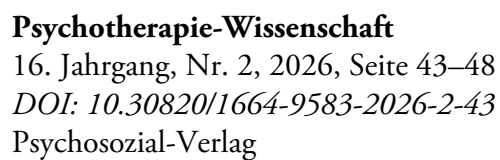


Psychotherapie bei fortgeschritten erkrankten Krebspatient:innen



Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft

eISSN 1664-9591

16. Jahrgang Heft 2/2026

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-2>

info@psychotherapie-wissenschaft.info

www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Herausgeberverein der Zeitschrift

Psychotherapie-Wissenschaft

Peter Schulthess

Zanggerweg 33

CH-8006 Zürich

Mobile + 41 76 559 19 20

E-Mail: peter.schulthess@psychotherapie-wissenschaft.info

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano

Lea-Sophie Richter, Zürich

Mario Schlegel, Zürich

Peter Schulthess, Zürich

Nataliya Tereshchenko, Zürich/Wien

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstr. 10

D-35390 Gießen

+49 6421 96 99 78 26

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.

Gönnermitglieder des Herausgebervereins

wenden sich bitte direkt an die Redaktion:

redaktion@psychotherapie-wissenschaft.info

Datenbanken

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft wird regelmäßig
in der Abstract-Datenbank PsycInfo der American Psycho-
logical Association (APA), im Directory of Open Journals
(DOAJ) und in den Publikationsdatenbanken PSYINDEX und
PsychArchives des Leibniz-Institut für Psychologie/Leibniz
Institute for Psychology (ZPID) erfasst.



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Psychotherapie bei fortgeschritten erkrankten Krebspatient:innen

Frank Schulz-Kindermann

Psychotherapie-Wissenschaft 16 (2) 2026 43–48

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2026-2-43>

Zusammenfassung: Fortgeschrittene Krebserkrankungen bedeuten nicht nur eine medizinische, sondern eine existenzielle Krise. Neben diagnostizierbaren psychischen Störungen – Angst, Depression, Anpassungsstörungen – tritt bei vielen Erkrankten ein Erleben auf, das diagnostisch schwerer zu fassen ist: existenzielles Leiden, Demoralisierung, der Verlust von Sinn und Würde. Moderne onkologische Behandlungen konnten die Lebenserwartung auch im palliativen Stadium in vielen Fällen erheblich verlängern und eine neue klinische Realität mit sich bringen, die psychotherapeutisch noch unzureichend erfasst ist. Der vorliegende Beitrag beschreibt den theoretischen und empirischen Rahmen evidenzbasierter Psychotherapieansätze für fortgeschritten erkrankte Krebspatient:innen und konzentriert sich auf den CALM-Ansatz (Managing Cancer And Living Meaningfully): eine manualisierte, sinnorientierte Kurzzeittherapie, die aus empirischer und klinischer Evidenz abgeleitet und in verschiedenen therapeutischen Schulen verankert ist. Randomisierte kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit hinsichtlich Depressivität, psychischem Wohlbefinden und der Vorbereitung auf das Lebensende. Ein ausführliches Beispiel aus der psychoonkologischen Praxis skizziert beispielhaft die psychotherapeutische Arbeit mit CALM.

Schlüsselwörter: Psychoonkologie, fortgeschrittene Krebserkrankung, existenzielles Leiden, CALM, Palliativpsychotherapie, doppelte Bewusstheit, Würde, Sinnfindung

Das Bild der Krebserkrankung, das die onkologische Praxis noch vor zwei Jahrzehnten prägte, hat sich stark verändert. Bis in die 1990er war eine Metastasierung nahezu zwangsläufig mit einem baldigen Tod verbunden; Psychoonkologie begleitete fortgeschritten erkrankte Menschen entlang einer Strecke, deren Ende in der Regel vorhersehbar nahe war. Heute ermöglichen innovative Immuntherapeutika, Biologika und zielgerichtete Substanzen auch im palliativen Stadium Lebenserwartungen von mehreren Jahren – bei teils guter Lebensqualität (vgl. z.B. Boutros et al. 2021). Wann diese modernen Behandlungsoptionen im individuellen Fall ausgeschöpft sein werden, ist offen – und diese Offenheit ist ein psychoonkologisches Thema geworden (vgl. Schulz-Kindermann 2021). Zu den «klassischen» Belastungsspitzen einer Krebserkrankung – Erstkonfrontation, Akutbehandlung, Rezidiv, palliative Phase – tritt in palliativen Langzeitverläufen die latente Dauerkrise. Die Erkrankung ist kontrolliert, aber die Ungewissheit, wann die Medikation versagen wird, schwebt andauernd über den Betroffenen. Das erfordert von Patient:innen (und ihren Zugehörigen) andere Anpassungsleistungen und von Psychoonkolog:innen andere Formen der Begleitung.

Bei der infausten Diagnose eines inoperablen Pankreaskarzinoms z.B. gestaltet sich Psychotherapie primär als Krisenintervention: Sie versucht, der Fassungslosigkeit zu begegnen und in der meist kurzen verbleibenden Lebenszeit ein Mindestmass an Stabilität zu sichern. Bei akut progredientem Verlauf muss sich die Begleitung an das Auf und Ab dieser Zeitstrecke anpassen. Bei palliativen Langzeitverläufen hingegen steht die Auseinanderset-

zung mit existenziellen Grundthemen im Vordergrund: Konfrontation mit Endlichkeit, Aufbau und Erhalt von Hoffnung, Umgang mit existenzieller Isolation, Erhalt persönlicher Würde.

Das Aufgabenspektrum psychoonkologischer Angebote reicht weit: Von Krisenintervention und Psychoedukation über psychosoziale Beratung und Angehörigenbegleitung bis hin zu Psychotherapie im engeren Sinne – z.B. bei Progredienzangst, bei komorbiden psychischen Störungen oder bei Traumafolgestörungen (Leitlinienprogramm Onkologie 2026). Was sich in den letzten Jahren verschoben hat, ist weniger das Spektrum als das zeitliche Format: Palliative Langzeitverläufe verlangen psychotherapeutische Interventionen, die weder ausschliesslich kriseninterventiv noch klassisch psychotherapeutisch fokussiert sind. Psychoonkologische Arbeit bei fortgeschrittener Erkrankung erfordert darüber hinaus eine Haltung und eine konzeptuelle Sprache, die der existenziellen Herausforderung gerecht werden. Das ist in neueren sinnorientierten Psychotherapien, die nachfolgend beschrieben werden, wie z.B. der Meaning Centered Psychotherapy (Breitbart et al. 2015), der Dignity Therapy (Chochinov et al. 2005) oder dem CALM-Ansatz (Managing Cancer And Living Meaningfully; Rodin & Hales 2021), der Fall.

Existenzielles Leiden

Neben psychischen Beschwerden, wie Angst und Depressivität, berichten Betroffene über Phänomene, die diagnostisch schwerer zu fassen sind: tiefe Hoffnungs- und

Sinnlosigkeit, Demoralisierung, den Wunsch nach einem beschleunigten Tod (Rodriguez-Prat et al. 2024). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist zwar zu einem zentralen Konzept der Erfassung und Beschreibung der Befindlichkeit Krebskranker geworden (z. B. Marzorati et al. 2025); weder fremd- noch selbstberichtete Belastungen erfassen jedoch ausreichend, welches subjektive Leiden damit verbunden ist (vgl. Vehling & Kissane 2018). An dieser Stelle setzt das Konzept des existenziellen Leidens an: Es beschreibt einen Zustand umfassender Belastung, der höchst individuell ist und aus der wahrgenommenen Bedrohung der eigenen Integrität, der Intaktheit des erlebten Selbst entsteht (Wilson et al. 2007; Phillip et al. 2025). Cicely Saunders (1991) kennzeichnet den Leidensbegriff als «total pain», der eine physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension umfasst. Eric Cassell (1999) definiert «Suffering» als einen spezifischen Zustand schwerer Belastung, der mit der unmittelbaren, wahrgenommenen oder tatsächlichen Bedrohung der Integrität oder existenziellen Kontinuität der Person verbunden ist.

Zentrale Konzepte existenziellen Leidens sind u. a. Spiritualität, Sinn, Hoffnung, Würde und der Wunsch nach einem beschleunigten Tod (Best et al. 2015). Spiritualität, verstanden als die persönliche Erfahrung, Sinn und Bestimmung zu finden und sich mit dem Augenblick, dem eigenen Selbst oder einem Höheren verbunden zu erleben, ist eng mit Sinnsuche und -verlust verknüpft (Puchalski et al. 2009). Hoffnungslosigkeit wiederum steht in Zusammenhang mit dem Wunsch nach einem beschleunigten Tod sowie mit Suizidgedanken (Breitbart et al. 2000). Ein weiterer zentraler Aspekt existenziellen Leidens ist der erlebte Verlust persönlicher Würde (Chochinov 2006). Jede tatsächliche oder wahrgenommene Bedrohung des Selbst kann in existenzielles Leiden münden – ausgelöst etwa durch biografische Brüche, wie sie im Rahmen schwerer Erkrankungen häufig sind. Sinnorientierte psychoonkologische Therapieansätze konzentrieren sich auf diese existenziellen Belastungen und auf deren psychosoziale Korrelate.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Ansätze

Mittlerweile liegt eine umfassende Studienlage vor, die belegt, dass psychoonkologische Interventionen psychische Belastungen bei Krebspatient:innen wirksam reduzieren können (Faller et al. 2013). Besonders ausgeprägt ist die Wirksamkeit bei hoher psychischer Belastung. Die spezifisch für fortgeschritten Erkrankte entwickelten Interventionen zeigen darüber hinaus signifikante Verbesserungen von Lebenssinn, Hoffnung und spirituellem Wohlbefinden (Lo et al. 2014; Breitbart & Poppito 2014; Schulz-Kindermann 2018). Vier dieser Ansätze werden knapp skizziert, bevor der Hauptteil dieses Beitrags dem CALM-Ansatz gewidmet wird.

Existenzielle Psychotherapie (Yalom): Irvin Yaloms (1980) existenzielle Psychotherapie kann, neben der Logotherapie Viktor Frankls (2015), als eine wesentliche konzeptuelle Grundlage für sinnorientierte Therapieansätze gelten. Sie zielt auf vier Grundgegebenheiten mensch-

licher Existenz: Tod, Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit. Im Kontext schwerer Krebserkrankung gewinnen diese Dimensionen klinische Relevanz. Das Wissen um den eigenen Tod ist konkret gegenwärtig. Existenzielle Isolation im Angesicht des Todes – als letztlich nicht teilbare Erfahrung – kann im Zentrum des Erlebens Schwerstkranker und Sterbender stehen. Therapeutische Präsenz, das Aushalten von Ungewissheit und transparente, authentische Beziehungsgestaltung charakterisieren existenzielle Arbeit sensu Yalom.

Supportive-expressive Gruppentherapie (SEGT): David Spiegel und Yalom (1978) konzipierten gemeinsam einen gruppentherapeutischen Ansatz für schwerkranke Brustkrebspatientinnen, den Spiegel zur Supportive-Expressive Group Therapy (SEGT) weiterentwickelte (Spiegel & Classen 2000; Reuter & Spiegel 2016). Neben emotionalem Ausdruck und Erfahrungsaustausch hat das Programm den offenen Umgang mit Tod und Sterben zum Ziel. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zeigen, dass SEGT die psychische Belastung bei Patientinnen mit metastasierter Brustkrebserkrankung reduziert und die Lebensqualität signifikant verbessert (Vos et al. 2015).

Meaning-Centered Psychotherapy (Breitbart): Die Meaning-Centered Psychotherapy (MCGP) richtet sich an fortgeschritten erkrankte, hoch belastete Krebspatient:innen. Die acht Sitzungen umfassende MCGP verbindet psychoedukative Elemente mit erlebnisaktivierenden Ansätzen und Gruppenaustausch; theoretische Grundlage sind existenzphilosophische Überlegungen Frankls (2006; Breitbart & Poppito 2014). In RCTs erreichte MCGP gegenüber der Kontrollgruppe signifikant höhere Verbesserungen des spirituellen Wohlbefindens sowie eine Verringerung der psychischen Belastung (Breitbart et al. 2015). Der Ansatz ist auch als Einzeltherapie verfügbar (Individual Meaning-Centered Psychotherapy/IMCP; dt.: Mehnert et al. 2022).

Würdezentrierte Therapie/Dignity Therapy (Chochinov): Harvey Chochinov (2012) hat auf Basis umfangreicher Interviews mit Schwerstkranken das Erleben persönlicher Würde bzw. von Würdeverlust am Lebensende herausgearbeitet. Die Dignity Therapy (DT) richtet sich an Patient:innen in den letzten Lebenswochen und integriert Elemente der Biografiearbeit und des Life Review. Sie umfasst nur ein bis zwei Gespräche, deren Transkripte redaktionell bearbeitet und als persönliches Vermächtnis an Patient:innen und Angehörige übergeben werden (Chochinov et al. 2005). In einem RCT erzielte DT keine signifikante Reduktion psychischer Belastung, wurde aber von den Patient:innen selbst als hilfreich für das Würdeerleben bewertet (Chochinov et al. 2011).

Was die skizzierten Ansätze verbindet, ist die Betonung von Sinn, Selbsttranszendenz, Würde und Beziehung als Kernaspekten therapeutischer Arbeit. Was sie unterscheidet, sind Dauer, Zielgruppe und theoretische Verortung. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM; Nissim et al. 2011; Rodin et al. 2018) nimmt wesentliche Aspekte dieser Ansätze auf und entwickelt sie als einzeltherapeutische Kurzzeitintervention für Schwerstkranke weiter.

Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)

Konzept, Zielsetzung, theoretischer Hintergrund

Ein Team um Gary Rodin am Princess Margaret Hospital in Toronto entwickelte CALM auf dem Hintergrund umfangreicher empirischer Vorarbeiten und klinischer Praxis. CALM ist in mehreren psychologischen Schulen verwurzelt: in der relationalen Psychoanalyse (Mitchell 1988), in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Kissane et al. 1997), in der Bindungstheorie (Bowlby 1982) und in der existenziellen Therapie (Yalom 1980). CALM ist ein teilstrukturierter Kurzzeittherapie-Ansatz mit drei bis acht Sitzungen innerhalb eines halben Jahres, die zeitlich und inhaltlich flexibel an individuelle Verläufe und Befindlichkeiten schwer erkrankter Menschen angepasst werden.

Theoretische Grundlagen

Terror Management Theory. Die Terror Management Theory (Greenberg et al. 1986) geht davon aus, dass das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit eine existenzielle Grundangst erzeugt, die Menschen im Alltag durch kulturelle Sinnsysteme, Selbstwert und stabile Beziehungen abpuffern. Bei fortgeschrittener Krebserkrankung werden diese Schutzmechanismen erschüttert: Die Todesnähe lässt sich nicht mehr symbolisch distanzieren, und viele der bisherigen Quellen von Sinn, Identität und Zugehörigkeit geraten ins Wanken. CALM versteht diese Erschütterung weniger als Symptom, das behoben werden müsste, denn als Raum, in dem sich therapeutische Arbeit ereignet.

Bindungstheorie und sichere Basis. In existenziell bedrohlichen Situationen wird das Bindungssystem aktiviert und verstärkt das Bedürfnis nach Nähe und Schutz (Bowlby 1982). Individuelle Bindungsstrukturen können hilfreich und stützend, aber auch ängstlich und vermeidend sein. Die therapeutische Beziehung in CALM reflektiert diese Bindungstendenzen und kann in diesem Rahmen als sichere Basis erfahren werden – als Ort, von dem aus existenzielle Bedrohung innerlich repräsentiert werden kann, ohne zu überwältigen (Scheffold & Schulz-Kindermann 2022).

Mentalisierung. Das Konzept der Mentalisierung (Allen & Fonagy 2016) – die Fähigkeit, eigene und fremde mentale Zustände wahrzunehmen, zu verstehen und zu reflektieren, sowie psychologische Zustände von realen Fakten zu unterscheiden – spielt in CALM eine zentrale Rolle. Existenzielle Angst kann diese Fähigkeit erheblich einschränken und zu Vermeidung, Dissoziation oder affektiver Überflutung führen. CALM fördert die Mentalisierungsfähigkeit in der therapeutischen Beziehung und damit den inneren Abstand, der es erlaubt, die eigene Lage zu reflektieren, ohne von ihr überwältigt zu werden.

Doppelte Bewusstheit (Double Awareness). Ein spezifischer Beitrag von CALM ist das Konzept der Doppelten Bewusstheit (Rodin & Zimmermann 2008). Es beschreibt die Fähigkeit, zwei Bewusstseinsmodi zugleich zu halten: die Aufmerksamkeit für das gegenwärtige Leben – seine nach wie vor, vielleicht auch schmerzhaft, spürbare Ener-

gie, Beziehungen, Möglichkeiten – und das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit und Sterblichkeit; keine starre Gleichzeitigkeit, sondern eine Pendelbewegung zwischen beiden Polen, je nach Anforderung der Situation. Das therapeutische Ziel ist nicht, die Endlichkeit zu verdrängen oder sie dauerhaft präsent zu halten, sondern die Kapazität zu entwickeln, sie – wenn nötig – zuzulassen und gleichwohl im Leben präsent zu bleiben (Colosimo et al. 2017).

In CALM wird eine vierdimensionale thematische Matrix entfaltet, die den therapeutischen Bearbeitungsraum strukturiert, ohne den Sitzungen eine starre Agenda aufzuzwingen (Rodin & Hales 2021): 1. *Medizinisch-pflegerische Fragen* wie die Kooperation mit medizinisch-pflegerischen Versorgern, Unterstützung bei anstehenden Entscheidungen, Optimierung von Behandlung und Symptomkontrolle; 2. *Das Selbst und die Anderen* mit Fragen des Identitätsgefühls und der krankheitsbezogenen Bindungsbeziehungen zu nahestehenden Menschen; 3. *Sinn, Ziele und Hoffnungen*, wie die Überprüfung der Quellen von Sinn im Leben und deren etwaige Neubewertung; 4. *Zukunft und Sterblichkeit* mit Fragen, die Ängste bzgl. des Sterbens, Sorgen über die Zukunft und spirituelle Themen angehen.

Diese vier Dimensionen sind kein Sitzungsplan, sondern eine inhaltliche «Landkarte», auf der thematische Gegenden eher in groben Zügen durchmessen oder auch im Detail erkundet werden können. CALM versteht sich als systemischer Ansatz: Zugehörige Personen der Patient:innen sollen regelmässig zu Sitzungen eingeladen und in die therapeutischen Prozesse eingebunden werden. Strategisch vereint das therapeutische Vorgehen in CALM sowohl allgemein psychotherapeutische Elemente (z. B. bzgl. der therapeutischen Beziehung, Modulation von Affekten, Interpretation), psychoonkologische Ansätze (z. B. bzgl. Flexibilität, Einbezug, des sozialen Systems, Kontakt zu onkologischen Behandlern) und genuin CALM-spezifische Aspekte (wie z. B. Doppelte Bewusstheit oder Gestaltung der therapeutischen Beziehung als stabilisierendes Bindungsmodell).

CALM wurde in mehreren randomisierten kontrollierten Studien evaluiert, darunter eine multizentrische deutsche Studie (Mehnert et al. 2020; Scheffold et al. 2015). Die Befunde des kanadischen RCT (Lo et al., 2023) erbrachten, dass CALM-Teilnehmer:innen gegenüber der Kontrollbedingung signifikant stärkere Verbesserungen bei depressiven Symptomen, psychischem Wohlbefinden und der Vorbereitung auf das Sterben zeigten.

Therapeutische Haltung in der Arbeit mit Schwerstkranken

Therapeutisches Arbeiten mit fortgeschritten Erkrankten bedeutet Begleitung in Todesnähe. In dieser Grenzsituation befinden sich Psychotherapeut:innen in einem Dilemma: Sie sind trainiert, zur Stärkung des Selbst beizutragen. Todkranke ringen um den Erhalt dieses Selbst, während sie dabei sind, es zu verlieren. Todesangst kann mit Angst vor dem Nicht-mehr-Sein, vor dem letztend-

lichen Nichts verbunden sein. Weder der Tod selbst noch das sich dahinter auftuende Nichts sind (mit-)teilbare Erfahrungen. Ralf T. Vogel (2020) spricht hier von der «Opazität» dieser Phänomene, der Undurchschaubarkeit und letztendlichen Unaussprechlichkeit. Das ist für beide Seiten, die Erkrankten und die Therapeut:innen, schwer auszuhalten, insbesondere wenn zwei zentrale Bestrebungen beider berücksichtigt werden: die Sehnsucht der Totkranken nach Halt und das Bedürfnis der Therapeut:innen nach – möglichst verbal bearbeitbarer – Stabilisierung. Die therapeutische Haltung in CALM berücksichtigt dieses Dilemma. Sie ist geprägt von authentischer Präsenz, empathischem Verständnis und Offenheit für Ungewissheiten und Ambivalenzen. Giovanni Maio (2024) hat dazu in seiner Ethik der Verletzlichkeit auf eine grundlegende Wechselseitigkeit hingewiesen: Nicht nur die Kranken, sondern auch die Helfenden sind potenziell verletzlich. Maio sieht diese Reziprozität als wesentliche Voraussetzung allen therapeutischen Arbeitens.

Konkret heisst das: Therapeut:innen halten Impulse zur schnellen Einordnung zurück und lassen die Botschaften des Gegenübers zunächst durchdringen, bevor sie bewertet werden. Die therapeutische Beziehung wird nicht als «Wirkfaktor» instrumentalisiert, sondern als Möglichkeitsraum begriffen, in dem existenzielle Themen zwischen den Beteiligten entstehen können – weniger aktiv gestaltet als sich selbst entfaltend. Diese Haltung erfordert Ambiguitätstoleranz und die Fähigkeit, eigene Hilflosigkeit auszuhalten, ohne in therapeutischen Aktionismus zu verfallen. Gemeinsames Schweigen kann hier weniger als Hilflosigkeit, sondern als Anerkennung des letztlich Unbenennbaren und als ein wirkliches Miteinander Sein verstanden werden (Schulz-Kindermann 2020).

Klinisches Fallbeispiel aus der CALM-Arbeit¹

Die 23-jährige Patientin erkrankte im Alter von 16 Jahren an einem Ewing-Sarkom. Sie berichtet über diese Erkrankung recht nüchtern, lobt den damals hochgradig durchgeplanten Ablauf der Behandlung, mit eingreifender Operation ihres Unterschenkels und anschliessender systemischer Therapie. Ihre Zugehörigen – Eltern, Geschwister, Freund:innen – seien dagegen extrem belastet gewesen. Nach dem Abitur habe sie ein Studium begonnen, bis vor Kurzem ein ausgedehntes Rezidiv mit Metastasen in Lunge und Leber festgestellt worden sei. Sie wisse, wie bedrohlich diese Entwicklung sei, treffe aber weder in ihrem Elternhaus noch unter ihren Freund:innen jemanden, mit dem sie offen über diese Bedrohung sprechen könne. Es gehe alles viel zu schnell, ihre körperlichen Beschwerden nähmen praktisch täglich zu, unübersehbar schwellte ihr Aszites-Bauch nun mehr und mehr an. Sie suche eine vertrauensvolle Person, die vor dem Tabuthema Tod nicht zurückschrecke.

Die Patientin sitzt von der Krankheit und der Behandlung sehr gezeichnet vor mir. Sie lächelt viel und hat junge, wache Augen, aber ihr Gang ins Praxiszimmer ist langsam und beschwerlich und ihr Bauch ist aufgrund von Aszites schmerzhaft geschwollen, die Atmung fällt ihr dadurch schwer. Bereits im ersten Gespräch in der Praxis lässt sich ein guter Kontakt mit der Ratsuchenden herstellen. Sie scheint tief erleichtert darüber, dass der Therapeut offenbar keine Scheu vor ihren erschreckenden und teilweise so widersprüchlichen Themen hat. Sie geniesst vielmehr das aufmerksame Interesse ihres Gegenübers: Wie sie denn mit dem gedunsenen Bauch umgehe, was sie mache, wenn die Todesängste sie überfallen, wie sie denn mit der Partnerin verfare, wenn diese ständig die kritischen Themen umschiffe etc. Sie merkt, wir können uns gemeinsam ihren kritischen Themen annähern, uns aber auch wieder entfernen. Meine eigene Haltung drückt andererseits auch Mitgefühl mit ihrer desolaten Situation und ein vorsichtiges Explorieren ihrer gegensätzlichen Emotionen aus, wobei dieses Gegensätzliche benannt und als anstrengend gekennzeichnet wird. Entscheidend erscheint meine authentische Präsenz und die Erlaubnis längerer Pausen, die die Bewegungen ihrer Gratwanderung mitzeichnet.

Nach diesen ersten Erkundungen schildere ich ihr kurz den therapeutischen Ansatz von CALM mit dem expliziten Hinweis, dass er speziell für Menschen mit einer fortgeschrittenen, palliativen Erkrankungssituation gedacht sei. Die Patientin irritiert das nicht, im Gegenteil, sie erlebt diese Einführung als Öffnung des Tabubereichs. Die vier Dimensionen des CALM-Ansatzes entfalten sich: Zunächst die Dimension der *medizinisch pflegerischen Themen*, denn die palliative onkologische Therapie läuft weiter bei einem sich rasant verschlechternden Allgemeinzustand und damit zunehmender Abhängigkeit von Anderen. Wir kommen schnell auf die Idee des Einschaltens eines SAPV-Teams (SAPV = Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung), das sich der Bedürfnisse und insbesondere der zunehmenden Schmerzen annimmt. Dadurch verbessert sich der Zustand der Patientin sehr rasch – wenn auch nur vorübergehend. Daneben lernt sie in wenigen Tagen, Pflegende in Körperkontakt mit ihr zu lassen, denn die Erleichterung über die Abnahme der anstrengenden bis unmöglichen eigenen Körperpflege überwiegt. Gleichzeitig weist jede fremde Handlung an ihr auf die wachsende Schwäche und Abhängigkeit, also ihren nahenden Tod hin.

Herausfordernd ist die Dimension *Selbst und Andere* und zwar aus mehreren Gründen: Zunächst ist es die rasante Veränderung der Patientin selbst, die eine Vielzahl ihrer geschätzten Rollen ins Wanken und zum Einsturz bringt: Die Rolle als Partnerin, als Studierende, als selbstständig Lebende, als das Leben Geniessende ... Gleichzeitig erlebt sie die entsprechenden Reaktionen ihrer Gegenüber, die ihre Rollenveränderungen unterstreichen: Die Hilfesten, die sichtbare Angst und Sorge der anderen, aber auch die Zuwendung, das Zutrauen und die Kraft ihrer Nahestehenden. Ihre Rollen als Kind, Schwester und Partnerin sind unterschiedlich betroffen: Während die Patientin sich ihren Eltern gegenüber fallen lassen kann und zunehmend deren Versorgung akzeptiert,

¹ Dieses Fallbeispiel ist fiktional und aus der klinischen Praxis und der CALM-Therapie abgeleitet.

will sie mit ihren Freund:innen weiterhin auf Augenhöhe kommunizieren. Die therapeutische Strategie ist die wiederholter «Aufstellungen in sensu»: Da sie ohnehin die Begegnungen mit ihren Zugehörigen plastisch schildert und diese Vorstellungen «im Raum stehen», können diese befragt werden: Nach den jeweiligen vermuteten oder ausgesprochenen Motiven, nach ihren eigenen Bedürfnissen, v. a. nach dem Grundthema Alleinsein/Endgültig-alleinbleiben und In-Verbindung-Sein. Damit sind wir bei zwei Grundmotiven von CALM: Der Mentalisierung und der Beachtung des Bindungssystems. Ersteres scheint die Patientin mit einiger Leichtigkeit zu beherrschen: Sie hat ein recht sicheres Gespür für die Motivlagen ihrer Gegenüber, deren Ängste und Annäherungsbemühungen.

Gibt es in dieser Situation einen Platz für die Themen *Hoffnung und Sinn*, der dritten Dimension? Bei aller körperlichen und seelischen Gratwanderung erscheint sie nicht «demoralisiert», depressiv und hoffnungslos. Sie ist zerrissen zwischen den widerstrebenden Impulsen, hin- und hergerissen zwischen grossen und kleinen Zielen in der allernächsten Zeit und den unterschiedlichen Begegnungen mit ihren Nächsten. Sie hat täglich Hoffnung und sieht einen Sinn. Allerdings scheint die *Basis* für Sinn und Hoffnung ständig gefährdet. Das Pendeln zwischen diesen dynamischen Polen ist anstrengend, aber das (scheinbare) Fehlen eines übergeordneten Sinnes wohl eher hilfreich.

Die vierte Dimension, Themen um *Endlichkeit, Sterben, Tod und Vorsorge*, drängt häufig ins Gespräch. Es erscheint so, als hätte die Patientin in den vergangenen Wochen in einem Raum mit vielen Fenstern gesessen, die allesamt verschlossen und mit Fensterläden verdunkelt waren. Nun öffnet sich ein Fenster nach dem anderen und gibt Aussicht auf Bereiche, die fremd, unheimlich, aber auch traumhaft und schwerelos zu sein scheinen. Sie begibt sich in Gedanken und Anmerkungen bereits in eine jenseitige Position, wenn sie z. B. von sich in der Vergangenheit spricht oder davon, wie man sich an sie zurückerinnern wird. Der Kampf mit dem letzten Krankheitsfortschritt ist dabei einschneidend: Sie wird zunehmend müde, hat Mühe, sich zu konzentrieren und den Fokus zu halten. Immer häufiger muss sie sich den Nächsten ganz überlassen, was ihr zum Glück nicht so schwerfällt. Bei einem Hausbesuch zeigt sich die Patientin erfreut, ruhig und gefasst, wir wechseln wenige Worte, lassen gemeinsame Zeit verstreichen. Kurz danach stirbt sie, in relativer Ruhe, im Kreis ihrer Familie.

Ausblick

Psychotherapie bei fortgeschritten erkrankten Krebspatient:innen ist ein anspruchsvolles, aber sinnvolles klinisches Feld. Die hier dargestellten Ansätze zeigen, dass differenzierte und empirisch fundierte Konzepte für diese Patient:innengruppe entwickelt werden konnten. Im Mittelpunkt steht in allen Ansätzen die Arbeit mit Sinn, Würde, authentischer Beziehung und der Bereitschaft, sich der Realität von Endlichkeit zu stellen. CALM nimmt in diesem Feld eine besondere Stellung ein: Es ist manuali-

siert und zugleich hoch flexibel; auf robuste theoretische Fundamente gestützt und empirisch in RCTs belegt. Das Konzept der Doppelten Bewusstheit, die bindungstheoretische Rahmung und die Betonung eines geteilten echten Begegnungsraumes bilden den Kern einer therapeutischen Haltung, die für die Arbeit mit Schwerstkranken richtungsweisend ist. Die Integration existenzieller und palliativpsychotherapeutischer Konzepte in Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen ist bislang unzureichend. Wer im ambulanten oder stationären Kontext Krebspatient:innen behandelt, wird früher oder später mit fortgeschrittener Erkrankung konfrontiert – und braucht dann nicht nur Methode, sondern Haltung und persönliche Ressourcen, um dieser Begegnung gerecht zu werden. Insbesondere im Rahmen der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit der Sektion Palliativpsychologie sowie des Instituts für Palliativpsychologie werden spezifische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten.

Literatur

- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2016). *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT-Handbuch. Konzepte und Praxis*. 3. Aufl. Klett-Cotta.
- Best, M. et al. (2015). Conceptual analysis of suffering in cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 24(9), 977–986.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (Vol. 1, 2nd ed.). Basic Books.
- Breitbart, W. & Poppito, S. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual*. Oxford University Press. Deutsch: *Sinnzentrierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung: Ein Behandlungsmanual*. Übers. v. A. Mehnert et al.
- Breitbart, W. et al. (2000). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 9(5), 358–367.
- Breitbart, W. et al. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754.
- Boutros, A. et al. (2021). Health-related quality of life in cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors in randomised controlled trials: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 159, 154–166.
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531–534.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84–103.
- Chochinov, H. M. (2012). *Dignity therapy: Final words for final days*. Oxford UP.
- Chochinov, H. M. et al. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525.
- Chochinov, H. M. et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet Oncology*, 12(8), 753–762.
- Colosimo, K. et al. (2017). «Double awareness» in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(2), 125–140.
- Faller, H. et al. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782–793.
- Frankl, V. E. (2006). *... trotzdem Ja zum Leben sagen*. 4. Aufl. Kösel.
- Frankl, V. E. (2015). *Grundkonzepte der Logotherapie*. Fakultas.

- Greenberg, J. et al. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (S. 189–212). Springer.
- Kissane, D.W. et al. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer – techniques and themes. *Psychooncology*, 6(1), 25–33.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2023). *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen* (AWMF-Registernummer: 032-051OL). <https://www.leitlinienprogramm>
- Lo, C. et al. (2014). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 28(3), 234–242.
- Lo, C. et al. (2023). Efficacy of Managing Cancer And Living Meaningfully psychotherapy on depression, demoralization, and preparing for end of life in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 41(7), 1488–1499.
- Maio, G. (2024). *Ethik der Verletzlichkeit: Für eine Medizin der Zuwendung*. Herder.
- Marzorati, C. et al. (2025). Psychosocial factors associated with quality of life in cancer patients undergoing treatment: an umbrella review. *Health Qual Life Outcomes*, 23, 31.
- Mehnert, A. et al. (2020). Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29, 1895–1904.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard UP.
- Nissim, R. et al. (2011). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): A qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 26(5), 713–721.
- Philipp, R. et al. (2025). Existential distress in advanced cancer: A cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*, 94, 184–191.
- Puchalski, C. et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.
- Reuter, K. & Spiegel, D. (2016). *Psychische Belastungen bei Krebserkrankungen. Gruppentherapie nach dem supportiv-expressiven Ansatz*. Hogrefe
- Rodin, G. & Hales, S. (2021). *Managing Cancer and Living Meaningfully. An Evidence Based Intervention for Cancer Patients and Their Caregivers*. Oxford UP.
- Rodin, G. & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytic reflections on mortality: A reconsideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(2), 181–196.
- Rodin, G. et al. (2018). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(23), 2422–2432.
- Rodríguez-Prat, A. et al. (2024). The Wish to Hasten Death in Patients With Life-Limiting Conditions. A Systematic Overview. *Journal of Pain and Symptom Management*, 68, e91–e115
- Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: An interdisciplinary approach*. Edward Arnold.
- Scheffold, K. & Schulz-Kindermann, F. (2022). Attachment in psychotherapeutic work with advanced cancer patients. A case study. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 42(4), 299–310
- Scheffold, K. et al. (2015). Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15, 592.
- Schulz-Kindermann, F. (2018). Existenzielles Leiden und sinnbezogene Interventionen. *Onkologische Welt*, 9(4)174–179
- Schulz-Kindermann, F. (2020). Authentische Präsenz in der Begegnung mit Schwerkranken. In *Psychoonkologie: Berührtsein zwischen Nähe und Distanz*. Pabst.
- Schulz-Kindermann, F. (2021). *Psychoonkologie. Grundlagen und Psychotherapeutische Praxis*. Beltz.
- Spiegel, D. & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care*. Basic Books.
- Spiegel, D. & Yalom, I. (1978). «A support group for dying patients». *International Journal of Group Psychotherapy*, 28, 233–245
- Vehling, S. & Kissane, D.W. (2018). Existential distress in cancer. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2525–2530.
- Vogel, R.T. (2020). *Existenzielle Themen in der Psychotherapie*. Kohlhammer
- Vos, P.J. et al. (2015). Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer: A comparison between participants and non-participants. *Psycho-Oncology*, 15(3), 202–212.
- Wilson, K.G. et al. (2007). Suffering with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1691–1697.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Psychotherapy for cancer patients with advanced disease

Abstract: Advanced cancer represents not only a medical but an existential crisis. Beyond diagnosable psychiatric disorders – anxiety, depression, adjustment disorders – many patients experience a form of distress that is diagnostically more elusive: existential suffering, demoralization, and the loss of meaning and dignity. Modern oncological treatments have in many cases substantially extended life expectancy even in the palliative stage, giving rise to new clinical realities that have yet to be adequately addressed by psychotherapy. This article describes the theoretical and empirical framework of evidence-based psychotherapeutic approaches for patients with advanced cancer, with a focus on the CALM approach (Managing Cancer And Living Meaningfully): a manualized, meaning-oriented brief therapy derived from empirical and clinical evidence and grounded in multiple therapeutic traditions. Randomized controlled trials demonstrate its efficacy with respect to depressive symptoms, psychological well-being, and preparation for end of life. A detailed example from psycho-oncological practice outlines the psychotherapeutic work with CALM.

Keywords: psycho-oncology, advanced cancer, existential suffering, CALM, palliative psychotherapy, double awareness, dignity, meaning-making

Biografische Notiz

Dr. phil. Frank Schulz-Kindermann, Dipl.-Psych., ist Psychologischer Psychotherapeut (VT/GT), Psychoonkologe, Supervisor und arbeitete 1990–2021 am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) in der Psychoonkologischen Versorgung, Lehre und Forschung. 2006–2021 war er Leiter des Psychoonkologischen Liaison- und Konsildienstes und der Spezialambulanz für Psychoonkologie am Institut für Medizinische Psychologie des UKE. Er war als klinischer Leiter an der multizentrischen Studie zu CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully) beteiligt und unterrichtet dieses Verfahren weiterhin. Heute arbeitet er in privater psychotherapeutischer Praxis in Hamburg.

Kontakt

E-Mail: praxis-schulz-kindermann@posteo.de
Web: www.praxis-schulz-kindermann.de