

Brigitte Macke-Bruck

# Nicht-enden-wollender Schmerz

## Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliative Care Team<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** *In seiner alarmierenden Funktion teilt sich Schmerz auch innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen mit. Dieser Erfahrungsbericht beschäftigt sich mit der Suche nach geeigneten Betreuungsbedingungen für schwerkranke oder sterbende Menschen, deren Schmerzen keine ausreichende Linderung erfahren. Er soll einen Einblick in die Einmaligkeit konkreter Gestaltungspraxis personenzentrierter Supervision vermitteln: Wenn Helferinnen Schmerz nicht nur als Symptom, sondern auch als ein auf die intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben verweisendes, bindings-relevantes Phänomen betrachten, eröffnen sich ihnen neue Chancen der Begleitung. Die Klärung ihrer Distanzierungswünsche schafft erstens Freiraum für die Auseinandersetzung mit eigener Hilflosigkeit oder Ohnmacht und zweitens eine neue Basis zur Unterstützung existenziell bedrohter Patientinnen bei der Bearbeitung ihrer Schmerzen und Trennungsschwierigkeiten.*

**Schlüsselwörter:** *Schmerzverarbeitung und Intersubjektivität, bindingsrelevante Situationen, Palliative Care, Praxis personenzentrierter Supervision*

**Abstract:** **Never-ending pain. Responding personcentred and interdisciplinarity in palliative care teams.** *An alarming quality of pain also emerges within interpersonal human relationships. This report focuses on better care—giving conditions for severely ill or dying persons who suffer from unrelieved, overwhelming pain. My paper offers a view into the unique world of personcentred supervision. Helpers, who understand pain not only as a symptom but also as a phenomenon of intersubjectivity and an activated attachment-system, receive new opportunities to respond to their patients. Clearing their own wishes of keeping distance they become more aware of their own helplessness or powerlessness and, finally, give better support existentially threatened patients by experiencing pain and separation.*

**Keywords:** *Pain and intersubjectivity, moments of an activated attachment-system, palliative care, practice of personcentred supervision*

### 1. Schmerzen – ein Phänomen intersubjektiver Wirklichkeit?

Schmerzen warnen uns. Mich selbst *und* die Anderen. Schmerz teilt sich mit und fordert zu einem wie auch immer gearteten Umgang auf. In vielen *Behandlungskonzepten* unseres Kulturkreises spiegelt sich dennoch die Vorstellung wider, Schmerzzustände seien ein Problem der *betreffenden* Patientinnen und Patienten. Folglich bleiben Personen, die – wie Palliative-Care-Helferinnen<sup>2</sup> – in ihrer

*beruflichen Praxis* gegenteilige Erfahrungen machen, mit ihren Problemen letztlich auf sich alleine gestellt.

Die Beobachtung, dass ungelinderte Schmerzen praktisch nie ausschließlich als Angelegenheit schwerst kranker Menschen betrachtet werden können, legt es nahe, systematisch nach Ergänzungen bestehender Behandlungskonzepte zu suchen. Das Schmerzgeschehen, so meine Überlegung, sollte daher *sowohl* als medizinisch und psychologisch fassbares *Symptom einer Patientin* begriffen werden *als auch* als *Phänomen*, welches auf die *intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben* verweist. Dieser Gedanke führt in weiterer Folge zur Annahme, nicht zu lindernde Schmerzen und

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages im Rahmen des Symposiums „Gestaltende und vermittelnde Prozesse: Selbst-Organisation in Beratung und Therapie“ in Salzburg, 17.–19. September 2004.

2 Um den prozentuell höheren Frauenanteil unter den in der Palliative Care tätigen Personen abzubilden, habe ich die weibliche Form gewählt, befinde mich damit aber in einem Dilemma, weil ich finde, dass sich diejenigen Männer, die in diesem

Feld mit großem humanistischem Engagement arbeiten, auch „gesehen“ wissen sollten. Leider kann ich sie nicht explizit erwähnen – bitte sie aber, sich selbst mitzudenken.

unaussprechliche Not stellten beim Menschen *bindungs-relevante* Situationen (Höger, 1990; Höger & Müller, 2002) dar.

Wir wissen, dass für schwerkranke und sterbende Personen vor allem bei „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ die *Zuwendungsbe-reitschaft* ihrer Mitmenschen entscheidende Bedeutung gewinnt. Sie selbst können ihrem Schmerz nichts mehr wirksam entgegen-setzen. Die palliativ-medizinische Behandlung bietet keine hin-reichende Linderung. Angehörige müssen hilflos zusehen. Solche Grenzerfahrungen sind für *alle* Beteiligten schmerzlich. Da *in dieser bindungs-relevanten Situation* subjektive Erwartungen, in Not mehr oder weniger Unterstützung zu bekommen, aktiviert sind, trägt die unbehandelbare Schmerzsymptomatik oft zu zwischenmensch-lichen Schwierigkeiten bei.

Wenn Schmerz, Kummer und Not zum beiderseitigen Problem geworden sind, stellt das große Anforderungen an Hospiz- und Pal-liative Care – Teams. Wie alle Krisen bergen diese schwierigen Kon-stellationen aber auch Chancen.

Im Hospizalltag zeichnet sich gelebte berufliche Praxis durch *Einmaligkeit im Beantworten der jeweiligen* Betreuungsaufgabe aus. Zumeist ereignet sich dies so lange in einer Art von *Selbstverständ-lichkeit* bis die Helferinnen durch das Auftauchen von Schwierig-keiten irritiert werden. Die Probleme mit ihren Schmerzpatientinnen verlangen nach einer Neuorientierung, sodass die Pflegerinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen zum Nachdenken über sich als pro-fessionell Handelnde (vergl. Macke-Bruck, 2003) aufgefordert sind: Das bedeutet, dass alle – sogar die sehr erfahrenen Praktikerinnen unter ihnen – im Anlassfall *immer erst neu herauszufinden* haben, wie sie sich angesichts des Schmerzerlebens ihrer Patientin mit der eigenen Überforderung *zurechtfinden könnten*.

In diesem Artikel möchte ich daher zeigen, wie Betreuerinnen durch die sorgfältige Reflexion der eigenen Hilflosigkeitsproble-matik und Ohnmacht ihre Distanzierungswünsche relativieren und zur betroffenen Patientin neue Zugangsmöglichkeiten entwickeln können. Das Potenzial personenzentrierten Verstehens eröffnet dabei einen Raum reflektierbarer inter-subjektiver Wirklichkeiten und unterstützt in der Folge die Verarbeitungsmöglichkeiten der Pati-entinnen. Ich glaube, die *Komplexität* dieser krisenhaften Konstel-lationen am Besten aus einer supervisorischen Position aufzeigen zu können.

Diesem Einblick in konkrete Praxis personenzentrierter Supervi-sion (Kap. 3) möchte ich mein Verständnis über Schmerzverarbeit-ung, sowie einige einführenden Worte über die „Welt“ der Palliative Care<sup>3</sup> und deren Aufgabengebiete voranstellen (Kap. 2).

## 2. Palliative Care und das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes

### Wie wir lernen, uns mit Schmerzen auszukennen

Schmerzen zählen zu den unangenehmsten Erscheinungen mensch-licher Lebendigkeit – sie „tun weh“, sie ängstigen mich. Schmerzen alarmieren mich vor drohender oder erfahrener Verletzung der In-tegrität meines Organismus und seiner *lebendigen Gefüge*: der kör-perlichen Gewebe, meines Selbst und meiner wichtigen mitmensch-lichen Beziehungen.

Eine personenzentrierte Sicht auf das Schmerzerleben sensibi-lisiert mich dafür, dass die *Wahrnehmung* und *Verarbeitung* von Schmerzen vielfältiger Beziehungen bedarf: Einer Beziehung zu mir selbst als Person, die Schmerz empfindet. Einer Beziehung zu bedeutsamen Anderen, die es braucht, um mich mit den eigenen Schmerzerfahrungen und denen anderer „auskennen“ zu lernen. Einer Beziehung zur Umwelt, die Schmerz „zufügt“ oder einer Mit-welt/Krankheit, die Schmerz „erzeugt“. Einer Beziehung zu meinem Körper, der bestimmte „Schmerzen hat“, und nicht zuletzt einer Be-ziehung zu jemandem oder etwas, das zu Linderung führen kann.

Von klein auf lerne ich, Schmerz zu begegnen. Dabei kommt mir neben dem uralten, arterhaltenden Wissen meines Organismus auch die Fähigkeit zum sozialen Austausch zugute. Da sich diese Fä-higkeit – in personenzentrierter Sprache formuliert, als Ausdruck der sogenannten Aktualisierungs-, respektive Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951a, 1959a; Höger, 1990; Kriz, 1997) – in einem Wechsel von intrapsychischen und zwischenmenschlichen Prozes-sen entfaltet, trage ich, wie jeder Mensch, sowohl ein so persön-liches wie *kulturell gefärbtes* Wissen darüber in mir (Uexküll, 2002; Schwemmer, 1997).

Ich lerne, Schmerz zu bewerten und ihm eine Bedeutung bzw. Sinn zu zuschreiben. Ich entdecke, dass ich einer Schmerzempfin-dung etwas entgegen setzen kann, indem ich anders atme, die Luft anhalte oder bewusst „hinatme“ oder die im Körper schmer-zende Stelle berühre: sanft, fest, grob. Ich vermag Schmerz zu er-tragen, andere um Hilfe zu bitten, mich vom Schmerz abzulenken, die schmerzliche Angelegenheit zu bagatellisieren oder aber vor Schmerz zu schreien. Ich stelle mir vor, dass ich die „Botschaft eines Schmerzes entschlüsseln“ werde, usw.

### Schmerz und Empathie

Beginnend in meinen ersten Bindungsbeziehungen bzw. abhängig von den dafür notwendigen und hinreichenden Umgebungsbedin-gungen organisiert sich meine Fähigkeit zur Schmerzverarbeitung im Laufe des Lebens auf zunehmend höherem Niveau (vgl. Spangler, 2001; Rogers, 1951a, S. 442ff) in einer von Intersubjektivität getra-genen Wirklichkeit.

3 Obwohl „Hospizarbeit“, „Palliative Care“ und „Palliativmedizin“ Bezeichnungen für einander sehr ähnliche Arbeitsfelder sind und voneinander unterschieden werden sollten, erlaube ich mir in diesem Artikel der Einfachheit halber diese Begriffe synonym zu verwenden.

In meinen frühen Bindungen (Bowlby, 2001) erfahre ich sozusagen dreierlei: Erstens, wie ich mich mit dem Empfinden, Erleben und Verarbeiten bzw. Vermeiden von Schmerz zurechtfinden kann. Zweitens, welche Art von Unterstützung ich dabei in zwischenmenschlichen Beziehungen erwarten darf bzw. welche ich fürchten werde. Drittens bilde ich in mir ganz persönliche Vorstellungen davon, was es bedeutet, mich in verschiedenen schmerzlichen Verfassungen zu befinden.

Dabei ist die Art, wie meine Eltern oder Pflegepersonen auf Schmerz reagiert haben, ob sie sich mir, in der Sprache der Bindungstheorie ausgedrückt, ausreichend feinfühlig zugewandt haben, mich in Sicherheit gebracht haben oder mir – größer geworden – ermöglicht haben, auch mir selbst zu helfen, für die Bildung meines „inneren Arbeitsmodells“ (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Fremmer-Bombik, 1995) ausschlaggebend. Diese zu bestimmten Erwartungen verdichteten frühkindlichen Erfahrungen nehme ich als Repräsentationen, welche mein Erleben emotional modulieren, mit auf den Lebensweg (Zimmermann, Spangler, Schieche & Becker-Stoll, 1995).

Entsprechend selbst erfahrener, mehr oder weniger einfühlsamer Unterstützung entwickle ich auch Empathie (Fonagy, 2000; Bauer, 2004; Rogers 1959a) für den Schmerz eines Mitmenschen und werde ihm folglich, entsprechend seiner Bewältigungspotenziale bzw. Sicherheitsbedürfnisse, in seiner Not mehr oder minder angemessen beistehen können. Hier befinden sich auch meine persönlichen Grenzen, anderen Unterstützung zu gewähren. Ich weiß, wie wir alle, dass sich die eigene Bereitschaft es auszuhalten, wenn eine geliebte Person Schmerz erleidet, erschöpfen kann oder aber, dass ich am liebsten damit „gar nichts zu tun haben“ würde.

Darauf zurückgeworfen, dass Schmerz oder Not *nicht gelindert* werden können, erfordert von mir, mich in einer vielleicht sinnlos erscheinenden Situation neu orientieren müssen. Der Umgang mit *Bedrohung und dem Erleben von Verletzlichkeit, Hilflosigkeit oder Ohnmacht* stellt eine Grenzerfahrung (Rogers, 1959a, S. 29ff) dar, die ebenfalls mit den eigenen Vorerfahrungen korrelieren kann. War einst jemand da, der mir, vom Schmerz überflutet, geholfen hat und wenn wie? Wie habe ich mich dabei von diesem Anderen wahrgenommen und verstanden gefühlt (Rogers, 1951a, S. 442ff) – erlebte ich die Unterstützung als feinfühlig, passend und angemessen oder hatte sich diese Person als hilflos oder viel zu distanziert erwiesen?

## Die Welt der Palliative Care

Hilflosigkeit und Schmerzen sind wie Sterben und Tod Themen, die in unserer Gesellschaft starkes Unbehagen erzeugen, vielleicht auch, weil es für letztere beinahe keine verbindlichen Umgangsformen mehr gibt. Sie sind von uns in die Randzonen gesellschaftlicher Wirklichkeit verbannt worden.

Wer aber sind jene Menschen, die sich vorgenommen haben, anderen auch dann beizustehen, wenn sich viele Personen bereits

überfordert fühlen und verständlicherweise Distanzierungswünsche entwickeln? Wie arbeiten sie und welchen Stellenwert kann der Personenzentrierte Ansatz in ihrem Erfahrungsbereich, der Palliative Care haben?

Palliative Care bietet schwerkranken oder sterbenden Menschen ambulant beziehungsweise stationär ganzheitliche pflegerische, medizinische, soziale und, wo gewünscht, auch spirituelle Begleitung an. Diese wird möglichst gut an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und ihrer Angehörigen angepasst. Die Patientin ist dabei in die Entwicklung der Behandlungspläne eingebunden, welche der Linderung ihrer erkrankungsbedingten Beschwerdesymptomatik (Doyle, Hanks & McDonald, 1999; Köhle, Simons & Kubanek, 1996; Student, 1999), so auch ihrer Schmerzen<sup>4</sup> (Foley, 1999, Carr & Mann, 2002) dienen.

Das Erleben und Verarbeiten verschiedener Grenzerfahrungen charakterisiert den beruflichen Alltag der Hospizmitarbeiterinnen und wird von ihnen relativ oft als persönlich bereichernd beschrieben. Als in diesem Bereich tätige Personen müssen sie Eignungsverfahren absolvieren, gute kommunikative Fähigkeiten vorweisen, speziell geschult sein und die Bereitschaft zu berufsbegleitender Supervision sowie Fortbildung mitbringen. Insbesondere in *interdisziplinären Palliative Care Teams*<sup>5</sup> gilt es als selbstverständlich, die stetige Weiterentwicklung psychosozialer Kompetenzen als *integralen Bestandteil ihrer Organisationskultur*<sup>6</sup> zu betrachten.

4 Die gezielte wissenschaftliche Erforschung von ganzheitlicher Schmerzlinderung geht auf das Betreiben der Begründerin des ersten Hospizes in London, Cicely Saunders zurück (Foley, 1999, Cline, 1997) und hat im schulmedizinischen Denken erst viele Jahre später Beachtung erfahren. C. Saunders differenziert verschiedene Schmerzverfassungen voneinander: Tumor(folge)bedingte, therapiefolgebefindige Schmerzen, bereits zuvor bestehende chronische Schmerzzustände, solche im Kontext von Suchtproblemen, „total pain“ usw.

5 Wo man sich nicht primär damit begnügt im eigenen professionellen Gebiet Bestleistungen zu erbringen, sondern auch bemüht ist, *regelmäßig* die *gegenseitige* Verständigung und Aufgabenaufteilung auszuhandeln – wird im Team Interdisziplinarität gelebt. – Multidisziplinarität als Organisationsform hingegen erzeugt im *Nebeneinander* von Pflege, Sozialarbeit, Medizin, Therapie, Diätetik, Spiritualität und Ehrenamt die Gefahr, dass durch die *Art* der gegenseitigen Delegation im Team das Gewahrsein für die subjektive Befindlichkeit der Patientinnen verloren gehen kann. Eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* muss allerdings ständig praktiziert werden – sobald sie stagniert, entsteht wieder ein multidisziplinärer Kontext. In interdisziplinär wirkenden Teams werden Probleme eher erwartet, tendenziell aber auch früher einer gemeinsamen Auseinandersetzung und infolge dessen, eher einer Veränderung zugeführt.

6 Um die hohe Betreuungsqualität und ein förderliches Team- oder Stationsklima in der Palliative Care *langfristig* aufrecht erhalten zu können, braucht es spezielle strukturelle Gegebenheiten: regelmäßige Zusammenkünfte wie Sitzvisiten, Stations- oder Teambesprechungen und Supervision. Diese *institutionell verankerten* Strukturen organisieren die einzelnen Aufgabenbereiche *und* das Zusammenspiel der Vertreter aller beteiligten Berufsgruppen einigermaßen würdevoll und menschenfreundlich. Sie tragen darüber hinaus dazu bei, auftretende Schwierigkeiten aus einer gewissen Distanz bzw. in der Rückschau in ihrer Problematik zu *erkennen*.

### „Empathie“ ist nicht immer Empathie im personzentrierten Sinn

Hospizmitarbeiterinnen kommen mit den Grundkonzepten Carl Rogers immer wieder auf unterschiedliche Weise in Berührung. Personzentrierte Einstellungen wie Empathie, Wertschätzung und Authentizität gelten in vielen Teams sogar als handlungsleitende Werte.

Letztlich bestehen aber über das eigentliche Wesen des Personzentrierten Ansatzes zumeist eher nur vage Vorstellungen. Vor allem im Kontext mit dem Begriff der „Empathie“ wird deutlich, wie spezifisch die Bedeutung von Empathie in der Personzentrierten Psychotherapie im Sinne eines sich sehr präzisen und in einer Als-ob-Modalität einführenden Verstehens in das phänomenale Feld der Klientin (Rogers, 1975a; Binder, 1994) definiert ist, wie anders im Vergleich dazu, dem Aufgabengebiet entsprechend fokussiert, in der Pflege (siehe Bischoff-Wanner, 2002) oder sehr unspezifisch als „Einfühlung“ in der psychosozialen Medizin. – Was kann nun der Personzentrierte Ansatz der Palliative Care bieten?

Ohne Anspruch, die Helferinnen deshalb gleich zu personzentrierten Therapeutinnen zu machen, entfaltet sich das *Potenzial des Personzentrierten Ansatzes* in den verschiedenen Kontexten der Palliative Care. In einem von Kongruenz, Empathie und Achtsamkeit getragenen Klima leistet personzentriertes Arbeiten sowohl bei Aus- und Fortbildung als auch in der Supervision gute Dienste.

Besonders die Empathie der Supervisorin bzw. deren selbstreflexive Fähigkeiten scheinen die Entwicklung *psychosozialer Kompetenzen* von Betreuerinnen zu fördern. Die Änderungen der Wahrnehmungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten vertiefen das Verständnis für sich selbst, für die eigene Rollengestaltung und verbessern die Fähigkeit, auf als „schwierig“ erlebte Beziehungswünsche von Patientinnen einzugehen oder sich mit der Veränderung problematischer Organisationsstrukturen zu befassen.

Darüber hinaus kann die *Empathieentwicklung* auch durch spezifisches Hintergrundwissen unterstützt werden: Sobald sich die Begleiterinnen eine *Vorstellung davon bilden* können, dass bei der Schmerzverarbeitung, im Trennungserleben angesichts des nahenden Todes und bei der Erfahrung von Hilflosigkeit relevante Bindungserfahrungen oder -bedürfnisse (wieder-)belebt sein können und ein Bedürfnis nach Selbst-Achtung, Selbsterhaltung und Stabilisierung (Flammer & Flammer-Tausch, 1992) besteht, kommen sie mit schwierigen Hilfsappellen ebenfalls wieder besser klar. Dies wiederum impliziert für Patientinnen mehr Spielraum, sich mit den Entwicklungsaufgaben ihres letzten Lebensabschnitts besser zu rechtzufinden.

Grundsätzlich basieren all diese Veränderungen auf konstruktiven *Erfahrungen selbstgesteuerten, signifikanten Lernens* (z. B. in Rogers, 1951a), da im Mittelpunkt des Interesses die Fragestellungen und Probleme der Praktikerinnen stehen: Die Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit im Team, angesichts von Problemen mit einer Patientin oder mit institutionellen Hindernissen. –

Aus einer *Sicht auf die Praxis* ließe sich auch sagen, die Empathiefähigkeit der Supervisorin ermöglicht ein Lernen am Modell. Es hebt die Selbstakzeptanz der Helferinnen und somit deren Empathie für Patientinnen auch unter außergewöhnlich schwierigen Bedingungen.

## 3. Im Palliative Care Team unterwegs zu einem personzentrierten Verstehen

### Die Komplexität von Praxis: Einblicke

Supervision rückt alle beteiligten Menschen, Patientinnen, deren Angehörige und die Betreuerinnen in ihrem Geworden-Sein, also in ihrer kulturellen Existenz (Schwemmer, 1997) in den Mittelpunkt der Beachtung. Die fachlichen Verstehenszugänge aus den beteiligten Disziplinen bekommen durch die vertiefende Einbeziehung zwischenmenschlichen Verstehens eine lebendige Ergänzung, gleichsam Fleisch und Blut. Wird mitten im beruflichen Alltag der klinische Versorgungsauftrag regelmäßig kurzfristig außer Kraft gesetzt und werden gezielt umschriebene Zeiten zur Reflexion des eigenen Handelns bereitgestellt, hält man eher inne.

Wenn ich nun versuche, aus der Perspektive der konkreten beruflichen Praxis die komplexen Verstehenszugänge zum Schmerzerleben von einer *personzentrierten Position*<sup>7</sup> aus darzustellen und jene Supervisionsstandards zu beschreiben, welche in meinem Erlebens- bzw. Beobachtungsbereich die vielfältigen Verstehensprozesse im Hospizbereich *unterstützt* hatten, geschieht dies auch im Wunsch, andere Praktikerinnen zu ermuntern, ihre berufliche Tätigkeit systematisch zu reflektieren und davon zu erzählen.

In der Palliative Care bewegen sich, wie ich schon sagte, die Betreuerinnen über weite Zeiträume inmitten eines in vielerlei Hinsicht emotional sehr dichten Arbeitsklimas. Sie bleiben dennoch zumeist „da“ und entwickeln gemeinsam mit ihren Patientinnen oft sehr originelle Problemlösungen, wo Helferinnen anderer Institutionen bereits aufgegeben hatten. Als Supervisorin diesen Praktikerinnen bei ihrer Arbeit „zusehen“ zu dürfen oder sie bei der Formulierung *ihrer* vielfältigen Anliegen zu begleiten, war für mich so herausfordernd wie bereichernd. Ich werde nun an Hand sehr kleiner Fallvignetten in Verknüpfung mit theoretischen Überlegungen meine Erfahrungen, wie sich das Potenzial eines personzentrierten Verstehens in Palliative Care Teams entfalten konnte, beschreiben.

Erfahrungsberichte aus der Praxis sind natürlich sehr subjektive Unternehmungen. Deshalb zielt diese Arbeit vor allem darauf ab,

7 In der Palliative Care stehen bei der Auswahl einer Supervisorin methoden-spezifische Schwerpunktsetzungen weniger stark im Vordergrund, als deren persönliche Eignung und Feldkompetenz. Einen *personzentrierten Beitrag* für die Palliative Care herauszuarbeiten, bot sich insofern auch an, als bei diesem Symposium die Bereiche Beratung/Supervision und Psychotherapie ausdrücklich gleichberechtigt nebeneinander positioniert waren und mir eine Klärung des Stellenwertes von „*Personzentriertem Verstehen*“ innerhalb der Palliative Care fällig erschien.

*anzuregen*: zum Nachdenken, Ausprobieren, Erforschen. Das impliziert aber auch, dass mein Bericht nur *Einblicke* in supervisorische *Gestaltungsvielfalt* vermitteln möchte, aber nicht die Funktion eines methodisch-systematischen Supervisionsleitfadens erfüllt. Ich werde zunächst bei der Beschreibung von problematischen Situationen in Teams, deren „blinde Flecke“ bzw. Ohnmachtserfahrungen beginnen, um in der Folge aufzuzeigen, wie sich im Rahmen einer von personenzentrierten Einstellungen getragenen Atmosphäre Prozesse des gemeinsamen Suchens entwickeln können.

### **Menschen in ihrer „kulturellen Existenz“ unbedingt positiv beachten**

Zu den wichtigsten Faktoren, die ein helfendes Team von *seinen Schwierigkeiten* mit einer Patientin ablenken können, zählen Sachzwänge, Konkurrenzprobleme (zwischen einzelnen, den Berufsgruppen untereinander oder mit Angehörigen der Patientin), hierarchische Unschärfen, Konflikte mit dem Kostenträger, die Leugnung schlechter Arbeits-/Betreuungsbedingungen (z. B. Mangel an Ressourcen), Rollenkonflikte, ein unreflektiert hoher Erwartungsdruck an sich oder andere bzw. ein zu idealistisches Helferbild, aber manchmal auch die Kumulation von drohendem Burn-out oder persönlichen Krisen einzelner Helfer innerhalb des Teams oder Tabus (Vachon, 1999).

Wird deswegen von den Behandlerinnen der *appellative Anteil* in den Äußerungen von beispielsweise „nicht-enden-wollendem“ Schmerz, ungelinderter Not, leisen Kummers oder unerklärlich starker Müdigkeit („*fatigue*“) *nicht wirklich genau* aufgenommen und verstanden, bleibt die Patientin damit allein.

Falls sich diese Dynamik zwischen ihr und ihren Betreuerinnen unbemerkt entwickelt und über einen längeren Zeitraum hinweg andauert, kann das für die Patientin besonders bedrohlich sein. Sie macht in einer *bindungsrelevanten* Situation – vielleicht erneut – eine Erfahrung des Verlassen-Seins. Die Begleiterinnen wiederum erleben sich angesichts der Vergeblichkeit ihrer Hilfestellungen von der Patientin zurückgewiesen. Wo diese *Gleichzeitigkeit* von empfangenen Hilfsappellen und von eigener Überforderung nicht erkannt wird, bleibt sie natürlich auch in ihrer *Widersprüchlichkeit unbearbeitet*.

Meistens kann die sich ausbreitende Hilflosigkeit von den Betreuerinnen alleine nicht offen gelegt werden und das Ausmaß der wirklichen Not der Patientin bleibt unbeachtet. Das Wohl der Patientin musste für die *Stabilisierung* eines ebenfalls in Not geratenen Teams geopfert werden. Es gibt ihr keinen Halt. So wird sichtbar, dass sich in der ungelinderten Not einer Patientin die Hilflosigkeit des Teams gleichsam spiegeln kann.

Gerade die Erfahrung *als Helferin mit* diesen Schwierigkeiten innerhalb einer Supervisionsgruppe anstelle von paternalistischer Kritik einer *unbedingt positiven Be-Achtung wert* zu sein (Lietaer,

2001), legt den Grundstein zur Veränderung: Das *Erleben und Reflektieren der eigenen* Hilflosigkeit wird gleichsam wie „ein Schlüssel“ zum Verstehen der Patientin – einer Person, die sich zur Zeit mit ihren „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ *noch nicht auskennt*, die sich von diesen, egal wie offen sie das mitzuteilen vermag, überwältigt fühlt, sich damit allein gelassen erfährt oder hilflos fühlt usw.

### **In organisationalen Strukturen: Sich gemeinsam neue Blickwinkel eröffnen**

Kraft ihres Menschenbildes zeichnet sich *gelingende* personenzentrierte Supervision<sup>8</sup> dadurch aus, dass sie Personen in ihrer Individualität *und* in ihrer mitmenschlichen Bezogenheit zu beachten versteht. Die Beziehung zwischen dem Selbst und seinen sozialen Bezügen ist wichtig (Rogers, 1959a; van Kessel & Lietaer, 1998). Sie fokussiert nicht einseitig entweder auf Interaktionen oder auf intrapersonale Faktoren und widmet sich sowohl dem Erleben und der Beziehungsgestaltung der betroffenen Patientinnen als auch dem der Teammitglieder und sollte auch den organisatorischen Kontext nicht ausblenden (Auckenthaler & Kleiber, 1992; Straumann & Schrödter, 1998).

Bei der Untersuchung von Supervisionskontrakten in der Palliative Care kann man sehen<sup>9</sup>, dass es oftmals sehr förderlich ist, den jeweiligen Bedarf an Teamsupervision, Organisationsentwicklung, Fallsupervision, theoriegeleiteter Supervision und Führungskräfte-Coaching sehr sorgfältig und in längeren Aushandlungsprozessen zu erheben. In dieser Arbeit möchte ich an ein paar Beispielen zeigen, dass diese Differenzierung es uns ermöglicht, jene *Vielfalt an Verstehensperspektiven* zu etablieren, welche einem Team eigene blinde Flecken sichtbar machen kann (Belardi, 1998; Holloway, 1998; Schreyögg, 2002):

In thematisch-inhaltlicher Hinsicht finden in einer Teamsupervision andere Klärungsprozesse statt als in den Fallsupervisionen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Teamsupervision beispielsweise den einzelnen Betreuerinnen die Gelegenheit bietet zu erkennen, wie sich unter großem Belastungsdruck ihre Distanzierungsbedürfnisse besonders deutlich zeigten. In der Fallsupervision hingegen ließ sich, angesichts der Auseinandersetzung mit dem Schmerzerleben der Patientin, das Subjektive der Bewertungsprozesse von Betreuerinnen deutlicher erfassen und die damit verbundene gruppenspezifische Entwicklung klären.

8 Konstruktive supervisionsgestützte Veränderungen lassen sich auch als Bewegungen am Prozesskontinuum in den Dimensionen (Selbst-)Erleben, Wahrnehmung/Abwehr und Beziehungsgestaltung (zum Anderen, zu eigenen Konstrukten z. B.: Selbstideal) beschreiben (Rogers, 1959a).

9 In der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Klagenfurter Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF): Die enge Verknüpfung von Lernen und Hinterfragung der eigenen Betreuungsmodelle gehört am IFF auch zu den angewandten Erforschungsinstrumenten (vergl. Heimerl & Heller, 2001).

Anders gesagt, ich erlebte den Einfluss des Settings bzw. des Rahmens, innerhalb dessen die Supervision jeweils stattfand, als eine *zusätzliche* Einflussgröße auf den Supervisionsverlauf. Um dieses Geschehen konkret zu veranschaulichen und den Zuhörerinnen und Zuhörern praktisch nachvollziehbar zu machen, lud ich 2004 in Salzburg zu einer virtuellen Reise durch drei unterschiedliche *Gestaltungsräume* von Gruppensupervision ein: Der „Welt“ der Teamsupervision, der „Welt“ der Fallsupervision und der „Welt“ der theoriegeleiteten Supervision.

### **Teamsupervision: Personzentriertes Verstehen als Veränderung im Wahrnehmen**

Im relativ geschützten Klima einer *Teamsupervisionsgruppe* konnten sich die Beteiligten mit ihrem Erleben der Situation im Team oder auf der Station entsprechend ihrer Öffnungsbereitschaft einbringen, den Umgang miteinander betrachten, Schwierigkeiten wegen ungeklärter Zuständigkeiten bearbeiten, die zwischen den einzelnen Berufsgruppen unausgesprochenen Erwartungen im offenen Unmut über die Versäumnisse der anderen aufspüren, usw. Als in der Gruppe gegenseitiges Vertrauen wuchs, begannen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch stärker die eigenen Gefühle und die der anderen in den Blick zu nehmen. Dabei tauchten dann die heiklen oder – später – auch die tabuisierten Themen auf: Distanzierungswünsche, Resignation, Ängste. Wie überfordert, hilflos darf ich mich eigentlich zeigen/fühlen?

Idealismus hat Grenzen. Die Klärungsprozesse im Team brachten manchmal die Befürchtungen zu Tage, eine schwerkranke Person im Stich lassen zu müssen, was mit dem Selbstauftrag der Hospizbetreuerin nicht vereinbar war. Sie hatte ihren Arbeitsplatz bewusst gewählt, weil Hospizbetreuung in Europa noch immer nicht flächendeckend etabliert ist: Sie dachte, der gesellschaftlich üblichen Abspaltung dieses wichtigen Lebensabschnittes durch ihr Engagement etwas entgegenzusetzen zu können.

Andere Hospizbetreuerinnen wiederum fassten es als Bedrohung auf, sich damit konfrontieren zu müssen, dass Patientinnen trotz ihres Engagements noch immer keine ausreichende Schmerzlinderung erfuhren. Ein Spezialist für „Symptomkontrolle“ (Foley, 1999) dürfe nicht versagen. Es lasteten auf den Helferinnen nicht nur moralischer bzw. institutioneller Druck, sondern auch Erwartungen von verzweifelten Angehörigen.

Nicht nur während der Pionierphase von Hospizprojekten können lange Phasen chronischer Überbelastung erfolgreiche Teams destabilisieren (Vachon, 1999).

Naturgemäß haben nicht alle Beteiligten die gleiche Bereitschaft, sich mit der Hilflosigkeit einer anderen Person, vor allem wenn sie ein *Teammitglied* ist, auf das man sich bei der Zusammenarbeit verlassen können will, zu konfrontieren.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass unter den Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind, relativ viele in deren Vergangenheit selbst Traumatisierungen ausgesetzt gewesen waren. Erste Angaben dazu liegen etwa zwischen 15–25 %. Aber sogar die Tatsache, in einem helfenden Beruf tätig zu sein und dabei ständig mit den durch die Erkrankung und medizinischen Behandlungsfolgen erzeugten Traumata in Berührung zu kommen, kann bei Helferinnen zu sogenannten *sekundären* Traumatisierungen (Stamm, 2002) führen.

Weder Eignungsverfahren können sicher ausschließen, dass bei den Betreuerinnen Erinnerungen an alte traumatische Erfahrungen ungewollt wachgerufen werden, noch können Schulungen immer verhindern, dass eine Helferin durch krisenhafte Ereignisse auf der Station in Erschöpfung gerät oder retraumatisiert wird. Da ihre einstigen Verletzungen bis dato eingeschlossen und keiner Bearbeitung<sup>10</sup> unterzogen waren, ist eine betroffene Betreuerin an ihrem Arbeitsplatz vor der Wiederbelebung alten Entsetzens relativ ungeschützt. Zugleich hat sie vermutlich für Ohnmachtserfahrungen einen „blinden Fleck“, was natürlich in der Folge mit einem *empathischen* Eingehen auf das Hilflosigkeitserleben anderer unvereinbar ist.

Um die schwierigen Klärungsprozesse des *Wahrnehmens und An-/Erkennens eigener Hilflosigkeit*, zu ermöglichen, muss die Supervisorin die Bildung eines *Klimas von Sicherheit* unterstützen. Wie in jeder guten personenzentrierten Gruppe hat sie eine „facilitating function“ (Rogers, 1959a), manchmal entspricht das auch einer „haltenden Funktion“ im Sinne des Bion’schen „Containments“. Darüber hinaus muss sie ihre bereits erworbene Kenntnis des jeweiligen Palliative Care-Projekts bzw. ihre „Feldkompetenz“ einbringen können, um eine angemessene Balance zwischen der Bearbeitung des Beziehungsgeschehens in der Gruppe und der Klärung des Bedarfs von Fallsupervision oder an Organisationsentwicklungselementen zu ermöglichen. So kann sie einem „überengagierten“ Team als Vorbild für die Klärung von Zuständigkeitsbereichen und für Delegationsprozesse dienen. Gelingende Teamsupervision schafft also Freiraum und fördert die Qualität der (Arbeits-)Beziehungen untereinander oder auch – die Not-Wendigkeit von Fallsupervision zu Tage.

### **In der Fallsupervision: Nicht hilf-reich sein.**

Vorausgesetzt, eine Bestandsaufnahme war nicht bereits zuvor in Sitzvisiten erfolgt, beginnt die *Fallsupervision* im Team vielleicht mit einer berufsgruppenübergreifenden Überprüfung des bisherigen therapeutischen Angebots. Haben wir wirklich alle s für diese Patientin getan? Oft wird hier erstmals sehr deutlich, dass bei den

<sup>10</sup> Hier kommt der Supervision neben der Bearbeitung von unrealistischen Ansprüchen an sich selbst, auch die Aufgabe der *Sensibilisierung* für die Problematik des Psychotraumas zu (Biermann-Ratjen, 2003), aber niemals eine therapeutische Aufgabe. Die Aufklärungs- und Beratungsfunktion der Supervisorin kann dabei zur Bearbeitung einer Traumafolgestörung ermuntern und hat darin auch den Stellenwert einer Burn-out Prophylaxe.

einzelnen Teammitgliedern ganz *unterschiedliche Wahrnehmungen* vom Schmerzerleben der Patientin vorhanden sind. Die Aufmerksamkeit des Teams ist auf das Problem der Patientin fokussiert, erste Hypothesen werden darüber gebildet, was man möglicherweise noch nicht richtig verstanden habe.

Später kann im Gruppenprozess sichtbar werden, dass die Unterschiede in der Wahrnehmung der Patientin auch zu Differenzen untereinander führen. Möglicherweise polarisiert sich ein Team sogar in eine verständnisvolle und sehr geduldige Gruppe und in eine, die eher Ungeduld und Ärger empfindet oder andere Distanzierungsbedürfnisse hat. Die Betreuerinnen werden dabei von der Supervisorin als Person-Gewordene mit ihrer individuellen Lebens-Lerngeschichte, innerhalb eines mitmenschlichen Gefüges Schmerz, Trennungen, Bedrohung und Angst, Ekel, Scham und Schuld zu verarbeiten, ernst genommen.

Bei meinen Recherchen zu den Erfahrungen mit fünf Frauen, Patientinnen, die an „nicht-enden-wollenden“ Schmerzen litten, war – teilweise erst in der Rückschau – zu beobachten, dass sie sich trotz vieler, besonders engagierter Hilfsangebote nicht ausreichend gut schmerzbehandelt gefühlt hatten. Das, nicht von allen, spontan geklagte Schmerzerleben war individuell sehr verschieden und wurde qualitativ ganz unterschiedlich beschrieben: dumpf, stechend, lokalisiert, überall. Die Schmerzsymptomatik selbst wurde jedoch von jeder dieser Patientinnen immer in irgendeiner Weise als quälend oder als unerträglich *empfunden*.

Ihre Situation gab den Mitgliedern der betreuenden Teams Rätsel auf. Das Wissen um Dauer bzw. Ausmaß der Erkrankung, Art des Tumorleidens, therapiebedingte körperliche Folgeschäden, Alter, Persönlichkeit, den psychischen Status oder den familiären Hintergrund dieser Frauen erlaubte den Helferinnen vorerst keine die Not wendenden Schlussfolgerungen. Auch die kritische Analyse der bereits bestehenden ganzheitsmedizinischen Schmerzbehandlung förderte keine erheblichen Mängel zutage. Manchen war zwar klar, dass ihre Patientin wahrscheinlich unter dem im englischsprachigen Raum als „total pain“ bezeichneten oder einem ähnlichen Symptom litt, aber auch dieses Wissen half nicht weiter.

Die Betreuerinnen hatten sich inkompetent gefühlt. Ihr eigenes Bedürfnis nach Selbst-Achtung wurde angesichts der statischen Unveränderbarkeit des Leidens der Patientin bedroht: „Nichts hilft – Das ist nicht mehr länger zu ertragen!“ Ein würdevolles Zugehen auf die Patientin in deren stark strukturgebundenem Erleben *und* auf sich selbst als Betreuerin schien unmöglich. Die Enttäuschung über die eigene Hilflosigkeit konnte in Ärger umschlagen oder Fluchtimpulse aufkommen lassen. Ein Team berichtete, dass bis zum Ableben der Patientin alle gemeinsam in Resignation versunken waren: Die Selbstbeauftragung des Teams, der familiär isolierten Patientin ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen, war gescheitert.

Einige Klippen mussten also genommen werden, ehe in der Supervision Resignation, vage empfundene Hilflosigkeit oder Ohnmacht offen thematisierbar wurden: Durch Rationalisieren, Delegieren,

im Witzeln, Verleugnen, Projizieren konnte die Bedrohung des idealisierten Selbstverständnisses als Helferin vorerst wunderbar abgewendet werden – ebenfalls durch das Gegenteil, indem man sich für alles verantwortlich dachte, fühlte bzw. erklärte hatte.

In Momenten, in welchen die eigene Verletzlichkeit, Endlichkeit und Begrenztheit in einer Gruppe spürbar wird, ist es besonders wichtig, dass die Supervisorin kraft ihrer Ambiguitätstoleranz und fachlichen Kompetenz für alle Seiten *Empathie entwickeln und kommunizieren* kann. Hier meine ich, liegt ein möglicher Fallstrick für die Supervisorin verborgen, wenn es ihr nicht gelingt, innerlich folgende drei Aspekte gut auszubalancieren: Die eigene Sorge um die betroffene Patientin, die Sorge um die Teammitglieder in ihrer Überforderung und ein Wissen über etwaige strukturelle Mängel des Palliative Care Projekts. In dieser Phase der Bearbeitung wäre eine einseitige Parteinahme verfrüht, keinem der Beteiligten dienlich und würde die Klärung der Komplexität der gesamten Problematik verhindern (vergl. Straumann & Schrödter, 1998).

Den Betreuerinnen war ja in intellektueller Hinsicht klar, dass sie hilflos geworden sind. Die Fähigkeit zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Binder, 1994) bewahrte sie, sich persönlich zu stark zu involvieren und ermöglichte, einen „Sicherheitsabstand“ zu behaupten. Was es in diesen Augenblicken bedurfte war die Bereitschaft der Supervisorin, die *eigene* Hilflosigkeit zu fühlen und angesichts der unlösbar erscheinenden Dilemmata dennoch nicht aufzugeben. Um mit den Betreuerinnen von schwerst Kranken (*und* deren Patientinnen) wirklich feinfühlig in unbedingt positiver Beachtung *zugegen bleiben* zu können, erfordert auch von der Supervisorin Sensibilität für *eigene Anteile* von Hilflosigkeit. Gerade die Fähigkeit, *eigenes* Erleben von Hilflosigkeit akzeptieren, aushalten und angemessen symbolisieren, also reflektieren zu können, ermöglicht der Supervisorin, nicht in die Gefahr einer Identifikation mit dem „hilflosen Team“ zu geraten oder etwa einem Pseudoaktivismus zu verfallen.

### **Theoriegeleitete Supervision: Hilflosigkeit empathisch verstehen und würdigen**

In der *theoriegeleiteten Supervision* wird den Hospizmitarbeiterinnen die Gelegenheit geboten, das eigene Erleben mit spezifischem Hintergrundwissen in Beziehung zu setzen. Durch für sie relevante Forschungsergebnisse werden die Praktikerinnen angeregt, ihre eigene Tätigkeit in neuem Lichte zu betrachten. Die Vermittlung theoretischen Wissens erweitert bzw. vertieft dabei ihre Möglichkeiten empathischen Verstehens. Eine stärker kognitiv betonte Beschäftigung mit kritischen Erfahrungen, die zu fremd sind, zu intensiv wirken bzw. die eigene Person / Rollengestaltung zu sehr hinterfragen, kann deren Bedrohungserleben reduzieren.

Wenn Helferinnen beispielsweise erfasst hatten, dass ihr Wunsch nach Selbstschutz im *Vermögen des Menschen* wurzelt, ein

für das eigene Selbst zu bedrohliches Erleben vor dem Gewährwerden zu verbergen, veränderte sich oft auch ihr Zugang zum Abwehrverhalten. Abwehr als Verarbeitungsprozess im „Dienste des Selbst“ sehen zu dürfen, erleichterte die Betreuerinnen manchmal ungemein. Es gestattete ihnen auch, sich von Vorstellungen zu lösen, „die Abwehr einer Patientin müsse überwunden“ oder „durchbrochen“ sein, damit dieser ein friedlicher Abschied zuteil werde.

Eine Betreuerin, die beginnt, eigenes Erleben von „Hilflos-(gewesen-)Sein“ in sich aufzufinden, die über die reflektierte Erfahrung, dieses verarbeitet zu haben, verfügt, *empfindet* Empathie für ihre Patientin als Person in einer Verfassung voller Hilflosigkeit. Sie weiß, wie „gelähmt, schwer, komisch, weit weg, taub, dumpf oder unempfindlich sich das Ganze“ anspüren kann. Die *gelungene* Integration vergleichbaren eigenen Erlebens befähigt die Helferin, „da“ zu *bleiben* und zu *spüren*, wie sehr es sie selbst auch schmerzt, an die eigenen Grenzen des Helfens/Begleiten Könnens/Tuns geraten zu sein.

Sie kann jetzt besser oder „wirklich hinschauen“. Das wahrgenommene Ausmaß an innerer Bedrohung lässt die äußere Bedrohung in anderem Lichte erscheinen. Es ist für sie nicht länger erforderlich in der Wahrnehmungsverzerrung ihr Bedürfnis nach unbedingter Selbst-Achtung zu erhalten.

Anders formuliert, ich finde, dass dieses Beispiel sehr schön zeigt, wie der Tendenz des Organismus, sich bei Bedrohung zuerst in Richtung auf Erhaltung zu organisieren, die Tendenz, sich in Richtung auf Differenzierung und Entfaltung zu organisieren, bereits *immanent* ist (Rogers 1951, S. 338ff). Diese Betreuerin wird folglich ihr Helferbild (wieder) erneuern und, wo innerlich noch nicht klar genug etabliert, ihre Vorstellungen würdevollen Begleitens um eine wichtige Dimension erweitern: Sie hat erfahren, dass der eigene Anspruch nicht immer optimal für ihre Patientin und daher reduzierbar ist. Manchmal ist eine Haltung feinfühlig, präsenten Nicht-tuns die besser geeignete Weise, ihre Patientin im Bearbeiten einer Trennungsthematik zu begleiten als professionelle Betriebsamkeit. Das „Helfen-können“ ist vielleicht gerade erst im unbedingt positiv beachtenden empathischen Dasein für die Ohnmacht, die heftigen Gefühle oder das Verstummt-Sein der Patientin am stimmigsten *verwirklicht*.

Diese Erfahrung fördert meistens die Bereitschaft, auch in Zukunft neuerlich auftauchende Distanzierungswünsche schwierigen Patientinnen oder Angehörigen gegenüber zu reflektieren. So kann, wie bereits gesagt, die Supervision durch Erfahrungen signifikanten Lernens auch zur Selbstfürsorge und Psychohygiene (vergl. Auckenthaler & Kleiber, 1992) in der Palliative Care konstruktiv beitragen. Das Sinnvolle an Abwehrvorgängen *empathisch* erfasst zu haben, versöhnt auch mit sich selbst und belebt die Bereitschaft, zukünftig in bindungs-relevanten Situationen ebenfalls wieder Bindungsfunktionen (Bowlby, 2001, S. 159ff) bereit zu stellen.

## Schmerz und noch Unverstandenes

Können die Betreuerinnen etwas über den Umgang mit besonders schwierigen Situationen in Palliative Care Teams lernen, wenn sie die unten geschilderten Situationen wie eine bindungs-*relevante* Situation verstehen?

Ich glaube, dass Hintergrundwissen über die Entstehung von Bindungserwartungen (Bowlby, 2001; Fonagy, 2000) neue Vorstellungen kreiert, die an eigenen Erfahrungen anknüpfen, zuvor selbst Erlebtes zum Klingen bringt und vielleicht in einem neuen Kontext neue Bedeutungen stiftet. Die Betreuerinnen fragen sich, wie sie sich selbst angesichts der Mitteilungen ihrer Patientin fühlen: erschöpft, irritiert, klar, verunsichert, traurig, beschämt, entnervt oder fluchtbereit. Wie kommen sie mit Protest, Wut, Enttäuschung zurecht, mit Trauer, Verachtung, Ekel, einem „anklammernden“ Verhalten oder unveränderlich erscheinender Verschlossenheit, mit Sprachlosigkeit? Wie gehen Teammitglieder damit um, dass sich die Patientin nur einigen von ihnen gegenüber öffnen kann, sich über andere jedoch heftig beklagt?

Eine der fünf zuvor erwähnten Patientinnen hielt sich viel in ihrem Bett auf, wirkte sehr zurückgezogen, ihr Bett war ständig zerwühlt. Wenn eine Pflegerin nach ihr sah, bemühte sie sich, ein freundliches Lächeln auf ihr Gesicht zu bekommen, sie beteuerte, sie käme mit allem gut zurecht. Ihre Neigung, ganz leicht zu fiebern und eine geringfügig, aber ständig erhöhte Herzfrequenz zu haben, veränderte sich erst, als die Putzfrau bemerkte, dass – in unbeobachteten Momenten – die Patientin keine Ruhe zu finden schien und die Patientin erneut von ihren Betreuerinnen offen auf die *ungenügende* Schmerzbehandlung angesprochen wurde. Dieser Frau war Eigenständigkeit „heilig“. Sie konnte nicht „zur Last fallen“, höhere Medikamentendosierungen erschienen ihr „viel zu viel“. Sie stellte gemäß ihres „inneren Arbeitsmodells“ im „Unkompliziertsein“ und „Bedürfnislos-Wirken“ Unterstützung *sicher*.

Eine andere Patientin klagte ständig über die Unerträglichkeit ihrer Schmerzen. Sie war nach langem Leiden und frustranen Therapieversuchen andernorts auf Betreiben ihrer Angehörigen in ein Hospiz überwiesen worden. Dort zeigte sich den Betreuerinnen, dass diese Frau so arge Schmerzen hatte, dass sie das Gewicht der Decke auf ihrer Haut und das Liegen nicht aushielt. Dies machte jegliche Pflegehandlung unmöglich. Im Hospizteam wurde klar, dass diese Frau von anderen „nicht berührt/angegriffen“ werden durfte. Es galt, sich der *Unmöglichkeit im Auftrag*, endlich eine „erlösende Schmerzlinderung“ anzubieten, zu stellen und diese „Paradoxie“ zu akzeptieren. In dem Maße, wie es den Betreuerinnen gelungen war, sich der Patientin *nicht* als Helfer aufzudrängen und nur schmerzlindernde *Angebote* zu machen, deren „Dosierung“ die Patientin selbst bestimmen konnte, war der *appellative Anteil* in ihren Schmerzäußerungen verstanden. Diese Frau hatte sich der dringend erforderlichen Hilfe nicht anvertrauen können, weil sie befürchtet hatte, sich unterwerfen zu müssen. Sie war durch eine besonders rasch

voranschreitende Erkrankung mitten aus einem außergewöhnlich erfolgreichen Berufs- und erfüllten Familienleben herausgerissen worden. Ihre Familie war alarmiert und „tat alles“, um zu helfen. Von zu gut gemeinter Unterstützung beengt beinahe keine Kontrolle mehr über sich und die eigenen Körperfunktionen zu haben, war für sie unerträglich. Gleichzeitig konnte sie lange niemandem *sagen*, wie schrecklich es für sie war, in „diesem leidenden Körper“ gefangen zu sein und sich unendlich unattraktiv zu fühlen. Angesichts des Entsetzens über seine rapiden Veränderungen war ihre Not unaussprechlich.

Die Erwartungen dieser Frauen, in größter Not Unterstützung zu bekommen, waren nicht gleich. Im Gegensatz zur zuerst beschriebenen Patientin gewann die zweite Patientin Beachtung auf ganz andere Art. Wenn sich darüber hinaus die Betreuerinnen dessen gewahr werden, dass ihre Patientinnen möglicherweise einen anderen Stil, ihre Hilfsbedürftigkeit zu signalisieren, *als sie selbst* haben, können sie meist flexibler auf diese Bedürfnisse eingehen (Carr & Mann, 2002; vgl. Höger & Müller, 2002).

Während einige Helferinnen die Kenntnisse der Bindungsforschung als erhellend erlebten, half es anderen wiederum, mehr über psychobiologische Unterschiede in der Verarbeitung von Bedrohung in Furcht und Panik zu wissen (vgl. Sachsse, 2003): Sie vermochten jetzt besser nachvollziehen, dass eine Patientin, die eine lebensbedrohliche Diagnose unvorbereitet trifft, wie „gelähmt oder erstarrt“ wirken und sich diesbezüglich sprachlich nicht klar vermitteln kann.

Manchmal aber habe ich die eine oder andere Betreuerin eingeladen, sich selbst „bildlich zuzuhören“, inne zu halten bei dem, was sie uns erzählt, es sich selbst noch einmal zu erzählen und in sich Bilder dazu auftauchen zu lassen. Die Einladung zum Modalitätenwechsel ließ Isolation, Aggression (Biermann-Ratjen, 1998), Beschuldigungen, Klagsamkeit nachvollziehbar werden. Die Bereitschaft, vom Tun wieder mehr auf das „dass“ und „wie“ zu kommen, zu hören und zu blicken, „szenisch“ zu verstehen (vgl. Sommer & Sauer, 2001), und dann erst nach dem „warum“ zu fragen, ließ gelegentlich die Betreuerinnen Überraschendes entdecken: Zurückgekehrt ans Krankenbett wartete eine bereits „ganz andere“ Patientin auf sie.

### Schmerzen und Trennungserleben

So wie sich meine Fähigkeit, Erfahrungen von Schmerz oder Bedrohung angemessen zu verarbeiten, im intersubjektiven Austausch entwickelt, entwickelt sich meine Fähigkeit, *mich zu trennen* und *in mir* Vorstellungen vom Erleben anderer, ihren Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Intentionen und Wünschen zu bilden (Fonagy, 2000) und *neue unbekannte Erfahrungen* auf mich zukommen zu lassen ebenfalls mehr oder minder „gut“ innerhalb meiner Bindungsbeziehungen.

Im Schmerz kann sich die Erfahrung des von etwas „*Ungewollt-getrennt-Seins*“ symbolisieren. Schwerkranke Personen müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie möglicherweise schon bald von vielem Abschied nehmen werden. Abschied vom eigenen Leben, von lieben Menschen, von der Welt, von Sicherheit, von Kraft und Gesundheit, Geborgenheit oder Vertrautem, Gewohntem und Verhasstem. Dem eigenen Tod entgegen zu blicken bedeutet auch, die Trennung von Wichtigem im eigenen Leben *vorwegzunehmen*: von bedeutsamen Beziehungen, einer längeren Dauer des Lebens, vom Körper selbst, von Plänen, Hoffnungen, usw. aber auch von Unfertigem, von alter Schuld oder einer schlimmen Last – und das schmerzt.

Diese Trennung bedeutet, die wichtigen Bezugspersonen zurück zu lassen, und erfordert das Vertrauen, dass ihnen dieser Abschied *zumutbar* ist. Wo primäre Inkongruenz einem von überwältigender Bedrohung erschütterten Selbst es zusätzlich schwerer macht sich zurechtzufinden, wird möglicherweise das Ausmaß von innerer und äußerer Bedrohung gar nicht mehr klar zu trennen sein (Rogers, 1951a).

Dadurch wird der Abschied von einer zuvor schon verunsicherten Person vielleicht besonders ängstlich erwartet, von einer anderen lange hinausgezögert oder ignoriert, verleugnet oder er löst viele, sehr intensive, teils widersprüchliche oder gar überflutende Gefühle von Angst, Trauer oder Zorn aus, ebenso Depression oder Resignation (Macke-Bruck & Nemeskeri, 2002). Die Vorbereitung auf das eigene Sterben, egal inwieweit die Anderen dabei miteinbezogen werden, ist ein sehr komplexer psychischer Prozess der Antizipation einer endgültigen Trennung. Trennungsschwierigkeiten können dabei erinnert werden und in der Patientin Befürchtungen auslösen, dieser letzten Entwicklungs-Aufgabe im Leben nicht so recht gewachsen zu sein.

Bei allen fünf Patientinnen war den Betreuerinnen zunächst völlig unklar, wieso deren Not nicht zu lindern war und sie keine Erleichterung finden konnten. Ich habe in dieser Arbeit gezeigt, dass die personenzentrierte Begleitung ermöglichte, sich in je einmaliger Weise neue Fragen zu stellen, eine andere Sichtweise einzunehmen und teilweise auch neue Beziehungsangebote zu machen. Diese waren eingebunden in die Palliativtherapie. In gewisser Weise wurde die pflegerische und medizinische Behandlung erst dadurch *wirksam* erfolgreich. Die inter-subjektiv erfahrene Wirklichkeit des ungelinderten Schmerzzustandes mündete im (tw. beiderseitig) empfundenen Wunsch, sich selbst und die andere besser zu verstehen. Die konstruktive Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens verbessert ebenfalls die *Empathiefähigkeit der Helferinnen*, weil es deren Bedrohungserleben angesichts von Erfahrungen, die dem eigenen Erleben gegenüber zu intensiv wirken oder als „zu fremd“ erscheinen, reduziert.

### Zur Hoffnung, als HelferIn „stronger and wiser“ zu sein

Aber es blieben auch Rätsel bestehen und die Betreuerinnen mit ihren Verstehenshypothesen allein zurück. In der Begegnung mit einer der betroffenen Patientinnen ließen sich diese nicht mehr überprüfen, weil sie nicht (mehr) darauf ansprechbar war bzw. weil eine andere mittlerweile verstorben war. Die entwickelten Vorstellungen, Bilder, Metaphern aber erschienen den Helferinnen selbst stimmig und sie wirkten tröstlich: „Unverstanden-voneinander-getrennt-Sein“ ist für uns Menschen schwierig, schmerzlich.

Da auch die Betreuerinnen trauern, sehe ich eine besonders wichtige Aufgabe darin, als Supervisorin den Helferinnen in unbedingt positiver Beachtung ihrem Ohnmachts-/Erleben gegenüber da zu sein. Aus der Sicht der Bindungsforschung könnte man auch sagen, die Helferinnen seien angesichts der existentiellen Bedrohung ihrer Patientin in zweifacher Weise beteiligt: Ihr Bindungssystem ist einmal „einer Patientin in Not“ gegenüber aktiviert, indem sie ihnen gegenüber Funktionen des „stronger and wiser“ (Bowlby, 2001) erfüllen. Zugleich aber erfahren sie in Momenten eigener Ohnmacht selbst das Bedürfnis, jemanden zu finden, der ihnen die komplementäre Funktion des Geschützt-werdens gewährt. Dies immer vor dem Hintergrund, dass es auch die Helferinnen selbst, entsprechend ihren eigenen Bindungsmustern, nicht immer ganz leicht haben werden, Hilfe und Unterstützung anzunehmen oder einzufordern.

Eugene Gendlin (1964) sagt – sinngemäß – so schön: Wir alle haben ein tiefes inneres Wissen davon, wann im Erlebensprozess etwas als „ganz, vollständig“ erfahren wird. Wo ein Verstehen auftaucht, verschafft die Empfindung des „felt shift“ Erleichterung oder gar ein „Wieder im Fluss Sein“. So haben wir, die Betreuerinnen und die Supervisorin, gelegentlich zu einem an der Person der Patientin *orientierten* Verstehen zu finden gesucht, einfach „nur“ für uns selbst *vermutet*: Das Unerlöste könnte auf ein unsagbares altes Leid, einen vielleicht noch unverarbeiteten Diagnoseschock oder eine unbearbeitete Re-/Traumatisierung (Biermann-Ratjen, 2003) durch die massiv beeinträchtigenden medizinischen Behandlungen o. ä. verweisen.

Lieber war es den Betreuerinnen und mir gewesen, uns vorzustellen, dass eine der Patientinnen sich angesichts der gestohlenen Lebenszeit aufgebäumt hatte, um diesen Diebstahl anzuklagen, gegen ihn anzukämpfen. Wir hofften gemeinsam, dass sie im sicheren Klima eines einfühlsamen und belastbaren Teams die Erfahrung machen konnte, nicht verlassen zu werden, auch nicht *mit* ihren Äußerungen von Wut, Ärger, Verzweiflung und den hartnäckigen Behauptungen, sich noch immer unverstanden zu fühlen. Ihre uns bekannte Lebensgeschichte war voller Bilder von Fürsorge für ihre Kinder unter undenkbar schwierigen Bedingungen; für das eigene unbeschwertere Glück fand sie scheinbar zu wenig Zeit und sich mit „ihren schwierigen“ Bedürfnissen anderen zuzumuten war ihr von klein auf strikt verwehrt geblieben.

Aber –

am mitunter langen Weg vom ersten Gewährwerden einer körperlichen Empfindung zur vollständigen Symbolisierung der Erfahrung, sich als Person in einer bestimmten schmerzlichen Verfassung zu befinden, findet ein komplexer Verarbeitungs- und Bewertungsprozess statt – er wird sich nicht immer vollenden.

## 4. Endlich leben – Ein Fazit

Das Schmerzerleben als Krisen- und Trennungserleben von Personen, die durch die Erkrankung mit ihrer Endlichkeit konfrontiert sind, ist untrennbar mit den angebotenen Betreuungsbedingungen verknüpft: Verständigungsprobleme zwischen der Patientin und deren Begleiterinnen *können* im „Noch-unverstanden-Sein“ Ausdruck von stark angstbesetzten Trennungsschwierigkeiten oder eines tiefen existentiellen Dranges zu persönlichem Wachstum der Patientin, ebenso Ausdruck eines noch unverarbeiteten Diagnoseschocks sein. Wenn die Helferinnen solche Bedürfnisse erfassen und feinfühlig beantworten können, bietet sich der Patientin die Chance, ihren gebremsten Persönlichkeits-Entwicklungsprozess auch in der Abschiedsphase ihres Lebens wieder aufzunehmen. Zusammengefasst bedeutet das für die Helferinnen in der Palliative Care folgendes:

- Schmerzen als Signal drohenden oder stattgehabten Verlustes von leibseelischer Integrität zu erkennen, eröffnet über das übliche pflegerisch-medizinische Wissen zur Schmerzverarbeitung hinaus einen empathisch-verstehenden Zugang zur komplexen Trennungsthematik schwerst kranker Personen.
- Verfeinerte Sensibilität für die Wahrnehmung bindungs-relevanter *Situationen* während der gesamten Lebensspanne, so auch im Krisenerleben Erwachsener, erlaubt den Helferinnen, die Erwartungen der Patientin und sich selbst anders in den Blick zu nehmen.
- Die unbedingte Würdigung der das Selbst erhaltenden *vor* der das Selbst entfaltenden Tendenz des menschlichen Organismus ermöglicht es, die Abwehr der die Selbst-Achtung bedrohenden Erlebnis-inhalte einer (Schmerz-)Erfahrung besser zu verstehen.
- Ein basales Wissen um Verarbeitungsmöglichkeiten von als traumatisch bewerteten Erfahrungen ergänzt das Vermögen, bei sich als Betreuerin den eigenen Verarbeitungsmodus von Hilflosigkeitserleben bzw. Ohnmachtserfahrungen freier wahrzunehmen, gestattet ihr bzw. ihm wahrscheinlich eher, sich in das phänomenale Feld der betroffenen Patientin einzufühlen.
- Diese Grenzerfahrungen werden nicht mehr nur als zufällige (lästige) Einzelereignisse gewertet, sondern als *spezifisches* intersubjektives bzw. bio-psycho-soziales Phänomen erfasst. Dies entspringt der Bereitschaft, die Enge eines multidisziplinären Arbeitens zu überschreiten hin zur *Inter-Disziplinarität*, einem Konzept innerhalb dessen eher bindungs-relevante Bedürfnisse beantwortet werden können.

– In den interdisziplinären Hospiz- und Palliative Care Teams kann Personenzentrierte Supervision einen wesentlichen Beitrag zur Vertiefung der bereits bestehenden psychosozialen Kompetenzen von Betreuerinnen leisten, was in der Folge auch einen Beitrag zu deren Burn-out Prophylaxe darstellt.

## Literatur

- Auckenthaler, A. & Kleiber, D. (Hrsg.) (1992). *Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT.
- Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.
- Belardi, N. (1998). *Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). Das Phänomen Aggression. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 1, 64–68.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 128–134.
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Bischoff-Wanner, C.M. (2002). *Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern: Hans Huber.
- Bowlby, J. (2001). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1979: The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications)
- Carr, E. C. J. & Mann, E.M. (2002). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Osterbrink, J.). Bern: Hans Huber (Original erschienen 2000: Pain. Palgrave: London)
- Cline, S. (1997). *Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe. (Original erschienen 1995: Lifting The Taboo. Woman, Death and Dying. London: Little, Brown and Company)
- Doyle, D., Hanks, G.W.C. & MacDonald, N. (Eds.). (1999). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (2<sup>nd</sup> ed.) Oxford: University Press.
- Flammer, E. & Flammer-Tausch, D. (1992). Die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung Sterbender. In M. Behr et al. (Hrsg.). *Jahrbuch 1992 Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie*. (S. 132–143). Köln: GwG.
- Foley, K.M. (1999). Pain assessment and cancer pain syndroms. In D. Doyle, G.W.C. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. (pp. 310–331). Oxford: University Press.
- Fonagy P. (2000). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. (S. 241–254). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 1999: The understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self. Les Cahiers Psychiatriques, 26, 37–50).
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 109–119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gendlin, E.T. (1964). A Theory of Personality Change. In Ph. Worchel & D. Byrne, (Eds.), *Personality Change*. (pp. 206–247). New York: Wiley.
- Heimerl, K. & Heller, A. (Hrsg.). (2001). *Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativebetreuung lernen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Bindungsangebot von Patienten. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 6, 35–44.
- Holloway, E. (1998). *Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Christoph-Lemke, C. & Lammers, W.). Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Clinical Supervision – A Systems Approach. Thousand Oaks: Sage)
- Kessel van, W. & Lietaer, G. (1998). Interpersonal Processes. In L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 155–177). New York: Guilford.
- Köhle, K., Simons C. & Kubanek B. (1996). Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T.V. Uexküll & W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. (S. 1224–1249). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie: eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Lietaer, G. (2001). Unconditional Acceptance and Positive Regard. In J.D. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional Positive Regard. Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. Vol. 3 (pp. 88–108). PCCS: Ross-on-Wye.
- Macke-Bruck, B. (2003). Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 3–14.
- Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 563–583). Wien: Springer.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50 (1–2, Serial No. 209), 66–106.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Dtsch: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (<sup>3</sup>1981)
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science*. Vol III. *Formulations of the person and the social context*. (pp. 184–256), New York: Mc Graw

- Hill, Dtsch: Rogers, C.R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. 3. Aufl. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic – an unappreciated way of being. In: *The Counselling Psychologist* 5, 2, 2–10. Dtsch: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. (75–93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Jahrgang 7 (Persönlichkeitsstörungen und der Körper)*, 4–15.
- Schreyögg, A. (2002). *Konfliktcoaching. Anleitung für den Coach*. Frankfurt: Campus.
- Schwemmer, O. (1997). *Die kulturelle Existenz des Menschen*. Berlin: Akademie Verlag.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G.J. Suess, H. Scheuerer-Englisch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. (S. 157–177). Gießen: Psychosozial.
- Sommer, K. & Sauer, J. (2001). Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. Keil, P.F. Schmid, N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 190–225). Wien: Facultas.
- Straumann, U. E. & Schrödter, W. (Hrsg.). (1998). *Verstehen und Gestalten. Beratung und Supervision im Gespräch*. Köln: GwG.
- Stamm, B. H. (Hrsg.). (2002). *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. Luthersville, Maryland: The Sidran Press).
- Student, J.-C. (\*erw. 1999). *Das Hospizbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Uexküll, T. v. (2002). Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In T. v. Uexküll, W. Geigges & R. Plassmann. (Hrsg.), *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Vachon, M. L. S. (1999). The stress of the professional caregivers. In D. Doyle, G. W. C. Hanks & N. MacDonald, (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. (pp. 919–929). Oxford: University Press.
- Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 311–332). Stuttgart: Klett-Cotta.

### Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin und Ausbilderin der Sektion Forum der APG, a.o. Mitglied der Alpen Adria Universität Klagenfurt – IFF Wien, Abt. Palliative Care und OrganisationsEthik; bis 1993 auch aktiv als Ärztin für Allgemeinmedizin, zuletzt im Hospiz St. Raphael / Wien tätig.

### Korrespondenzadresse

Brigitte Macke-Bruck  
1090 Wien/Meynertgasse 8/5  
brigitte.macke-bruck@aon.at