

Systemisches Arbeiten in Palliative Care

Dipl. Psych. Jan Gramm, Institut für Palliativpsychologie, Frankfurt a.M., 2012

1 Theoretischer Hintergrund

WHO-Definition von "Palliative Care":

*Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von **Patienten und ihren Familien**, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.*

→ Palliative Care impliziert per definitionem einen systemischen Ansatz!

1.1 Grundannahmen systemischen Denkens und Arbeitens

Der ethische Imperativ "Handle stets so, dass du die Möglichkeiten vergrößerst!" (von Foerster, nach Schlippe 2003, S. 116) impliziert, dass alles, was die Handlungsmöglichkeiten einschränkt, systemischem Arbeiten entgegensteht (Tabus, Dogmen, Denkverbote, Richtig-/Falsch-Bewertungen etc.).

Konstruktivismus

"Ein System ist nicht ein Etwas, das dem Beobachter präsentiert wird, es ist ein Etwas, das von ihm erkannt wird" (Maturana, nach Schlippe 2003, S. 86).

Systeme sind gekennzeichnet durch

- Lebendigkeit: Systeme sind immer Systeme in Entwicklung
- Homöostase: Systeme streben Gleichgewichtszustände an
- Autopoiesis: Systeme erzeugen, regulieren und erhalten sich selbst. Sie sind darin autonom, daher nur bedingt determinierbar bzw. beeinflussbar.
- Zirkularität statt Linearität: Die Interaktionen der einzelnen Systemmitglieder, aber auch von Systemen miteinander, werden als Wechselwirkungen beschrieben, nicht als kausale Ursache-Wirkungs-Mechanismen. Symptome werden daher als Anzeiger für Systemungleichgewichte verstanden, es wird vom Indexpatienten oder vom Symptomträger gesprochen, der Blick aber auf das System als Ganzes gerichtet.
- Kommunikation: Realität wird konstruiert, soziale Systeme treffen konsensuale Übereinkünfte über deren Realität. Dreh- und Angelpunkt bildet daher die Kommunikation.

Die Haltung des systemischen Behandlers ist geprägt durch:

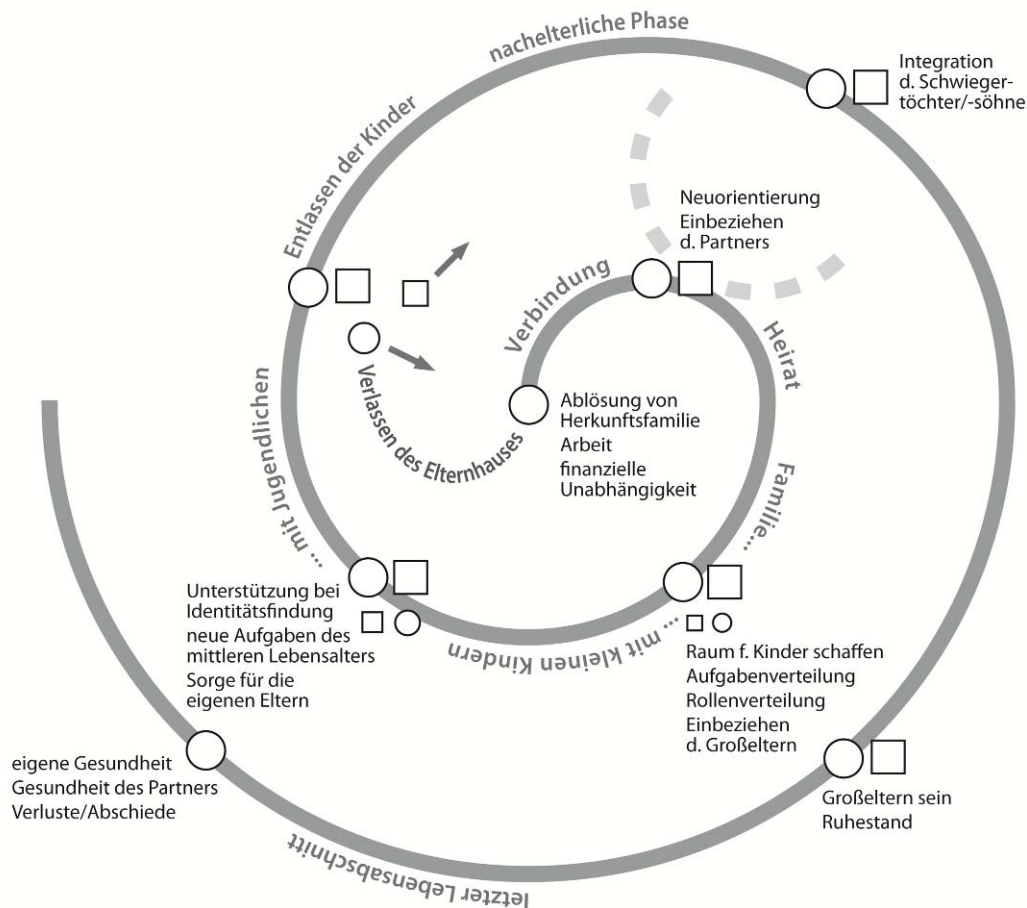
- Allparteilichkeit
- Wertneutralität
- Ressourcenorientierung
- Lösungsorientierung statt Problemorientierung (man muss nicht wissen, wie das Schloss aufgebaut ist, man braucht nur den richtigen Schlüssel)
- Kontextualisierung von Ereignissen
- Respektlosigkeit gegenüber Ideen, aber Respekt gegenüber Personen
- Anregung von Neuem (hinsichtlich Perzeption, Kognition, Emotion, Aktion)
- Bewusstsein, dass ein professioneller Helfer ein System 2. Ordnung darstellt: auch Beobachten bzw. Zuhören ist eine Intervention

1.2 Familienlebenszyklus

Der idealtypische Lebenszyklus einer Familie (nach Carter & McGoldrick) kann eine Orientierung geben, mit welchen Lebensthemen eine Familie unabhängig von der Krankheit befasst ist.

Familienlebenszyklus

(nach Carter & McGoldrick)



Literatur:

Carter und McGoldrick zit. nach Schneewind K A (2002): Familienentwicklung. In: Oerter R & Montada L (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, S. 108

1.3 Systemische Familienmedizin

- Bio-psycho-sozialer Ansatz
- Die Krankheitsgeschichte hat einen hohen Stellenwert, da eine chronische Krankheit zum "organisierenden Prinzip" für die Familie werden kann
- Wichtig sind familiäre Erfahrungen und Muster im Umgang mit Krankheit, Tod und Sterben
- Transgenerationale familiäre Muster und Erfahrungen beeinflussen die Art der Krankheitserfahrung und Krankheitsverarbeitung von Patienten heute
- Enge Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen (die unterschiedliche Sprachen sprechen)

Unterschiede zwischen Familienpsychotherapie und Familienmedizin

Familienpsychotherapie

Familien kommen mit einem PROBLEM nicht oder nur unzureichend zurecht

Im Mittelpunkt steht die BEZIEHUNG der Familienmitglieder untereinander

Fokus:Anregung von Veränderungen von Interaktionsmustern, die sich als dysfunktional erwiesen haben

mehr aufdeckend

Die FAMILIE „bestimmt“ den Auftrag

Familienmedizin

Familien kommen mit einer KRANKHEIT nicht oder nur unzureichend zurecht

Im Mittelpunkt steht die ERKRANKUNG und ihre Auswirkung auf die Familie

Fokus:Unterstützung von Kompetenzen und Ressourcen, die eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung ermöglichen

mehr supportiv

Die KRANKHEIT „bestimmt“ den Auftrag

Mögliche Bedeutung von Krankheit und Behinderung für die Familie als Ganzes

- Die Krankheit kann zum organisierenden Prinzip der Familie werden
- Die Krankheit zwingt zum Verzicht auf anstehende Entwicklungsschritte der einzelnen Familienmitglieder
- Es kommt zu einem Verlust an Flexibilität, Handlungsspielraum und Veränderungspotential
- Die Krankheit macht den Kontakt mit den Strukturen des Gesundheitssystems erforderlich

Fragen im Zusammenhang mit Krankheit

- In welcher Entwicklungsphase befindet sich die Familie? (→ Familienlebenszyklus)
- In welcher Krankheitsphase befindet sich der Patient?
- Welche Krankheitserfahrung trägt die Familie in sich? (→ krankheitsbezogenes Genogramm)
- Welche Erfahrungen hat die Familie im Kontakt mit dem Gesundheitssystem gemacht?

Fragen, die von Kindern (als Angehörige) gestellt werden

- Warum verhält sich meine Mutter/mein Vater so?
- Bin ich daran schuld?
- Darf ich auf meine Mutter/meinen Vater wütend sein?
- Was ist das für eine Krankheit?
- Wie kann ich meiner Mutter/meinem Vater helfen?
- Wie soll ich mich in bestimmten Situationen verhalten?
- Mit wem kann ich reden?
- Wo ist meine Mutter/mein Vater untergebracht, wenn sie/er krank ist?

Literatur:

McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ (1997): Familientherapie in der Medizin. Carl Auer
Altmeyer S, Kröger F (2003): Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Vandenhoeck & Ruprecht.

2 Systemische Interventionen im Palliativbereich

Auftragsklärung

- Wer will was?* Wer ist mein Auftraggeber? Will der, der vor mir sitzt, überhaupt etwas von mir? Was müssten ich und der, der vor mir sitzt, tun, um den Auftraggeber zufrieden zu stellen?
- Von wem?* Bin ich es überhaupt, der hier angefragt ist?
- Wieviel?* Wie viele Gespräche, neue Anregungen etc. wünschen die Klienten?
- Wozu?* Was genau soll hier zu welchem Endzweck gemacht werden?
- Mit wem? Gegen wen?* Wie einig oder uneinig sind verschiedene Personen untereinander bezüglich der gewünschten Dienstleistung?

Kontrakte

Gerade im medizinischen Kontext, in welchem der Psychotherapeut nicht vom Klienten aufgesucht wird, sondern dieser eben dem Behandlerteam zugehört, sind "Vertragsschließungen" mit den Klienten wichtig: "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?". Auch bei körperlicher Kontaktaufnahme ist es gut sich kurz zu vergewissern, ob dies angenehm ist (etwa wenn man einem Angehörigen die Hand auf den Rücken legt).

Hypothesenbildung

Annahmen über die Problemfelder eines Familiensystems sollen eine **Ordnungsfunktion** und eine **Anregungsfunktion** erfüllen: Für die Lösung relevante Informationen sollen so interpretiert werden, dass sie einen Überraschungsgehalt aufweisen, also Veränderungspotential beinhalten. Wichtig ist nicht, dass eine Hypothese *richtig* ist, sondern dass sie *nützlich* ist. Der Therapeut verwirft seine Annahmen/Hypothesen, wenn sie diese Funktion nicht erfüllen, also keine Resonanz beim Familiensystem erzeugen.

Reframing

Einem Geschehen (oder einer Eigenschaft) wird ein anderer Sinn gegeben, indem es in einen anderen Rahmen gestellt wird. Es gilt der Grundsatz: Jedes Verhalten macht Sinn, wenn man den Kontext kennt.

Leitfrage: Welcher Kontext wäre denkbar, unter dem das Problem sinnvoll wäre, oder sogar die beste Lösung darstellen würde.

Auf diese Weise können negativen Zuschreibungen umgedeutet, der Symptomträger entlastet, Unfähigkeit in eine Fähigkeit umdefiniert werden.

Dem Gefühl von Autonomieverlust auf Grund von Hilfsbedürftigkeit kann entgegengesetzt werden, dass die Situation im Grunde eine hohe Lernanforderung darstellt, indem der Patient aktiv gefordert ist, umzulernen.

Belastungsreaktionen (z.B.: Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit) können als "normale Reaktionen in einer unnormalen Situation" benannt werden. Der Betroffene wird somit entlastet.

Das Narrativ

Menschen konstruieren Wirklichkeit über Erzählungen/Geschichten. Wichtig ist, wie jemand über Erlebtes erzählt und wie dies von den eigenen Überzeugungen oder denen der Familie (Familiencredo) beeinflusst wird. Die Konstruktion von Realität kann beeinflusst werden, indem die vorhandenen Denkmuster hinterfragt oder auf ihre Gültigkeit für die aktuelle Situation überprüft werden: Wenn beklagt wird, dass der Patient sich doch nur noch quäle, obwohl dieser friedlich daliegt (med. = gute Symptomkontrolle), kann gemeinsam erörtert werden, wer gerade leidet. Der Blick auf die Situation wird differenzierter und eröffnet ein breiteres Spektrum von Gefühlen und Erinnerungen.

Das Familiengespräch

Wann ist die Einbeziehung der Familie angeraten?

- zur Strategiekklärung bei Absetzen/Umändern einer Therapie (kurative Therapie, Blutgaben, künstliche Ernährung u.ä.) oder bezüglich der weiteren Versorgung (zu Hause oder Hospiz, geriatrische Reha, Kurzzeitpflege etc.)
- Thematisierung der aktuellen Situation (Sterben); meist, um Angehörige auf die Situation einzustimmen, die Bedürfnisse des Patienten zu klären, (unnötigen) Aktionismus zu bremsen.
- Konflikthafte Familiendynamik

Vorbereitung

- Wer soll alles daran teilnehmen?
Es empfiehlt sich die Erstellung eines Genogramms. Die Teilnehmer aus der Familie werden durch den Patienten bestimmt. Je nach Thema braucht es Vertreter verschiedener Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Psychologe, Seelsorger, Hospizhelfer, ...).
- Welche Themen gibt es?
"Aufträge" des Patienten erfragen, "Aufträge" der Angehörigen erfragen. Themen des Behandlungsteams (Ernährung und Flüssigkeitsgabe u.ä.) sollten von diesem vorab festgelegt werden.
- mögliche Ziele:
Die Familie soll miteinander in Kontakt kommen, über die Situation kommunizieren lernen (Katalysatorfunktion)
"Verträge" zwischen den Familienmitgliedern bei unterschiedlichen Bedürfnissen
Entscheidungsfindung (Absetzen von Ernährung, Verlegung ins Hospiz u.ä.)

Wichtige Personen, die nicht teilnehmen können, können durch einen leeren Stuhl repräsentiert werden, im Gespräch kann darauf Bezug genommen werden ("Was würde er/sie jetzt wohl dazu sagen?") Auch die Reihenfolge der Begrüßung kann bereits eine Intervention darstellen.

Aufschlussreich kann sein, wie sich die einzelnen Systemmitglieder räumlich platzieren, die Sitzordnung kann aber auch von vornherein beeinflusst werden.

Wichtig bei der Gestaltung des Familiengesprächs sind eine gute Aufwärmphase (Joining) und der Ausdruck von Wertschätzung gegenüber der Familie (dass sich diese zur Bewältigung der schwierigen Situation gemeinsam einfindet etc.)

Wenn seitens des Behandlungsteams schwierige Fragen eingebracht werden, kann eine Aufteilung der Rollen in "good cop" und "bad cop" sinnvoll sein.

Paargespräche

"Paargespräch als Einzelgespräch" (Hinsch, 2008): Es wird im Beisein des Partners mit einer Person gesprochen, aber nicht zirkulär und interaktiv, sondern phasenweise zunächst mit dem einen, dann mit dem anderen Partner. Der jeweils Zuhörende erfährt auf diese Weise viel über die Gefühle und Bedürfnisse des Erzählenden. Diese Methode eröffnet insbesondere in der Palliativsituation die Möglichkeit, eine wertschätzende und schützende Atmosphäre aufzubauen, in welcher das Bedürfnis nach Lebensbilanz und Sinnfindung Raum bekommen kann und der erhöhten Verletzlichkeit der beteiligten Personen Rechnung getragen wird.

Literatur:

Fryszar A, Schwing R (2006): Systemisches Handwerk. Vandenhoeck & Ruprecht

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

Hofmann S (2012): Das Erstgespräch. In: Fegg M, Gramm J, Pestinger M (Hrsg.): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. Kohlhammer

Rechenberg-Winter P (2012): Paar- und Familientherapie. In: Fegg M, Gramm J, Pestinger M (Hrsg.): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. Kohlhammer

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

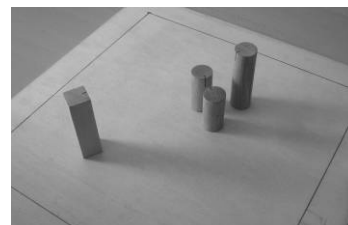
2.1 Visualisierungsmethoden

Genogramm

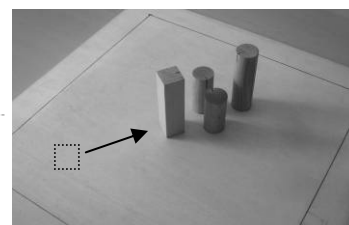
s. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Genogrammanleitung_DGP.pdf

Familienbrett

- Beschreibung** ▶ Mittels eines quadratischen Holzbrettes und Holzklötzchen (quadratisch und rund) werden Beziehungen räumlich dargestellt.
- Ziele** ▶ Persönlich empfundene Darstellung eines Familiensystems
Sichtbar-Machen von Beziehungsstrukturen
- Vorteile** ▶ Nonverbal
Spontan aus dem Bauch heraus
Für Kinder geeignet
- Materialien** ▶ Ein Holzbrett (ca. 50cmx50cm) mit Begrenzungslinie
Holzklötze mit Augen bzw. "Gesichtslinie"
rund = weiblich
eckig = männlich
groß = Erwachsener
klein = Kind
Erhöhungsklötze in verschiedenen Größen



Aufstellung einer Patientin: Der getrennt lebende Vater möchte die Kinder zu sich nehmen. Die Patientin wehrt sich dagegen, da sie doch die Mutter sei.



Lösung: Die Patientin muss nicht ihre Mutterrolle aufgeben, sondern der Vater übernimmt mehr Verantwortung.

- Variationen** ▶ Darstellung von Zukunftsvisionen
Kleine Fingerpuppen
Playmobilfiguren
Gummitiere
Bauklötze
Celebrations (das ist was zu essen)

Netzwerkkarte

- Beschreibung** ▶ Visualisieren von wichtigen Personen in vier Bereichen "Familie", "Freunde", "Arbeit/Ausbildung" und "Professionelle Helfer", im Mittelpunkt wird der Klient eingezeichnet.

männlich, weiblich
Nähe, Distanz

Betrachtung unter folgenden Gesichtspunkten:

Inhalt: Art und Tragfähigkeit der Kontakte

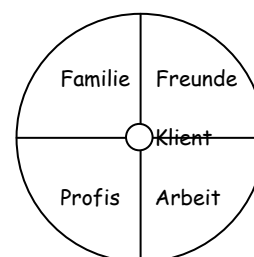
Dichte: Anzahl der Kontakte in den Bereichen

Erreichbarkeit: Örtlich und zeitlich

Passung: Ausreichende Unterstützung für aktuelles Anliegen?

Wechselseitigkeit: Balance von Geben und Nehmen

Haltbarkeit: Krisenfestigkeit



- Ziele** ▶ Darstellung von Ressourcen im sozialen Umfeld
- Vorteile** ▶ Der Fokus wird auf einen weiteren Personenkreis gerichtet als beim Genogramm
- Materialien** ▶ Papier (evtl. runde Moderationskarte), Stifte

- Variationen** ▶ Umbenennung und Erweiterung der Bereiche
Benutzung weiterer Symbole, z.B. für Tiere

Timeline

Insbesondere für Angehörige eignet sich diese Methode, die einen "Blick in die Zukunft" wagt. Durch die Einbeziehung des Körpers und des Raumes werden neben der kognitiven auch andere Reflexionsebenen aktiviert, das "Durcheinander im Kopf" wird entlastet. Der Ungewissheit und Unveränderlichkeit der bevorstehenden Zukunft wird durch Strukturierung und Besinnung auf die eigenen Handlungsoptionen entgegengewirkt.

- Beschreibung ► Darstellung der Entwicklung eines Systems unter einer bestimmten Fragestellung mit Hilfe einer Linie auf dem Boden. Aufreihen der wichtigsten Ereignisse (Meilensteine, Entwicklungspunkte, Stationen, Wendepunkte, etc.) Zur Markierung eignen sich Symbole, Klötze, Karteikarten usw. Man kann auf der Timeline entlang gehen, an Punkten innehalten und ins Gespräch kommen.
- Ziele ► Neue Sichtweisen durch den Einsatz von Körper und Bewegung
- Vorteile ► Erinnerungen werden sichtbar und spürbar.
- Materialien ► Schnur, Papier, Gegenstände (als Symbole), bunte Tücher, Teppichfließen etc.
- Variationen ► Sammeln von Ressourcen auf Karteikarten, die hinterher eingesammelt werden können.

Zukunfts- und lösungsorientiert (3 Stationen: Heute - geschafft - fast längst vergessen).



Tetralemma - Entscheidungsfindung

Diese Technik lässt sich gut mit Angehörigen durchführen, bei denen verschiedene Handlungsstrategien im Konflikt miteinander stehen (z.B. jetzt zuhause bleiben oder Urlaub "für die letzte Zeit" aufsparen)

- Beschreibung ► Durchspielen von Entscheidungen durch Vorstellungskraft und Körperempfindungen. Im Raum werden 4 Ecken jeweils benannt nach:

Das Eine
Das Andere
Beides (sowohl, als auch)
Keins von Beiden (weder, noch)

Der Klient stellt sich in die erste Ecke des Raumes, spielt die Entscheidung gedanklich durch und nimmt Körperempfindungen wahr. Nach jeweils einer Ecke, tritt er in die Mitte und reflektiert das Erlebte, danach folgt die nächste Ecke.

Falls keine der Ecken eine gefühlte Lösung erbringt, gibt es die Möglichkeit, eine 5. Ebene einzuführen, nämlich einem ganz anderen Impuls zu folgen (All dies nicht – und selbst das nicht).
- Ziele ► Förderung der Entscheidungsfindung, Entwicklung von Alternativen
- Vorteile ► Visualisierung und Wahrnehmung von Körperempfindungen ohne großen Aufwand
- Materialien ► Evtl. Karten, um die Ecken zu markieren

Literatur:

Allmann R, Becker R, Gramm J, Herkrath K, Schubert U (2009): Praxis-Bastelbogen. Abschlusskolloquium der Weiterbildung "Systemisches Arbeiten" des praxis-Instituts Hanau. <http://www.praxisinstitut.de/sued/praxis-im-dialog/systemische-schatzkiste-2-hausarbeiten-unserer-absolventen/>