

Existenzielles Leiden und sinnbezogene Interventionen

F. Schulz-Kindermann

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Spezialambulanz für Psychoonkologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schlüsselwörter

Körperlich Schwerkranken, Psychoonkologie, existenzielles Leiden, sinnorientierte Interventionen

Zusammenfassung

Die Befindlichkeit Schwerstkranker wird üblicherweise im Rahmen der multidimensionalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität beschrieben. Diese erfasst jedoch nicht Aspekte existenziellen Leidens, wie sie z. B. Eric Cassell definierte. In den vergangenen Jahren entstand eine Vielzahl empirischer Arbeiten zum Erleben von und zur Intervention bei umfassendem Leiden. Mittlerweile konnte überzeugende Evidenz sowohl zur Konzeption von „Leiden“ als auch zu dessen Linderung mithilfe psychotherapeutischer Interventionen vorgelegt werden. Sinnorientierte Therapieverfahren liegen sowohl als Einzel- als auch als Gruppeninterventionen vor. Ein besonders vielversprechender Ansatz ist die einzeltherapeutische Kurzzeitintervention „Managing Cancer And Living Meaningfully CALM“, deren Prüfung zurzeit in mehreren internationalen RCTs erfolgt.

Keywords

Terminally ill, psycho-oncology, existential suffering, meaning-centred interventions

Summary

The state of terminally ill patients is commonly described in terms of Health related Quality of Life though these do not cover aspects of existential suffering, e.g. described by Eric Cassell. Recently, many empirical investigations on the experience of suffering and corresponding interventions were presented. Meanwhile we have thorough knowledge about the conceptualization and treatment of suffering in advanced cancer patients. Meaning-centred interventions are available in an individual as well as group-based format. Particularly promising is the individual therapy „Managing Cancer And Living Meaningfully CALM“ which is currently tested in several international RCTs.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Frank Schulz-Kindermann
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
schulzk@uke.de

Existential suffering and meaning-centred interventions

Nervenheilkunde 2017; 36: 988–992
eingegangen am: 21. Juni 2017
angenommen am: 6. Oktober 2017

bräuchlicheren EORTC-QLQ (1). Für letzteren liegen spezifische Module vor, die vor allem auf Symptome wie Fatigue, Lebensqualität bei bestimmten Tumoren oder auf besonders eingreifende Behandlungen, wie bei Stammzelltransplantation fokussieren. Gesundheitsbezogene mehrdimensionale Lebensqualität wurde zu einem zentralen Konzept der Erfassung und Beschreibung des Zustandes von Patienten, bis hin zur Nutzung der HRQoL als Variablen-set von Patient Reported Outcomes in Medikamentenstudien (23). Studien konnten zeigen, dass bedeutsame Zusammenhänge zwischen Einschränkungen der Lebensqualität und psychischen Beeinträchtigungen und Störungen bestehen (22, 32). Ein zentraler Einwand gegen eine ausschließlich Betrachtung von umfassender Belastung mithilfe von Lebensqualitätsmaßen besteht allerdings darin, dass er der psychologischen Bedeutung dieser Einschränkungen nicht gerecht wird. Sowohl fremd- wie selbstberichteten gesundheitsbezogenen Belastungen ist nicht umfassend zu entnehmen, welche subjektive Bedeutung, welches „Leiden“ mit ihnen verbunden ist (45). Dieser Bedeutung kommen Beschreibungen näher, die auf „existenzielles Leiden“ (englisch: Suffering) fokussieren.

Der Begriff des „existenziellen Leidens“

Der Begriff „Leiden“ ist erheblich älter als der der Lebensqualität, vielleicht so alt, wie die (reflektierte) Menschheit selbst. Allerdings wird er nicht nur menschlichem Erleben zugeschrieben, sondern kann auch auf andere „leidensfähige“ Lebewesen ausgedehnt werden. Leiden soll weitgehend vermieden werden, keinem Lebewesen soll Leiden in „unzumutbarer Weise“ widerfahren. Hier wird deutlich, dass „Leiden“ nicht

Problematik von Lebensqualität und umfassender Bedrohung der Person

Krebskranke erleben zumeist bereits zu Beginn ihrer Erkrankung signifikante Einschränkungen ihres Befindens. Die systematische Beschreibung dieser Befindlich-

keitsstörungen kann sinnvoll im Rahmen von Stress-Modellen (in der Psychoonkologie auch häufig: Distress) oder Konzepten gesundheitsbezogener Lebensqualität (Health Related Quality of Life, HRQoL) erfolgen (6). Im Bereich der Onkologie gibt es mehrere Operationalisierungen durch mehrdimensionale Fragebögen, wie den FACT-G (11) oder den in Europa ge-

nur einen deskriptiven, sondern auch einen ethischen, normativen Aspekt hat: Ein Wesen „soll“ nicht leiden, nicht verletzt oder geschädigt werden (5).

Was ist „unzumutbares Leiden“ (17)? Dieser Ausdruck beinhaltet, dass es auch „zumutbares Leiden“ gibt. Zumutbar könnte z. B. Leiden sein, das Krebs-Patienten im Rahmen ihrer Behandlung erfahren. Dieses Leiden kann erheblich sein und das der Krankheit an sich bei weitem übersteigen. Dies ist z. B. bei hochdosierten onkologischen Therapien mit kurativer Intention, wie sie im Rahmen der Stammzelltransplantation verabreicht werden, der Fall. Mit dem Behandlungsziel der Heilung wird der Patient einem Leiden ausgesetzt, das ihm von vorneherein angekündigt und in Detail erläutert wird (39). Menschen, die sich in einer unheilbaren, palliativen Situation befinden, soll hingegen kein „unzumutbares Leiden“ durch Therapien zugemutet werden, die keinen vom Patient gewünschten „Gewinn“ erbringen (29). Dies ist jedoch subjektiv, denn der „persönliche Gewinn“, den Patienten in einer palliativen Situation sehen, kann sehr unterschiedlich sein. Viele werden sich darauf konzentrieren, ihre restliche Lebenszeit bei guter Lebensqualität (= ohne zu viel Leiden) zu verbringen. Andere werden sich vor allem auf die Maximierung ihrer Überlebenszeit fokussieren, weitere bereits mehr oder weniger deutlich mit ihrem Leben abschließen, viele jedoch zwischen diesen Möglichkeiten pendeln (21). Hier werden die Schwierigkeiten bei der Definition von Existenzziellem Leiden augenfällig, denn sie variiert zwischen „Leiden an der Existenz“ und „Existenzziellem, d. h. umfassendem, die eigene Existenz durchdringendem Leiden“. In der Literatur vorgelegte Definitionen von „existenzziellem Leiden“ sind entsprechend vielfältig. Hervorgehoben wird ein Zustand erheblicher Belastung, der subjektiv und höchst individuell ist und aus der Wahrnehmung einer Bedrohung der eigenen Integrität als biologischem, sozialem und psychischem Wesen entspringt (45). Victor Frankl betonte, dass Leiden ausgehalten werden könne, solange nur ein Sinn erkannt werden könne (20). Cicely Saunders stellt neben den Begriff des „Leidens“ den des „total pain“, der die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension

umfasst und hebt ebenfalls die Suche nach Sinn hervor (36). Eric Cassell definiert „Suffering“ als „a specific state of severe distress related to the imminent, perceived or actual, threat to the integrity or existential continuity of the person“ (10). Er betont in der Rekapitulation und Ausweitung seines vielbeachteten Beitrags von 1982, dass zwar zwei Patienten ähnliche Symptome zeigen können, aber das Leiden, das mit der Interpretation und Bedeutung dieser Symptome und daraus ggf. hervorgehendem Bedrohungsempfinden und Angst entspringt, grundsätzlich individuell ist.

Ein zentrales Problem in der Operationalisierung von „Leiden“ ist, dass es schwer auszudrücken ist. Manche Autoren führen ins Feld, dass die Subjektivität umfassenden Leidens gar nicht in Worte gefasst werden könne – und damit Erhebungen nicht zugänglich sei (19). Best et al. (3) gehen diesen Problemen mit einem ausgedehnten systematischen Review nach, in den sie 118 Arbeiten zu „Leiden“ aufnehmen. Ihre Konzeptanalyse führt zu einem begründeten Begriffsfeld des Leidens, das folgende Aspekte umfasst: Leiden ist umfassend, dynamisch, individuell, es kann zu Entfremdung, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit führen, es ist schwer aussprechbar, multidimensional und grundsätzlich negativ in seiner Qualität (3).

Konzeptualisierung und empirische Evidenz zum Begriff des „Leidens“

Wilson et al. (45) befragten 381 fortgeschritten erkrankte Krebspatienten in klinischen Interviews und stellten fest, dass etwa die Hälfte kein Leiden, ein Viertel geringes Leiden und ein weiteres Viertel moderates bis extremes Leiden berichtete. Soziodemografische Faktoren unterschieden sich kaum zwischen den Leidensniveaus, bis auf jüngeres Alter und höhere Bildung. Insgesamt standen hinsichtlich der Qualitäten des Leidens generelle Malaise und Schmerz im Vordergrund. Von den 113 Teilnehmern, die keinen Schmerz äußerten, berichteten nur 11,5% starkes Leiden, von den 20 Teilnehmern mit extremen

Schmerzen äußerten dies jedoch 70%. Bemerkenswert ist, dass der Anteil derjenigen mit psychischen Störungen (v. a. Angst und Depression) unter den gering bis wenig leidenden weniger als 15%, bei den moderat bis schwer leidenden ca. 50% betrug. Sherman (37) fand einen Zusammenhang zwischen signifikanten Einschränkungen der Lebensqualität und der Furcht vor Einsamkeit, Vergänglichkeit, Leiden und dem Ungewissen bei Patienten mit Krebs und AIDS. Dieser Aspekt des Kontrollverlusts über die eigene Person und Lebensgestaltung ist ein zentraler vor allem während der terminalen Phase (27). Leiden kann auch in dem Wunsch nach beschleunigtem Todeseintritt münden. Dabei sind Suizidgedanken und Fragen nach Sterbehilfe häufig und nicht regelhaft vom Ausmaß gelingender Symptomkontrolle abhängig (30).

Eng mit dem Aspekt der Sinnsuche bzw. des Sinnverlusts verbunden ist Spiritualität, die als persönliche Erfahrung, Sinn und Bestimmung und individuelle existenzielle Integration zu finden, definiert werden kann. Das Individuum erlebt durch Spiritualität Verbundenheit mit dem Augenblick, dem eigenen Selbst, der Natur oder dem „Höheren, Heiligen“ (31). Demgegenüber wird spirituelles Leiden häufig als globale Metapher für Leiden verwendet (12). Dieses zeigt sich auf emotionaler, behavioraler und behandlungsbezogener Ebene. Hoffnungslosigkeit ist ebenfalls eng mit Leiden, dem Wunsch nach einem beschleunigten Tod sowie mit Suizidgedanken (7) verknüpft. Schließlich trägt zum existenziellen Leiden das Erleben des Verlusts persönlicher Würde bei – ein Aspekt, mit dem sich besonders Harvey Chochinov beschäftigt (12).

In der Literatur werden zwei mögliche Verläufe von Leiden beschrieben, nämlich die Möglichkeit zur „Transzendierung des Leidens“ sowie des anhaltenden Leids – zwischen beiden kann es auch zum Pendeln kommen. In entsprechende Richtungen gehen Empfehlungen zur Linderung existenziellen Leides: Entweder als Prävention, indem das spirituelle Wohlbefinden des Patienten gestärkt wird, oder als Therapie, indem dem Patienten aktiv geholfen wird, seine existenzielle Not zu transzendieren.

Jede tatsächliche oder wahrgenommene Bedrohung des Selbst kann in Leiden münden (3). Diese Selbst-Gefährdung wird z. B. durch erlebte Abbrüche der persönlichen Geschichte ausgelöst, wie sie im Rahmen einer schweren Erkrankung häufig sind. Krikorian et al. (25) betonen in ihrem Review, dass 50–87% der Krebs-Patienten leiden, abhängig von Krankheit, Alter, Geschlecht. Schmerzen bilden praktisch immer ein bedeutsames Korrelat insbesondere körperlichen Leidens. Schmerz allein ist aber kein ausreichender Prädiktor umfassenden Leidens. Das Ausmaß des subjektiven Leids steht häufig nicht in direkter Beziehung zum Grad der nozizeptiven Schmerzen (3). Ebenso geht das Auftreten diagnostizierbarer psychischer Störungen mit Leiden einher. So leiden etwa 50% terminal Kranker an schweren, behandlungsbedürftigen depressiven Symptomen (12).

Psychoonkologische Interventionen bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Die Literatur zu existenziellem Leiden verdeutlicht, dass es sich um ein mehrdimensionales, komplexes Konzept handelt, das ausgeprägte Zusammenhänge mit Schmerzen und schweren Einschränkungen der Lebensqualität aufweist, jedoch umfassender ist, die personale Identität insgesamt betrifft und spirituelle und existenzielle Aspekte beinhaltet. Die Interaktion zwischen Existenziellem Leiden und Standardmaßen psychischer Befindlichkeit, wie Depressivität und Angst, sind ebenfalls sehr ausgeprägt. Schließlich ist ein zentraler Aspekt existenziellen Leidens der des Verlustes von Sinn und Bestimmung. Daraus ergibt sich die Frage, welche psychotherapeutisch-psychoonkologischen Interventionen zur Linderung existenziellen Leidens verfügbar sind, ob diese erprobt sind und wie es um ihre Wirksamkeit bestellt ist.

Um mit dem Letztgenannten zu beginnen: Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien vor, die belegen, dass psychoonkologische Interventionen psychische Belas-

tungen bei Krebs-Patienten wirksam reduzieren können (18). Fallner et al. unterstreichen, dass die Wirksamkeit der Interventionen besonders dann ausgeprägt ist, wenn die psychische Belastung der Krebs-Patienten hoch ist. Darüber hinaus zeigen neuere therapeutische Interventionen, die spezifisch für fortgeschritten erkrankte Patienten entwickelt wurden, signifikante Verbesserungen von Lebenssinn, Hoffnung sowie spirituellem Wohlbefinden (8, 28). Diese Ergebnisse zeigen, dass schwere erkrankungs- oder behandlungsbedingte Einschränkungen und eine limitierte Lebenserwartung einer effektiven therapeutischen Arbeit nicht zuwiderlaufen. Vielmehr intensiviert dies häufig die Auseinandersetzung mit persönlichen Belastungsfaktoren und die gemeinsame Erarbeitung einer persönlich sinnstiftenden verbleibenden Lebenszeit (34, 39).

Im Folgenden werden einige spezifisch für Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung entwickelte sinnorientierte Interventionen knapp vorgestellt. Anschließend folgt eine detailliertere Beschreibung des für den deutschsprachigen Raum adaptierten Therapieprogramms CALM. Ein Überblick über Themen, Techniken und Strukturierung weiterer Ansätze findet sich bei Vehling (43).

Irving Yalom – einer der Vorreiter moderner Gruppentherapie und existenzieller Therapie – und David Spiegel entwickelten bereits in den 1970er-Jahren einen gruppentherapeutischen Ansatz für schwererkrankte Brustkrebs-Patientinnen (46). Diesen konnte zur damaligen Zeit keinerlei effektiver onkologischer Behandlungsansatz zur Verfügung gestellt werden. Nicht geplant (und daher scharf kritisiert) wertete Spiegel später die Überlebensdaten der Teilnehmerinnen dieser randomisierten Studie aus (41). Die im *Lancet* veröffentlichte, vielbeachtete Studie zeigte eine doppelt so lange Überlebenszeit der psychotherapeutisch Behandelten. Zahlreiche Replikationsversuche dieser Studie konnten die Überlebenseffekte nicht wiederholen. Allerdings entwickelte Spiegel den gruppentherapeutischen Ansatz zur Supportive Expressive Group Therapy (SEGT) weiter (33). Das 12 Sitzungen umfassende Programm hat neben dem emotionalen Ausdruck und Erfahrungsaustausch innerhalb

des Gruppenprozesses auch den offenen Umgang mit den Themen Tod und Sterben sowie die Minderung entsprechender Ängste zum Ziel. Die SEGT ist mittlerweile die mit am besten überprüfte sinnorientierte Intervention. In randomisiert-kontrollierten Therapiestudien konnte sie wiederholt psychische Belastungen bei Patientinnen mit metastasierter Brustkrebskrankung verringern und deren Lebensqualität signifikant verbessern (44).

Eine in jüngerer Zeit entwickelter Ansatz, der auf die Auseinandersetzung mit Lebenssinn setzt, ist die Meaning Centered Group Psychotherapy (MCGP) (7). Auch dieser Interventionsansatz richtet sich an schwerstkranken Krebspatienten, die an Sinn- und Hoffnungslosigkeit, kurz: Demoralisierung leiden. Die 8 Sitzungen umfassende MCGP beinhaltet ein – gegenüber den anderen hier geschilderten Ansätzen – stärker strukturiertes Vorgehen, das zum Teil psychoedukativ ist. Hintergrund der Therapie sind die existenzphilosophischen Gedanken Viktor Frankls, ohne dabei die Prinzipien der Logotherapie zu übernehmen. Die Intervention strebt an, die Gruppenteilnehmer mit Frankls Verständnis des menschlichen Sinnstrebens und Möglichkeiten der Sinnschöpfung vertraut zu machen. Darüber hinaus wird mithilfe von erlebnisaktivierenden Elementen, Gruppenaustausch und Psychoedukation die Bewusstmachung persönlicher Sinnquellen sowie der Bedeutung der Krebserkrankung im Rahmen der Autobiografie angestoßen. Weitere Themen betreffen die Auseinandersetzung mit Schuld und Bedauern angesichts getroffener Lebensentscheidungen und verpasster Möglichkeiten sowie das persönliche Vermächtnis. Die Intervention ist auch als Einzeltherapie (Individual Meaning Centered Psychotherapy, IMCP) durchführbar. Auch die MCGP konnte in randomisiert kontrollierten Trials überprüft werden und erbrachte – gegenüber der Kontrollgruppe – eine signifikant höhere Verbesserung des spirituellen Wohlbefindens sowie eine Verringerung der psychischen Belastung (8).

Harvey Chochinov hat die Arbeiten Elisabeth Kübler-Ross insofern aufgenommen, als er Schwerstkranken und Sterbende in vielen Interviews befragte und erstmals in systematischer Weise deren Bedürfnisse

aufzeichnete. Von ganz entscheidender Bedeutung in seinen Studien ist das Erleben persönlicher Würde bzw. Würdeverlust am Lebensende, insbesondere auf dem Hintergrund der Wertschätzung der eigenen Lebensgeschichte (13). Die von ihm entwickelte Dignity-Therapy fokussiert auf Patienten in den letzten Lebenswochen und übernimmt Elemente der Biografiearbeit der Life-Review-Verfahren. Angesichts der Anwendung bei Schwerstkranken und Sterbenden – insbesondere im Rahmen von Palliativ Care und Hospiz – umfasst die Dignity-Therapy nur ein bis zwei Gespräche, die persönlich bedeutsame Erfahrungen, Rollen und Errungenschaften im Leben des Patienten aktualisieren. Im Sinne eines persönlichen Vermächtnisses werden die Transkripte dieser Gespräche redaktionell bearbeitet und den Patienten in ansprechender Form übergeben, um sie ggf. den Angehörigen zu überlassen (14). Die Dignity Therapy erwies sich in einer weiteren Studie zwar nicht als wirksam in der Reduktion psychischer Belastungen, was auf die geringe Ausgangsbelastung der Patienten sowie die Kürze der Intervention (1–2 Sitzungen) zurückzuführen ist. Sie wurde jedoch von den Patienten als signifikant hilfreicher in der Förderung des Würdeerlebens sowie der Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung bewertet (15).

Neuer einzeltherapeutischer Ansatz: CALM

Ein Team um Gary Rodin am Princess-Margret-Hospital in Toronto entwickelte auf dem Hintergrund umfangreicher empirischer Arbeiten zur Bedeutung von Demoralisierung, Hoffnung, Sinnverlust, Depression und Todesangst bei fortgeschritten erkrankten Krebs-Patienten eine innovative individuelle Psychotherapie: CALM – Managing Cancer And Living Meaningfully (28). CALM ist in theoretischen Traditionen verankert. Dazu gehören die relationale Theorie (27), die Bindungstheorie (4) und die existenzielle Therapie (47). Das therapeutische Konzept wird in randomisierten kontrollierten Untersuchungen evaluiert, unter anderem in einer multizentrischen deutschen Studie (38). Es handelt

sich um einen hoch flexiblen, teilstrukturierten Kurzzeittherapieansatz im Umfang von 3 bis 8 Sitzungen innerhalb eines halben Jahres, der großen Wert auf eine authentische Begegnung in existenzieller Situation legt. In der Therapie wird eine vierdimensionale thematische Matrix folgender Aspekte ausgebreitet: Themen, die sich um die medizinische Behandlung und Pflegeorganisation drehen, solche, die sich auf die eigene Identität und die Beziehung zu wichtigen anderen richten, weitere, die sich auf die Beschäftigung mit Zukunft, Sterb-

Fazit

Für schwerstkranken Menschen, die in einer von Leiden und der Konfrontation mit Endlichkeit geprägten Situation leben, müssen psychologische Konzepte entwickelt werden, die über die Klassifizierung von Lebensqualitätseinschränkungen oder psychischen Störungen hinausgehen. Existenzielles Leiden bezeichnet einen individuellen Zustand, der die ganze Person des Patienten betrifft und die Integrität des Individuums infrage stellt. Dieser fragmentierte Zustand geht mit der Erfahrung tiefgreifenden Sinnverlusts einher, der wiederum mit einer Reihe schwerer psychischer Symptome, wie Depressivität, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch, frühzeitig aus dem Leben scheiden zu können, verbunden ist. Für fortgeschritten erkrankte Krebs-Patienten wurden daher eine Reihe gezielter sinnbasierter Interventionsansätze entwickelt, die sowohl als Gruppen- wie auch als einzeltherapeutische Ansätze konzipiert sind. Die Wirksamkeit dieser Ansätze auf Maße der Lebensqualität, aber auch auf Sinn- und Hoffnungsleben konnte mittlerweile in randomisiert-kontrollierten Therapievergleichsstudien überprüft und belegt werden. Besonders vielversprechend erscheint der Kurzzeitinterventionsansatz CALM, der hochbelasteten Schwerstkranken auf dem Hintergrund einer breiten thematischen Matrix Zugänge zu existenziellen, sinnbezogenen Fragen eröffnet. Der RCT zur Überprüfung der Wirksamkeit von CALM für den deutschsprachigen Bereich wurde gerade beendet, erste Ergebnisse sind in Kürze zu erwarten.

lichkeit und Tod beschäftigen und schließlich solche, die sich mit Lebenszielen und Sinnfindung auseinandersetzen. CALM propagiert einige therapeutische Wirkmechanismen, die in 3 Gruppen differenziert werden können: Allgemein psychotherapeutische, z. B. der Aufbau einer authentischen Therapiebeziehung, allgemein psychoonkologische, z. B. die Sicherstellung hochgradiger Flexibilität des Settings angesichts der schweren Krankheitsphasen dieser Patienten und schließlich CALM-spezifische Wirkmechanismen, nämlich die Verhandlung von Sinn und Bestimmung, die Stabilisierung des Bindungssystems sowie die Erarbeitung einer Toleranz doppelter Bewusstheit. Das Potenzial für Doppelte Bewusstheit wird charakterisiert durch die Fähigkeit, entsprechend den Anforderungen der aktuellen Situation flexibel zwischen diesen multiplen Ich-Zuständen, die Lebens- wie Sterbethemen betreffen, hin und her zu wechseln (16). Die klinische Anwendbarkeit dieses Therapieansatzes und seine Akzeptanz bei den Patienten ist ausgesprochen hoch (38). Ebenso wurden jüngst erste Ergebnisse des kanadischen RCTs im Rahmen des ASCO 2017 veröffentlicht. Diese belegen die Wirksamkeit von CALM bezogen auf Depressivität, allgemeines psychisches Wohlbefinden und die Fähigkeit, sich auf das Thema Endlichkeit vorzubereiten (35).

Interessenkonflikt

Dr. Frank Schulz-Kindermann gibt keinen Interessenkonflikt an.

Literatur

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Nat Cancer Inst* 1993; 85: 365–76.
2. Barnicle M et al. The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: Development and validation of the general measure. *J Clinical Oncol* 1993; 11(3): 570–579.
3. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Webster F. Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2015; 24: 977–986.
4. Bowlby J. *Attachment*. New York: Basic Books 1982.
5. Bozzaro C. Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext. Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen

- palliativen Sedierung am Lebensende. *Ethik in der Medizin* 2015; 27: 93–106.
6. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *The Oncologist* 2002; 7(2): 120–125.
 7. Breitbart W, Poppito SR. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. A treatment manual. New York: Oxford University Press 2014.
 8. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-Centered Group Psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clinical Oncol* 2015; 33(7): 749–54.
 9. Cassell EJ: Diagnosing suffering: A perspective. *Ann Intern Med* 131:531–534, 1999
 10. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306: 639–645.
 11. Cella DF et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993; 11(3): 570–9.
 12. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(2): 84–103.
 13. Chochinov HM (2012) *Dignity therapy. Final words for final days*. New York: Oxford University Press
 14. Chochinov HM et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clinical Oncol* 2005; 23(24): 5520–5525.
 15. Chochinov HM et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753–762.
 16. Colosimo K, Nissim R, Pos AE, Hales S, Zimmermann C, Rodin G. „Double awareness“ in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *Journal of Psychotherapy Integration* 2017; <http://dx.doi.org/10.1037/int0000078>
 17. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, Weel van C. 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics* 2011; 37(12): 727–734.
 18. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Kuffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31: 782–793.
 19. Frank AW. Can we research suffering? *Qual Health Res* 2001; 11: 353–362.
 20. Frankl VE. *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press 2006.
 21. Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life: "When is enough, enough?" *JAMA* 2008; 299(22): 2667–2678.
 22. Hyphantis T, Papadimitriou I, Petrakis D, Fountzilas G, Repana D, Assimakopoulos K, Carvalho AF, Pavlidis N. Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology* 2013; 22: 2009–2015.
 23. Koller M, Warncke S, Hjermsstad M.J, Arraras J, Pompili C, Harle A, Johnson C.D, Wei-Chu C, Schulz C, Zeman F, Van Meerbeeck J, Kulis D, Bottomley A. Use of the lung-cancer-specific quality of life questionnaire EORTC QLQ-LC13 in clinical trials: a systematic review of the literature 20 years after its development. *Cancer* 2015; 121(24): 4300–4323.
 24. Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life *Psycho-Oncology* 2012; 21: 799–808.
 25. Limonero JT. Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal. *Rev Psicología Salud*, 2001; 13(2): 63–77.
 26. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, Nissim R, Malfitano C, Petricone-Westwood D, Zimmermann C, Rodin G. Managing cancer and living meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2004; 28: 234–242.
 27. Mitchell SA. *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge: Harvard University Press 1988.
 28. Nissim R, Freeman E, Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, Hales S, Rodin G. Managing cancer and living meaningfully (CALM): A qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med* 2011; 26: 713–721.
 29. Oechsle K. Palliativmedizinische Versorgung onkologischer Patienten. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg.) *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2016; 94–102
 30. Pasman HR, Rurup ML, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ* 2009; 339: b4362.
 31. Puchalski C, Ferrell B, Virani R et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12(10): 885–904.
 32. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 110: 9–17
 33. Reuter K, Spiegel D. *Psychische Belastungen bei Krebserkrankungen – Gruppentherapie nach dem supportiv-expressiven Ansatz*. Göttingen: Hogrefe 2016.
 34. Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36: 181–196.
 35. Rodin G, Lo C, Rydall A, Nissim R, Malfitano C, Shnall J, Zimmermann C, Hales S. Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2017; 35, suppl; abstr LBA10001.
 36. Saunders C (1991) *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*. Bern: Huber
 37. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010; 21(2): 99–112.
 38. Scheffold K, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Rosenberger C, Krüger A, Rodin G, Härter M, Mehnert A. „Managing Cancer and Living Meaningfully“: Qualitative Pilotergebnisse einer sinnbasierten Kurzzeittherapie für fortgeschritten erkrankte Krebspatienten (CALM) *Psychotherapeut* 2017; 62: 243–248.
 39. Schulz-Kindermann F. *Psychoonkologie – Grundlagen und Psychotherapeutische Praxis*. Weinheim: Beltz 2013.
 40. Schulz-Kindermann F, Ramm G, Weis J, Hasenbring M. Psychological problems and chances in intensive-care medicine as exemplified by bone marrow transplantation. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik Medizinische Psychologie* 1998; 48(9–10): 390–7.
 41. Spiegel DI, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. . Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668): 888–91.
 42. Spiegel D, Classen C. *Group therapy for cancer patients: a research based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books 2000.
 43. Vehling S. Sinnorientierte Interventionen. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg.) *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe 2016.
 44. 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.
 45. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, and Fainsinger RL. Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2017; 25: 1691–1697.
 46. Yalom I, Greaves C. *Group therapy with the terminally ill*. *American Journal of Psychiatry* April 1977; 134(4): 396–400.
 47. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books 1980.