

## Originalarbeit (Titelthema)

*Erich Lehner*

# Psychotherapie mit Schwerkranken und Sterbenden im Rahmen von Palliative Care

**Zusammenfassung:** Die Realität des bevorstehenden Todes kann Menschen zutiefst erschüttern und auch gesunde Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen überfordern. Quelle von Belastungen können die Lebensumstände, in denen die Krankheit aufgetreten ist, Copingstrategien, der erschütterte Sinn im Leben, die beeinträchtigte Kohärenz des Selbstgefühls, die Sorge um die Hinterbliebenen, Konflikte mit nahen Bezugspersonen, ökonomische Probleme und Konflikte mit dem Betreuungsteam sein. Bei einer nicht kleinen Gruppe von Leidenden kann es jedoch auch zu Depressionen, Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und Demoralisationssyndrom kommen. Psychotherapie möchte dazu beitragen, dass Kranke so lange wie möglich qualitativ in der Gemeinschaft leben und dann diese Gemeinschaft genügend gut unterstützt verlassen können. Psychotherapie bietet dem Leidenden eine Beziehung an, die die Bindungssicherheit stärkt und Mentalisieren ermöglicht. Gemeinsam konstruieren TherapeutIn und KlientIn eine Narration, die die bisherige Lebenserfahrung bedenkt, die gegenwärtigen Umstände anerkennt, aber auch zukünftige Möglichkeiten im Blick hat. Psychotherapie mit Schwerkranken und Sterbenden erfordert Flexibilität im Setting. Sie muss immer auch die An- und Zugehörigen im Blick haben. Sie ist Teil des multiprofessionellen Teams und sucht auch in freier Praxis den Kontakt mit dem medizinisch-pflegerischen Betreuungsteam.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Palliative Care, Bindung, Mentalisierung

**Abstract:** The reality of impending death can shock people to the extent that normal adaptation and coping mechanisms are thoroughly overwhelmed. The origins of this strain may be traced back to the circumstances in which the disease developed, to the coping strategies, to a shaken perspective of life sense, an impaired sense of self, to the concern for bereaved family members or survivors, to conflicts with close reference persons, or to economic problems and conflicts with the care-giving team. In a significant number of those suffering, the strain can also lead to depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder or demoralization syndrome. The aim of Psychotherapy is to ensure a good quality of life within a community and then provide proper support for the patient to leave that community. Psychotherapy offers the sufferer a relationship which strengthens attachment security and allows mentalization based therapy. The therapist and the patient jointly compose a narrative to consider previous life experiences and to acknowledge current circumstances while keeping future possibilities in mind. Psychotherapy with the critically ill and with dying people requires flexibility in regard to location and setting. The involvement and integration of relatives and community members must also be maintained. Psychotherapy is part of the multi-professional team. Also therapists in private practice seek contact and interaction with physicians and nurses.

**Keywords:** Psychotherapy, Palliative Care, attachment, Mentalization

Cicely Saunders, die Gründerin der Hospizbewegung, hat mit ihrem Konzept des „total pain“ die Vielschichtigkeit eines Schmerzgeschehens beschrieben. Schmerzen sind nicht allein durch physische Symptome verursacht, sondern enthalten immer auch psychische, soziale und spirituelle Dimensionen. (Clark 1999, 733) Michael Kearney unterscheidet das Leiden vom Schmerz, „suffering can be understood as the experience that results from the damage to the *whole* person.“ (Kearney 2000, 5). Leiden entspringt dem Innern einer Person – und nur dort kann auch Heilung entstehen. Einem Menschen in seinem Leiden beistehen heißt deshalb, „creating the environment that best facilitates this process of inner healing.“ (ebd.) Die helfende Umwelt wird am ehesten durch eine „combination of effective care and human companionship“ (ebd.) geschaffen. Psychotherapie bemüht sich um human companionship. Sie bietet dem Leidenden eine Beziehung an, die ihm ermöglicht, die innere Heilung zu finden.

Die Realität des bevorstehenden Todes kann Menschen zutiefst erschüttern und auch gesunde Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen überfordern. Sterben wurde deshalb als Krise verstanden. Krise bezeichnet den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch erleidet, der in Lebensumstände kommt, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie seine bisher erworbenen Fähigkeiten, solche Situationen zu bewältigen, überfordern. (Etzersdorfer 2000, 389) Ina Spiegel-Rösing (1992, 146) fragt deshalb, „kann [...] das Wissen um mein Sterben nicht viele der vorher mir zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten überfordern oder angesichts der physischen Realität der Krankheit (Schwäche, Verstümmelung, Funktionsverlust) entmachten?“ Wenngleich das Krisenkonzept keine allgemein gültige Beschreibung für den Sterbeprozess darstellt, kann es als Bezugskonzept für psychotherapeutische Arbeit dennoch hilfreich sein. (Spiegel-Rösing 1992, 145f)

In welchem Ausmaß Menschen in fortgeschrittener Erkrankung auch unter psychischen Belastungen leiden, hängt von einem komplexen Zusammenspiel der Erkrankung, von individuellen Faktoren und dem sozialen

Umfeld ab. Susan Block (2006, 752 - 756) fasst psychische Problemkonstellationen von Menschen am Ende ihres Lebens zusammen. Sie stützt sich dabei auf Forschungsarbeiten mit Menschen in einer fortgeschrittenen Krebs- oder AIDS-Erkrankung und hat Studien mit alten Menschen herangezogen. Großen Einfluss zeigte die Lebensphase, in der die Erkrankung auftritt. Junge Erwachsene, die gerade dabei sind, ein eigenständiges Leben aufzubauen, erleben oft große seelische Ambivalenz, weil sie sich erneut in die Abhängigkeit von Eltern oder anderer Erwachsenen zurückgeworfen erleben. Sie empfinden es als unfair, von der Krankheit getroffen zu sein und sind voll Trauer über all die Erfahrungen, die sie jetzt nicht mehr machen können. Für Eltern mit kleinen Kindern steht die Sorge um ihre unversorgten Kinder im Vordergrund. Sie spüren die schier unlösbare Forderung, ihren Kindern trotz der Erkrankung Normalität im Alltag zu bieten, und suchen verzweifelt nach Wegen, wie sie mit ihren Kindern über die Krankheit sprechen können. Auch die Trauer darüber, dass sie ihre Kinder nicht groß werden sehen, kann sie belasten. Für ältere Erwachsene stehen Zufriedenheit oder Unglück über das im Leben Erreichte im Mittelpunkt. Belastend ist für sie sehr oft die Sorge über den oder die zurückbleibende PartnerIn. Häufig äußern sie auch das Gefühl, dass einem nach einem harten Leben der verdiente Lebensabend „geraubt“ wird. Für manche Ältere stellt der Tod jedoch auch eine Erleichterung dar.

Eine große Herausforderung für Menschen in einer fortgeschrittenen Erkrankung stellt die Frage nach dem Sinn dar. Das ist zunächst die Frage, welchen Sinn die Erkrankung hat, die sehr oft in subjektiven Vorstellungen darüber enthalten ist, wie und warum ein Mensch die Krankheit bekommen hat. Allein das gemeinsame Gespräch über diese Vorstellung bewirkt bei vielen Menschen Erleichterung. Die grundsätzliche Fähigkeit, in seinem Leben auch in der fortgeschrittenen Erkrankung Sinn und Bedeutung zu sehen, bewirkt auch ein größeres Vermögen, physische Symptome auszuhalten, und eine größere Lebensqualität.

Copingstrategien stellen einen weiteren Bereich psychischer Herausforderungen dar. Lange Zeit dominierte in diesem Zusammenhang die Überzeugung, dass ein „fighting-spirit“ der Haltung der „helplessness/hopelessness“ vorzuziehen sei. In einer jüngeren Meta-Analyse kommen die AutorInnen jedoch zu konträrer Schlussfolgerung: „There is little consistent evidence that psychological coping styles play an important part in survival from or recurrence of cancer. People with cancer should not feel pressured into adopting particular coping styles to improve survival or reduce the risk of recurrence.“ (Petticrew, Bell, Hunter 2002, 1066) Die meisten Leidenden haben die Fähigkeit zu einem „middle knowledge“ (Weisman), in dem sich Zustände des Todesbewusstseins mit Leugnen abwechseln. Maladaptives Leugnen tritt dann auf, wenn dieses Wechseln nicht erfolgen kann und der Ernst der Grunderkrankung vollkommen ausgeblendet wird. Hilfreich ist in dieser Situation ein Bemühen um ein empathisches Erkunden und Verstehen dieser Haltung des Kranken. (Rodin 2009, 445)

Die physischen und psychischen Verluste, die Teil des Krankheitsprozesses sind, und das Gefühl, abhängig zu sein, können die Kohärenz des Selbstgefühls sehr beeinträchtigen.

Schließlich können die Sorge um die Familie, konflikthafte Beziehungen mit An- und Zugehörigen, ökonomische Probleme und Probleme in der Kommunikation zu Mitgliedern des medizinisch-pflegerischen Betreuungsteams Belastungen darstellen.

Neben diesen seelischen Belastungen, die sich im Einzelfall unterschiedlich stark auswirken, kann es jedoch auch zu klinisch auffälligen Leidenszuständen kommen. Keith G. Wilson, Mark Lander und Harvey Max Chochinov (2009, 50) schätzen die Prävalenz der Depression bei KrebspatientInnen im fortgeschrittenen Stadium folgendermaßen ein: zwischen 5% – 20% erleiden eine major depression und 15% - 20% mildere Formen der Depression. Bedenkt man die Schwierigkeiten der Messung, so kann man als grundsätzliche Orientierung sagen, dass rund ein Viertel der PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebs „a significant degree of dysphoria“ (Wilson, Lander, Chochinov 2009, 50) aufweisen. Darüber hinaus leiden 25% der PatientInnen an einer Angststörung, und 2% - 35% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung. (Block 2006, 757f) Schließlich wurde größte Verzweiflung bei PatientInnen als Demoralisationsyndrom beschrieben, welches durch Sinnverlust, Hoffnungs- und Hilflosigkeit, dem Gefühl zu Versagen und sozialer Isolation charakterisiert ist und von der Depression unterschieden ist. (Kissane et al. 2009, 327)

Menschen, die bisher noch keine psychischen Probleme hatten und ihre Erkrankung gut bewältigt haben, können dennoch aufgrund der fortschreitenden Erkrankung, der Todesnähe oder Veränderungen im sozialen Umfeld in starke seelische Leidenszustände kommen, die ihre psychischen Anpassungs- und Abwehrmechanismen erheblich belasten oder sogar überfordern. „Psychotherapie soll [deshalb] dazu beitragen, dass Kranke so lange wie möglich qualitativ in der Gemeinschaft leben und dann diese Gemeinschaft genügend gut unterstützt verlassen können. [...] Positiv formuliert versucht Psychotherapie, die psychischen Systeme – vor allem die Regulation des Selbstgefühls – so zu unterstützen, dass sie auf möglichst hohem Niveau bis zum Ende funktionsfähig bleiben. Negativ soll Psychotherapie eine traumatische Überwältigung der psychischen Funktionssysteme verhindern helfen.“ (Köhle 2007, 1053) Psychotherapie bietet dem bzw. der Erkrankten und

den An- und Zugehörigen eine verlässliche, vertrauensvolle und empathische Beziehung an, die einen verstehenden Raum der Kommunikation eröffnet.

Psychotherapie im Feld der Palliative Care wird von allen psychotherapeutischen Schulen angeboten. Dennoch stehen einige Methoden in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung im Bereich von Palliative Care im Vordergrund. Entspannungstechniken werden in der Betreuung von KrebspatientInnen erfolgreich eingesetzt. Sie können bei PatientInnen, die eine nicht-chirurgische Therapie bekommen, symptomreduzierend wirken und eine bessere psychische Bewältigung unterstützen. (Luebbert et al. 2001). Die kognitive Verhaltenstherapie wird verstärkt im Zusammenhang mit Symptombehandlung eingesetzt. (Turk, Feldman 2009, 486) Martin Johannes Fegg (2006, 210ff) stützt sich in seinem verhaltenstherapeutischen Zugang zu Palliative Care vor allem auf die dritte Welle der Verhaltenstherapie. Als grundlegend für die Behandlung von PatientInnen im Rahmen von Palliative Care sieht er die Konzepte „mindfulness“, „acceptance“, „values“ und „Meaning-in-life“. Schließlich finden PatientInnen auch in psychotherapeutischen Gruppen Unterstützung und Hilfe. Sehr oft erleben sie hier soziale Verbundenheit in einer Phase ihrer Erkrankung, in der sie sich im Alltag aufgrund ihrer Erkrankung zunehmend isoliert fühlen. (Spiegel, Leszcz 2009, 500). In jüngster Zeit wurden zwei Verfahren entwickelt, die es Menschen in ihrer letzten Phase ermöglichen sollen, ein Bewusstsein der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit ihres Lebens aufrecht zu erhalten. William Breitbart hat, angeregt durch die Schriften Viktor Frankls, die „Meaning-Centered Psychotherapy“ (Breitbart, Heller 2003) entwickelt. Hier werden Menschen in eine Gruppe zu acht Sitzungen eingeladen, miteinander zu Fragen des Sinns im Leben und in der Erkrankung zu sprechen. In der Dignity-Therapy von Harvey Max Chochinov werden Menschen nach den wichtigsten Ereignissen ihres Lebens befragt. Diese Gespräche werden aufgenommen, transkribiert und den Menschen bzw. ihren Familien gegeben. Der Fokus liegt auch in dieser Richtung darauf, Menschen zu helfen, in ihrem Leben Sinn zu finden.

Von den bisher beschriebenen Ansätzen wird die individuelle Psychotherapie, die auf einem psychodynamischen Modell basiert, unterschieden. Dieser Richtung ist auch dieser Beitrag zuzuordnen. Wenngleich Psychotherapie mit Schwerkranken und Sterbenden Therapien mit Menschen, die nicht organisch erkrankt sind, gleicht, hat sie doch auch eigene Aspekte und Schwerpunkte, die hier aufgezeigt werden sollen. (Rodin 2009) Sie sollte innerhalb eines Palliative Care Zugangs erfolgen, in dem die Aufmerksamkeit gleichzeitig auf Schmerz- und Symptombehandlung, auf die Familiendynamik, auf die Belastung der betreuenden An- und Zugehörigen und auf die Planung der letzten Zeit liegt. Psychotherapie kann dazu beitragen, psychische Belastungen zu lindern, Copingstrategien zu entwickeln und so das Gefühl der Selbstwirksamkeit unterstützen. Sie nimmt die vielfältigen Verlusterfahrungen auf, gibt Gefühlen und vor allem der Trauer einen Raum, hilft Beziehungen zu nahen Bezugspersonen zu klären und unterstützt, die subjektive Bedeutsamkeit des Lebens trotz der lebensbedrohlichen Erkrankung aufrecht zu erhalten. Schließlich bietet Psychotherapie Hilfestellung, wenn Menschen Entscheidungen zu treffen haben. (Rodin 2009, 452) Die Beziehung zu Sterbenden gehört wohl zu den tiefgehendsten Beziehungen innerhalb psychotherapeutischer Tätigkeit. In solchen Beziehungen wird auch der oder die TherapeutIn mit den eigenen Verlusten und der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Die Reflexion der eigenen Sterblichkeit und regelmäßige Supervision oder kollegiale Intervision sollte deshalb Voraussetzung für alle in diesem Feld Tätige sein.

Wichtigstes Instrument und Fundament der Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung. In einer Untersuchung wurden KrebspatientInnen nach ihren persönlichen Erfahrungen mit Psychotherapie befragt. Die Beziehung zu den TherapeutInnen und das durch die Beziehung vermittelte Gefühl der Sorge war für sie der wichtigste Gewinn. (MacCormack et al. 2001, 59) Die angesprochene Sorge weist darauf hin, dass diese genauer als Bindungsbeziehung zu sehen ist. Bereits Bowlby hat darauf hingewiesen, dass in Lebensphasen, die mit großer Abhängigkeit verbunden sind, wie die frühe Kindheit oder das hohe Alter, das Bindungssystem mit großer Wahrscheinlichkeit aktiviert wird. Sterben geht aber darüber hinaus. Es stellt eine endgültige Trennungssituation dar. Die Psychoanalytikerin und Palliativmedizinerin Ivonne Petersen berichtet, dass in dieser Situation die Bindungsmuster viel prägnanter in Erscheinung treten als sonst. Andererseits ist ihrer Erfahrung nach auch die Bereitschaft, eine sichere Bindung durch behandelnde Personen anzunehmen, größer. (Köhler, Peterson 2005, 278) Die Verfügbarkeit sicherer Bindungspersonen und die Fähigkeit, eine solche in Anspruch zu nehmen, hat große Auswirkung auf das Wohlergehen und auf die Selbstregulation. Menschen mit sicherem Bindungsmuster sind eher in der Lage, innerhalb einer Beziehung ihr Bedürfnis nach Autonomie und nach Intimität zu balancieren. In einer Krise können sie leichter um Hilfe bitten und in dieser Beziehung ihre Stimmung und Gefühle wahrnehmen und ausdrücken. Sie geraten dadurch weniger leicht in Gefahr, von ihren Emotionen überschwemmt zu werden, und sind auch eher gegen Depression geschützt. (Tan et al. 2005, 144) Ein erstes Bemühen von Psychotherapie besteht darin, den erkrankten Menschen in seiner Bindungssicherheit zu stärken.

Erst eine sichere Bindung ist die Basis für die Fähigkeit zur Reflexion oder – wie es neueren Konzepten zufolge genannt wird – zur Mentalisierung. Definiert wird Mentalisieren als „die imaginative Wahrnehmung und Interpretation des Zusammenhangs zwischen Verhalten und intentionalen mentalen Zuständen.“ (Allen 2009, 29) Damit ist die Fähigkeit gemeint, „über die eigene Psyche und über die Psyche anderer Menschen nachzudenken“ (Stein 2006, 426). Dieses Nachdenken ist jedoch nicht nur ein bloß intellektuelles Verstehen. Es geht vielmehr um ein auf der Erfahrung beruhendes Verstehen der Gefühle. „Mentalisierte Affektivität“ ermöglicht es, die subjektive Bedeutung von Affektzuständen zu ergründen und sie zu regulieren. Sie ist deshalb das „Herzstück der psychotherapeutischen Arbeit“ (Fonagy, Gergely, Jurist, Target 2002, 12). Psychotherapie unterstützt leidende Menschen auf der Basis einer sicheren Bindung im Mentalisieren. Dies hilft ihnen, ihre Emotionen zu regulieren und ihre augenblickliche Situation aus verschiedensten Perspektiven wahrzunehmen und zu bewerten. Mentalisieren verbessert so die Selbstwirksamkeit und schützt das Selbstwertgefühl. (Stein 2006, 426)

In jedem psychotherapeutischen Prozess kommt dem Erzählen von Geschichten eine grundlegende Bedeutung zu. Erzählungen spiegeln die Lebenserfahrung eines Menschen wieder. Sie sind „narrative Hüllen“ (Lichtenberg, Lachmann, Fossage 2000, 293), die die vielfältigen Themen und Variationen der gelebten Erfahrung enthalten. Der bevorstehende Tod kann diese Erzählungen sehr verunsichern. Sei es, dass bisherige Überzeugungen und Einsichten nicht mehr zu tragen scheinen, sei es, dass Lebensereignisse neu bewertet und in das Lebensnarrativ neu integriert werden müssen, sei es, dass manche Dinge noch erledigt werden müssen oder eben nicht mehr erledigt werden können. Dann gilt es, die Trauer über das Unerledigte gemeinsam zu durchleben. PsychotherapeutInnen konstruieren in dieser Situation mit ihren KlientInnen eine neue Narration, die die bisherige Lebenserfahrung bedenkt, die gegenwärtigen Umstände anerkennt, aber auch zukünftige Möglichkeiten im Blick hat. In Psychotherapien mit nicht lebensbedrohlich Erkrankten werden sorgfältig die Lebensgeschichte durchforscht und bedeutsame Lebenswenden untersucht, um daraus Schlüsse für die Zukunft zu ziehen. Angesichts der limitierten Zeit ist dies im Rahmen von Palliative Care nicht möglich und auch nicht notwendig. PatientInnen haben jedoch selbst das Bedürfnis, das für sie Bedeutsamste zu kommunizieren. In wenigen wichtigen Modellszenen (Lichtenberg, Lachmann, Fossage 2000,21) – das sind Geschichten, die bisherige Lebenserfahrung zusammenfassen, – können diese Themen sehr rasch bearbeitet werden. Darüber hinaus geht es in jeder Psychotherapie – und das gilt besonders im Umgang mit Sterbenden – nicht nur um das explizit Gesprochene und Bearbeitete, sondern immer auch um die Art und Weise, wie TherapeutIn und KlientIn miteinander in Beziehung treten. Daniel Stern (2005, 129f; 224ff) nennt den Bereich einer Therapie, in dem es um gesprochene Inhalte geht, die explizite Agenda. Eine zweite Agenda betrifft den Zustand des „Bezogen Seins“. Diese Agenda verläuft nonverbal und unbewusst, sodass Stern von der impliziten Agenda spricht. Auf dieser Ebene setzt Stern die „Gegenwartsmomente“ an. Sie bezeichnen die subjektive aktuelle Erfahrung des „Bezogen Seins“. Durch unvorhergesehene Wendungen in der Beziehung können diese Momente zu Momenten der Begegnung werden. Das ist dann ein herausragender Moment, in dem Beziehung neu reorganisiert wird. Dadurch wird frühere Erfahrung umschrieben und verändert. Psychotherapie schaut deshalb nicht nur auf die explizite Agenda, sondern ebenso auf die Regulierung der Beziehung in der impliziten Agenda. Hier ist Veränderung und Entwicklung im Hier und Jetzt möglich.

#### Fallgeschichte:

Frau K. ist 62 Jahre, alleinstehend und an Brustkrebs erkrankt. Sie war seit 2 Jahren in Pension und wollte, nach einem arbeitsreichen Leben als Chefsekretärin in einem großen Unternehmen, im Ruhestand jene Reisen nachholen, zu denen sie während ihrer Berufstätigkeit nicht gekommen ist. In die Therapie kommt sie, als nach Operation und Chemotherapie Metastasen entdeckt wurden. Ihr Anliegen ist, gemeinsam ihre Liste der letzten Dinge, die sie noch zu regeln hat, durchzugehen. Sehr bald stehen jedoch ihre Verwunderung und ihre Scham, dass sie jetzt hier sitzen und um Hilfe bitten muss, im Vordergrund, wo sie doch Alles in ihrem Leben selbst geregelt hat. Ich wende meine Aufmerksamkeit der Entwicklung unserer Beziehung zu und bemühe mich, eine sichere und stabile Beziehung entstehen zu lassen. Bald wurde eine Modellszene deutlich: ihre Mutter meldet sie nach der Matura in einem Ministerium an, weil dies ein sicherer Job ist. Mit dieser Szene bringt sie ihre Ängstlichkeit und ihr Streben nach Sicherheit in Zusammenhang, das sehr viel Trauer über viele versäumte Gelegenheiten im Leben, z.B. auch das Aufschieben der Reisen, zur Folge hat. Zufrieden ist sie, als sie erkennt, dass mit dem Verlassen des Ministeriums und dem Eintritt in ein Privatunternehmen, in dem sie sogar „weitergekommen“ ist, dieses einschränkende Streben nach Sicherheit durchbrochen hat. Von der Liste müssen wir nichts mehr abarbeiten, denn das Wichtigste wie Testament etc. hatte sie längst erledigt. Sie entwickelt Ideen, wie sie die Zeit gut verbringen kann. Sie unternimmt noch kleinere Kurzaufenthalte in Österreich und Besuche bei ihr wichtigen Menschen. Nach vier Sitzungen kommt sie nur selten, wir beginnen aber, regelmäßig zu telefonieren. Nach einem halben Jahr wird deutlich, dass ihr Leben dem Ende zugeht. Ich besuche sie im

Spital. Als ich sie einige Tage später wieder besuche, ist sie nicht mehr ansprechbar und verstirbt in der folgenden Nacht.

Psychotherapie mit Schwerkranken und Sterbenden kann in einer privaten psychotherapeutischen Praxis erfolgen oder kann, wenn die Mobilität eingeschränkt ist, zu Hause bei der oder dem Erkrankten geschehen. Sie wird jedoch in den meisten Fällen in Institutionen wie Altenheimen, Krankenhäuser, Palliativstationen oder Hospizen stattfinden. TherapeutInnen können für die psychotherapeutischen Sitzungen entweder privat engagiert werden oder machen dies im Rahmen einer Anstellung an der Institution. In jedem Fall erfordert das Setting höchste Flexibilität. Die Frequenz der Sitzungen, die Länge einer Sitzung und auch die Form des Kontaktes muss flexibel den Möglichkeiten und Bedürfnissen der Kranken angepasst werden.

Psychotherapeutische Arbeit mit Leidenden im Rahmen der Palliative-Care erfordert immer auch, dass die näheren An- und Zugehörigen mit in den Blick kommen. Die WHO (2000) definiert Palliative-Care als einen Ansatz, der sehr gezielt die Angehörigen in die Betreuung mit einschließt. Außerdem treffen PsychotherapeutInnen auf An- und Zugehörige, wenn sie in einer Institution arbeiten oder Hausbesuche machen. Die Erkrankung ihres Angehörigen und seine Betreuung versetzt auch sie in Leidenssituationen, die es wahrzunehmen gilt. PsychotherapeutInnen müssen sorgfältig die Beziehungen zu den einzelnen Mitgliedern des familiären Systems reflektieren und so gestalten, dass die Vertraulichkeit nicht verletzt wird. Sehr oft ist es angebracht, mit den Betroffenen dies auch zu besprechen. Darüber hinaus wird es immer wieder notwendig sein, Gespräche, in denen alle Familienmitglieder zugegen sind, zu führen. Die Kompetenz dazu müssen sich alle TherapeutInnen, die in diesem Feld tätig sind, unabhängig von ihrer Schule, erwerben.

Eine besondere Rolle kommt PsychotherapeutInnen als Mitglied des multiprofessionellen Teams zu. Bewährt hat sich, dass Psychotherapie in einem Stationsteam integriert ist. Wünschenswert wäre, dass TherapeutInnen an Routineveranstaltungen wie Visiten, Stationskonferenzen und Übergabebesprechungen regelmäßig teilnehmen und mit jedem neu aufgenommenen Kranken in Kontakt treten. Im Falle von Schwierigkeiten oder Krisen kann dann auf die vorhandene Beziehung zurückgegriffen werden. Eine wichtige Aufgabe ist die Teilnahme bei Teambesprechungen. Indem PsychotherapeutInnen im Team aus ihrer Fachperspektive das Verhalten leidender Menschen und Probleme in der Beziehung zu ihnen verständlich machen, leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung von Teammitgliedern und PatientInnen. Auch für den oder die TherapeutIn in freier Praxis empfiehlt es sich, Kontakt mit dem medizinisch-pflegerischen Betreuungsteam aufzunehmen. Wichtig ist jedoch, die Vertraulichkeit dem oder der PatientIn gegenüber zu wahren. Die Mitarbeit im Team erfordert meist keine vertraulichen Details. Dennoch kann es notwendig sein, mit dem Kranken zu besprechen, was veröffentlicht werden kann und was vertraulich bleiben muss. (Köhle 2007, 1064)

## **Autor**

**Erich Lehner**, Psychoanalytiker in freier Praxis und Lehranalytiker im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie, Männer- und Geschlechterforschung und Palliative Care an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Graz, Wien; Fakultät – IFF, Abteilung Palliative Care und Organisationsethik

## **Korrespondenz**

Erich Lehner  
Wr. Neustädterstraße 32  
A-2721 Bad Fischau-Brunn  
E-Mail: [erich.lehner@univie.ac.at](mailto:erich.lehner@univie.ac.at)

## **Literatur**

- Allen Jon G. (2009): Mentalisierung in der Praxis. In: Allen Jon G., Fonagy Peter (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart, 23 – 61
- Breitbart William, Heller Karen S. (2003): Reframing Hope: Meaning-Centered Care for Patients Near the End of Life. In: Journal of Palliative Medicine, Vol. 6, No. 6, 979 – 988
- Chochinov Harvey, Hack Thomas, Hassard Thomas, Kristjanson Linda J., McClement Susan, Harlos Mike (2005): Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. In: Journal of Clinical Oncology, 23, 5520 – 5525
- Clark, David (1999): 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. In: Social Science & Medicine, 49, 727-736
- Fegg Martin Johannes (2006): Strategic Therapy in Palliative Care. In: European Psychotherapy, Vol. 6, No 1., 203 – 240
- Fonagy Peter, Gergely György. Jurist Elliot L., Target Mary: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart 2002

- Holmes, Jeremy (2005): Narration in der Psychotherapie. In: Greenhalgh, Trisha/Hurwitz, Brian (Hrsg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag, Göttingen, 214 – 224
- Kearney, Michael (2000): A Place of Healing. Working with Suffering in Living and Dying, Oxford
- Köhle, Karl (2007): Psychotherapie mit Sterbenden. In: Aulbert Eberhard, Nauck Friedmann, Radbruch Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart, 1051 – 1067
- Kissane David W., Treece Christina, Breitbart William, McKeen Nancy A., Chochinov Harvey Max (2009): Dignity, Meaning, and Demoralization: Emerging Paradigms in End-of-Life. In: Chochinov Harvey Max, Breitbart William (Eds.): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2nd Edition, Oxford, 324 – 340
- Luebbert Karin, Dahme Bernhard, Hasenbring Monika (2001): The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytic review. In: Psycho-Oncology, 10, 490–502
- Petersen Yvonne, Köhler Lotte (2005): Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. In: Forum Psychoanalyse, 21, 277–292
- MacCormack Terry et al. (2001): “Someone who cares”: a qualitative Investigation of Cancer Patients’ Experiences of Psychotherapy. In: Psycho-Oncology, 10, 52 – 65
- Petticrew Mark, Bell Ruth, Hunter Duncan (2002): Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systematic review. BMJ 2002,325, 1066–1075.
- Rodin Gary (2009): Individual Psychotherapy for the Patient with Advanced Disease. In: Chochinov Harvey Max, Breitbart William (Eds.): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2nd Edition, Oxford, 443 – 453
- Spiegel David, Leszcz Molyn (2009): Group Psychotherapy and the Terminally Ill. In: Chochinov, Harvey Max/Breitbart, William (Eds.): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2nd Edition, Oxford, 490 – 503
- Stein Helen (2006): Fördert das Mentalisieren Resilienz? In: Allen Jon G., Fonagy P. (Hrsg.): Mentalisierungsgestützte Therapie (Stuttgart) 422 – 449
- Tan Adrienne, Zimmermann Camilla, Rodin, Gary (2005): Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. In: Palliative Medicine, 19, 143-150
- Turk Dennis C., Feldman Caryn S. (2009): Cognitive-Behavioral Approaches to Symptom Management in Palliative Care: augmenting Somatic Interventions. In: Chochinov, Harvey Max / Breitbart, William (Eds.): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2nd Edition, Oxford, 470-489
- WHO (2000): WHO Definition of Palliative Care. [www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en) Download: 23.06.2011
- Wilson Keith G., Lander Mark, Chochinov Harvey Max (2009): Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care. In: Chochinov Harvey Max, Breitbart William (Eds.): Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2nd Edition, Oxford, 39 – 68

## **La psychothérapie fournie dans le cadre des soins palliatifs aux personnes souffrant d'une maladie grave ou mourantes**

Les malades ne souffrent pas que de leur maladie. Si cette dernière porte atteinte à certaines fonctions du corps, il reste que la souffrance touche l'ensemble de la personne. C'est pourquoi accompagner une personne dans sa souffrance requiert également que lui soient offerts des soins et des contacts humains qui lui permettront de trouver une forme de guérison intérieure. La psychothérapie peut avoir cette fonction.

Il arrive que la proximité de la mort ébranle si profondément l'individu que les mécanismes d'adaptation et de maîtrise dont il disposait ne lui permettent plus de gérer la situation. Dans ce sens, la mort peut être considérée comme une crise. Le degré auquel des personnes gravement malades sont également soumises à un stress psychique dépend d'une combinaison subtile, faite de la maladie en soi, mais aussi de facteurs individuels et de l'environnement social. Le stress peut être engendré par les circonstances existentielles dans lesquelles la maladie s'est déclarée, par des stratégies de coping, par la perte de la capacité à donner sens à la vie, par l'ébranlement de la cohérence dans la perception de soi, par le souci que se fait le malade pour sa famille, par des conflits avec des proches, par des problèmes financiers et par des conflits avec l'équipe de soignants. Un nombre relativement élevé de malades souffrent de dépression, de troubles anxieux, de stress post-traumatique ou d'un syndrome de démoralisation. Le traitement psychothérapeutique a pour objectif de permettre au patient d'avoir une qualité de vie aussi bonne que possible au sein du groupe puis de quitter ce dernier avec suffisamment de soutien de sa part.

Si tous les courants de psychothérapie fournissent une offre dans le cadre des soins palliatifs, il reste que certaines méthodes plus que d'autres ont provoqué l'intérêt scientifique. Des techniques de relaxation sont offertes avec succès aux malades du cancer ; elles font diminuer les symptômes en permettant de mieux les gérer sur le plan psychique. La thérapie cognitive du comportement est de plus en plus utilisée au niveau du traitement des symptômes. Des thérapies de groupe permettent aux malades de garder des contacts sociaux à un moment où leur maladie fait qu'ils se sentent isolés. Plus récemment, deux approches ont été élaborées, qui permettent aux malades de conserver le sentiment qu'ils existent et que leur vie a un sens. Il s'agit, d'une part, de la Meaning-Centered Psychotherapy (psychothérapie centrée sur le sens) développée par William Breitbart et, d'autre part, de la Dignity-Therapy (thérapie de la dignité) élaborée par Harvey Max Chochinov.

La psychothérapie individuelle, fondée sur un modèle psychodynamique, se distingue de certaines des approches mentionnées plus haut. Le présent article doit être placé dans ce contexte. La psychothérapie peut contribuer à atténuer le stress psychique, à élaborer des stratégies de coping (gestion) et à donner au malade le sentiment qu'il joue un rôle actif. Dans son cadre, le client verbalise les nombreuses pertes qu'il a subies, formule ses émotions et surtout son sentiment de deuil dans l'espace mis à disposition, définit plus clairement ses relations avec ses proches et tente de continuer à trouver un sens subjectif à sa vie, même si son pronostic vital est engagé. Enfin, la psychothérapie peut aider les personnes concernées à prendre des décisions. La relation avec un client mourant est sans doute, parmi les relations thérapeutiques, celle qui touche le plus profondément. Elle force le thérapeute à se confronter à ses propres deuils et à sa propre mortalité. C'est pourquoi il est indispensable que tous ceux qui travaillent dans ce domaine mènent une réflexion sur leur propre mort et participent régulièrement à des séances de supervision ou d'intervention.

Les personnes dotées d'un schéma d'attachement stable sont mieux capables de satisfaire au sein d'une relation à la fois leur besoin d'autonomie et leur besoin d'intimité. Il leur est plus facile de demander de l'aide en cas de crise et de percevoir, dans le cadre de la relation, leur humeur et leurs émotions, pour ensuite les exprimer. Cela leur évite en partie le risque d'être submergées par leurs émotions et elles ont moins tendance à tomber dans la dépression. C'est pourquoi la première visée du traitement psychothérapeutique doit être d'aider le client à établir ou à maintenir un schéma d'attachement stable.

Nous utilisons le terme de 'mentaliser' pour exprimer la capacité qu'a l'individu de mener une réflexion sur son propre psychisme et sur celui d'autrui. Il ne s'agit pas d'une simple perception intellectuelle, mais bien d'une aptitude à comprendre les émotions sur la base de l'expérience. Une fois qu'il dispose d'une capacité à s'attacher de manière stable, le client peut apprendre à mentaliser. Cela l'aide à réguler ses émotions et à percevoir ou à

évaluer sa situation présente sous différents angles. Mentaliser permet au client de jouer un rôle plus actif par rapport à lui-même et protège le sentiment qu'il a de sa propre valeur.

Ensemble, le thérapeute et le client élaborent un narratif contenant l'expérience de la vie que ce dernier a eue jusqu'à maintenant, ainsi qu'une acceptation des circonstances présentes et aussi des potentiels en rapport avec l'avenir. A ce niveau, il ne s'agira pas seulement de se conformer à l'agenda explicite contenant des données et la communication verbale ; il s'agira également de moduler la relation thérapeutique (agenda implicite).

Pour pratiquer la psychothérapie avec des personnes en fin de vie, il faut disposer d'un setting flexible qui puisse être adapté aux possibilités et aux besoins des malades. Il faut toujours tenir compte des proches et des autres personnes impliquées. Le psychothérapeute en vient alors à faire partie d'une équipe et il coopère aux démarches menées par d'autres groupes de professionnels. Sa contribution au niveau de l'équipe comme à celui des patients peut être de les aider à mieux comprendre le comportement d'êtres en souffrance et les problèmes qui peuvent se manifester dans le cadre d'une relation – dans ce sens, il peut aider à soulager les membres de l'équipe comme les patients.