

Fortbildungsthemen Psychoonkologie und Palliativpsychologie

Zeitliche Umfänge nach Absprache zwischen 90 Minuten und 2 Tagen.
Gegebenenfalls können auch einzelne Themen miteinander kombiniert werden.

Das psychoonkologische Erstgespräch

Je nach Setting (Akutkrankenhaus, Rehaklinik, Ambulanz, Beratungsstelle oder Praxis) variieren die Ziele und typischen Abläufe des Erstgesprächs. Immer geht es jedoch darum, sehr komplexe Herausforderungen zu meistern: Wir wollen in der Kürze der uns zur Verfügung stehenden Zeit eine Arbeitsbeziehung aufbauen, eine erste diagnostische Einordnung von Belastung und Interventionsbedarf vornehmen, über das psychoonkologische Behandlungsangebot informieren, gegebenenfalls schon erste Interventionen zur schnellen Entlastung unseres Gegenübers durchführen und einen guten Verbleib am Gesprächsende finden. Darüber hinaus finden wir uns unter Umständen in einem Spannungsfeld verschiedener Aufträge wieder, die von den Patient:innen selbst, ihren Ärzt:innen, Pflegenden und Angehörigen an uns herangetragen werden.

In der Fortbildung erarbeiten wir ein hilfreiches Grundgerüst für die Erstgespräche in Ihrem Arbeitssetting, beleuchten dabei auch Ihre konkrete Wortwahl im Erstkontakt und sprechen Ihre Fallbeispiele durch. Schließlich thematisieren wir Ihre Dokumentation und die Frage, welche Informationen Sie auf welche Weise gegenüber den anderen Behandler:innen kommunizieren.

Subjektive Krankheitstheorien

Etwa 50% unserer Patient:innen gehen von der Annahme aus, dass ihre Krebserkrankung psychisch mitbeeinflusst wird. Die meisten Studien kommen allerdings zu dem Schluss, dass Entstehung und Verlauf einer Krebserkrankung weitaus weniger von psychischen Faktoren abhängen, als die Patient:innen (und manchmal wir?) das glauben wollen.

In der Fortbildung gebe ich einen aktuellen Überblick über den Forschungsstand. Anschließend geht es um die Frage, was daraus für unsere Therapiegespräche folgt: Eine sachliche Information zum wissenschaftlichen *state of the art* kann für viele Patient:innen durchaus entlastend sein. Neben der reinen Information sollten wir im Therapiegespräch aber auch ausloten, wie es Patient:innen mit dieser Information geht, was sie im Hinblick auf Hoffnung, biographische Erklärung und Kontrolle bedeutet. Und schließlich: Wie verhalten wir uns, wenn Patient:innen dennoch bei uns eine „Psychotherapie gegen den Krebs“ suchen?

Progredienzangst bei Krebs

Die Angst vor einem Krankheitsprogress erweist sich vielen Studien zufolge als die Hauptbelastung von Krebspatient:innen. Wer „die Bewegung der Sense gespürt hat“ (Elisabeth Lukas), dessen Grundüberzeugung ist erschüttert, was die eigene gesundheitliche Sicherheit und die Planbarkeit des eigenen Lebens angeht. Auf diesem Boden lösen drei typische Auslösekategorien Progredienzängste aus: Bevorstehende Kontrolluntersuchungen, Körpermissempfindungen und Nachrichten über Rückfälle bei anderen. Progredienzangst weist dabei einige Gemeinsamkeiten mit hypochondrischen Krankheitsbefürchtungen auf, gilt aber nicht als neurotische, sondern als Realangst.

In der Fortbildung werden Interventionen zur Reduktion von Progredienzangst vorgestellt und geübt, insbesondere:

- Rückfallwahrscheinlichkeit einerseits reduzieren, andererseits anerkennen (die Metapher der zwei Standbeine)
- Methoden aus der ACT, um das Leben mit Rückfallrisiko gut zu leben („Bin ich der Mensch, der ich sein möchte?“): Lebenssäulen, Lebenskompass, Werte-Arbeit
- Mit Restangst leben (Seil-Metapher, Rutschbahn-Metapher)

Therapeutische Schätze in der Psychoonkologie

Wir behandeln unsere Patient:innen immer sehr individuell. Zugleich erweisen sich im Laufe unseres Berufslebens einzelne Sprachbilder, Körperübungen, Sätze, Literaturzitate, Musikstücke oder andere Interventionen als wirksam und passend für viele Patient:innen. Dies sind dann „therapeutische Schätze“.

In der Fortbildung tragen wir unsere Schätze zusammen. Ich öffne meine eigene Schatzkiste für Sie und lade Sie ein, auch Ihre Schätze miteinander zu teilen. Im Idealfall entsteht ein kleines Feuerwerk an Ideen. Wir besprechen die Indikationen (Wann passt ein bestimmter Schatz? Wann verzichten wir besser darauf? Wie wird er passgenau in den Therapieprozess eingebettet, damit er nicht beliebig wirkt?). Selbstverständlich üben wir einzelne Schätze in ihrer Anwendung ausführlicher.

Psychotherapie bei weit fortgeschrittener Erkrankung

Psychoonkologische Gespräche verändern sich oft mit dem Zugehen auf das vermutete Lebensende. Wenn die Hoffnung auf Heilung oder zumindest langes Leben schwindet, treten andere Fragen in den Vordergrund, die wir in der Fortbildung behandeln:

- Wenn das Unsagbare schwer zu benennen ist: Das Sprechen über subjektive Prognose, Unheilbarkeit und Hoffnung
- Wozu noch weiterleben? Sinnfragen am Lebensende
- Vermächtnisse: Welche Vor- und Nachteile sollten wir mit Patient:innen besprechen
- Wann und wie beziehen wir Angehörige ein?
- Wie gehen wir mit dem Wunsch nach beschleunigtem Sterben um?
- Das letzte Gespräch: Wie verabschieden wir uns von Patient:innen?
- Nach dem Tod: Der innere Abschluss, Kondolenz und Nachgespräche mit Hinterbliebenen, Rituale für den Umgang mit eigener beruflicher Trauer

Sinnzentrierte Interventionen

Konfrontiert mit der eigenen Endlichkeit fragen Patient:innen mitunter nach dem Sinn ihres Lebens. Dabei unterscheiden wir existenzielle Sinnfragen – Welchen Sinn hat mein Leben? Wozu bin ich da? – von ontologischen Fragen – Woher kommen wir? Wohin gehen wir? Welchen Sinn hat menschliches Leben generell?

Häufig deuten Patient:innen diese Themen nur an, so dass es an uns liegt, Sinnfragen aufzugreifen und zu vertiefen. Empirisch liegt eine Vielzahl von Belegen dafür vor, dass das Finden von Lebenssinn die subjektive Lebensqualität erhöht und Progredienzangst, Depressivität und den Wunsch nach beschleunigtem Sterben reduziert.

Folgende Denkschulen zum Lebenssinn werden im Seminar behandelt:

- Die Logotherapie Viktor Frankls und die darauf aufbauende Meaning Centered Psychotherapy von William Breitbart
- Lebensbilanz als Sinnquelle: Würde-Therapie von Harvey Chochinov
- Sinn im atheistischen Denken: Existenzielle Psychotherapie nach Irving Yalom
- Lebenskompass und Werte: Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
- Religiöse und spirituelle Sinnkonzepte und ihr Einbezug in das psychotherapeutische Gespräch

Wir wollen im Seminar Sicherheit im psychotherapeutischen Umgang mit Sinnfragen erreichen. Dazu werden wir sinnzentrierte Interventionen interaktiv und praxisnah üben.

Einen detaillierten Überblick über die Seminarinhalte gewinnen Sie in nachfolgender Publikation, die sie über www.klauslang-online.de/ueber-mich downloaden können:

Lang K (2022). „Des Lebens Ruf an uns wird niemals enden“ – Sinnzentrierte Interventionen im Überblick. Zeitschrift für Palliativmedizin 23, 243-249. DOI 10.1055/a-1742-2220.

Abschiednehmen und eigene berufliche Trauer

Wenn unsere Patient:innen versterben, hinterlassen sie – abhängig von der entstandenen therapeutischen Beziehung – Spuren in uns: Traurigkeit, Leere, intrusive Gedanken, Nachträume, Mitgefühl mit Hinterbliebenen, innere Unruhe, Selbstzweifel und Sinnfragen lassen sich als Merkmale beruflicher Trauer beschreiben.

Im Workshop loten wir aus, welche Bedeutung diese Merkmale in Ihrem eigenen Berufsleben haben.

Anschließend entwickeln wir Umgangsmöglichkeiten auf individueller sowie auf Teamebene. Wichtige Leitfragen werden dabei lauten: Wie gestalte ich die therapeutische Beziehung in Todesnähe zwischen professioneller Distanz und professioneller Nähe so, dass möglichst wenig Versäumtes für mich zurückbleibt? Worauf weisen mich eventuelle Schuldgefühle hin? Welche persönlichen Rituale erleichtern mir den inneren Abschluss? Worauf ist bei einer Kontaktaufnahme mit Hinterbliebenen zu achten? Welche Möglichkeiten kollegialer Unterstützung wollen wir im Team etablieren? Helfen uns gemeinsame Abschiedsrituale im Team?

Spiritualität in der Psychoonkologie

Auch in unserer säkularen Gesellschaft sagen viele Menschen über sich, dass sie sich mit einem „größeren Ganzen“ verbunden und sich darin aufgehoben fühlen. Im Angesicht von schwerer Krankheit und drohendem Tod deuten manche unserer Patient:innen dieses Thema an, manchmal als Ressource, manchmal als Not, manchmal einfach als neutral-interessierte Frage. Ich selbst arbeite weltanschaulich neutral, vertrete aber den Standpunkt, dass wir uns als Psychotherapeut:innen auf diesem Terrain bewegen können sollten, indem wir uns für die Lebensphilosophie, den Glauben und die religiöse oder spirituelle Praxis unseres Gegenübers interessieren und entsprechende Nachfragen stellen.

Dies soll durch die Fortbildung anhand folgender Schritte erreicht werden:

- Begriffsklärungen zu Glaube, Religion und Spiritualität
- Die „spirituelle Anamnese“: Wie können wir bei Bedarf gut mit unserem Gegenüber ins Gespräch kommen?
- Die eigene Verortung: Welche Lebensphilosophie vertrete ich selbst? Welche Worte verwende ich dafür?
- Die Sicht der großen Religionen auf Leid und Sinn
- „Vertrauen in ein größeres Ganzes“ als mögliche Ressource: Wie können wir als Psychotherapeut:innen darüber sprechen?
- Und wie immer: Fallbeispiele aus Ihrer und meiner Tätigkeit

Trauerbegleitung und Trauertherapie mit Hinterbliebenen

Trauernde finden auf unterschiedliche Weise den Weg zu uns: Mit Trauer als ausdrücklichem Therapieanliegen, im Rahmen eines Angehörigengesprächs nach dem Tod unserer Patient:innen oder aufgrund eines Todesfalls während einer aus ursprünglich anderen Gründen begonnen Psychotherapie. Da für Trauer keine Norm existiert, können Heftigkeit und Dauer von Trauerreaktionen verunsichern, und zwar sowohl die Betroffenen als auch uns Behandelnde.

Folgende Themen werden in der Fortbildung vertieft:

- Definition und Bedeutung von Trauer als Kehrseite unserer Bindungsfähigkeit
- Modelle zum Trauerverlauf: Kritik der Phasenmodelle, Duales-Prozess-Modell (Stroebe & Schut), Modell der Traueraufgaben (Worden)
- „Niemand kann es mir recht machen.“ – Die Bedürfnisse Trauernder
- Darf Trauer pathologisiert werden und wenn ja: wann? – Die Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ (ATS) in der ICD-11
- Trauerbegleitung und Trauertherapie: Abgrenzung, Indikation und Wirkfaktoren
- Die Durchführung von Trauerbegleitung und -therapie: Ein Plädoyer für „langen Atem“
- Trauergespräche mit Angehörigen ehemaliger Patient:innen: Was ist in dieser Konstellation zu beachten?