwöchigen Sinnzentrierten Gruppenpsychotherapie (SGPT) mit 90-minütigen wöchentlichen Sitzungen durch, die auf den von Frankl erläuterten Konzepten basiert. Zugrunde gelegt wurde ein umfassendes Behandlungsmanual mit einer Mischung aus didaktischen Elementen, Gruppendiskussionen und Übungen, die auf bestimmte sinnzentrierte Themen im Zusammenhang mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung fokussierten. Unsere Ergebnisse legten nahe, dass die SGPT eine wirksame Intervention ist, die das Gefühl von Sinnhaftigkeit, das spirituelle Wohlbefinden und die Hoffnung verstärkt und gleichzeitig die Verzweiflung am Lebensende verringert [19]. Nachfolgende randomisiert-kontrollierte Studien zur SGPT und ein flexibleres, individuelles Format der SPT, die Sinnzentrierte Einzelpsychotherapie (SEPT) zeigten, dass sich durch die Steigerung des Gefühls der Sinnhaftigkeit die Lebensqualität und das spirituelle Wohlbefinden bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung deutlich verbessert hatten. Darüber hinaus verringerten sich Angstzustände, depressive Verstimmungen, Hoffnungslosigkeit, der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod sowie eine hohe Symptombelastung [19-21].

Verbindung der Themen Freiheit des Willens, Sinnhaftigkeit und Fürsorge

Durch meine Arbeit im Rahmen der Entwicklung und Durchführung klinischer Studien mit der manualisierten und strukturierten Sinnzentrierten Psychotherapie (SPT) gewann ich umfangreiche Einblicke in die psychotherapeutische Versorgung von Krebspatienten, die dem Tode nahe waren. Ich hatte

jedoch weiterhin das Gefühl, dass noch viel mehr geforscht und weitere Erkenntnisse benötigt werden, um noch intensiver/fokussierter mit Patienten arbeiten zu können, die an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden. Auch für mich gab es noch eine Menge zu lernen und in meinem Umgang mit

Patienten zu verändern. Ich begann, meine Aufmerksamkeit auf die Werke von Existenzphilosophen sowie auf verschiedene religiöse Texte zu richten, die mich auf diesem Weg weiterbringen sollten.

Für diejenigen, die in der Palliativmedizin arbeiten, kann die Beschäftigung mit diesen Arbeiten und Texten eine große Bereicherung sein. In so unterschiedlichen Werken wie Leo Tolstois »Der Tod des Iwan Iljitsch«, dem Buch »Hiob« oder Martin Heideggers »Sein und Zeit« habe ich sehr viel Weisheit und Anregungen gefunden. Auch in den Aus- und Weiterbildungsprogrammen der Palliativmedizin und Psychoonkologie setzen sich die Auszubildenden zunehmend mehr mit den Geisteswissenschaften auseinander: Die Lektüre und Erörterung des Buches »Der Tod des Iwan Iljitsch« ist beispielsweise ein beliebtes und häufig angewandtes didaktisches Mittel, um unsere Auszubildenden über den Prozess des Sterbens und das Potenzial für persönliches Wachstum durch die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen zu unterrichten – ein Potenzial, das bis zu den letzten Momenten vor dem Tod besteht. Das Buch Hiob enthält verschiedene Lehren und Anschauungen, die sich in klinische Interventionen einbinden lassen, es ist jedoch vielen von uns, die in der Palliativmedizin arbeiten, weniger geläufig. Ich vermute, dafür gibt es mehrere Gründe: (1) Das Buch Hiob wird als ein rein religiöser Text mit nur wenigen säkularen Anwendungsbe reichen angesehen, (2) die Lehren des Buches Hiob sind nicht eindeutig und sind daher Gegenstand umfangreicher und divergierender Interpretationen, und (3) haben viele das Buch Hiob nicht oder nicht vollständig gelesen und wissen nur das, was sie von anderen darüber erfahren haben. Obwohl ich in den letzten 23 Jahren in der Sterbebegleitung gearbeitet habe, und hunderte, wenn nicht tausende Male, wenn ich über Leiden gesprochen habe, auf Hiob Bezug genommen hatte, hatte auch ich mir nie wirklich die Zeit genommen, den Text selbst, vollständig und unvoreingenommen zu lesen.

Das Buch Hiob zu lesen, ist kein leichtes Unterfangen. Es gibt viele Versionen unterschiedlicher Länge und mit unterschiedlichen Handlungssträngen. Es bestehen zudem zahlreiche Kontroversen darüber, welche Version die richtige ist. Darüber hinaus mangelt es nicht an Kommentaren zu den Interpretationen der Lehren dieses epischen Werkes. Große Denker von Spinoza bis Carl Jung haben sich mit Hiobs Geschichte auseinandersetzt und interessante Gedanken, Einsichten und unterschiedliche Schlussfolgerungen darüber formuliert, was sie über die Beziehung zwischen Mensch und Gott aussagt. Die meisten Debatten konzentrierten sich auf die Fragen der Theodizee nach der Gerechtigkeit Gottes, nach dem Sinn von Leiden wie »Können Gott und das Böse koexistieren?«. Ist Gott ein »persönlicher« Gott, der in die Angelegenheiten der Menschen involviert ist, diejenigen bestraft, die sündigen, diejenigen belohnt, die es verdienen, auf Gebete antwortet? Oder ist Gott ein »natürlicher« Gott, der unerkennbar und mysteriös ist – einer, der aus Gründen, die nur er kennt, handelt und von den Menschen nicht verstanden werden kann?

Dies sind in erster Linie religiöse Fragen über das Wesen Gottes, aber es sind Fragen, die in der Palliativversorgung ziemlich häufig auftauchen. »Warum ist mir das passiert?«, »Was habe ich getan, dass mir so etwas widerfahrt?«. Dies sind Fragen, die uns als Palliativmediziner häufig gestellt werden. Obwohl dies Fragen mit religiösem Bezug sind, die sich auf die persönliche Beziehung zu Gott beziehen, sind sie im Wesentlichen auch universelle existenzielle Anliegen, die damit zum Ausdruck gebracht werden. Patienten wenden sich oft an einen Arzt, um Trost, Zuspruch und sogar Antworten zu erhalten.

Vor einiger Zeit habe ich mir vorgenommen, das Buch Hiob in einer Übersetzung und mit einer Einführung von Stephen Mitchell [26] zu lesen, einem in Brooklyn geborenen Dichter und Übersetzer religiöser Texte, dessen Werke ich in der Vergangenheit gerne gelesen hatte. Besonders seine Übersetzungen

der Gedichte von Rainer Maria Rilke und seine Übersetzung der Psalmen haben mir Freude bereitet. Mitchell bietet nicht nur eine moderne, zugängliche Übersetzung, sondern auch historische Kontexte und Referenzen, die das Lesen bereichern. Dies war auch der Fall, als ich seine Übersetzung des Buches Hiob las. Ich habe zum Beispiel erfahren, dass wir nicht wirklich wissen, wer der Autor des Buches Hiob ist. Es gibt kaum Anhaltspunkte dafür, wann und wo er oder sie das Buch geschrieben hat oder für welche Art von Leserkreis es gedacht war. Eines der größten Paradoxe dieses größten jüdischen Kunstwerks ist, dass der Held ein Nichtjude ist, wie es der Autor gewesen sein könnte. Einige Experten gehen davon aus, dass dieser dramatische, epische Text, der das Problem des Leidens der Unschuldigen und der Vergeltung behandelt, zwischen dem 7. und 5. Jahrhundert vor Christus geschrieben wurde. Trotz der Unsicherheit über die jüdische Herkunft des Autors oder Helden, ist das Thema Hiob das große jüdische Thema des Post-Holocaust-Zeitalters: das Thema des unschuldigen Opfers. Als Kind von Holocaust-Überlebenden fühlte ich mich natürlich von einigen dieser Aspekte angezogen.

Es gibt eine Vielzahl von existenziellen und spirituellen Themen, in die man beim Lesen des Buches Hiob eintauchen kann. Ich habe mich vor allem auf zwei Themen konzentriert, weil sie für meine Arbeit als Kliniker relevant sind. Erstens war ich beeindruckt von der Relevanz von Hiobs Leidenserfahrung für die Erfahrung so vieler Patienten, die wir betreuen. Als Hiob an einer Krankheit seines Fleisches und seiner Knochen leidet, erinnerte mich die Beschreibung seiner Erfahrung an die Erfahrung eines Patienten mit Leukämie, den ich betreut hatte.

Nach einer Knochenmarktransplantation litt dieser Patient an einer schweren Graft-versus-Host-Reaktion (Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion). Hiob fühlte, wie sein Knochenmark vor Schmerz anschwoll, seine Haut rissig war und triefte. Er schrie verzweifelt auf

und bettelte um den Tod, um sein Leiden zu beenden. »Genau das habe ich erlebt. Ich habe gebetet, um zu sterben, damit mein Leiden endet«, erzählte mir mein Patient, als wir über Hiobs Erfahrung sprachen. Ich war beeindruckt von der Genauigkeit der Beschreibung des Leidens. Außerdem beeindruckten mich die immer wiederkehrenden Themen »rechtschaffen/aufrecht« und »ganz/untadelig«¹. Ich erkannte, dass diese Themen nützliche klinische und psychotherapeutische Konzepte für die Betreuung todkranker Patienten sind. Diese Begriffe begegnen uns zuerst im Prolog des Gedichts, in dem Gott zu seinem Widersacher Satan sagt: »Hast du achtgehabt auf meinen Knecht Hiob? Denn es ist seinesgleichen nicht auf Erden, fromm und rechtschaffen, gottesfürchtig und meidet das Böse.« Diese Begriffe werden hier wahrscheinlich verwendet, um Hiob als einen Mann zu beschreiben, der das Böse scheut, einen Mann von Integrität und Güte und einen frommen Mann, der Gott fürchtet. Im Laufe der Geschichte Hiobs kehren die Begriffe »rechtschaffen« und »ganz/untadelig« immer wieder zurück, wobei ihnen eine noch umfassendere Bedeutung und Weisheit beigemessen wird.

Unsere nächste Begegnung mit den Begriffen »rechtschaffen/aufrecht« und »ganz/untadelig« erfolgt, nachdem Hiob erfahren hat, dass sein gesamter materieller Reichtum verloren gegangen ist und alle seine Söhne und Töchter getötet wurden. Hiob steht auf. Er zerreißt sein Gewand. Er rasiert seinen Kopf. Er legt sich mit dem Gesicht in den Staub und streut Erde auf seinen Kopf. Dann sagt er: »Ich bin nackt von meiner Mutter Leibe gekom-

1 Die Übersetzung von »whole« im Englischen für »ganz« oder »unversehrt« lässt sich nicht ganz eindeutig übertragen. In der Bibel nach Martin Luthers Übersetzung, revidiert 2017, © 2016 Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart, heißt es im Prolog Hiob meist »untadelig«. Ähnliches gilt für das Wort »upright«, das sowohl aufrecht bedeutet als auch »rechtschaffen/aufrechtig«, wie es im Prolog Hiob heißt.

men, nackt werde ich wieder dahinfahren. Der Herr hat's gegeben, der Herr hat's genommen; der Name des Herrn sei gelobt!« (Bibel nach Martin Luthers Übersetzung, revidiert 2017, © 2016 Deutsche Bibelgesellschaft, Stuttgart).

Nun mögen sich einige auf Hiobs Annahme von Gottes Willen konzentrieren; ich jedoch war beeindruckt von Hiobs anfänglichen Taten: (1) Er fiel von einer »aufrechten« Position zu Boden und erniedrigte sich buchstäblich in dem Staub, aus dem er geformt wurde, und (2) er zerriss seine Kleider, was symbolisch den Zerfall oder Bruch des »Ganzen« darstellt, seiner Identität, bevor er alles verlor, was seinem Leben Sinn gab. Nun kann Hiobs Handeln von einigen auch so interpretiert werden, dass es dem jüdischen Akt »Teschuwa«², der Buße oder Reue für eine gegen Gott begangene Sünde ähnelt. Es ist interessant, dass der Begriff »Teschuwa« auch »zurückkehren« bedeutet, was impliziert, dass Hiobs Handlungen darauf abzielen, Gott dazu zu bringen, ihn durch Buße in einen Zustand der »Rechtschaffenheit« und »Ganzheit« zurückzuführen. Tatsächlich stellt Gott am Ende des Buches Hiob den gesamten Reichtum Hiobs wieder her, sorgt für eine noch größere Zahl von Kindern und Enkeln und dafür, dass Hiob seine Identität und seine Beziehung zum Transzendenten vollständig wiedererlangt. Hiob wird wieder in einen Zustand versetzt, in dem er »aufrecht« und »ganz« ist.

Es begann mich zu interessieren, ob diese Konzepte des »Aufrecht-Seins« und »Ganz-Seins« für meine klinische Arbeit mit sterbenden Patienten von Nutzen sein könnten. Ich verstehe das »Aufrecht-Sein« als eine Manifestation des Willens. Wenn man »aufrecht« ist, ist man in der Lage, seinen Willen in der Welt auszuüben. Willensausübung oder freier Willen im Falle eines todkranken Patienten kann

bedeuten, dass man den »Mut hat, im Angesicht des Todes weiter zu leben«; dass man den Mut hat, trotz der Endlichkeit des Lebens noch Wünsche, Sehnsüchte und Bedürfnisse im Leben zu haben; und dass man angesichts einer begrenzten Prognose die Prioritäten neu bewertet und sich entscheidet, sich auf diese Prioritäten zu konzentrieren (z. B. Zeit mit der Familie zu verbringen, auf eine palliative Chemotherapie zu verzichten und sich auf die Schmerz- und Symptomkontrolle zu konzentrieren, ein Generativitätsdokument³ zu erstellen oder so lange wie möglich weiter zu arbeiten). Wenn Patienten gezwungen sind, aufgrund von Fatigue oder unkontrollierbaren Schmerzen (nicht aufrecht, sondern buchstäblich auf dem Rücken) im Bett zu liegen und ihrer Fähigkeit beraubt werden, ihren Willen durchzusetzen, leiden sie. Das Konzept, angesichts des Sterbeprozesses so lange wie möglich »aufrecht« zu bleiben, ist meines Erachtens ein nützliches Konstrukt, das man sich im Hinblick auf die Behandlungsplanung und die Ziele der Versorgung zunutze machen sollte.

Ich habe begonnen, das Konzept des »Ganz-Seins« als die Fähigkeit eines schwerkranken Patienten zu begreifen, mit all dem verbunden zu bleiben, was seinem Leben Sinn, Wert und Bedeutung verleiht – auch während des Sterbeprozesses. »Ganz-Sein« beinhaltet auch, mit geliebten Menschen verbunden zu bleiben und der Isolation zu widerstehen, die dadurch entsteht, dass Paare sich gegenseitig vor ihren Ängsten und Sorgen schützen. Sie sollten sich vielmehr aufeinander beziehen, indem sie diese Ängste und Sorgen teilen und sich nah sind in einer Zeit, in der eine solche Verbundenheit so lebenswichtig ist. »Ganz zu sein« bedeutet das Bemühen, die eigene Identität so lange wie möglich zu bewahren, trotz der realen oder

2 Teschuwa ist im Hebräischen ein mehrdeutiger Begriff und bedeutet im religiösen Zusammenhang die »Rückkehr« zu Gott.

3 Das Generativitätsdokument entstammt der Würdezentrierten Therapie nach Chochinov [28].