

Holding the Stories

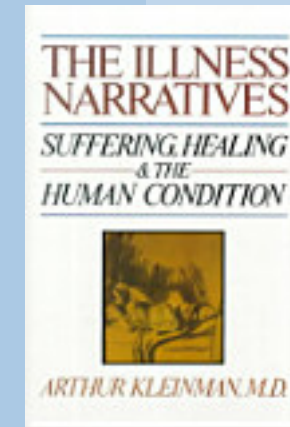
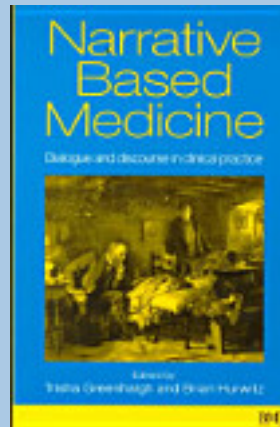
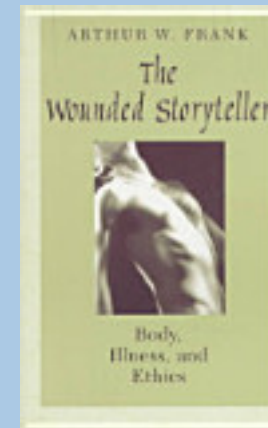
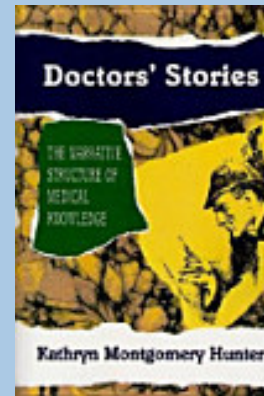
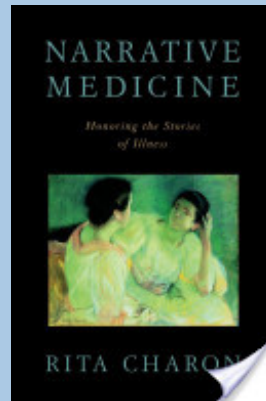
Narrative Seelsorge am Lebensende

Am Ende lauter Geschichten...

- > Wir sind unsere Geschichten. Sie sind in unseren Körper geschrieben. Sie wurden von allen jenen mitverfasst, die uns geprägt haben. Sie spiegeln die Welt, ihre Möglichkeiten und Zwänge, in der wir leben.
- > Das Erzählen hilft, Ereignisse, Gefühle, Beziehungen rings um die Krankheit besser zu verstehen und zu bewältigen
- > Menschen haben nicht nur eine Geschichte. Die Geschichte hat auch sie
- > Ohne Zuhörer keine Geschichten. Der Hörer der Geschichte wird zum Zeugen
- > Kleine Unterschiede machen einen grossen Unterschied.

Ein Seitenblick – narrative Medizin

Narrative Medizin



Narrationen in der Medizin – Grundzüge

- > ErzählerIn und ZuhörerIn: eine Erzählgemeinschaft
- > Individuelles, Unersetzbares, Einmaliges wird mit dem Allgemeinen verbunden
- > Bedeutung wird gemeinsam erarbeitet. ErzählerIn und ZuhörerIn tun je die Hälfte des Jobs.
- > Kein monolithisch-hierarchisch, sondern polyzentrisch aufgebautes Wissen
- > Medizin nicht im Modus der Distanzierung sondern des authentischen Engagements
- > Eines der Hauptanliegen von C. Saunders, der Begründerin von „Palliative care“: Die Geschichte des Patienten soll einen bestimmenden Einfluss auf die Pflege haben

Marginalisierung und Heimholung des Erzählens

- > Die Einsicht in die grundlegende Bedeutung des Narrativen droht im Alltag des Krankenhauses unterzugehen:
 - > Konzept-, zahlen-, maschinenorientierte Weiterentwicklungen der Medizin, „evidence based“ und nicht „narration based“
 - > Management zunehmend komplexerer Symptomaten, „physicalisation“
 - > Segmentierung wegen zunehmender Spezialisierung
 - > Ökonomischer Druck -> Reduktion von interprofessioneller Zusammenarbeit

„Palliative Care“ bietet besondere Chancen zur Wiederentdeckung des Narrativen

Palliative Care – ein Geschichtenuniversum

Krankengeschichten als kodifizierte und institutionalisierte Geschichten

- > Krankengeschichte
 - fachsprachlich kodiert
 - dokumentiert, archiviert
 - geformt nach typischen Verläufen einer Krankheit
 - eingeeengt auf Pathologie und Therapie
 - Minimalisierung des Alltäglich-narrativen

- > Krankengeschichte als beherrschende Geschichten, als Teil der Behandlung und Verwaltung des Krankengutes

- > Die Krankengeschichte kommt an ihre Grenzen.

Geschichten im Team der „palliative care“

- > Vorzeichen solcher Geschichten
 - Unterschiedliche professionelle Perspektiven
 - hochstilisierte Mitteilungsformen (Rapportwesen)
 - Marginalisierung des Alltäglich-Narrativen
 - Wiederholung „mehr desselben“ -> „weniger desselben“
- > Geschichten sind Grundlage der Kooperation in einem „palliative care“-Team
- > Geschichten sind Gegenstand von Konflikten
- > Geschichten werden ausgehandelt, bis eine leitende Geschichte entsteht
- > Geschichten entscheiden über Leben und Tod

Geschichten von PatientInnen (nach Swinton)

- > Krankheitsgeschichten
- > Institutionelle Geschichten
- > Beziehungsgeschichten
- > Spirituelle Geschichten
- > Vom Tod reden („death talk“)
- > Lebensrückblick

Vorzeichen

- > radikalisierte Endlichkeit
- > zerfallende Körperlichkeit
- > Liminalität
- > Bilanzierung
- > Resilienz und Hoffnung
- > Ambivalenz

...und die Geschichten der Angehörigen?

- > Werden wegen Fokussierung auf Patientengeschichte überhört
- > Charakteristika solcher Geschichten
 - bedrohte Geschichten
 - Geschichten, in denen Trauer vorwegnehmend bearbeitet wird
 - Erinnerungen mit Funktion für Gegenwart
 - Geschichten von einem Leben ohne die sterbende Person
 - Phantasien der eigenen letzten Tage

Aufgaben einer narrativen Seelsorge im Kontext der „Palliative care“

Seelsorge und ihre narrativen „Gründe“

- > Narrativ begründete Professionalität (vs. regelgeleitete Professionalität)
- > Seelsorge leitet ihre Existenzberechtigung aus Geschichten ab, die jenseits eines zweckrational auf Heilung ausgerichteten Medizinsystems liegen und das thematisieren, was im Medizinsystem rational bewältigt werden soll oder ausgeschlossen wird:
 - Un-erhörtes
 - Protest
 - Leiden
 - Tod
 - Trauer
 - Klage
 - Hoffnung wider alle Hoffnung
 - Wunder

Seelsorge als Erzählraum

- > Seelsorge wird durch die Übertragung zum Erzählraum
 - PatientInnen nehmen an, dass die grossen Geschichten der Bibel, wie auch der Kirchengeschichte, im Kopf und Herz des Seelsorgenden leben.
 - Im Raum der Übertragung sind diese Geschichten potentiell anwesend
- > Menschen haben eine unterschiedliche Beziehung zu diesem Erzählraum:
 - Positive Beziehung
 - Gebrochene Beziehung
 - Negative Beziehung
 - Keine Beziehung
- > Dies eröffnet Möglichkeiten, anzuschliessen, Ambivalenzen anzusprechen, Konflikte auszutragen, Brücken zu schlagen

„Holding the story“

- > SeelsorgerInnen in palliative care nennen in einer Befragung (in Schottland) folgende narrativen Aspekte ihrer Seelsorge
 - Die Geschichte „hervorlocken“ („eliciting“)
 - Thema erfassen: z.B. Krankheitsgeschichten, institutionelle Geschichten, Beziehungsgeschichten
 - Die Geschichte „halten“ („holding the narrative“)
 - Die Geschichte zurückgeben („re-presenting the narrative“)
- > Holding the story
 - „storying the story“
 - halten, umfassen, umarmen
 - beibehalten, behaupten, besitzen
 - aufhalten, anhalten
 - aushalten

Seelsorge als „Anwalt“ der Geschichten im Team

- > Aufgabe der Seelsorge: Die Leidensgeschichte eines Menschen in Teambesprechungen vertreten und als Korrektiv einseitig medizinischer Sichtweisen einbringen
- > Geschichte „as we heard it in the vernacular rather than putting it into jargon“
- > Insbesondere auch Geschichten des „spiritual pain“ wahrnehmen. Kein „Cinderella-approach“
- > „Yes, we bring the soft side of care, of the story to be an inherent and integral part rather than an add on“

„Being a host“ (Nouwen)

Methodische Möglichkeiten der Seelsorge

Methodische Ansatzpunkte

- > Geschichten hören und hervorlocken
- > An der „Grammatik“ einer Geschichte arbeiten
- > Am Inhalt der Geschichte arbeiten
- > Die Geschichte dokumentieren und weitergeben
- > Mit Geschichten helfen

Die Geschichte hören

- > „Total pain“
“I coined the term total pain, from my understanding that dying people have physical, spiritual, psychological, and social pain that must be treated” (Saunders).
- > Ganz Ohr sein für die Schmerz-Geschichten
 - Körperlicher Schmerz
 - Persönlicher Schmerz
 - Dyadischer Schmerz
 - Familiärer Schmerz
 - Öffentlicher Schmerz
 - Krankenhausspezifischer Schmerz
 - Spiritueller Schmerz

Geschichten „auspacken“ helfen

- > Das Metamodell von Sprache (Bandler/Grinder) leitet zu sprachlichen Strategien an, die es der erzählenden Person ermöglichen, wieder Zugang zu den Informationen aus der „Tiefenstruktur“ ihres Erlebens zu finden und/oder ihr Modell der Welt, die „innere Landkarte“, auszuweiten.

Beispiel:

- G: „Ich verstehe nichts.“
- S: „Was genau verstehen Sie nicht?“

Ich verstehe

nichts

Was genau
verstehen Sie nicht?

Wie dies so hat
kommen können

Dass er mich
so ablehnt

Wie ist es denn gekommen?

Weitere Fragen
nach Details

A hat zuerst...
Dann hat B...
Etc.

...

Krankheitsgeschichten als Krankengeschichten weitererzählen

- > Krankheitsgeschichte als beherrschende Geschichte
- > Krankheitsgeschichten in Krankengeschichten „umerzählen“
 - Wo ist kranke Person Subjekt?
 - Wie kann sie als die Situation aktiv-bewältigende Person verstanden werden?
 - Wo und wie leistet sie Widerstand gegen die beherrschende Krankheitsgeschichte?
 - Was macht diesen Widerstand möglich?
 - Was ist von der Krankheit nicht betroffen?

Leidensgeschichten verstehen und amplifizieren

- > Krankengeschichten als Leidensgeschichten hören und weitererzählen helfen
- > Die Motivik der Leidensgeschichte erkennen (nach Käppeli 1998)
 - Das Vergeltungsmotiv
 - Das Motiv der Vorwürfe gegen Gott
 - Die Aufopferung
 - Das Ringen um den Willen Gottes
 - Die Annäherung an die Endzeit
 - Die mystische Überhöhung
- > Motivik mit biblischen Erzähltraditionen verbinden

„Würde-Therapie“ (nach Chochinov)

- > Ablauf
 - Gespräch: Was besonders wichtig? Was weitergeben?
 - Gespräch wird aufgenommen, transkribiert und leicht überarbeitet
 - Geschichte wird der sterbenden Person vorgelesen
 - Die sterbende Person kann die Geschichte weitergeben an wichtige Bezugspersonen
- > Aufgezogen als therapeutische Intervention im Bereich der „palliative care“
- > Empirische Untersuchungen zeigen eine hohe Akzeptanz und signifikante Auswirkungen auf das Gefühl persönlicher Dignität, Selbstwert, Depressivität, etc.

Bibliotherapeutische Möglichkeiten

- > Ein Beispiel
 - Patienten/-innen wünschen sich Geschichten
 - Geschichten aus der Belletristik werden aufgrund der Lebensgeschichte und persönlicher Vorlieben ausgewählt
 - Geschichten werden der sterbenden Person vorgelesen. Dieses Setting ist wichtig
 - Meist bleibt eine Geschichte, die immer wieder gehört werden will; diese Geschichte muss „greifbar“ bleiben (Wand, Nachttisch, Bettdecke...)
 - Mögliche Rollenteilung: diejenige Person, die dem Sterbenden nahe ist, muss nicht identisch sein mit der Person, die Geschichten auswählt
 - „Ein Bisschen Gott wäre schön, aber nicht zu viel...“

**„Ein Bisschen Gott wäre schön, aber
nicht zu viel...“**