

Sandra Burgstaller

# **Systemische palliative Psychotherapie**

Wandlungsprozesse am  
Lebensende begleiten

Mit einem Vorwort von Tom Levold

2023

# Inhalt

<b>Vorwort des Herausgebers</b> .....	<b>8</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Systemische Therapie im Palliativbereich</b> .....	<b>15</b>
1.1 Palliative Care .....	15
1.2 Systemische Therapie .....	18
1.2.1 <i>Theoretische Grundlagen</i> .....	19
1.2.2 <i>Haltung</i> .....	21
1.2.3 <i>Methoden</i> .....	23
1.3 Systemische palliative Psychotherapie .....	26
1.4 Reflexion über Sterben und Tod .....	35
<b>2 Übergangsprozesse im theoretischen Diskurs</b> .....	<b>39</b>
2.1 Phasenmodelle in Übergangsprozessen .....	39
2.1.1 <i>Übergangsriten nach van Gennep und Turner</i> .....	40
2.1.2 <i>Heldenreise nach Campbell</i> .....	41
2.1.3 <i>Phasenmodelle in der systemischen palliativen         Psychotherapie</i> .....	44
2.2 Neurobiologische Grundlagen .....	47
2.2.1 <i>Dreieiniges Gehirn nach MacLean</i> .....	47
2.2.2 <i>Die Polyvagal-Theorie nach Porges</i> .....	48
2.2.3 <i>Das Stresstoleranzfenster nach Siegel</i> .....	51
2.2.4 <i>Körperorientierung in der systemischen         palliativen Psychotherapie</i> .....	53
<b>3 Transitionsprozesse im Palliativbereich</b> .....	<b>57</b>
3.1 Begriffsklärung .....	57
3.2 Das palliative Transitionsmodell .....	59
3.2.1 <i>Phase der Lebenssehnsucht</i> .....	61
3.2.2 <i>Phase der Todessehnsucht</i> .....	62
3.2.3 <i>Hingabebereitschaft und der Moment der Hingabe</i> .....	65
3.2.4 <i>Phase der Hingabe</i> .....	70
3.3 Zwischen Ohnmacht und Stärke .....	72
3.3.1 <i>Widerstand aus systemischer Sicht</i> .....	75
3.3.2 <i>Die Ich-Selbst-Verkörperung nach Essen</i> .....	77
3.4 Transitionselemente .....	81
3.4.1 <i>Verschlossenheit – Offenheit</i> .....	81

3.4.2	Sinnlosigkeit – Demut .....	83
3.4.3	Misstrauen – Vertrauen .....	85
3.4.4	Abwesenheit – Präsenz .....	86
3.4.5	Abwertung – Selbstliebe .....	88
3.5	Der Selbstwert in Übergangszeiten .....	90
3.5.1	Begriffsklärung .....	90
3.5.2	Das Selbstwert-Modell .....	94
3.5.3	Der Selbstwert in der systemischen palliativen Psychotherapie .....	98
3.6	Rituale zur Gestaltung von Übergängen .....	102
3.6.1	Formen .....	102
3.6.2	Funktion .....	104
3.6.3	Gestaltungsmerkmale .....	105
3.6.4	Rituale in der systemischen palliativen Psychotherapie .....	107
<b>4</b>	<b>Der Therapieprozess im palliativen Transitionsmodell .....</b>	<b>110</b>
4.1	Beschreibung von Frau P. ....	110
4.2	Lebenssehnsucht .....	111
4.2.1	Veränderung der Identität .....	111
4.2.2	Lebenssehnsucht im Therapieverlauf .....	117
4.3	Todessehnsucht .....	124
4.3.1	Umgang mit schmerzlichen Emotionen .....	124
4.3.2	Trostquellen im Umgang mit schmerzlichen Emotionen .....	132
4.3.3	Todessehnsucht im Therapieverlauf .....	137
4.4	Hingabe .....	145
4.4.1	Drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit .....	145
4.4.2	Hingabe im Therapieverlauf .....	154
4.5	Reflexion und Nachbereitung des Therapieverlaufs .....	160
<b>5</b>	<b>Weitere Therapieprozesse .....</b>	<b>165</b>
5.1	Frau H. – Lebenssehnsucht .....	165
5.2	Herr F. – Lebens- und Todessehnsucht .....	169
5.3	Herr M. – Lebens-, Todessehnsucht und Hingabe .....	173
<b>6</b>	<b>Conclusio .....</b>	<b>177</b>
6.1	Kritische Betrachtung .....	178
6.2	Persönliche Reflexion .....	180

<b>Gedichte</b> .....	<b>183</b>
<i>Verdrängter Schmerz</i> .....	183
<i>Meine größte Angst</i> .....	183
<i>Es gibt immer ein nächstes Mal</i> .....	184
<i>Jahreszeiten-beheimatet</i> .....	184
<b>Dank</b> .....	<b>185</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>186</b>
Reflexionsfragen zum Umgang mit Veränderungen .....	187
Drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit .....	190
Trostquellen im Umgang mit schmerzlichen Gefühlen .....	191
Reflexionsfragen zur Stärkung des Selbstwerts .....	192
Vorbereitung eines Transitionsrituals .....	193
<b>Literatur</b> .....	<b>194</b>
<b>Über die Autorin</b> .....	<b>198</b>

# Einleitung

Der Tod fordert uns zum Leben auf. Leben bedeutet Veränderung, Entwicklung und Wandlung. Jeder Moment ruft dazu auf, uns von Vertrautem zu verabschieden und uns für Neues zu öffnen. Besonders gefordert sind wir dann, wenn der Tod uns schonungslos mit dem ultimativen Ende unseres Lebens konfrontiert und uns jegliche vermeintliche Sicherheit nimmt.

Menschen zu begleiten, die sich ihrer Endlichkeit stellen und sich endgültig von all dem verabschieden müssen, was sie zurücklassen, stellt auch uns professionelle HelferInnen vor die große Aufgabe, uns gegenüber dem Tod zu positionieren. Bei meiner Tätigkeit als Psychotherapeutin auf einer Palliativstation und als Sozialarbeiterin in einem Palliativkonsiliardienst<sup>1</sup> begegnete mir – wenngleich mit anfänglicher Unsicherheit – der Tod allmählich als Lehrmeister für das Leben. Er forderte mich schonungslos dazu auf, meine bislang richtungweisenden Überzeugungen, Werte und Prioritäten zu überdenken, und zeigt sich nun auch – in meiner Arbeit in freier Praxis – in zahlreichen Facetten, die mich sowohl auf die Vergänglichkeit als auch die Einmaligkeit eines jeden Augenblicks aufmerksam machen.

Im Rahmen meiner Tätigkeit hielt ich Ausschau nach wissenschaftlichen Theorien und Modellen der palliativen Psychotherapie. Umfassende Recherchen und die reflexive Auseinandersetzung mit meinen beruflichen Erfahrungen steigerten mein Interesse für die unterschiedlichen Haltungen und Umgangsformen der Menschen mit ihrem bevorstehenden Tod. Aus daraus gewonnenen Erkenntnissen, dem professionellen Austausch mit KollegInnen auf der Palliativstation sowie meiner direkten Arbeit mit PatientInnen entwickelte ich eigene Hypothesen und Modelle, die ich in diesem Buch präsentiere.

Das erste Kapitel lädt mit einer kurzen Beschreibung des Palliativbereichs dazu ein, sich ein Bild über das Setting zu machen, innerhalb dessen sich diese Arbeit bewegt. Die daran anschließende Ausführung

---

<sup>1</sup> Der Palliativkonsiliardienst ist in Österreich und der Schweiz ein einem Krankenhaus zugehöriges multiprofessionelles und speziell qualifiziertes Team, das von KollegInnen anderer Krankenhausabteilungen für die Behandlung und Betreuung von PalliativpatientInnen beratend hinzugezogen werden kann. In Deutschland sprechen wir vom *Palliativen Konsildienst*.

theoretischer Grundlagen der systemischen Familientherapie ermöglicht es, diese beiden Bereiche aufeinander zu beziehen und in weiterer Folge die meinerseits eingeführte Begrifflichkeit der *systemischen palliativen Psychotherapie* nachzuvollziehen.

Im zweiten Kapitel möchte ich einen Einblick in bedeutsame Forschungen zu »Übergängen«, also zu Zeiten von größeren Veränderungen im Leben, geben. Dafür ziehe ich Forschungsarbeiten zu *Übergangsriten*, die die Dynamiken von Übergängen beschreiben, heran und beschreibe die *Heldenreise*<sup>2</sup>, die diese Dynamiken sowohl in Märchen als auch in existenziellen Lebensphasen thematisiert. Wie sich anspruchsvolle Lebensphasen auf den Körper auswirken und wie wir anhand von Körperübungen für mehr Wohlbefinden sorgen können, zeigt eine anschließende Beschreibung von neurobiologischen Ansätzen, wie unter anderem der Polyvagaltheorie.

Für eine differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Umgangsformen mit dem Tod habe ich aus bestehenden Theorien und Konzepten ein neues Modell entwickelt, das ich als *palliatives Transitionsmodell* bezeichne. Im dritten Kapitel beschreibe ich dieses aus drei Phasen bestehende Modell, nämlich der *Phase der Lebenssehnsucht*, in der Menschen sich mit allen Mitteln darum bemühen, am Leben zu bleiben, der *Phase der Todessehnsucht*, in der Menschen um einen baldigen Tod ringen, und der *Phase der Hingabe*, in der Menschen ihren bevorstehenden Tod annehmen und dadurch ihre letzte Lebenszeit bewusst gestalten. Diese Einteilung dient dazu, Menschen mit Erkrankungen im palliativen Stadium in Bezug auf ihre Haltung gegenüber ihrem bevorstehenden Tod einzuschätzen. Das Modell bietet uns anhand einer Einordnung des individuellen Entwicklungsstandpunkts Vorschläge für eine darauf abgestimmte bedürfnis- und anliegenorientierte psychotherapeutische Behandlung an.

Menschen bewegen sich im Zuge ihres Entwicklungsprozesses zwischen Polen der *Ohnmacht* und der *Stärke* (vgl. Abschn. 3.3). Diese werden ebenso erläutert wie jene inneren Qualitäten, die sich im Zuge solcher innerpsychischen Entwicklungsprozesse verändern, sogenannte *Transitionselemente* (vgl. Abschn. 3.4).

Der Selbstwert hat einen großen Einfluss darauf, wie erfolgreich Veränderungsprozesse bewältigt werden. Der von mir konzipierte

<sup>2</sup> Ich sehe bei dieser Bezeichnung von der gegenderten weiblichen Form ab aufgrund der Verbreitung der maskulinen Form im Sinne von Joseph Campbell.

*Selbstwert-Orientierungskreis* zeigt, woran Menschen ihren Selbstwert messen. Mit dem daraus entwickelten *Selbstwert-Modell* können wir PatientInnen dabei unterstützen, ihren eigenen Wert und ihre damit verbundene Lebensweise zu reflektieren und so zu adaptieren, dass sie ihr Leben bis zum letzten Augenblick authentisch gestalten können (vgl. Abschn. 3.5).

Da sich *Rituale* als hilfreich für die Begleitung von Übergangsprozessen in der systemischen Familientherapie bewährt haben, finden auch diese mit einer Beschreibung ihrer Funktion und ihrer Gestaltungsmöglichkeiten einen Platz in diesen Ausführungen (vgl. Abschn. 3.6).

Das vierte Kapitel widmet sich der Darstellung eines psychotherapeutischen Prozesses mit einer ausgewählten Patientin, die ich im Zuge ihrer beiden Aufenthalte auf der Palliativstation begleiten durfte. Die Beschreibung des Therapieverlaufs anhand des *palliativen Transitionsmodells* nährt sich aus den Erkenntnissen in der Begleitung der Patientin und aus der Vertiefung mit damit in Verbindung stehenden Theorien sowie den angewandten Methoden.

Im weiteren Verlauf stelle ich Trostquellen im Umgang mit schmerzlichen Gefühlen (vgl. Abschn. 4.3.2) und drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit (vgl. Abschn. 4.4.1) vor, die jeweils als Leitfaden für eine selbstbestimmte Gestaltung von Abschiedsprozessen dienen. Sie können nicht nur in der Begleitung von schwer kranken Menschen, sondern auch nach dem Versterben eines wichtigen Menschen einen wertvollen Beitrag zur Erarbeitung eines gelingenden Umgangs mit Verlusten leisten.

Die Beschreibung weiterer psychotherapeutischer Prozesse im fünften Kapitel ermöglicht einen Einblick in die Diversität der Haltungen von Menschen in Bezug auf ihren bevorstehenden Tod. Das sechste und damit letzte Kapitel zeigt eine kritische Auseinandersetzung in Bezug auf die Relevanz dieser Themen für unsere Praxis und ein persönliches Resümee. Im Anschluss daran gibt es noch vier kurze Gedichte von mir zu lesen.

Im Anhang finden sich – auf die im Buch beschriebenen Inhalte abgestimmte – nützliche Arbeitsblätter. Diese können Sie, geschätzte LeserInnen, gerne für Ihre therapeutische Arbeit mit Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt sowie auch – mit entsprechender Modifizierung – in anderen Übergangsphasen ihres Lebens heranziehen.

Das Buch soll dazu beitragen, Orientierungspunkte für die Mitgestaltung eines selbstbestimmten und konstruktiven Umgangs mit der letzten Lebenszeit zu bekommen. Primär ist es in der professionellen Arbeit mit Menschen, die sich mit ihrem bevorstehenden Tod auseinandersetzen, einsetzbar. Obgleich der Schwerpunkt auf der psychotherapeutischen Begleitung liegt, können die Inhalte doch auch von unterschiedlichen Berufsgruppen sowie von Angehörigen von schwerkranken Menschen herangezogen werden.

Die beschriebenen Anregungen beziehen sich auf drei Aufgabebereiche: Erstens unterstützt das im Buch vorgestellte palliative Transitionsmodell dabei, PatientInnen bezüglich ihrer Haltung gegenüber ihrem bevorstehenden Tod einzuordnen und ihren Wünschen entsprechend zu begleiten. Zweitens stellt es eine Anleitung für die Begleitung jener Menschen dar, die darunter leiden, bald sterben zu müssen, und noch entscheidende Entwicklungsschritte vollziehen möchten. Drittens unterstützt das dafür entwickelte Modell diejenigen, die sich bereits mit ihrem baldigen Tod arrangiert haben und sich eine konstruktive und sinnvolle Gestaltung ihrer letzten Lebenszeit wünschen.

Dieses Werk richtet sich somit an alle in der Sterbebegleitung tätigen Menschen, die sich für die vielseitigen Facetten, in denen uns der Tod im Leben begegnet, interessieren. Die vorgestellten Modelle und Methoden können in sämtlichen Veränderungsprozessen ihre Anwendung finden. Dennoch beziehen sie sich in erster Linie auf die Arbeit mit Menschen, die sich dem letzten aller Abschiede stellen. Zielgruppe für diese Lektüre sind daher Menschen, die im weitesten Sinne mit der Palliativarbeit zu tun haben, wie etwa psychoonkologisch tätige Personen aller Berufsgruppen sowie in der Hospiz- und Palliativarbeit tätige Personen und auch Menschen, die sich für Themen rund um Verlust, Trauer, Sterben und Tod interessieren.

Daher beziehe ich mich mit der »Wir-Form« auf jene Personen, die Menschen in ihrer letzten Lebenszeit begleiten. Wenn ich davon abweiche und mich auf »alle Menschen« beziehe, weise ich explizit darauf hin.

An dieser Stelle spreche ich allerdings eine Warnung aus: Dieses Buch beschäftigt sich mit einem hochsensiblen Thema, das niemanden unberührt lässt. Lassen wir uns emotional darauf ein, können diese Inhalte intensive Gefühle hervorrufen und uns mit bisher zur Seite geschobenen Themen konfrontieren. Es ist nicht für jede/n und nicht



zu jeder Zeit ratsam, sich dieses Buch zu Gemüte zu führen. Können Sie, geschätzte LeserInnen, sich allerdings gut und sicher darauf einlassen, lädt es Sie dazu ein, Krankheits-, Sterbe- und Todeskonzepte zu reflektieren und bietet erprobte und konstruktive Sichtweisen für die Arbeit mit Menschen im letzten Lebensabschnitt an.

Personenbezogene Daten wurden für Zwecke dieses Buches anonymisiert, um jegliche Rückschlüsse auf die jeweiligen PatientInnen und deren Angehörige zu vermeiden.

Die Begriffe *KlientInnen* und *PatientInnen* werden in diesem Buch synonym verwendet. Speziell im palliativen Kontext sprechen wir eher von *PatientInnen*, da sich diese im medizinischen Versorgungssystem aufhalten.

Als gendergerechte Schreibweise entschied ich mich für das Binnen-I und hoffe damit für einen angenehmen Lesefluss zu sorgen.

Emotionen zu bekommen. Erst als es Frau P. gelang, im therapeutischen Rahmen ihre »Schutzmasken« abzulegen und sich für all die auftauchenden leidvollen Gefühle zu öffnen, konnten sich diese transformieren. Es war mir ein Anliegen, die Bedürfnisse hinter ihren Emotionen zu erkennen und Frau P. als Person von ihren Emotionen zu unterscheiden.

Sorgfältig konnte ich mit Frau P. herausarbeiten, was hinter dem Todeswunsch stand und welches Bedürfnis sich mit diesem Wunsch äußerte. Nicht ein vorschneller Tod war das Ziel, sondern ein verbesserter Umgang mit der eigenen Angewiesenheit auf Unterstützung, mit der mangelnden Kontrolle über intimste Lebensbereiche und mit einer großen Ungewissheit hinsichtlich ihrer nahen Zukunft. Das Bedürfnis, wieder selbst Einfluss zu nehmen, dementsprechend ein Unterstützungssystem einzurichten und die Möglichkeit, verschiedene Gefühle zum Ausdruck zu bringen, stellten wir in dieser Zeit in den Vordergrund. Das verlangte viel Zeit und Energie von Frau P. Ressourcen- und lösungsorientierte Interventionen konnten kleine Veränderungen in Richtung einer als größer wahrgenommenen Wahl- und Handlungsfreiheit bewirken.

## 4.4 Hingabe

In der Phase der Hingabe ist es bereits gelungen, den bevorstehenden Tod und somit die aktuelle, meist sehr stark veränderte Lebenssituation anzunehmen. Für Frau P. war es in dieser Phase wichtig, bewusst Entscheidungen darüber zu treffen, wofür sie diese Zeit noch nützen wollte.

### 4.4.1 Drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit

Für eine bewusste und achtsame Gestaltung der letzten Lebenszeit kristallisierte ich drei Fragen heraus (vgl. Abb. 12, S. 146), die als Leitfaden in der Sterbebegleitung dienen. Diese orientieren sich an dem noch Erfahrbaren, an den Verabschiedungen von Mitmenschen und an den Grenzen des jetzt noch Möglichen. Die Fragen können aber auch mit entsprechender Anpassung im Zuge anderer Veränderungsprozesse herangezogen werden. Der folgende Abschnitt geht auf alle drei Fragen gesondert ein.

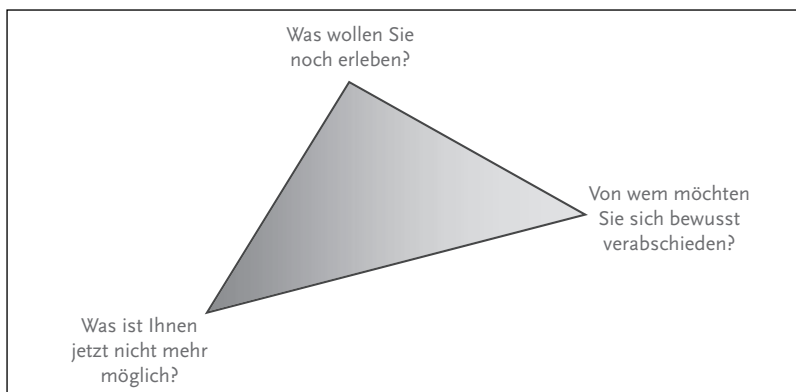


Abb. 12: Drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit

»Was wollen Sie noch erleben?«: Die erste Frage bezieht sich auf die Bedürfnisse und Wünsche für die letzte Lebenszeit. Hilfreiche Fragen, die wir unseren PatientInnen dazu stellen können, sind: »Was wollen Sie spüren, schmecken, hören, riechen und sehen? Was fühlt sich jetzt gut für Sie an? Was möchten Sie auf Ihrer Haut spüren? Auf welche Lebensmittel haben Sie Lust? Welche Lieder und Düfte haben Sie gerne? Wie möchten Sie Ihren Platz einrichten, sodass er noch mehr zu Ihrem Wohlbefinden beiträgt?« Diese Anregungen können den PatientInnen helfen, von innen heraus für den jeweiligen Moment zu erspüren, was sich stimmig und gut für sie anfühlt.

Erfahrungsgemäß haben Menschen auf der Palliativstation keine besonders großen Wünsche – im Sinne von »materiell sehr teuer« oder »von ihrer Organisation her sehr aufwendig«. Es ist oftmals nicht mehr wichtig, eine Reise zu unternehmen oder etwas anderes Außergewöhnliches zu erleben. Vielmehr wünschen sie sich, alltägliche Vorlieben zu genießen und diese zu etwas Besonderem zu machen. Sie möchten sich ein Gläschen Wein schmecken lassen, Lieder aus den Jugendjahren anhören oder mit den Füßen im Bach kaltes, fließendes Wasser spüren.

Es gilt auch, nach *Wünschen für die Zeit nach dem Tod* zu fragen, da diese aus Scham oder Unwissenheit oftmals zurückgehalten werden. Manche wollen zum Beispiel ihr eigenes Begräbnis vorausplanen oder ihren Sarg auswählen, doch nicht für jede PatientIn ist es selbstverständlich, für ihre Bedürfnisse einzustehen. Manchmal ist es das mangelnde Wissen darüber, was sie noch tun können, häufig ist pri-

mär die Aufmerksamkeit auf das gerichtet, was nicht mehr möglich ist. Die körperlich-medizinischen Maßnahmen nehmen ebenfalls viel Zeit und Raum ein. Viele PatientInnen sind sich ihrer Wünsche auch nicht bewusst oder wollen diese niemandem zumuten.

Eine symptomorientierte Sichtweise bewirkt häufig, dass Menschen zwischen Unmöglichkeitsgedanken hin- und herschwanken, sich als Opfer ihrer Umstände erleben und sich ausschließlich darauf konzentrieren, was ihnen von nun an verwehrt wird. Es kommt auch vor, dass sie sich aufgrund zahlreicher Erledigungen im Chaos der letzten Notwendigkeiten verlieren und letztendlich nichts mehr vollenden können. Bekommen sie dann Unterstützung dabei, sich auf einzelne Teilbereiche zu konzentrieren, können sie immerhin noch einige letzte Wichtigkeiten zum Abschluss bringen. Eine solche Priorisierung und Ordnung trägt wesentlich zu mehr Lebensqualität in der letzten Lebensphase bei.

»Von wem möchten Sie sich bewusst verabschieden?«: Ein weiterer Aspekt ist die Gestaltung der Abschiede von wichtigen Personen. Hier können wir auch danach fragen, auf welche Art und Weise die PatientInnen das tun möchten und wie sie sich dabei erleben beziehungsweise von anderen wahrgenommen werden wollen.

Bedarf es einer Reflexion darüber, wer tatsächlich wichtig im eigenen Leben ist, können zum Beispiel der Lebensbaum nach Denborough (vgl. Abschn. 4.2.1) oder auch die Netzwerkkarte nach dem österreichischen Sozialarbeiter und Supervisor Peter Pantucek (2012) zu mehr Klarheit beitragen.

Die Netzwerkkarte bildet die soziale Umgebung einer Person visuell ab und macht sichtbar, welche Menschen oder auch Tiere für jemanden wesentlich sind (vgl. Abb. 13, S. 148).

Eine solche Netzwerkkarte kann allein oder im Zuge einer psychotherapeutischen Sitzung erarbeitet werden (vgl. Pantucek 2012, S. 184 ff.). Die Veranschaulichung der Netzwerkdichte macht das Unterstützungsnetz sichtbar und erleichtert eine Reflexion über die Gestaltung von Abschieden. Manche PatientInnen möchten ihre fertige Zeichnung aufbewahren, da das Sichtbarmachen der wichtigen, vertrauten Menschen emotionale Prozesse auslöst und sich als sehr bedeutsam für sie erweist. Im Zuge der Anwendung dieser Methode mache ich immer wieder die Erfahrung, dass es PatientInnen hilft, über wichtige Beziehungen anhand einer solchen visuellen Darstellung zu reflektieren. Für manche Menschen ist es wohltuend, zu

sehen, dass sie in einem dichten Netzwerk eingebettet sind. Andere sind überrascht, an welche Personen sie vor dieser Übung gar nicht gedacht hätten. Wiederum andere nehmen traurig wahr, wie wenig besondere, nahe Beziehungen sie im Laufe ihres Lebens entwickeln konnten. Nach einem Betrauern dieser Feststellung kann ein ressourcenorientierter Blick dabei helfen, jene Beziehungen anzuerkennen, die trotzdem sichtbar wurden – immerhin bleibt keine Netzwerkkarte leer!

**Exkurs: Erstellung einer Netzwerkkarte**

Wir teilen ein Zeichenblatt in vier Bereiche ein, denen wir je einen Personenkreis zuordnen: die Familie, den Freundeskreis, Schul- beziehungsweise BerufskollegInnen sowie andere professionelle oder institutionelle Bekanntschaften.

Im Mittelpunkt zeichnen wir ein Symbol für die PatientIn ein.

Im nächsten Schritt tragen wir jene relevanten Personen, die sich im sozialen Umfeld befinden, im dazugehörigen Feld ein. Je wichtiger eine Person ist, desto näher zeichnen wir sie zur PatientIn hin.

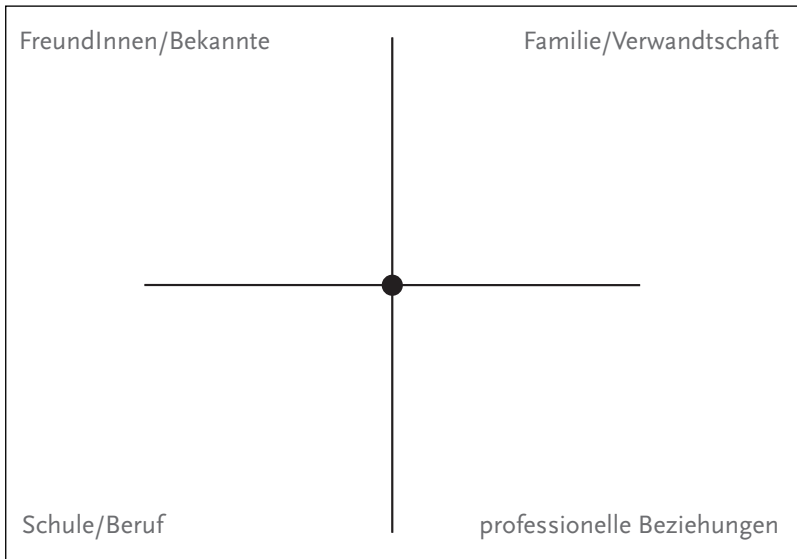


Abb. 13: Die Netzwerkkarte

Es ist nicht immer ganz einfach für PatientInnen, ihre Mitmenschen zu sich einzuladen. Immerhin riskieren sie damit zweierlei Umstände: Sie sehen die anderen in deren Erleben und möglicherweise in deren Verletzlichkeit, und sie muten sich selbst mit ihrer eigenen Verletzlichkeit anderen zu. Dadurch schüchtern Menschen mit schweren Erkrankungen ihr Umfeld oftmals ein. Auf einer Palliativstation können sie nicht mehr so tun, als ob alles gut sei, können sich nicht mehr so leicht hinter Rollen und Funktionen verstecken und sich durch den Austausch über oberflächliche Themen in der Komfortzone halten. Der Tod ist allgegenwärtig und lässt sich in diesem Setting nicht länger totschweigen. Er ist so lebendig und so groß wie selten sonst im Leben.

Im Alltag tun Menschen so, als wäre er nicht da – als würden sie ewig leben. Durch die implizite kollektive Übereinstimmung, darüber zu schweigen, ist es möglich, so zu tun, als gäbe es den Tod nicht. Doch auf einer Palliativstation lässt er sich nicht länger verleugnen. Seine Anwesenheit verunsichert Menschen. Alle Anwesenden sind dazu aufgefordert, sich mit ihrer Unsicherheit, mit ihren Emotionen und all dem, was sie sind – und das besonders in Abgrenzung zu all dem, was sie besitzen, – zu zeigen. Jegliches Make-up, jegliche hohe berufliche Position und jeglicher Besitz spielen weder für PatientInnen noch für BesucherInnen eine große Rolle. Es zählt nicht mehr das, was Menschen an der Oberfläche wahrnehmen. Vielmehr geht es darum, zu erspüren, was in ihnen vorgeht und wie sie aufeinander wirken.

»Ich spüre mich. Und ich spüre dich. Indem ich mich spüre, kann ich dich besser spüren. Ich sehe, dass du traurig bist – gleich, wie ich es bin«, meinte eine Patientin zu ihrem Neffen, der neben ihr am Sessel saß und nervös mit seinem Handy spielte. Nach diesen Worten legte er sein Telefon auf die Seite und begann zu weinen. Er hatte versucht, sich zu verstecken und nicht zu zeigen, wie traurig er war. Doch die direkte Ansprache dessen eröffnete einen Raum für ein ehrliches Miteinander.

Menschen sind sehr vertraut damit, sich auch bei persönlichen Treffen nicht zu zeigen. Sie verstecken sich in ihrem Alltag vorzugsweise hinter ihren Rollen oder Funktionen. Das macht ein Funktionieren in der Gesellschaft einfacher und vorhersehbar. Der Maler malt und der Bäcker backt. Damit erfüllen sie sehr eindeutig ihre gegenseitigen Erwartungen und können sich in Bezug auf ihre Rollen mit anderen

austauschen. Menschen können sich, wie im genannten Beispiel, hinter dem Handy, hinter belanglosen Themen, hinter Lügen oder hinter verschlossenem Verhalten verstecken beziehungsweise sich – ohne aufzufallen – innerlich zurückziehen.

Doch auf einer Palliativstation, also im expliziten Beisein des Todes, sind die Bedingungen dafür andere. Der Tod hütet Räume und Geheimnisse und eröffnet gleichzeitig den Raum für all das, was gesagt, gesehen und anerkannt werden möchte. Manche Angehörige nehmen deshalb die letzte Chance auf eine Verabschiedung von ihnen wichtigen Menschen nicht wahr. Doch diejenigen, die den Mut aufbringen, sich zu zeigen und dadurch dem Miteinander die letzte Würde zu erweisen, machen häufig tiefgreifende, bewegende Erfahrungen. Letzte Worte, letzte geteilte Augenblicke, letzte Gesten sind Eindrücke, an die sich Menschen meist ein Leben lang erinnern. Diesen Erfahrungen schreiben daher viele eine sehr große Bedeutung bei!

Zurück zu der Frage nach den Menschen, von denen wir uns eine Verabschiedung wünschen: Es ist wesentlich, sich bewusst zu machen, wen PatientInnen tatsächlich noch – von sich aus – sehen möchten. Die beschränkte Zeit und mögliche durch die Krankheit bedingte körperliche Einbußen führen dazu, dass weder eine große Anzahl von Menschen noch ein zeitlich ausgedehntes Miteinander mehr möglich sind.

Einerseits ist das sehr belastend, andererseits macht das diesen Lebensabschnitt so wertvoll: Er lässt nur noch Zeit und Raum für prioritäre Bedürfnisse und nicht mehr für Belangloses, Unwesentliches oder Nichtigkeiten. Es ist also sehr entscheidend, ehrlich abzuwägen, was wirklich wichtig ist, und so gilt es, sich zu fragen, wer einem tatsächlich ganz besonders am Herzen liegt. Dazu zählen allerdings nicht nur Menschen, die sich besonders liebevoll im eigenen Lebensbild hervorheben, sondern auch jene, mit denen es noch offene Konflikte gibt. Meist sind es Menschen aus der eigenen Familie und enge FreundInnen, mit denen noch ein Abschied herbeigesehnt wird.

Es gibt vielerlei Arten, sich zu verabschieden. Manche Abschiede stellen ein friedvolles Miteinander dar, andere beinhalten noch die Bewältigung verschiedener Aufgaben, eine Aussprache, ein Entschuldigen oder einen Ausdruck der gegenseitigen Bedeutsamkeit.

PatientInnen müssen Abschiede nicht immer in persönlicher Anwesenheit gestalten. Manchmal reicht es aus, Erinnerungen über Personen auszutauschen, Briefe oder Geschenke zu hinterlassen oder

uns telefonisch zu verabschieden. Immerhin ist jede Beziehung mit unterschiedlicher Dauer, Tiefe und Gestaltung einzigartig und erfordert demzufolge eine individuelle Form der Verabschiedung.

Wenn wir uns mit PatientInnen auf einen Abschied vorbereiten, können wir im Vorfeld überlegen, wie sie sich verabschieden beziehungsweise was sie noch gemeinsam erleben möchten: »Was gilt es noch einander mitzuteilen, zu erzählen oder auszusprechen?« Meist entscheiden sich PatientInnen ganz intuitiv, wen sie noch sehen möchten und was bei einer solchen – voraussichtlich letzten Begegnung – passieren soll. Häufig handelt es sich um Menschen, mit denen sie besonders lange, tiefgründige und intensive Beziehungen führen.

Letzte geteilte Augenblicke unterscheiden sich von alltäglichen Zusammenkünften. Sie sind häufig bereichert durch einen Hauch von Nähe, Tiefe und Wesentlichkeit. So kann es geschehen, dass es auch bei grundsätzlich kaum belasteten Beziehungen zum Ausdruck von Entschuldigungen oder bei eigentlich konfliktbehafteten Beziehungen zu gegenseitiger Wertschätzung kommt. Menschen wollen letzte Gelegenheiten dafür nützen, Unausgesprochenes auszudrücken und sich dadurch Ordnung zu schaffen.

Manchmal ist es aber auch so, dass es einfach nichts mehr zu sagen gibt. Worte werden hin und wieder nur noch als äußere Nichtigkeiten erlebt und würden eine unerwünschte Distanz herstellen. Ein gemeinsames Miteinander im Schweigen – mit der wesentlichen Unterscheidung zum Verstummen, das wir als unangenehme Distanz empfinden – erachten PatientInnen meist als wohlthuende Zuwendung, das von großer Vertrautheit geprägt ist. Gemeinsam zu weinen kann ebenso sehr trostspendend sein. Auch dafür bedarf es meist keiner Worte.

Gespräche über Banalitäten sind allerdings nicht immer Ausdruck davon, dass keine besondere Nähe zwischen diesen Personen besteht. Gerade durch das Hereinholen des Alltäglichen stellt sich eine gewisse Leichtigkeit im Miteinander ein. Es ist auch nicht immer ratsam, dem Tod zu viel Bedeutung beizumessen und ausschließlich über ihn zu philosophieren. Gemeinsam zu lachen und den Tod auf humorvolle Weise nicht allzu ernst zu nehmen, kann überaus befreiend und erleichternd sein und sich damit sehr positiv auf das letzte Miteinander auswirken.

Bevor PatientInnen sich von ihren Liebsten verabschieden, frage ich sie meist danach, in welcher Haltung sie von diesen erlebt werden



möchten. In diesem Zusammenhang ist es zielführend, zum Beispiel anhand von zirkulären Fragen darauf zu fokussieren, welches Bild sie von sich hinterlassen wollen. Dabei geht es nicht darum, sich verfälscht darzustellen, sondern sich bewusst zu machen, welche Seite man von sich zeigen möchte beziehungsweise an welche sich die anderen erinnern sollen. Es gibt vielleicht eine Seite, die sich sehr stark fühlt und – aus welchen Gründen auch immer – wenig Angst vor dem Tod hat. Gleichzeitig gibt es aber möglicherweise auch eine Seite, die gar nicht mehr aufhören kann zu weinen und sich den Abschied sehr schwer macht. Weiter kann derselbe Mensch eine Seite in sich wahrnehmen, die sich gar nicht mit dem Tod beschäftigt und sich auf allerlei andere Themen konzentriert. Durch das Wissen um diese unterschiedlichen Bedürfnisse in jedem Menschen können wir PatientInnen dabei unterstützen, sich bewusst zu entscheiden, welche Seite im Zusammentreffen mit einer anderen Person zum Vorschein kommen soll.

Immer wieder gibt es PatientInnen, die nach einer Verabschiedung bereuen, etwas Bestimmtes gesagt zu haben. Sie bedauern zum Beispiel, Vorwürfe geäußert oder ausschließlich ihre trostlose und depressive Seite gezeigt zu haben, obwohl es ihnen wichtig gewesen wäre, auch ihre Zuversicht zu vermitteln. Für die Vermeidung solcher Reuegefühle ist es wichtig, sich entsprechend auf die letzten Begegnungen vorzubereiten und zu eruieren, was für den jeweiligen Abschied und für das Weiterleben der Mitmenschen zentral und wichtig sein könnte.

Manche PatientInnen nutzen in diesem Zusammenhang die Gelegenheit, Abschiede mit ausgewählten Personen in einer therapeutischen Sitzung zu gestalten, andere vereinbaren im Nachhinein eine Sitzung, um Erfahrungen nachzubesprechen.

Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass trotz aller Vorbereitungen Begegnungen auch anders als geplant verlaufen können. Es soll hier nicht der Anspruch entstehen, alles planen und kontrollieren und einen schönen Abschied gestalten zu müssen. Sobald wir Begegnungen kontrollieren wollen, blockieren wir uns und berauben uns selbst unserer Würde, die im letzten Abschied liegt. Es geht nicht darum, alles zu planen, sondern ausschließlich darum, unser Leben bis zuletzt bewusst und so gut wie möglich mitzugestalten.

»Was ist Ihnen jetzt nicht mehr möglich?«: Die dritte Frage forscht danach, was Menschen aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung

jetzt nicht mehr tun können – oder vielleicht auch nicht mehr tun wollen. Bisher haben wir uns darauf konzentriert, was noch wesentlich ist und was noch getan werden möchte, dennoch ist es auch wichtig, uns auf die Grenzen des Möglichen zu besinnen und zu formulieren, was in bestimmten Situationen eben keinen Ausdruck mehr finden kann. Wie in Abschnitt 4.2.1 beschrieben, ist im Zuge eines schweren Krankheitsverlaufs mit zahlreichen Einbußen u. a. an Handlungsfähigkeit zu rechnen. Das bedeutet, dass vieles, was PatientInnen vorher gemacht haben, nun nicht mehr möglich ist. Die Grenzen des Möglichen sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. Manche können noch selbstständig ihren Alltag bewältigen, Reisen unternehmen und größere Projekte umsetzen, andere wiederum vermögen nicht einmal mehr ihre intimsten Bedürfnisse zu befriedigen und benötigen beim Essen oder der Körperhygiene Unterstützung.

Je nachdem, welche Einschränkung der jeweilige Krankheitsverlauf mit sich bringt, kann es wichtig sein, genau zu eruieren, wovon sich PatientInnen nun verabschieden müssen. Aus welchem Grund auch immer etwas nicht mehr möglich ist: Die Beantwortung dieser dritten Frage führt dazu, Aktivitäten oder Erlebnisse als Teil von sich selbst zu würdigen, ihnen damit ihre Anerkennung zu schenken und sie bewusst zu verabschieden.

Dieses bewusste Auf-die-Seite-Legen schafft Platz für all das, was trotz massiver Einschränkungen noch möglich ist. Die ausschließliche Aufmerksamkeitsfokussierung auf Positives stellt in diesem Zusammenhang eine mögliche Option dar, nimmt allerdings PatientInnen die Gelegenheit, auch mit dem Frieden zu schließen, was nur noch in der Erinnerung weiterlebt und keine Ausdrucksmöglichkeit in der neuen Lebensphase hat. Dieses implizierte Platzschaffen für das, was weiterhin möglich ist, kann einen befreienden Akt darstellen. So bekommen PatientInnen auch ein klares Bild von möglichen Erfahrungen, die sie noch machen möchten und können.

Diese drei Fragen bereichern den therapeutischen Prozess durch seine ordnende Funktion. Die Fokussierung auf diese soll dabei unterstützen, den letzten Lebensabschnitt aktiv und bewusst mitzugestalten. Nicht immer ist alles umsetzbar, aber grundsätzlich können wir PatientInnen darauf aufmerksam machen, noch vieles integrieren, was sie vielleicht ohne diese bewusste Auseinandersetzung verabsäumen würden. Wenn sie sich sowohl ihre Möglichkeiten als auch ihre Grenzen bewusst machen, müssen sie keine Zeit mit endlosen

Schleifen des Haderns verschwenden und können sich selbstdefinierten Aufgaben widmen.

Im Anhang findet sich dazu das Arbeitsblatt »Drei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebenszeit«. Es beinhaltet in der Mitte des Blattes diese drei von mir definierten Fragen, sodass PatientInnen allein oder gemeinsam mit uns TherapeutInnen außen herum ihre Antworten niederschreiben können. Daran anschließend empfehle ich den PatientInnen immer, ihre wichtigsten Gedanken einzukreisen, damit sich die wesentlichen ihrer Überlegungen am Ende der Übung herauskristallisieren.

#### 4.4.2 Hingabe im Therapieverlauf

In einer der letzten Psychotherapieeinheiten meinte Frau P., nun »endgültig aufgegeben zu haben«. Sie beschrieb ihre Kraftlosigkeit und körperliche Schwäche. Mithilfe eines Reframings erkannte sie, dass es vielleicht weniger ein Aufgeben als ein Sichhingeben war, dem sie sich plötzlich zuwenden konnte. Dieser Perspektivenwechsel war mit einem entscheidenden Moment der Hingabe verbunden und so war es ihr zum ersten Mal wieder möglich, sich auf das psychotherapeutische Gespräch offen einzulassen, ohne sich von inneren Widerständen davon abbringen zu lassen.

Frau P. gelang es letztendlich im Rahmen dieses mehrwöchigen Aufenthalts auf der Palliativstation sogar, ihre letzte Lebenszeit als Geschenk anzunehmen und bewusst auf ihren Entwicklungsprozess zurückzuschauen. Bezug nehmend auf das palliative Transitionsmodell konnten wir die Phasen noch einmal Revue passieren lassen, wobei sie sich sehr darüber freute, sich nun in diese letzte Phase der Hingabe einordnen zu können. »Wenn mir das nicht gelungen wäre, hätte ich etwas Wesentliches verpasst«, meinte Frau P. im Reflexionsgespräch. Durch den Austausch über die Wandlung ihrer Einstellungen und Haltungen in dieser letzten Zeit gelang es ihr, in meiner Gegenwart auszusprechen, dass sie nun bald sterben würde. Sich auf diesen Blickwinkel einzulassen, verlangte ihr sehr viel Mut ab.

Auch in dieser Phase konnte ich das Selbstwert-Modell in der Arbeit mit Frau P. konstruktiv einbauen. Anhand dessen traf sie die Entscheidung, dass sie sich noch unabhängiger von äußeren Bedingungen machen wollte. Diese Haltung, sich selbst wichtig zu nehmen, war dafür ausschlaggebend, ihre Gewohnheiten danach abzustimmen, ob diese ihren eigenen Werten entsprachen oder nicht. Sie versuchte