

Psychotherapie



Christoph Riedel

Psychological Care am Lebensende

Psychotherapie in der
Sterbe- und Trauerbegleitung

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Christoph Riedel

Psychological Care am Lebensende

Psychotherapie in der
Sterbe- und Trauerbegleitung

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-029699-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-029700-5

epub: ISBN 978-3-17-029701-2

mobi: ISBN 978-3-17-029702-9

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Vorwort

Sterbebegleitung wird in Deutschland vorwiegend als Aufgabe der Hospizbegleiter und der Fachkräfte in Spiritual Care gesehen. Die Hospizbewegung hat in den letzten 25 Jahren viele Tabus um Sterben und Tod entkräftet und so dem letzten Leben einen Raum in unserer Gesellschaft zu öffnen begonnen. Palliative Versorgung am Lebensende erscheint als eine echte Alternative zur curativen Behandlung bis zuletzt. Zunehmend mehr Palliativstationen und Hospize stehen Sterbenden in Deutschland zur Verfügung. Das Sterben in der häuslichen Umgebung wird durch die Allgemeine und die Spezielle Ambulante Palliativversorgung unterstützt und fachlich ermöglicht.

Wer aber nimmt sich bei aller medizinischen und pflegerischen Versorgung der existenziellen Fragestellungen des Sterbenden an – und wer nimmt sich Zeit dafür, auf den Sterbenden wirklich einzugehen? In langen Jahren nahm ich die Fragen und auch die Verunsicherung derer, die meist für die Sterbenden menschlich da sind, nämlich der aktiv Begleitenden in Hospizvereinen wahr. Menschen, die eine religiöse Umsorge ablehnen, Sterbende, die es zu Hause nicht mehr aushalten, aber auch Menschen, bei denen wiederholt psychische Krisen aufbrechen und psychologische Störungsbilder die Sterbephase erschweren, fordern die meist gut aus- und weitergebildeten Hospizbegleiter bis an ihre Grenzen heraus. Seelsorger, die in Spiritual Care weitergebildet sind, sind nicht immer greifbar. So begann ich vor vielen Jahren als psychotherapeutisch geschulte Fachkraft in der Sterbebegleitung zu arbeiten, als fachlicher Begleiter, in der Weiterbildung und Supervision für Hospizvereine und Ausbildungseinrichtungen für Palliative Care. So sammelte sich eine Menge Erfahrung und Wissen an, dem ich in diesem Buch unter dem Label »Psychological Care« versuchte, einen Kontext und eine Struktur zu geben. Psychological Care versteht sich als psychotherapeutisch qualifizierte Begleitung Sterbender, insofern als eine Teilsequenz der psychologischen Therapie. Alle Professionen, die in der Sterbebegleitung tätig sind, haben damit Zugriff auf psychologisches Wissen und therapeutische Strategien für die existenziellen Fragen, denen Sterbende in Affekten, Gefühlen und Gedanken Ausdruck verleihen.

Ingolstadt, im August 2016 Christoph Riedel

Inhalt

Vorwort	5
Einführung: Vom Sinn der Psychotherapie angesichts des Todes	9
Teil 1: Psychological Care – Theoretisches Konzept	
1 Psychological Care im Kontext der Palliative Care	17
1.1 Sterben, Tod und Trauer als Lebensphänomene	18
1.1.1 Sterben in biologisch-medizinischer Perspektive	18
1.1.2 Das letzte Atmen	20
1.1.3 Der Tod	21
1.1.4 Die Trauer	23
1.1.5 Die Erfahrung der Endlichkeit	23
1.2 Das letzte Leben in der Perspektive der Psychologie	25
2 Grundlagen und Grundannahmen der Psychological Care	35
2.1 Psychotherapie als »Psychological Care«	35
2.2 Die psychologischen Grundlagen	36
2.2.1 Die Menschenbildannahmen der Psychological Care	37
2.2.2 Neuropsychologie des Verhaltens und der Persönlichkeit	40
2.2.3 Person-Sein	47
2.2.4 Narrative Kontinuität des Lebens	51
Teil 2: Psychological Care – Praxis	
3 Die psychotherapeutische Beziehung zu Sterbenden	59
3.1 Das therapeutische Setting in der Psychological Care	59
3.2 Die therapeutische Haltung in der Psychological Care	61
3.3 Die therapeutische Verbundenheit	63
4 Anamnese und Exploration mit Sterbenden	68
4.1 Anamnesearbeit und Differenzialdiagnostik mit dem Sterbenden	70
4.2 Exploration des Lebens	74

5	Die Interventionsmodule der Psychological Care	87
5.1	Die wertschätzende Konfrontation mit dem Sterben	88
5.1.1	Die existenziellen Bedingungen des Sterbenden	88
5.1.2	Die Konfrontation mit der Symptomlast – die Stressreaktion	90
5.1.3	Die Verweigerung gegenüber dem letzten Leben – Depression	94
5.2	Sinnmotivierte Akzeptanz	105
5.2.1	Akzeptanz und Sinnmotivation – das Rubikonmodell des Willens	105
5.2.2	Mitgefühl als Form der Akzeptanz des Faktischen – Bedeutung von Bindung	107
5.2.3	Intentionalität, Sinnhaftigkeit, Verantwortlichkeit – Scham, Beschämung, Schuld	110
5.3	Personale Integration	122
5.3.1	Integration des Leides in das Leben – Lebensmotivation und Angst	123
5.3.2	Einstellungsveränderung zum Leben – Defusion, Erleichterung, Tagträume, Einstellungswerte, Zufriedenheit und Dankbarkeit	125
6	Einzelthemen in der Psychotherapie mit Sterbenden: Sexualität des Sterbenden, Humor im letzten Leben, Suizidwünsche, Palliative Sedierung	134
6.1	Die Sexualität des Sterbenden	135
6.2	Humor im letzten Leben	139
6.3	Suizidwünsche	140
6.4	Palliative Sedierung	145
	Schlussgedanke Psychological Care als letzte Hilfe	150
	Literatur	152
	Stichwortverzeichnis	159

Hinweis zu den Fallbeispielen:

Die geschilderten Beispiele gehen auf die eigene therapeutische Praxis zurück und sind anonymisiert wiedergegeben.

Genderhinweis

Es sind in allen genusspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter gemeint.

Einführung: Vom Sinn der Psychotherapie angesichts des Todes

»Der Tod ist bei jeder Therapie zu Gast. ... Warum vermeiden die meisten Therapeuten ein Gespräch über den Tod?« (Yalom, 2002, S. 137). Damit beschreibt der amerikanische Psychotherapeut eine Seite der Todesthematik für die Psychotherapie. Der Blick darauf, dass jemand einmal nicht mehr da ist, dass das Leben unwiderruflich vergangen ist, stellt sich in der psychotherapeutischen Arbeit immer wieder ein. Menschen mit depressiven Erkrankungen erleben sich wie tot. Jeder, der eine Panikattacke durchlebt hat, bekommt ein Gefühl dafür, was Todesnähe heißt. V. Frankl (1905–1997) thematisierte unter dem Begriff »Letzte Hilfe« (Frankl, 1987, S. 286) die andere Dimension des Themas Tod innerhalb der Psychotherapie. Frankl interessierte, wie Lebenslagen, in denen der Mensch mit der persönlichen Sterblichkeit konfrontiert ist, auf die Persönlichkeit und das Leben des Einzelnen wirken. Er greift das »Sein zum Tode« auf, als das der Philosoph M. Heidegger (1889–1976) das Leben reflektierte (Heidegger, 1972, S. 252 ff.). Dabei geht es nicht um den Tod als Zustand, sondern um das Leben des Menschen, das durch den Tod begrenzt wird und damit um die individuelle Sterblichkeit.

Heidegger geht in seiner Analyse des »Seins zum Tode« von dem jedem bekannten Phänomen aus: Das Sterben und den Tod erleben Menschen am anderen, am Mitmenschen. Das Sterben gehört, so lernt jeder aus dem Tod von Mitmenschen, zum Dasein. Es ist dann eine zweite, neue Erfahrung, dass das Sterben auch das höchstpersönliche Dasein betrifft. Wenn die Sorge um das Überleben in einer schweren Krankheit nach dem Menschen greift, wenn er sich als dankbar für den überlebten Unfall erlebt, wird jedem bewusst, dass das Sterben eine endgültige Möglichkeit auch des eigenen Lebens ist. Sozialpsychologische Befragungen (Yalom, 1989, S. 58 f.) berichten folgerichtig, dass sich die Befürchtungen vieler Menschen nicht auf das Totsein, sondern auf die Erfahrung des Sterbens beziehen.

- Bin ich der Erfahrung der Hilfsbedürftigkeit, einer langwierigen, schweren Erkrankung, der kognitiven Veränderung einer demenziellen Störung gewachsen?
- Habe ich gut vorgesorgt für den Partner, die Familie, wenn ich unerwartet sterben muss?
- Wie will ich denn sterben, wenn ich schon sterben muss?
- Wie ergeht es den mir nahen Menschen mit meinem Sterben?

Die Diskussion um die geeignete Form der Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht, die moralische Erlaubtheit des assistierten Suizides in einer nicht mehr erträglich erscheinenden Leidenslage drücken funktional die Sorgen und Befürchtungen aus, die sich im Angesicht des Todes, also während des Sterbens einstellen.

Beides erscheint für das Leben relevant, nämlich dass es gewiss endet und wie es endet. Das persönliche Sterben und der Tod gehören zu den unvermeidlichen Lebensstatsachen. Sie beunruhigen den Menschen, zumal wenn er sich in Krisen wahrnimmt – oder wenn ihm mitten im Glück bewusst wird, wie vergänglich das Leben ist. Vergänglichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit sind Themen, die den Menschen lebenslang begleiten. Sie gehören schon deshalb zu den Themen der Psychotherapie. »Psychotherapeutisches Handeln ... muss auch ein memento mori beinhalten, will es nicht Symptome, sondern den ganzen und damit auch den sterblichen Menschen zu seinem Gegenstand nehmen.« (Vogel, 2012, S. 73). Das ist die eine Seite des psychotherapeutischen Interesses an der Thematik des Todes. Die andere beschäftigt sich damit, welchen Sinn Psychotherapie in der Sterbebegleitung verfolgt und wie psychotherapeutische Arbeit mit sterbenden Menschen möglich ist. Hier leistete V. Frankl mit seinem Konzept der »Ärztlichen Seelsorge« als »letzter Hilfe« angesichts unvermeidbarer und unausweichlicher Lebenslagen Pionierarbeit. Der Wiener Arzt und Psychotherapeut sah im Leiden und Sterben ein wesentliches Anwendungsgebiet von Psychotherapie: »Wenn ich im rechten, nämlich aufrechten Leiden noch eine letzte und doch die höchste Möglichkeit zur Sinnfindung sichtbar mache, dann leiste ich nicht erste, sondern letzte Hilfe.« (Frankl, 1987, S. 286) Hier deutet sich bereits an, dass Psychotherapie in der Sterbebegleitung einen veränderten konzeptuellen Zuschnitt braucht.

- Sie öffnet sich (wieder) existenziellen Fragestellungen und betrachtet sich nicht nur als Arbeit an Verhaltenssymptomen und Persönlichkeitsmerkmalen.
- Sie nimmt akzeptanzorientierte Einstellungsarbeit wie das Aushalten einer äußerlich nur in engen Grenzen beeinflussbaren Symptomlast in das strategische Repertoire auf und besteht nicht nur in erklärenden und verhaltensändernden Interventionen.
- Sie geht von den Bedingungen und Kriterien gesunden Menschseins aus und betrachtet die Persönlichkeit nicht vorrangig unter dem Aspekt psychischer Störungen.

Sterben und Tod sollen unter dem Zugriff von Psychotherapie keinesfalls pathologisiert werden, also als Störungen an der Persönlichkeit oder des Verhaltens wahrgenommen werden (Vogel, 2012, S. 81). Sterben und Tod werden als der Prozess des Lebensabschiedes gesehen, in welchem dem Einzelnen zur Bewältigung der Aufgaben seiner Lebensführung und für die Herausforderungen an seine Persönlichkeit fachliche psychologische Hilfe angeboten werden kann. Dabei geht es nicht nur um den alternden Menschen, sondern um jeden Menschen, der mit seiner Sterblichkeit konfrontiert wird. »Jede Zeit ist auch Sterbenszeit.« (Längle, 2014, S. 114)

Dieses Buch arbeitet mit einem Verständnis von Psychotherapie, das sich vom Gedanken der »Care«, der fachlichen Fürsorge und der existenziellen Umsorge des Menschen leiten lässt (Schnabl, 2010, S. 107 ff.). Psychotherapie in der Sterbebegleitung ist demnach eingebettet in die umfassende Palliative Care und hospizliche Begleitung. Sie versteht sich als ein psychologisches Angebot an den Sterbenden und dessen An- und Zugehörigen. Sie kann die Seelsorge (Spiritual Care) ergänzen

oder sich durch sie ergänzen lassen. Das Versorgungs- und Begleitungskonzept für das Sterben des Menschen entwickelt dadurch die palliative Pflege und Palliativmedizin, die Hand in Hand mit den Formen der Hospizarbeit gehen, zu einer den ganzen Menschen einbeziehenden Unterstützung bei der herausfordernden Bewältigung seines Lebensabschiedes. »Palliative Care sorgt sich in einem umfassenderen Verständnis um die Würde des sterbenden Menschen und seiner Selbstbestimmung am Lebensende. Sie ist ihrem Selbstverständnis nach Ausdruck von Verbundenheit und Mit-Sein.« (Marquard, 2007, S. 185) In ein derartiges ganzheitliches Versorgungskonzept werden psychologische Fachkräfte zunehmend mehr Mitglieder multiprofessioneller Teams (Trachsel & Maercker, 2016, S. 1) in onkologischen Kliniken, in der ambulanten und stationären palliativen Versorgung und in stationären Hospizen. »Psychotherapie kann auch und gerade bei Todkranken und Sterbenden Leid mindern helfen.« (Vgl. auch: Köhle, 2007, S. 1051 ff.)

Lebensabschied bedeutet, dass die Selbstständigkeit des Menschen als Subjekt seines Lebens zu Ende geht, wie der Philosoph Peter Bieri zeigt (2013, S. 346). Aus der Sicht der Medizin gibt es zwei Möglichkeiten, mit dem vergänglichen Leben umzugehen. Jemand wird zum einen curativ behandelt, so dass der Tod hinausgeschoben wird, was eine Verlängerung des Sterbens bedeuten kann. Zum anderen kann die Medizin den Menschen durch die Verringerung von Schmerzen, durch Entlastung von extremen Symptomen, durch die Möglichkeit der palliativen Sedierung bei schwer erträglichen Zuständen während des Sterbens schützen. Darin besteht der Auftrag der Palliativmedizin. Sie versucht dem Sterbenden seine Würde im Sinn dessen zu erhalten, dass er »die letzte Autorität darüber« (Bieri, 2013, S. 351) behält, was mit ihm geschieht. Dabei ist dem palliativ handelnden Arzt bewusst: »Die medizinische Therapie im engeren Sinne ist für eine Palliativbetreuung am Lebensende allein zwar nicht ausreichend, aber unverzichtbar. Denn kein Patient ist in der Lage, Angebote aus dem psychosozialen oder spirituellen Bereich anzunehmen, wenn er an quälenden Symptomen leidet.« (Borasio, 2011, S. 67) Die palliative medizinische Behandlung und Pflege nimmt den Menschen als mehrdimensionale Person in einem umfassenden Konzept hospizlicher Begleitung ernst.

- Der körperliche Schmerz und der »Schmerz am Leben«, wie er aus psychologischer Perspektive genannt werden kann, gehören zusammen.
- Der existenzielle Schmerz entsteht in der Lebensarbeit, die sich im Sterben als Anpassung an die Endlichkeit des individuellen Lebens darstellt, wofür die gewohnten Überlebensprogramme (Coping) nicht geeignet sind.
- Sterben ist Anpassung an den endgültigen Abschied vom höchstpersönlichen Leben. Dazu gehören anhaltende depressive Stimmungen, Trauer über den bevorstehenden Verlust tragender Bindungen, liebgewonnener Erlebnisse und der vertrauten Umgebung, letztlich des gelernten Lebens.

Derartige Anpassungsthemen gehören, wenn sie schwer bewältigbare Krisen auslösen und die Symptomlast verstärken, in das Behandlungsspektrum der Psychotherapie (ICD 10 F43.2: Anpassungsstörungen). Nicht selten leiden Sterbende unter jähen Veränderungen der Mobilität, der kognitiven Präsenz, selbstverständlich auch unter quälenden physischen Symptomen. Todesangst, Panikgefühle

oder auch Bewusstseinsstörungen weisen auf eine »akute Belastungsreaktion« (ICD F43.0) hin, wie sie bei lebensbedrohenden Ereignissen auftritt. Hier kann Psychotherapie Traumatisierungen vorbeugen oder sie lösen helfen. Auch im keineswegs pathologischen, sondern mündig-personalen Ringen mit der Anpassung an das Lebensende kann psychotherapeutische Hilfe im beratenden Gespräch den letzten Abschnitt des Sterbenden sinnvoll unterstützen. Nicht nur Krisenintervention, sondern auch Psychagogik, die konstruktive Einstellungen und Haltungen in dieser neuen, auch eindrucksvollen Lebenslage des letzten Lebens fördert, lindert den »Schmerz am Leben«. Letztlich geht es in der psychotherapeutischen Arbeit mit Sterbenden darum, das Gewohnte und das Andere dieses besonderen Lebensabschnitts miteinander in Berührung zu bringen, damit der Betroffene sich selbststeuernd und selbstberuhigend im letzten Leben akzeptieren lernt. Frankl spricht von »Selbstgestaltung«, wo es kaum etwas Personäußeres im Leben zu gestalten gibt (Frankl, 1996, S. 202 ff.). Die zeitgenössische Persönlichkeitspsychologie bezeichnet diese Fähigkeit »Selbststeuerung« und »Selbstentwicklung« (Kuhl, 2010, S. 492 f.), zwei Potenziale, die der Mensch dann entwickeln muss, wenn die Handlungsmöglichkeiten und die Erlebnisfähigkeit so sehr eingeschränkt sind, dass die inneren Gestaltungsspotenziale der Person als neue Möglichkeit, mit Würde zu leben, entwickelt werden. Resilienz, also die Fähigkeit, schwierige Lebenslagen in Würde auszuhalten, wird so verstärkt: »Das Imstandesein, unsere Bewältigung an eine spezielle Herausforderung anzupassen, ist die Fertigkeit, die es uns ermöglicht, unseren Halt zu finden, wenn wir von dem Unbekannten, von Stress oder von einem Trauma aus dem Gleichgewicht geworfen werden.« (Graham, 2014, S. 22). Psychotherapeutische Für- und Umsorge erfindet den Menschen im Sterben nicht neu, sondern knüpft explizit an den Lebensfähigkeiten an, mit denen der Lebende angesichts seines Todes das Leben noch gestalten kann.

Psychotherapie in der Sterbebegleitung hat als Baustein der palliativen Versorgung und Betreuung also einen spezifischen Sinn. Sie greift das Lebenskonzept der Sterbenden ohne Wertung und weltanschauliche Gebundenheit auf und arbeitet mit den Potenzialen und Ressourcen, die der leidende und sterbende Mensch in sich und seiner Lage findet. Psychotherapie macht bewusst, dass das letzte Leben zu Lern- und Anpassungsarbeit herausfordert und dadurch seine Grundspannung behält (Längle, 2014, S. 120 f.). Vergänglichkeit, Endlichkeit und Sterblichkeit des Menschen werden auf den Sinn für den Einzelnen, sowie Gestaltungsmöglichkeiten und -fähigkeiten für den gegenwärtigen Lebensabschnitt hin geprüft, anerkannt und, wenn möglich, in das Leben integriert. Dadurch werden die existenzielle und die psychische Problemlast verringert. Der Betroffene gewinnt seine Würde nicht nur zurück, sondern lernt, sie innerhalb der gegebenen Möglichkeiten auszudrücken.

Psychotherapie in der Sterbebegleitung bezieht systemisch das soziale Umfeld des Sterbenden in die Arbeit ein. Die Angehörigen, also Partner, Kinder, Großfamilie, und die Zugehörigen, Freunde, Nachbarschaft, Kollegenkreis, aber auch die vertraut gewordenen Pflegenden, Therapeuten, Ärzte können unterstützt werden. Sie aktualisiert klärend und fokussierend die Care als mitmenschliche Umsorge. Sterben wird so wieder zum ausdrücklichen und ausgedrückten Leben im sozialen Feld. Es wird aus der Konzentration auf Pflege, medizinische Versorgung heraus-

genommen und in den Lebenszusammenhang eines zwar veränderten, aber eben doch Alltags zurückgeführt. Der Psychotherapeut kann zum Anwalt des Lebensnetzes werden, in dem der Sterbende noch immer seine soziale Funktion hat, sofern sie ihm nicht durch die zunehmende Isolation am Lebensende genommen wird. Aus der »Prä-Therapie« (Prouty, Pörtner & v. Werde, 2011, S. 30 f.) wissen wir, dass der Mensch mit sich und seinem Leben in Kontakt bleibt, solange andere Menschen mit ihm in Kontakt sind.

»Sterbende leben – Lebende sterben«, formuliert der Ethiker R. Marquard (2007, S. 193). Leben ist in eine Lebenswelt hineinverwoben, zu der vielfältige Bindungen gehören. Das »pallium des Beziehungsreichtums« (Marquard, 2007, S. 172) wird im letzten Leben durch die zunehmende Immobilität und Schwächung des Sterbenden, aber auch durch die therapeutische oder pflegerische Isolation eingeschränkt. In der modernen palliativen und hospizlichen Versorgung des Sterbenden müssen qualitativ wichtige Bindungen erfahrbar und lebbar bleiben:

- Behutsame Klarheit in der Kommunikation auch schwieriger Themen,
- ausdrucksstarke, tragend-bergende Interaktion in belastenden Situationen,
- verlässliche Rituale und
- Kontaktformen jenseits der verbalsprachlichen Verständigung.

können durch psychotherapeutische Sachlichkeit als notwendig erkannt, ermutigend gefördert und trainiert, wie auch supervidiert werden.

Auch hier gilt das therapeutische Prinzip, sich der Bindung, der Potenziale und Ressourcen zu bedienen, über die die Betroffenen implizit oder explizit verfügen – und auf dieser Grundlage neue Möglichkeiten zu entwickeln, sofern die Lage es erfordert.

Moderne Psychotherapie wird die Notwendigkeit einer »Psychological Care« am Lebensende anerkennen. Sie erweitert dafür die Kompetenzen. Was Frankl in seiner »Ärztlichen Seelsorge« vor mehr als 65 Jahren anregte, mit dem leidenden und sterbenden Menschen dessen Sinngestaltungspotenzial entschieden zu entwickeln, greifen heute die »achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie« (Mindfulness-based Cognitive Therapie), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie, die Dignity-Therapy (Würdetherapie) und wertorientierte Formen der Persönlichkeitspsychotherapie auf. Damit stehen viele Antworten auf den Sinn der Psychotherapie am Lebensende zur Verfügung.

Das vorliegende Buch stellt im Teil 1 das theoretische Konzept der Psychological Care vor. Unter dem Stichwort der palliativen Einbettung psychotherapeutischer Arbeit (► Kap. 1) wird ein Überblick über Sterben, Tod und Trauer als Phänomene des Lebens vermittelt und das letzte Leben aus psychologischer Sicht dargestellt. Kapitel 2 geht auf die Grundlagen und Grundannahmen der Psychological Care ein. Deren Selbstverständnis als Psychotherapie sowie die psychologischen Grundlagen dafür werden ausführlich abgehandelt.

Teil 2 widmet sich der Praxis der Psychological Care. Kapitel 3 beschäftigt sich mit der therapeutischen Beziehung zwischen dem Sterbenden, seinen An- und Zugehörigen und dem Therapeuten. Im Kapitel 4 werden angemessene Anamnese- und Explorationsformen für die psychologische Arbeit mit Sterbenden entwickelt.

Das umfangreiche Kapitel 5 stellt die drei Interventionsmodule der Psychological Care vor: wertschätzende Konfrontation, sinnorientierte Akzeptanz und personale Integration werden unter Bezug auf krisenbegünstigende Faktoren wie Vermeidungsverhalten, schwierige Gefühle, Probleme der Affektregulation, aber auch in der Behandlung wichtiger klinischer Störungsbilder der Depression, der Angst, der Dissoziation, von Scham- und Schuldgefühlen entfaltet. Die Reintegration des Leidens in den Lebenszusammenhang und die dadurch mögliche Selbstberuhigung angesichts des nahenden Todes werden im Modul der personalen Integration vorgestellt.

Das Kapitel 6 umfasst vier Einzelthemen innerhalb der Sterbebegleitung. Die Sexualität Sterbender, Humor in der Sterbephase als Distanzierungsmöglichkeit, aber auch in seiner irritierenden Qualität für An- und Zugehörige, das Problem suizidaler Wünsche und die psychotherapeutische Beratung Sterbender dazu, die Beratung für die Entscheidungsfindung gegenüber Palliativer Sedierung werden erörtert.

Teil 1: Psychological Care – Theoretisches Konzept

