

praxis  
institut für systemische beratung

Weiterbildung  
Systemisches Arbeiten 07H

Hausarbeit

Wenn die Zeit drängt  
- systemisches Arbeiten im palliativen Kontext

Jan Gramm  
Grethenweg 7H  
60598 Frankfurt a. M.

## Inhalt

1	Einleitung.....	2
2	Rahmenbedingungen .....	3
3	Zwei systemische Konzepte .....	4
3.1	Systemische Familienmedizin .....	4
3.2	Lösungsorientierte Kurztherapie.....	5
4	Systemisches Arbeiten auf der Palliativstation.....	5
5	Schlussbetrachtung und Ausblick.....	13
6	Quellenangaben .....	14

### 1 Einleitung

Die Arbeit als Psychologe auf einer Palliativstation wird durch verschiedene Faktoren geprägt: Die medizinische Behandlung bildet den Rahmen, weshalb eng im multiprofessionellen Team mit Ärzten, Pflegekräften und Vertretern anderer Berufsgruppen zusammengearbeitet wird. Ein besonderes Gewicht haben die Angehörigen, was sich auch in der räumlichen Ausstattung der Palliativstation widerspiegelt. Im Gegensatz zu den meisten anderen medizinischen Einrichtungen müssen die Angehörigen nicht erst dazugeholt werden, sondern sie werden praktisch gemeinsam mit den Patienten aufgenommen. Bestimmend für die Atmosphäre ist natürlich der bevorstehende Tod. Die Präsenz der Endgültigkeit und Begrenztheit des Lebens verleihen dieser Lebensphase eine besondere Bedeutung und eine emotionale Tiefe. An alle Beteiligten - Patienten und Angehörige sowie an das Behandler-team - stellt dies hohe Anforderungen. Es liegt daher nahe, dass im multiprofessionellen Team auch ein Psychologe vertreten ist, wobei die spezifischen Aufgaben auch das berufliche Selbstverständnis und die Arbeitsweise eines Psychologen auf der Palliativstation prägen: Die Einbindung der Patientenfamilie und die enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team machen einen systemischen Ansatz praktisch zwingend erforderlich. In welcher Weise dies geschieht, soll in dieser Arbeit behandelt werden.

Nachdem zunächst die Rahmenbedingungen der Arbeit beschrieben werden, sollen zwei systemische Ansätze skizziert werden, die mir für diese Arbeit besonders hilfreich sind. Wie sich systemisches Denken in meiner psychologischen Arbeit niederschlägt, möchte ich anhand von verschiedenen systemischen Begriffen aufzeigen, deren Relevanz beschrieben und mittels Fallvignetten illustriert werden. Am Ende steht ein Ausblick auf die weiteren Perspektiven .

## 2 Rahmenbedingungen

Die Palliativstation ist eine eigenständige Abteilung der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik, in Wiesbaden und Teil des "Zentrums für Palliativmedizin", zu welchem außerdem ein Konsiliardienst und ein Ambulanz-Team gehören.

Die Station umfasst 10 Betten in 7 Einzel- und 2 Zweibettzimmern (wobei letztere nicht regulär doppelt belegt werden). Die Familien der Patienten haben viel Raum auf der Station, so gibt es ein schön eingerichtetes "Wohnzimmer" (nebst großer Terasse) als Ort der Begegnung und Entspannung, eine Patienten- und Angehörigenküche mit der Möglichkeit, mitgebrachte Nahrungsmittel im Kühlschrank aufzubewahren und zu kochen. Ein "Raum der Stille" bietet Rückzugsmöglichkeit (und dient mir mangels eines eigenen Beratungsraumes zu Gesprächen).

Zum Team gehören 4 Ärzte, 15 Pflegekräfte, 1 Stationsassistentin, 1 Physiotherapeutin (halbe Stelle), 1 Case Managerin (halbe Stelle), 1 Seelsorgerin (von der Klinikseelsorge) und ich als Psychologe.

Aufnahmekriterien für die Patienten sind das Vorhandensein einer unheilbaren, progredienten Krankheit und das Auftreten von Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit, Atemnot oder Dekompensation der häuslichen Versorgung. Am häufigsten sind mit 90% onkologische Erkrankungen, vereinzelt kommen neurologische Erkrankungen (ALS, MS) und internistische Erkrankungen vor. Die durchschnittliche Liegedauer beträgt 12 Tage (wenige Stunden - 5 Wochen), ungefähr die Hälfte der Patienten wird nach Hause oder ins Hospiz entlassen, 50% versterben bei uns auf der Station. Einrichtung und Personal sind auf erwachsene Patienten ab dem 20. Lebensjahr ausgerichtet.

Die Stationsleitung besteht aus dem Abteilungsleiter (Oberarzt) und der Pflegerischen Leitung sowie deren Stellvertreterin.

Das multiprofessionelle Team trifft sich einmal in der Woche zur gemeinsamen Teambesprechung, in welcher Informationen über jeden Patienten ausgetauscht werden. Auch die täglichen Visiten, die bis zu 1 Stunde pro Patient dauern, werden grundsätzlich von Arzt und Pflege gemeinsam begangen, nach Absprache auch mit mir. Alle 6 Wochen findet eine Supervision für das gesamte Team statt.

Meine Beratungskontakte bestehen nicht selten in nur einer oder zwei Begegnungen mit dem Patienten, den Familien oder den Angehörigen (bislang gab es nur eine langfristige und regelmäßige Begleitung einer Patientin und deren Familie über 14 Monate hinweg). Es kommt nicht bei jedem Patient zum Kontakt. Meist finden 2-3 Gespräche mit den Patienten einzeln und/oder 2-3 Gespräche mit Angehörigen statt. Gewöhnlich suche ich die Patienten im Zimmer auf, worauf entweder gleich eine Sitzung stattfindet oder zeitnah ein besserer Zeitpunkt vereinbart wird. Angehörige spreche ich auch oft auf dem Flur oder in der Patien-

tenküche an. Die meisten Gespräche finden somit spontan statt, allein die Familiengespräche werden immer terminiert. Teilweise wird mit den Angehörigen oder mit bereits entlassenen Patienten telefonisch Kontakt aufgenommen. Im Bedarfsfall findet eine Nachbetreuung der Angehörigen statt (auch dies geschieht manchmal spontan, wenn Angehörige die Station aufsuchen, manchmal nach telefonischer Absprache).

### **3 Zwei systemische Konzepte**

Abgesehen davon, dass das systemische Denken insgesamt unabdingbar für meine Arbeit ist, erhielt ich insbesondere durch die Konzepte der Systemischen Familienmedizin (McDaniel, Hepworth, Doherty; Kröger) und der Lösungsorientierten Kurztherapie (de Shazer, Berg) wertvolle Impulse. Die beiden Ansätze sollen deshalb hier kurz dargestellt werden.

#### **3.1 Systemische Familienmedizin**

Bereits vor Beginn der Weiterbildung "Systemisches Arbeiten" habe ich ein Seminar bei Friedebert Kröger über Systemische Familienmedizin belegt. Hier habe ich wertvolle Impulse für meine Arbeit erhalten.

Die Begründer der systemischen Familienmedizin waren mit der Behandlung chronischer Krankheiten befasst, die Einbeziehung der Familien und der Austausch mit den medizinischen Kollegen war daher unabdingbar. Die systemische Familienmedizin verfolgt einen biopsychosozialen Ansatz (bisweilen auch erweitert zu bio-psycho-sozial-kulturell), welcher die unterschiedlichen Sichtweisen gleichberechtigt nebeneinander stellt. Durch die respektvolle Haltung gegenüber den anderen Professionen wird eine Sensibilisierung für die unterschiedlichen Rollen, Sprachkulturen, Kommunikationsformen und Arbeitsstile der verschiedenen Berufsgruppen erzielt. Für die Zusammenarbeit im medizinischen Kontext gehört für den Psychologen auch, die eigenen Grenzen anzuerkennen und sich medizinisches Grundwissen anzueignen.

Für die Patienten ist im Gegensatz zur Familientherapie nicht ein psychologisches Problem der Anlass zur Kontaktaufnahme, sondern die Krankheit. Im Mittelpunkt stehen nicht die Beziehungen in der Familie, sondern der Umgang mit der Erkrankung. Die Krankheitsgeschichte hat einen hohen Stellenwert, da eine chronische Krankheit zum "organisierenden Prinzip" für die Familie wird. Wichtig sind familiäre Erfahrungen und Muster im Umgang mit Krankheit, Tod und Sterben (Genogrammarbeit) und das ressourcenorientierte Unterstützen der Familien in akuten Krankheitsphasen. Das Bild der "Krankheit als ungebetener Gast" (Kröger, 2006) vermittelt anschaulich, wie die Krankheit zwar da ist, aber nicht immer im Mittelpunkt des Familienlebens stehen muss, sondern auch mal ins Gästezimmer verwiesen werden darf.

### **3.2 Lösungsorientierte Kurztherapie**

Die Türschloss-Metapher von de Shazer besagt, dass der Schlüssel (= die Lösung) sehr viel weniger komplex sein kann als das Türschloss (= das Problem). Wichtig ist, dass die Tür geöffnet wird - ein Plädoyer für einfache Lösungen im Sinne des Naheliegenden, bereits Bewährten. Der Blick richtet sich nach vorn auf eine Lösung hin, nicht auf die Geschichte der Problemstellung. Der Ansatz kann als radikal ressourcenorientiert bezeichnet werden, man muss nicht etwas neu erlernen, um Veränderungen der Situation zu erreichen, sondern lediglich das verstärken, was bereits an konstruktivem Verhalten oder Denken gezeigt wird.

## **4 Systemisches Arbeiten auf der Palliativstation**

Als ich die Stelle auf der Palliativstation im Juli 2006 antrat, war mir das Arbeiten im Krankenhaus recht fremd, die dort herrschenden Gesetze waren mir unbekannt. Auch in der Arbeit mit Familien war ich noch unsicher - am liebsten waren mir Einzelgespräche. Mittlerweile habe ich Einblick in die "Krankenhausregeln" gewonnen und ein Gefühl dafür entwickelt, was (von mir) veränderbar ist und was nicht. Auf Familien- oder Paargespräche bin ich geradezu neugierig. Das systemische Arbeiten hat hierzu wesentlich beigetragen. Da es sich im folgenden eher um eine Begriffssammlung im Lexikonstil handelt als um eine systematische Untersuchung, werden die einzelnen Abschnitte ohne Kapitelnummerierung aufgeführt.

### **Joining**

Besonders durch die Arbeit mit älteren Menschen ist mir die Wichtigkeit historischer Zusammenhänge bewusst geworden. So kann etwa durch das Wissen um die kollektive Leidensgeschichte der Russlanddeutschen, um die gesellschaftliche Verdrängung in der Nachkriegszeit ("Unfähigkeit zu Trauern"), oder um den Lebensalltag in der DDR und die (psychischen) Folgen der Wiedervereinigung ein vertrauensbildender Kontakt hergestellt werden. In Erweiterung zur systemischen Familienmedizin spielt hier nicht nur die Krankheitsgeschichte, sondern auch die Leidensgeschichte über das gesamte Leben hinweg eine große Rolle. Häufig wird bereits die unverkrampfte Atmosphäre als wohltuend empfunden, da ich im Gegensatz zum sozialen Umfeld des Patienten das Feld angstfrei betrete - die Ernsthaftigkeit der Situation muss nicht tabuisiert werden, da sie durch mich zwar deutlich benannt, aber emotionsfrei und somit als "normal" etikettiert wird. Hieran zeigt sich, wie elementar in der palliativen Arbeit die eigene Haltung zu Tod und Sterben ist.

### **Kontrakt**

Die Vertragsschließung gestaltet sich recht unterschiedlich, je nachdem, ob ein bestimmtes Anliegen seitens des Patienten bzw. der Familie vorliegt oder nicht. Oft verändert bzw. erweitert sich der Auftrag, wenn zum Beispiel zunächst eine Patientenverfügung erstellt wird und

sich aus diesen Kontakten weitere Gespräche ergeben. Wichtig ist die Betonung, dass ich für die gesamte Familie da bin und es Einzelgespräche sowohl mit den Patienten als auch mit den Angehörigen gibt.

Da ich meist eigeninitiativ in eine (Familien-)Situation hineingehe, es sich um keine vereinbarten Termine handelt, hole ich immer wieder zwischendurch Vertragsbestätigungen ein: "Sind Sie damit einverstanden, wenn ich da bleibe?", "Wollen sie lieber alleine sein?", "Ich habe den Eindruck, ich kann sie jetzt alleine lassen. Ist das in Ordnung?"

### **Diagnostik und Hypothesenbildung**

Aufgrund der kurzen Liegedauer bzw. der wenigen Kontakte muss die Dynamik im Familiensystem schnell erfasst werden können, da die Entscheidungen hinsichtlich der weiteren Strategie tragfähig sein müssen. Das systemische Denken liefert hierzu ein effektives Vokabular und Werkzeug. Diagnostik wird eher an der Oberfläche vorgenommen, der Fokus richtet sich darauf, in welcher Weise der Patient und/oder die Angehörigen vom Klinikaufenthalt profitieren, ob sich die Familie in der Zieldefinition einig ist oder nicht. Es muss etwa geklärt werden, ob die Angehörigen die häusliche Versorgung zwar aus Pflichtgefühl anbieten, aber tatsächlich gar nicht mehr dazu in der Lage sind, ob das häusliche Umfeld zwar stabil ist, aber die Patienten nicht zu Last fallen wollen, ob verdeckte familiäre Konflikte die Entscheidungen beeinflussen u.s.w.

*Herr M. ist körperlich stabilisiert und könnte wieder nach Hause entlassen werden. Er sagt zwar, dass er dies will, findet aber, dass jetzt noch nicht der richtige Zeitpunkt dafür wäre. Immer wieder betont er, dass ihm die Ruhe hier in der Klinik guttue. Nachdem ich einige biographische Daten von ihm erfragt habe, formt sich das Bild einer symbiotischen Paarbeziehung ohne Außenkontakte, weshalb die Ehefrau große Angst vor dem Alleingelassenwerden hat, die Prognose verleugnet und den Ehemann zuhause unter Druck setzt, wieder zu Kräften kommen zu müssen. Die Palliativstation ermöglicht dem Patienten, dieser Situation und den damit verbundenen ambivalenten Gefühlen zu entfliehen.*

Das Bewusstsein darüber, dass Familien seit langem funktionierende Systeme darstellen, ist wichtig, um die Verantwortung für die Entscheidungsfindung und die Gestaltung der verbleibenden Zeit bei der Familie zu belassen und die eigenen Werte zurückzustellen.

*Die Ehefrau von Herrn G. wird als dominant beschrieben; dem Team ist nicht klar, warum sich Herr G. so zurückhält und alle Entscheidungen seiner Frau überlässt. Es sei wichtig, zu hören, was der Patient selbst wolle. Im Gespräch mit Herrn G. erfahre ich, dass dieser sehr froh darüber ist, dass seine Frau alles in die Hand nimmt. Er sei im Krieg ohne Vater aufgewachsen, die Mutter habe sich nicht viel um ihn gekümmert, so habe er sich wohl eine Frau gesucht, die für ihn Sorge. Nachdem ich dem Team diese Rückmeldung gebe, weicht das Misstrauen und die Ehefrau kann in die Planung einbezogen werden.*

Wenn ich mehrere Familienmitglieder im Zimmer antreffe, setze ich gerne zirkuläre Fragen ein, um möglichst viele Informationen über das Familiensystem zu erhalten.

## **Der Biopsychosoziale Ansatz**

Die Familienmedizin liefert wertvolle Konzepte für die psychologische Arbeit im Krankenhaus, gerade auch, was die Rollenidentität und den grundsätzlichen Gesprächsfokus angeht. Im Mittelpunkt steht die körperliche Krankheit; meine Aufgabe besteht im Unterstützen der Familie im Umgang damit.

*Im Gespräch mit Herrn B. wird das Aushalten von Schmerzen und das Annehmen von Hilfe thematisiert. Ich konkretisiere und erhalte die Auskunft, dass im Moment zwar Schmerzen da seien, er aber nicht den Stationsablauf stören wolle. Wie ich es von den gemeinsamen Visiten her kenne, frage ich nach Art und Intensität des Schmerzes und beschließe, das Gespräch nicht weiterzuführen. Wir beenden die Sitzung, um die Pflegekraft zur Schmerzeinstellung zu rufen. Ich unterstütze den Patienten solange durch eine Anleitung zur Entspannung.*

## **Genogramm**

Auf der Palliativstation ist in jeder Patientenakte Platz für ein Genogramm. Bilsang wurde das Genogramm meist von mir, manchmal von anderen Teammitgliedern eingezeichnet und diente den Behandlern als visueller Überblick über die Familie. Allerdings entgingen mir doch viele Einzelheiten, wenn ich das Genogramm nicht mit dem Patienten zusammen machte, und ich kam zu der Erkenntnis, dass ich die Genogrammerstellung zum Anamnese-Standard erheben sollte.

*Auf die Frage, wer zur Familie gehöre, nennt Herr P. seine Frau und seine Tochter. Es ist schwierig, an Herrn P. heranzukommen, er redet nicht viel und vermittelt, dass ihm viele Fragen lästig sind. Im Familiengespräch empört sich die Tochter über ihren Bruder, der sich um nichts kümmere. Wir sind überrascht über die Existenz des Bruders bzw. Sohnes und die Schweigsamkeit von Herrn P. bekommt einen Sinn - es gibt einige ungelöste Konflikte in der Familie.*

Seit kurzem erprobe ich die Sozialanamnese als regulären Bestandteil der Patientenaufnahme mit Hilfe des Genogramms, worin auch die Pflegekräfte von mir geschult werden.

## **Allparteilichkeit**

Dem Leitsatz der Familienmedizin "Niemand ist alleine krank" lässt sich anfügen "und niemand stirbt für sich allein". Die Diagnose "Krebs" erschüttert die gesamte Familie und die Erkenntnis, dass die kurativen Therapien nicht mehr anschlagen und der Tod somit in absehbare Nähe rückt, ist für alle Beteiligten eine Katastrophe: Der Erkrankte muss sein Leben abschließen, die Angehörigen müssen sich auf ein Leben ohne diesen Menschen einstellen. Diese unterschiedlichen Themen führen manchmal zu Konflikten in der Familie. Eine wichtige Grundhaltung ist hier die Allparteilichkeit, die allen Beteiligten Wertschätzung entgegenbringt. Es muss miteinander geklärt werden, welche Themen gemeinsam und welche in einem geschützten Rahmen einzeln angesprochen werden.

*Herr V., 42, ist verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 12 und 14. Er hat große Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung und flüchtet sich oft in Verleugnung. Im Paargespräch drückt die Frau ihre Sorge um die Existenzsicherung aus, sie möchte, dass ihr Mann den Rentenantrag stellt. Herr V. wird darauf hin unwirsch - ob sie ihn schon begrabe? Noch sei er am Leben! Ich vermittele, indem ich sowohl Verständnis für den Schmerz des Mannes als auch für die Sorge der Frau zeige und schlage vor, dass ich die Sachlage mit der Frau alleine kläre.*

Im Gegensatz zum Arzt als Vertreter/Vollführer des Patientenwillens bin ich in gleichem Maß für die Angehörigen zuständig. So führe ich mindestens so viele Gespräche mit Angehörigen wie mit Patienten. Die Parteinahme des Arztes für den Patienten hängt wohl mit der Rollendefinition des Arztes zusammen, meine neutrale Position sicherlich mit der systemischen Sichtweise. Bei Familienkonflikten kommt es vor, dass der Arzt und ich unterschiedliche Positionen vertreten, da ich nicht von vornherein den Willen des Patienten in den Mittelpunkt stelle, sondern der "Eigenbewegung der Familie" Raum gebe.

### **Soziogramm, Helfer-System-Karte**

Manchen Patienten stehen Freunde näher als die (Herkunfts-)Familie. In diesem Fall ist es wichtig, in Absprache mit dem Patienten den Freundeskreis einzubeziehen. Es kam vor, dass davon ausgegangen wurde, dass jemand aus der Familie der Hauptansprechpartner ist, wodurch die Freunde vor den Kopf gestoßen wurden. Durch das Erstellen eines Soziogramms wird schnell klar, wer zu den wichtigen Bezugspersonen gehört. Wenn es mehrere nicht-familiäre Vertrauenspersonen gibt, muss vom Patienten ein Ansprechpartner für das Stationsteam benannt werden. Die Benennung eines Hauptansprechpartners ist auch bei Großfamilien wichtig.

### **Lösungsorientierung**

Der Blick ist konsequent lösungsorientiert: Die Familien sind nicht wegen der Familienkonflikte gekommen, sondern wegen der Komplikationen aufgrund der Krankheit. Abgesehen davon findet selten mehr als ein Familiengespräch statt, so dass gar nicht prozessorientiert gearbeitet werden kann. Es geht darum, die bestmögliche Lösung zu finden, oder zumindest die ersten Schritte in diese Richtung anzustoßen.

*Herr P. geht der Frage, wie es weitergehen soll, aus dem Weg. Nach einigen Gesprächen mit ihm und verschiedenen Angehörigen wird deutlich, dass es einige Konfliktherde in der Familie gibt. Im Familiengespräch mache ich durch eine Decke auf dem Boden deutlich, dass es viel Ungeklärtes "unter dem Teppich" gebe. Es sei klar, dass wir diese in langer Zeit gewachsenen Konflikte nicht lösen können, vielmehr gehe es darum, für die aktuelle Situation eine Lösung zu finden. Sowohl Herr P. als auch seine Frau wollen, dass er nach Hause kommt. Dies bildet die Basis, um die nächste Zeit zuhause zu gestalten. So kann das Bedürfnis der Ehefrau, dass ihr Mann Zeit mit ihr verbringt und nicht nur den ganzen Tag im Bett liegt, dadurch gelöst werden, dass ein Pflegebett im Wohnzimmer aufgebaut wird.*

## Reframing

Durch den Verlust von Selbständigkeit und die zunehmende Abhängigkeit empfinden sich viele Patienten als passiv der Situation ausgesetzt. Manchmal hilft die Sichtweise, dass das Abgeben von Eigenständigkeit ein aktiver Umlernprozess ist, der viel innere Arbeit erfordert. Wenn Patienten oder Angehörige zu hohe Ansprüche an sich stellen und sich über ihr eigenes Verhalten wundern, wirkt die Zusage, dass dies "eine normale Reaktion in einer unnormalen Situation" darstelle, entlastend.

## Entschleunigung

Ein klassisches Muster ist sich gegenseitig schonen zu wollen. Keiner der Familienmitglieder spricht über den Tod - aus Angst, den anderen zu verletzen. Hier werden Arzt oder Psychologe zu Katalysatoren, die im Beisein aller stellvertretend dem Unausgesprochenen Worte verleihen. Oft neigen Angehörige zur Überaktivität oder zum Überbetonen von Hoffnung und Optimismus, wodurch auch leise Andeutungen der Patienten zugedeckt werden (die Patienten sind meist einen Schritt weiter im Wissen um das Sterben). In diesem Zusammenhang ist mir der Begriff der Entschleunigung wichtig geworden: Indem Tendenzen des Darüberhinweggehens Einhalt geboten wird, kann dem Thema "Sterben" Raum gegeben werden, worauf sich die Situation entspannt.

*Im Einzelgespräch schildert Frau D., dass die Überfürsorge ihres Mannes ihr die Luft nimmt. Er wolle nicht wahrhaben, dass die Krankheit fortschreitet und sie einfach keinen Appetit mehr habe. Im Familiengespräch wagt die Patientin auszusprechen, dass sie bald sterben werde. Der Mann kontert daraufhin mit Beschwichtigungen. Ich unterbreche ihn und bitte die Patientin den Satz noch einmal zu sagen. Ich gehe zu ihm, lege ihm unterstützend die Hand auf den Rücken, worauf er still wird und der Satz wirken kann. Es ist wichtig, die Hilflosigkeit anzuerkennen. Nach einer kurzen Pause geht das Gespräch viel gelöster weiter.*

## Paargespräche

Es ist wichtig, dass die Bedürfnisse aller Beteiligten Gehör finden und gewürdigt werden. Nach Lektüre eines Artikels in der Zeitschrift "Kontext" habe ich erfolgreich das Konzept des "Paargesprächs als Einzelgespräch" (Hinsch, 2008) eingesetzt, in welchem gerade nicht zirkulär und interaktiv gefragt wird, sondern phasenweise zunächst mit dem einen, dann mit dem anderen Partner gesprochen wird. Der jeweils Zuhörende erfährt auf diese Weise viel über die Gefühle und Bedürfnisse des Erzählenden.

*Frau J. grübelt viel über ihre Krankheit und die aussichtslose Situation. Als ich ins Zimmer komme, sitzt der Ehemann am Tisch und löst Sudoku-Rätsel. Ich lade ihn ein, dazubleiben und gebe im Gespräch mit der Patientin ihrer Traurigkeit Raum. Sie empfindet Schmerz über die verlorene Zukunft und erinnert sich an die vielen guten Jahre mit ihrem Mann. Obwohl dieser sonst sehr redselig ist und oft an Stelle seiner Frau antwortet, hört er aufmerksam zu. Als seine Frau von der guten Ehe spricht, ist er sichtlich gerührt. Ich teile beiden mit, dass ich berührt von der warmen Atmosphäre hier im Zimmer bin: Neben der Trauer gibt es auch das Gefühl von Dankbarkeit, das beide verbindet und Kraft spendet.*

## Konfliktmoderation

Ich habe den Eindruck, dass die familiären Konflikte, die auf der Palliativstation eine Rolle spielen, eher tiefgreifender Natur sind. Vielleicht ist das eine subjektive Wahrnehmung, vielleicht liegt es aber auch daran, dass sich der Blick von Sterbenden meist auf das Wesentliche richtet. Es gibt Untersuchungen zur Wandlung von Werten bei Palliativpatienten, die zeigen, dass sich der Blick weg von Selbst-bezogenen Werten ("Leistung", "Macht") hin zu Selbst-transzendenten Werten ("Wohllollen") wendet. Ebenso sind die Angehörigen darum besorgt, dass der Patient noch möglichst gute Tage hat. Möglicherweise bemühen sich die Familien daher, so gut wie möglich miteinander auszukommen, sind daher bemüht um Lösungen oder vermeiden von vornherein konflikthafte Situationen. Tiefgreifende Konflikte kommen besonders dann zum Tragen, wenn die häusliche Weiterversorgung in Frage steht.

*Herr H. zeigt erhebliche Schwierigkeiten in der Krankheitsverarbeitung; er verleugnet die Endlichkeit und stellt sich nicht der Situation, indem er sich alle Therapieoptionen offenhält. Seine Frau beklagt, dass er sich nicht verantwortlich verhält und ist mit der Sorge um Ehemann und ihren 8-jährigen Sohn völlig überlastet. Im Paargespräch wird deutlich, dass die Ehe schon lange keine Grundlage mehr hat. Ich unterbreche, wenn Streitmuster auftreten und achte auf Wertschätzung und Formulierung der jeweiligen Bedürfnisse. Die Frau traut sich nicht zu sagen, dass sie ihren Mann nicht mehr zuhause haben will; ich nehme den unausgesprochenen Auftrag, ihr dies abzunehmen, nicht an, gebe aber abschließend meinen Eindruck wider, dass ein tiefer Graben zwischen beiden besteht und es auch eine Aufgabe in den nächsten Tagen sein wird, über andere Lösungen - wie etwa Hospiz - nachzudenken. Im Nachgespräch mit dem Patienten meint dieser, das Gespräch sei schlimmer als die Diagnoseeröffnung gewesen. An ein Hospiz möge er nicht denken, das sei eine Abschiebestation, worauf ich vorschlage, er könne sich darüber ja ein eigenes Bild machen und sich vor Ort selbst ein Bild machen. Wenige Tage später erklärt Herr H., er habe erkannt, dass das zu Hause nicht mehr gehe und er wolle sich das Hospiz anschauen. Auch hier moderiere ich zwischen den Ehepartnern, da die Frau der Meinung ist, das dauere zu lange und sie würde besser alleine hinfahren. Ich stärke die Position des Mannes: es sei wichtig, dass er sich dafür selbst entscheide. Nachdem Herr H. das Hospiz besucht hat, entscheidet er sich dafür ("zuhause würde ich am Ärger sterben statt an der Krankheit"). Beide Ehepartner sind daraufhin deutlich gelöster.*

## Generationsgrenzen

In manchen Familien sind die Generationsgrenzen diffus, was sich darin äußert, dass schon als Kind Verantwortung für die Eltern übernommen wird. Bei solchen Familien achte ich bewusst auf die Sitzordnung. Ganz allgemein bin ich durch das systemische Denken sensibilisiert für die Reihenfolge der Begrüßung (zuerst die Eltern, dann die Kinder). Auch wenn das nicht unbedingt als Intervention betrachtet werden muss, ist es doch zumindest für mich selbst jedesmal eine Erinnerung, dass hier eine Familie vor mir sitzt und dass der Patient eine bestimmte Stellung in dieser Familie inne hat, auch wenn er hier, im Krankenhaus-Flügelhemd und mit unfrisierten Haaren ein Stück seiner Persönlichkeit beraubt, hilflos im Krankenbett liegt.

Wiederholt habe ich mit erwachsenen Kindern von Patienten gearbeitet, deren Kindheit durch eine Vertauschung der Eltern-Kind-Rolle geprägt war. Wenn nun ein Elternteil erkrankt ist, bauen sich starke Schuldgefühle auf, da das Für-die-Eltern-sorgen nicht aus einer Erwachsenen-, sondern von einer Kindposition aus empfunden wird. Hier ist es wichtig, diese Dynamik aufzudecken und zu betonen, dass Abgrenzung richtig und wichtig ist und sie das Recht auf ein eigenes Leben haben. Zur Klärung der Familiendynamik fertige ich oft eine Family-map nach Minuchin an.

*Frau P., 68, zeigt auffälliges Verhalten, das auf eine Persönlichkeitsstörung hinweist (Spaltung, Projektion, Misstrauen, widersprüchliche Inhalte in einem Satz - "leider Gott sei Dank"). Die Tochter sieht sich nicht mehr in der Lage, die Mutter weiterhin zuhause zu versorgen. Sie soll die Entscheidung über den weiteren Verbleib (Verlegung in ein Hospiz) treffen, fürchtet aber, dies hinterher vorgeworfen zu bekommen. Im Einzelgespräch meint sie, sie sei ja selbst schuld, da sie ihre Mutter dazu erzogen habe, nicht selbst zu entscheiden. Ich frage nach, seit wann sie ihrer Mutter denn die Entscheidungen abnehme. Wir arbeiten heraus, dass die Mutter nie klare Grenzen gezogen hat; die Kinder hatten schon früh gelernt, zu spüren, was die Mutter wollte, um sich dementsprechend zu verhalten, da sonst Liebesentzug drohte. Die Kinder übernahmen somit die Verantwortung für das Klima in der Familie. Ein erwachsenes Verhalten zeigt sich jetzt in der aktuellen Situation darin, die eigenen Grenzen anzuerkennen und zur eigenen Entscheidung zu stehen. Die Schuldgefühle (sie habe für die Mutter zu sorgen) entspringen der Kind-Position.*

## Visualisierung

Durch den Einsatz von Visualisierungsmethoden können auf einer nicht-kognitiven Ebene Einsichten gewonnen, Entscheidungen getroffen oder Themen bewusst gemacht werden. Patienten und - in einem noch stärkeren Ausmaß - Angehörige haben aufgrund der problematischen Situation "den Kopf voll", alles scheint zu viel und nicht bewältigbar; neben der Belastung durch den herannahenden Tod gibt es viele andere Anforderungen wie Organisation von Hilfsmitteln, Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, Druck durch den Arbeitgeber oder aufflammende familiäre Konflikte. In solchen Fällen versuche ich die Informationsphase zu begrenzen (die Belastung führt oft zu ungefiltertem Redefluss), um mittels Skulptur, Familienbrett, Tetralemma oder leerem Stuhl zu arbeiten.

Die Skulpturarbeit findet meist mit Symbolen statt (Kissen oder andere greifbare Gegenstände), wobei ich mir vornehme, hier mehr auszuprobieren, mehr Kreativität ins Krankenzimmer zu bringen.

Für wichtige Personen, die bei einem Familiengespräch nicht dabei sein können, stelle ich mittlerweile einen leeren Stuhl dazu. Auch mit Angehörigen arbeite ich mit dem leeren Stuhl, oft im Zusammenhang mit Schuldgefühlen (dann sitzt auf dem Stuhl oft der Angehörige als Kind, zu dem es Kontakt herzustellen gilt) oder bei Aussöhnungsthemen.

Das Tetralemma konnte ich bereits mehrmals erfolgreich bei Angehörigen einsetzen, um anstehende Fragen zu klären.

*Frau N., 49, die Schwester einer Patientin, steht vor der Entscheidung, ob sie jetzt in den seit langem gebuchten Urlaub fahren soll - in dem Wissen, dass ihre Schwester währenddessen sterben könnte. Laut Aussage einer Wahrsagerin würde sie noch eine Weile länger leben, aber das sei ja keine Garantie... Ich schlage vor, mittels der Raumecken nach der für sie richtigen Lösung zu suchen (Tetralemma). Die "pro"- und die "contra"-Ecken fühlen sich ähnlich unruhig an, aus der "beides zusammen"-Ecke flieht sie sofort: das ist der momentane Zustand. Durch die Empfindungen in der "weder-noch"-Ecke wird klar, dass die Frage des Wegfahrens nur vordergründig ist - im Grunde geht es, unabhängig vom Ort, um das Abschiednehmen.*

### **Das Narrativ - die Konstruktion von Realität beeinflussen**

Während ich anfangs Familien beim unmittelbaren Sterbeprozess still begleitet habe, verbalisiere ich jetzt behutsam das Geschehen, um in Erfahrung zu bringen, welche "Geschichte" über die Situation "konstruiert" wird. Ich habe beobachtet, dass meist nicht die Situation des Sterbens an sich schrecklich ist, sondern wie diese erlebt wird, wobei oft Trauergefühle auf die Situation projiziert werden. Dadurch kann die Atmosphäre tiefen Friedens, die vom Sterbenden häufig ausgeht, überdeckt werden. Schon während des Erlebens wird die spätere Erinnerung also durch selektive Wahrnehmung negativ eingefärbt, wird eindimensional. Offenbar ist eine positive Beeinflussung des Narrativs in dieser Situation möglich, indem zur sinnlichen Beobachtung dieser angeregt wird ("schauen Sie das Gesicht genau an", "wie ist die Atmosphäre hier im Zimmer?" u.ä.).

*Auf dem Flur treffe ich eine Frau an, die offensichtlich aufgewühlt nach Hilfe sucht. Sie erklärt, dass eben ihre Tante Frau Y. gestorben sei. Alles sei ganz schrecklich. Die Nachfrage, ob es Komplikationen gegeben habe, verneint sie. Im Zimmer sei noch die Tochter. Ich betrete das Zimmer. Eine Frau von ca. 50 Jahren steht gebeugt am Bett und weint bitterlich. Ich frage behutsam nach und erhalte die Auskunft, dass die Mutter in hohem Alter friedlich gestorben sei. Sie habe sie über 10 Jahre lang liebevoll gepflegt. Ich würdige diese lange Zeit der Hingabe, ihre tiefe Liebe und ihren Schmerz über den Verlust. Nach einer Weile kann die Tochter auch den Frieden spüren.*

### **Ressourcenorientiertheit**

Was sich durch meine gesamte Arbeit durchzieht, ist das Stärken und Benennen von inneren Ressourcen. Die akute Krankheits- bzw. Sterbephase stellt eine tiefgreifende Veränderung für die Familie dar, die Familienmitglieder sind buchstäblich aufgelöst, die bevorstehende Neuordnung des familiären Systems bewirkt bei allen Beteiligten eine tiefe Verunsicherung. Oft müssen alte Rollen aufgegeben und neue angenommen werden. In dieser Krisensituation brauchen alle Beteiligten viel Unterstützung. Es ist wichtig zu würdigen, was von jedem geleistet wird, gerade in Hinblick auf die Hilflosigkeitsgefühle (dass "nichts mehr getan werden kann"). Um die verbleibende Lebensqualität würdigen und genießen zu können, muss der Blick mehr auf das gerichtet sein, was noch möglich ist, damit die Trauer über das Verlorengegangene nicht alles überdeckt.

## 5 Schlussbetrachtung und Ausblick

Im Fallbeispiel zum Thema Konfliktmoderation wird vielleicht am deutlichsten, was die Arbeit im palliativen Kontext besonders kennzeichnet: Das Bewusstsein über die zeitliche Begrenzung kann zu einer "Erhitzung" der Familienstrukturen führen. Entwicklungsprozesse scheinen bei manchen Menschen nun schneller voranzugehen als sonst im Leben, der Blick weitet sich von den individuellen Bedürfnissen mehr zum gesamten sozialen Umfeld hin - man will geordnete Verhältnisse hinterlassen und ist zu mehr Konzessionen bereit. Der "lösungsorientierte-Kurzzeit-Blick" ist keine Notlösung, sondern die angemessene und passende Methode, da in kurzer Zeit mehr Veränderung möglich ist. So lässt sich die Rolle des Psychologen als Wegbegleiter definieren, der die gesamte Familie dabei unterstützen kann, die Krise zu gestalten und sich weniger der Situation ausgesetzt zu fühlen.

Ein Bereich, den ich zukünftig noch mehr einbringen will, sind Rituale. Vor allem in der unmittelbaren Sterbephase braucht die Familie nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten, um sich nicht "verloren" zu fühlen. Für die Angehörigen ist das Erleben des Sterbeprozesses äußerst wichtig für die folgende Trauerzeit. Es ist auch hier wichtig, an die Ressourcen der Familie anzuknüpfen, das aufzugreifen, was bereits da ist.

Wie aus den Beschreibungen deutlich wird, nimmt die Betreuung der Angehörigen einen großen Raum ein. Es gibt allerdings kaum Forschung darüber, welche Bedürfnisse die Angehörigen genau haben, da sowohl der Blick der Angehörigen selbst als auch der der Behandler allein auf die Patienten gerichtet war. Durch eine Stellenerweiterung über Drittmittel habe ich nun die Möglichkeit, die Bedürfnisse der Angehörigen zu erforschen. Da Angehörige auf die Frage, was sie denn gerade brauchen, keine Antwort wissen und mit den Achseln zucken, möchte ich versuchen, indirekt danach zu fragen. Geplant ist eine zukunftsorientierte Timeline mit den Stationen "Heute - Sterben des Angehörigen - 1 Jahr danach", wobei die Timeline auf dem Boden abgegangen und somit die Körperbewegung einbezogen werden soll. Möglicherweise wird die Benennung der Stationen auch dem Angehörigen überlassen. Für jede Station sollen die Ressourcen gesammelt werden ("was hilft zur Bewältigung der Situation?"), welche ggf. über Imaginations- und Skulpturarbeit gefunden werden können. Die Ressourcen geben Aufschluss über die Bedürfnisse (und können zudem direkt vom Klienten mitgenommen werden). In einem ersten Versuch habe ich positive Erfahrungen gemacht:

*Frau A. legt folgende Stationen auf den Boden: 1. Das anstehende Familiengespräch, 2. Arbeit (wann Freinehmen?), 3. Kinder (Organisation v. Betreuung), 4. Tod von Mama, 5. Verantwortung für Papa. Beim Abgehen kommt noch ein wichtiger Punkt auf: "Mein Leben". Dieses legt Frau A. aber nicht in die Zukunft, sondern seitlich neben alle anderen Stationen. Ihr wird bewusst, dass sie jetzt in dieser Situation für sich sorgen, Freiräume schaffen darf und muss. Meine Frage, ob es in der Zukunft nicht auch noch eine Station "Trauer" gebe, verneint sie - die Trauer ist immer dabei.*

## **6 Quellenangaben**

Fryszler A, Schwing R: Systemisches Handwerk. Vandenhoeck & Ruprecht, 2006

Hinsch J: Paartherapie: Wechselspiel von Autonomie und Bezogensein. In: Kontext, Bd. 34, 04/2008

Kröger, F: Niemand ist alleine krank. Seminar des praxis-Instituts, 2006

McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ: Familientherapie in der Medizin. Auer, 1997

Schlippe A von, Schweitzer J: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, 2003