

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

### Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. **Hilarion G. Petzold**, Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris

### In Verbindung mit:

Dr.med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Pof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr.phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

[www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge)

## Ausgabe 05/2004

## Psychotherapeutische Begleitung und „Trostarbeit“ bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie\* (2004)\*

**Hilarion G. Petzold\*\***, Amsterdam, Düsseldorf, Paris\*\*\*

---

\*Dieser Text wurde am 17. November 1997 im Rahmen der Vortragsreihe „Umgang mit Sterbenden heute“ an der Universität Mainz als Referat gehalten, per Tonband aufgezeichnet. Transkription und Redaktion von Anke Dillender und Randolph Ochsmann. Vom Autor durchgesehen, ergänzt und mit einiger Literatur versehen behält der Text die Charakteristik des Vortrages.

\* Update Oktober 2004

\*\* Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, dem Zentrum für IBT, Freie Universität Amsterdam, dem Institut, St. Denis, Paris, Lehrstuhl für „Klinische Philosophie und Psychologie“ (Prof. Dr. H.G. Petzold), und dem Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Studiengang Supervision, Donau-Universität Krems.

# 1. Einleitung

Obwohl ich seit bald dreißig Jahren mit den Themen Sterbebegleitung, Trauer/Trauerarbeit, Trost/Trostarbeit in der Theorie und Praxis befaßt bin<sup>1</sup>, halte ich nicht so viele Vorträge zu diesem Thema; es ist nicht gut als Vortragender oder Vortragende in Sachen Sterben durch die Welt zu ziehen, wofür es ja große Vorbilder gibt. Es ist wirklich schwierig, über dieses Thema öfters zu sprechen. Wenn man sich in einem Vortrag damit befaßt, dann tauchen doch vor dem inneren Auge Menschen auf, Bilder und Situationen, und das sind nicht immer schöne Situationen. Das „gute Sterben“<sup>2</sup>, so wie wir uns das erträumen und ersehnen, gibt es selten<sup>3</sup>. Daß Menschen so sanft hinüberschlafen, entschlummern, findet man nicht so oft. Das Sterben in Kliniken ist sehr oft hart<sup>4</sup>, das Sterben zu Hause ist da manchmal besser<sup>5</sup>, das Sterben in Katastrophensituationen extrem belastend. Ich war mehrfach mit solchen Katastrophensituationen konfrontiert: 1963 beim großen Erdbeben in Skopje in Mazedonien, wo ich als junger Student bei den internationalen Hilfsorganisationen half, und ein Jahr später bei der großen Überflutung in Zagreb. Dort gab es viele Tote, Ertrunkene. In Skopje waren es viele Tote und noch viele Verletzte. Und in den letzten drei Jahren bin ich wieder in Jugoslawien in zwei Projekten tätig - das sind belastende Dinge. Aber auch die klinischen Situationen sind oft schwer. Das muß ich vorausschicken, weil der Vortrag natürlich auch eine professionelle Seite anspricht, die des Psychotherapeuten, der thanatologisch orientierte Psychotherapie betreibt und in dieser Situation doppelt gefragt ist, nämlich als ein besonderer Psychotherapeut und als Mensch, der Leid und Trauer miterlebt und „Trostarbeit“ (Petzold 1965, 2004I) zu leisten hat. In der *Thanatotherapie*<sup>6</sup> kann man sich hinter keiner professionellen Rolle wirklich verstecken - weder hinter einem weißen Kittel noch hinter einem therapeutischen Habitus: wenn man „undurchsichtig wie ein Spiegel“ wird, wie Freud das in seinen behandlungsmethodischen Schriften formuliert hat, der mit der „Kälte eines Klinikchirurgen“ daher kommt, mit „wohlwollender Neutralität“ (Kernberg) den Patienten gegenübertritt oder mit einer zurückgenommenen Abstinenz. All das geht in den Sterbesituationen nicht, denn sie machen betroffen, und diese Betroffenheit ist dabei ein sehr wesentliches Moment. Der Patient, dem wir begegnen, ist Mitmensch, Begleiteter und wir sind Berufsrollenträger und Mitmenschen, wir werden Begleitende, Begleiterinnen<sup>7</sup>. Ich stelle in diesem Vortrag auch eine integrative Perspektive vor, die auf dem Boden der „Integrativen Therapie“<sup>8</sup> steht, einem methodenübergreifendem Verfahren, das dem „neuen Integrationsparadigma“<sup>9</sup> in der klinischen Psychologie und Psychotherapie verpflichtet ist<sup>10</sup> und traditionelles Schulendenken zu überwinden versucht, aber die nützlichen Elemente der verschiedenen Richtungen einbezieht. Sie ist auch integrativ, weil sie - über die herkömmliche Psychotherapie hinausgehend und auf einem **integrativen Menschenbild**<sup>11</sup> gründet und ein solches ist für die Arbeit mit Sterbenden unverzichtbar. 1965 haben wir dieses Menschenbild in einer „**anthropologischen Grundformel**“ umrissen (vgl. Text Bd. I), das

„den Menschen in seiner **leiblichen Realität**, ... in seiner **emotionalen Realität**, ... in seiner **geistigen Realität** ernst nimmt ... Der Mensch ist eben körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen **Lebenswelt**“ (idem 1965, 16/1985a, 29f und dieses Werk Bd. I).

\*\*\* Ich danke Ilse Orth und Johanna Sieper für die kritische Diskussion dieses Textes und für das Zurverfügungstellen von Ideen und Materialien, mit denen sie meine Identitätskonzeption didaktisch umgesetzt haben. Ein Updating des Artikels durch Ergänzung neuerer Literatur erfolgte im September 2004.

<sup>1</sup> Petzold 1965, 1980a, 1984c, 1985u, 1986f

<sup>2</sup> Böhmecke 1998

<sup>3</sup> Marshall 1980; vgl. Schur 1982

<sup>4</sup> Becker 1973; Feigenberg 1980

<sup>5</sup> Lüth 1976; Garfield 1978

<sup>6</sup> Petzold (1965) prägte diesen Terminus; Spiegel-Rösing, Petzold 1984

<sup>7</sup> Uns ist auch in der Thanatotherapie die Genderperspektive wichtig. Ich spreche als Therapeut, aber aus der Perspektive eines Mannes, der immer wieder bemüht ist, Frauenperspektiven zu erfassen, dabei aber auch immer wieder Grenzen erfährt. Ich verwende deshalb männliche und weibliche Formen exemplarisch, vertraue damit, daß sich Kolleginnen angesprochen fühlen, auch wenn das weibliche Genus nicht genannt wird.

<sup>8</sup> Petzold 1974k, 1991a, 1992a; 1993a; 2003a; Rahm et al 1993

<sup>9</sup> Petzold 1992g

<sup>10</sup> Norcross, Goldfried 1992; Stricker, Gold 1993; Petzold, Märtens 1999

Der Integrative Ansatz bezieht in einer elaborierten **Praxeologie**, die über bald 30 Jahre erarbeitet wurde<sup>12</sup>, deshalb die Ebene des Körpers ein<sup>13</sup>, z.B. durch Aufgreifen der Nonverbalität<sup>14</sup> Atem- und Bewegungstherapie, und die Ebene des Geistigen durch meditative und künstlerisch-ästhetische<sup>15</sup> Ansätze sowie die Ebene des Sozialen durch Netzwerk- und Kontextinterventionen<sup>16</sup>. Das folgt aus einem umfassenden Menschenbild, das **5** Dimensionen herausstellt:

*„Der Mensch ist ein Körper<sup>1</sup>-Seele<sup>2</sup>-Geist<sup>3</sup>-Wesen in einem sozialen<sup>4</sup> und biophysikalischen<sup>5</sup> Umfeld, d.h. er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit“ (Petzold 2003e) Diese „steht auf ihrem **Lebensweg**<sup>17</sup> in einer Vielfalt intersubjektiver Beziehungen, in Polylogen – Gesprächen, Ko-respondenzen nach vielen Seiten, lebendigem Austausch in Erzählgemeinschaften<sup>18</sup> -, Kooperationen in kokreativen Unternehmungen, durch welche Menschen ihre **Identität** und persönlichen und gemeinschaftlichen **Sinn, Lebensinn** gewinnen<sup>19</sup>.*

Das zentrale Moment des Integrationsgedankens ist die *Intersubjektivität*<sup>20</sup>: Menschen müssen in integrativen Beziehungen leben, wenn sie selbst für sich Integration gewinnen wollen. Sterbebegleitung<sup>21</sup>, Thanatotherapie ist eine solche Integrationsarbeit, die aus der Begegnung und der Beziehung, einem liebevollen Sich-Einlassen, durch Beistand und in „Trostarbeit“ (Petzold 2004 I) erfolgen kann. Betritt man den intersubjektiven Raum der Sterbesituation, ist das immer ein Intimitätsraum, auch wenn das Setting dem manchmal entgegensteht. Es ist zum Beispiel auf einer Intensivstation sehr schwierig, einen Intimitätsraum aufzubauen und zu erhalten, für manch andere Situationen im Krankenhaus gilt das ebenfalls, und dennoch bleibt es ein Intimitätsraum, denn es ist ja das Sterben dieses Menschen, zu dem ich trete. Und es ist unabdingbar, daß sich dieses Sterben nicht vertreten läßt. Man ist da alleine anwesend, man kann nicht entkommen. Es ist auch der Intimitätsraum der Menschen, die den Sterbenden begleiten. In der Regel ist dies das familiäre und amicale „soziale Netzwerk“ – der „Konvoi“<sup>22</sup>, wie wir das in unserer sozialpsychologischen Fachsprache sagen. Denn Menschen reisen nicht alleine auf der Lebensstrecke, sie haben ein Weggeleit, sie fahren im Konvoi. Wenn dieser Konvoi, dieses Netzwerk, eine gute Tragfähigkeit, eine positive Valenz hat, dann ist ein Mensch in der Sterbesituation auch gut aufgehoben. Es sei denn, er stirbt irgendwo in der Fremde, auf irgendeiner Reise, unverhofft, aber ansonsten ist er gut „aufgehoben“ und behütet, „getragen“ im „Schoß der Familie“<sup>23</sup>. Dies ist es, was sehr viel an Lebens- und Sterbequalität bereitstellt: das Tragen, das Halten, das Umsorgen, Trösten, wie wir es in der Situation mit kleinen Kindern tun. Es ist sehr signifikant, daß Sterbende in ihrer Sprache genau diese Metaphern aufnehmen. Sie wollen also im Kreise ihrer Lieben, im Schoße der Familie sterben<sup>24</sup> und gut wäre es, wenn sie dann einen „Konvoi“ haben. Der besteht natürlich nicht nur aus Familienangehörigen, aus Blutsverwandten, sondern dazu gehören, das ist ganz wichtig, auch die *Wahlverwandten*, also die Leute, die man seiner Lebensgemeinschaft hinzugefügt hat. In einem solchen Kontext ist würdiges Sterben möglich. Solche Kontexte sollten auch klinische Institutionen ermöglichen. Leider ist das oft nicht der Fall.<sup>25</sup>

---

<sup>11</sup> umfassend hierzu Petzold 2003e

<sup>12</sup> Orth, Petzold 2004

<sup>13</sup> Petzold 1974j; 1988n

<sup>14</sup> Petzold 2004h

<sup>15</sup> Petzold 1983e; Petzold, Orth 1990a

<sup>16</sup> Petzold 2000h, Hass, Petzold 1999; Petzold, Zander 1985; Petzold 1994e; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

<sup>17</sup> vgl. zum „Lebenswegkonzept“ Petzold, Orth 2004b

<sup>18</sup> Petzold 2003g

<sup>19</sup> zum Sinn-Thema umfassend Petzold, Orth 2004a, zum Identitätsthema Petzold 2001p, van Wijnen, Petzold 2003; zum Thema Kreativität/Kokreativität Petzold, Orth 1990a, Orth, Petzold 1993

<sup>20</sup> Marcel 1985; Maurer, Petzold 1978

<sup>21</sup> Arens 1998; Rest 1995; Longaker 1998; Schell 1998

<sup>22</sup> Hass, Petzold 1999, Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

<sup>23</sup> Weiss 1999

<sup>24</sup> Burnham 194; Schütz 1995

<sup>25</sup> Laville, Hall 1999

## 2. Was ist das Sterben?

Wenn man als Professioneller<sup>26</sup> an die Sterbesituation herangeht, wird man mit der „anthropologischen Frage“ konfrontiert, als Laie natürlich auch, nämlich mit der Frage: Was ist das Sterben? Was sind wir Menschen doch für zerbrechliche/gebrechliche Geschöpfe! Warum geschieht junges Sterben, das Sterben im jungen Alter, von Kindern, aber auch von Erwachsenen? Was geschieht danach? Was stirbt da eigentlich?<sup>27</sup> Das sind lauter anthropologische Fragen, die gar nicht so einfach zu beantworten sind. Denken sie daran, daß die Fragen immer schwieriger geworden sind. Zunächst hatten wir das Kriterium des klinischen Todes: der Spiegel gab kein Atemzeichen mehr, das Stethoskop hörte keine Herztöne mehr, die tastende Hand fühlte den Puls nicht mehr. Dann hatten wir den Hirntod und mit ihm den Glauben, das ultimative Kriterium zu haben. Ein Mensch, dessen Hirn nicht mehr arbeitet, nicht mehr funktioniert, ist tot. Aber das ist ja nicht so: Das „Erlanger Baby“, die Mutter des Erlanger Babys haben es gezeigt, genauso, wie die „gewarteten Toten“, die für die Transplantation als Spendekörper am Leben gehalten werden.

Der Tod tritt offensichtlich später ein. Mit der Verwesung? Und was stirbt? Die Frage muß nochmals gestellt werden: Stirbt nur der Körper? Nehmen wir an und unterstellen wir, daß da vielleicht eine Seele sei und daß es vielleicht so etwas wie eine unsterbliche Seele gebe. Diese Fragen betreffen nicht nur den Philosophen oder den Theologen, sondern den Menschen, der darüber nachdenkt und die Fragen nach Unrecht und Gerechtigkeit, nach Schuld und Vergebung, dem Sinn des Lebens stellt<sup>28</sup>. Sie betreffen diejenigen, die sterben werden, wenn sie noch kognitiv kompetent sind und über ihre Situation nachdenken können, die Angehörigen - manche stellen sich diese Fragen auch nicht - und natürlich das Pflegepersonal, das notgedrungen in den Sterbeprozess einbezogen wird.

„Meine“ anthropologische Position, wurde ja schon kurz umrissen. Ich sage „meine“, weil es die anthropologische Sicht natürlich nicht gibt. Mein Lehrer in der Philosophie (*Gabriel Marcel*)<sup>29</sup>, sagte einmal zu mir: „Der Mensch ist ein Mysterium, ein Geheimnis, das nicht eindimensional aufgelöst werden kann. Es kann nicht eindimensional ausgelegt werden, denn es gibt vielfältige Möglichkeiten der Interpretation, was das Leben des Menschen ist.“ Jeder, der in eine Sterbesituation hineingeht, vor allen Dingen sich professionell hineinbegibt, sollte sich zunächst einmal über seine anthropologische Position klar werden und dann sich über den Wert des Menschen Rechenschaft ablegen, dem er begegnen wird.

Wir haben zwei Schichten von Menschenbildern: zum einen diejenigen, die wir im Kreise unserer Familie aufgenommen haben, wo wir vielleicht auch Sterben erlebten, etwas, was wir mitbekommen haben, uns *fungierend* mitgeliefert wurde und uns meistens gar nicht so recht bewußt ist. Das sind dann unsere eigenen fungierenden „belief systems“. Zum anderen haben wir natürlich auch professionelle Menschenbilder, die uns durch unseren Grundberuf und durch unsere psychotherapeutische Ausbildung, sofern wir eine solche haben, mitgegeben werden. Mit der oben gegebenen anthropologischen Grundformel, die den Menschen als „*Körper-Seele-Geist-Wesen* innerhalb einer *sozialen und ökologischen Umwelt*“ sieht, ergibt sich ein Definitionsbedarf: Ich definiere den „**Körper**“<sup>30</sup> als die Gesamtheit aller physiologischen Prozesse, also der biologischen und chemoelektrischen Prozesse und dem in ihnen erfolgten Lernen<sup>31</sup> (z.B. des Immunsystems mit somatischen Mustern etwa der Genexpression und Genregulation<sup>32</sup>). Es ist eine eher naturwissenschaftliche Definition, weshalb ich mich auch für den Versuch entschieden habe, „Seele“ in ähnlicher Weise zu bestimmen, indem ich „**Psyche**“ für die Psychotherapie „als die Gesamtheit aller emotionalen, motivationalen und volitiven Prozesse und den in ihnen erfolgten Lernerfahrungen“ (z.B. Ausbilden emotionaler Stile<sup>33</sup>) definiere. Die Seele umschließt Antriebe, Motivationen, Gefühle und die Wil-

<sup>26</sup> für die Sozioarbeit vgl. Zahn 1999; Mennemann 1997; zur Seelsorge vgl. Lückel 1991; Vogd 1998; Baumgartner 1997; zur professionellen Qualifikation vgl. Heinemann 1998; Aue et al. 1995

<sup>27</sup> Byok 1997; Wilkening 1998

<sup>28</sup> Petzold, Orth 2004a; Petzold 2003d

<sup>29</sup> Marcel, Petzold 1976

<sup>30</sup> Petzold 2001j

<sup>31</sup> zum integrativen Modell „komplexen Lernens“ ausführlich Sieper, Petzold 2003

<sup>32</sup> Petzold 2004 I, 2001j

<sup>33</sup> vgl. Petzold 1992a und 2003a Bd. 2.

lensdimensionen des Menschen. Diese Dimensionen haben für die Sterbebegleitung wie für die Psychotherapie eine große Bedeutung. Die Frage, ob die Seele unsterblich sei oder nicht, wird also hier gar nicht berührt, weil es eine Frage ist, die wir wissenschaftlich, aus einer säkularen Position nicht beantworten können und zu beantworten versuchen sollten. Wir können *glauben*, daß es eine unsterbliche Seele gibt, aber wir können es nicht *wissen* – auch wenn Menschen eine „Glaubensgewißheit“ zu dieser Frage haben. Deswegen können wir auch in der klinischen Arbeit unsere fachliche Hilfe-, Beratungs- und Hoffnungsstrategien nicht von einer solchen Idee ableiten – das wäre Sache der Seelsorge -, wohl aber werden wir persönlichen Glaubensvorstellungen und -gewißheiten mit Respekt begegnen.

Die Definition des „**Geistes**“ wird etwas schwieriger: man kann „*Geist als die Gesamtheit aller kognitiven bzw. mentalen Prozesse, ihrer Lernerfahrungen und ihrer Lernergebnisse, Prozessen der „Mentalisierung“<sup>34</sup> (z.B. kognitive Stile) und „Inhalte“* bestimmen. Geist ist nicht nur Prozeß, sondern dieser Prozeß bringt etwas hervor<sup>35</sup>: Gedankengebäude, Philosopheme, Denksysteme, Güter der Kultur. Insofern muß ich mich in der Psychotherapie, auch in der Psychotherapie mit Sterbenden, mit den *mental*en Prozessen befassen und ebenfalls mit den Ergebnissen und den Inhalten dieser Prozesse. In der Sozialpsychologie zum Beispiel ist dies Gegenstand der Forschungen zu „kollektiven Kognitionen“ und „sozialen Repräsentationen“<sup>36</sup> oder zu „social worlds“<sup>37</sup>. Die subjektiven Theorien eines Menschen über Leben und Sterben, über Gott und Tod und Teufel, sind **Inhalte** solcher geistigen Prozesse der „Mentalisierung“, d.h. sie wurden durch solche Prozesse hervorgebracht, die wiederum über die Sprache und die Wissensbestände des „kollektiven Gedächtnisses“<sup>38</sup>, auf die das Subjekt zurückgreift, zu denen es auch beiträgt, in kollektive *soziale Konstruktionen* eingelassen sind, gesellschaftliche Konstruktionen der Wirklichkeit, wie *Berger* und *Luckmann* aufgewiesen haben.

Sie sehen, daß ich mit dieser Definition nicht den „göttlichen“ Geist, der vielleicht im Menschen ist, die *ruach*, den göttlichen Atem, nicht die „*scintilla animae*“, das Seelenfünkchen, als ontologische Realitäten im Blick haben kann. Das sind subjektive und auch kollektive *mentale Konstruktionen*. So versuche ich auch *Geist* in einer Weise zu definieren, daß er mir als Wissenschaftler zulänglich wird: also als die Gesamtheit aller kognitiven bzw. mentalen Prozesse und ihrer Ergebnisse, und auch das ist eine mentale und soziale Konstruktion. Ich kann mich mit kognitiven Prozessen spezifisch befassen. Wenn zum Beispiel ein Patient über religiöse Inhalte sprechen will, dann ist es kein unwissenschaftliche Vorgehensweise, dies zu tun, denn was der menschliche Geist hervorgebracht hat, gehört mit in seine Leidensthematik hinein und kann und muß Gegenstand wissenschaftlich begründeter Therapie werden. Und wenn jemand religiöse Gefühle hat - es gibt Gefühle wie Inbrunst oder auch wie „bliss“ (was kaum ins Deutsche zu übersetzen ist: Entzücken, Glückseligkeit, Ergriffenheit) - gehören auch diese religiösen Gefühle des Patienten, wenn er es wünscht, in die Therapie. All diese Emotionen gehen auf phänomenal beobachtbare und emotionspsychologisch durchaus auch erfaßbare Gefühlsregungen zurück. Auch religiöse Inhalte sind ja von Menschen in

---

<sup>34</sup> Das Konzept der „*Mentalisierung*“, die sich in evolutionsbiologischen Prozessen (Petzold, Orth 2004b) herausbildete. definieren wir: »Unter *Mentalisierung* verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die informationale *Transformation* konkreter, sinnvermittelter Erfahrung von erlebten Welt- und Lebensverhältnissen, die Menschen durchlaufen haben, durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse auf *komplexe symbolische Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-respondenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intramentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (*Vygotsky, Moscovici, Petzold*). Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst, ihrer „theories of mind“ und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalisierungen* (Petzold 2000h, 2002b)«.

<sup>35</sup> Böhmecke 1998

<sup>36</sup> Moscovici 1984, als elaboriertes Modell in Petzold 2002b

<sup>37</sup> Strauss 1978, Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

<sup>38</sup> A. Assmann 1999; J. Assmann 1999

kollektiven *kognitiven* und *emotionalen* Prozessen hervorgebracht<sup>39</sup>, z.B. durch Religionsgemeinschaften, die solche kollektiven Kognitionen und Gefühle entwickelt haben.

### 3. Sterben als Lebensprozeß

Ich habe jetzt sehr stark auf eine professionelle Sicht abgestellt, und eine solche muß man hineinbringen, wenn man als *Psychotherapeut*, als *thanatologisch fundierter Therapeut*, in eine Sterbesituation, in den Intimitätsraum des Sterbenden hineingeht, den wir in der Regel nicht als Angehöriger kennen. Selten sind wir in der Situation, in einer längeren Sterbebegleitung eine „Wahlverwandtschaft“ zum Begleiteten aufbauen zu können, wo uns der Sterbende emotional „adoptiert“ und wir ihn. Selten können wir, wie Thanatotherapeuten das manchmal nennen, einen „Freundschaftspakt“ (*Feigenberg*)<sup>40</sup> mit diesem Menschen schließen. Gerade Wahlverwandtschaft ist ja so etwas wie eine wechselseitige „Adoption“, und es ist nicht so häufig, daß wir in eine solche Situation kommen. Wir gehen auch nicht in die Sterbesituation wie eine Schwester oder ein Pfleger, also in einer festgelegten professionellen Rolle. Wir gehen auch nicht hinein als ein Angehöriger, der ein bißchen mehr Abstand hat und alles organisiert, arrangiert. Solche Leute sind sehr wichtig, die emotional ein bißchen „abständig“ sind und Dinge tun für die Menschen, die unmittelbar und stark betroffen sind. Wir gehen auch nicht hinein als somatisch ausgerichtete Ärzte, sondern wir gehen hinein - vielleicht als klinische Psychologen oder psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte - mit einer Zusatzkompetenz, einem ganz spezifischen Auftrag und einer entschiedenen persönlichen Motivation: nämlich Sterbenden und ihren Angehörigen in Situationen zu helfen, die aus dem Bereich der alltäglichen professionellen Hilfeleistung herausfallen und unser authentisches menschliches Engagement und unser Beteiligtsein verlangen. Das ist thanatotherapeutische Arbeit, wie ich sie 1965 definiert habe: „*Thanatotherapie ist ein in vielen Aspekten ‚junger‘ therapeutischer Ansatz für den Umgang mit Menschen, die von Fragen des Sterbens und des Todes betroffen sind, und die der Hilfe für die Bewältigung bzw. Verarbeitung von Verlusten, die der Unterstützung für Prozesse persönlichen Wachstums oder des Beistands und Trostes im Leid bedürfen*“<sup>41</sup>. Hier ist schon die Bedeutung des Trostes herausgestellt und wurde in der Praxis schon „Trostarbeit“ als Aufgabe in Angriff genommen.

*Das Sterben ist keine pathologische Sache, sondern ein Lebensprozeß, der in das Leben eingebettet ist.* Es ist auch kein spezifischer Prozeß für den Lebensabschnitt des Alters, er kann zu jedem Zeitpunkt des Lebens eintreten, obwohl er das Ende des Alternsprozesses darstellt und er deshalb für die Gerontotherapie und für die Psychotherapie Bedeutung hat<sup>42</sup>. Sterbebegleitung müßte eigentlich in die Möglichkeiten alltäglicher Hilfeleistungen genauso eingebettet sein wie die *Linderung* in die *Pflege* von Kranken zu Hause<sup>43</sup>. Daß diese alltägliche Hilfeleistung nicht mehr greift, hat verschiedene, zum Teil sozialhistorische und auch soziodemographische Gründe. Man hat keine Großfamilie mehr, wo man komplexe, schwierige Sterbeprozesse gemeinsam trägt durch Verteilung der Lasten auf mehrere Geschwister oder auf die zwei unverheirateten Schwestern, die früher immer für solche Sachen da waren. Diese Ressourcen stehen nun nicht mehr zur Verfügung. Wenn wir es mit langen belastenden Sterbeprozessen zu tun haben, dann ist für die Betreuungsperson, oft „die Frau im Hause“, leider wenig Entlastung gegeben. Selbst wenn vielleicht noch eine andere Person verfügbar ist, ein groß gewordenes Enkelkind beispielsweise, reicht das meistens nicht aus. Wenn Menschen solche Situationen nicht mehr ertragen und tragen können, *tragen* nämlich im wirklichen Sinne, denn sie haben eine schwerwiegende Belastung, die manche von ihnen in einen persönlichen oder einen „family-burn-out“ führt, dann muß die professionelle Hilfe eintreten. Der Thanatotherapeut kommt nicht wie die Gemeindeschwester kommt, sondern er kommt in Belastungssituationen, wo der Patient, der langfristig Leidende und Sterbende sich verändert, und zwar so, daß er sich selber schwer oder gar nicht mehr regulieren kann, psychisch und mental so verändert, daß die Angehörigen ihren Vater, ihre Mutter, ihre Großmutter nicht mehr kennen. Die Person

---

<sup>39</sup> Böhmecke 1998

<sup>40</sup> Feigenberg 1980

<sup>41</sup> Petzold 1965/1985a S.26, dieses Werk Bd. 1.

<sup>42</sup> Petzold, Keglevic 2004

<sup>43</sup> Du Bois 1980

wurde wesensverändert, und das löst Ängste aus, das ist bedrohlich, das ist oft kaum mehr tragbar, nicht mehr erträglich. In den Sterbeprozessen kann es also zu psychischen Ausnahmesituationen kommen, die der Thanatotherapeut kennen muß. Da hilft es ihm wenig, als Psychotherapeut ausgebildet zu sein. Die Theorien, die Instrumente, die Methoden, die die klassischen Psychotherapien ausgearbeitet haben, reichen nicht aus. Wissen über frühkindliche Störungen (wo solche Nachwirkungen haben, und das ist gar nicht immer sicher, denn die Forschung unterstützt diese Theoreme nicht oder nur mäßig), die Kenntnisse über spezifische klinische Widerstands- oder Abwehrformen, Phänomene der Übertragung, Gegenübertragungsreaktionen, aber auch für die so wichtigen soziopsychologischen Phänomene wie *Affiliation* und *Reaktanz*<sup>44</sup> gelten nicht unbesehen für Sterbeprozesse, denn diese Konzepte sind in Erfahrungen mit mäßig gesunden oder schwer neurotischen erwachsenen Menschen entwickelt worden, nicht mit Menschen, die in einer Chemotherapie sind, die bestrahlt werden, nicht für Menschen, die schwere invasive Eingriffe hatten und dadurch „traumatischen Streß“ erlebten, sehr häufig sogar posttraumatische Streßreaktionen ausgebildet haben<sup>45</sup>, und zwar aufgrund ihres Erlebens etwa auf einer Intensivstation, durch starke Bestrahlung oder auch durch eine schlecht vertragene Chemotherapie.

Das ist etwas, was viel zu wenig beachtet wird: solche lang dauernden Krankheitsprozesse, die in einen Sterbeprozess auslaufen, sind auch oftmals traumatische Erfahrungen, die auch „traumatischen Streß“ hervorrufen und dann gar nicht so selten eine *posttraumatische Belastungsstörung* im Gefolge haben. Anzumerken ist, daß wir das natürlich auch bei manchen Schwestern oder Pflegern finden, die unvorbereitet und nicht gut begleitet sehr früh und sehr jung schlimmes Sterben sehen mußten: wenn z.B. nachts jemand verstirbt, sich erbricht, Blut bricht, und der Arzt auf einer anderen Station ist, er dann „zu spät“ kommt und es dann für die Jungschwester noch Schelte gibt. Dann geschieht das die nächste Nacht wieder, zwei Wochen später wieder. Das wird oft nicht gut verarbeitet. Wir finden auch bei Schwestern und Pflegern posttraumatische Streßerfahrungen. Wir haben körperlich schwerstbehinderte aber geistig gesunde Menschen in der Gerontopsychiatrie oder in einem Altenheim mit gerontopsychiatrischem Bereich, weil es einfach keine Unterbringungsplätze gibt. Diese armen Menschen hören, sehen, erleben den „alltäglichen Horror“, ohne ihm je entkommen zu können, was auch bei solchen Patienten traumatische und posttraumatische Streßerfahrungen hinterlassen kann. Natürlich ist man als Sterbebegleiter immer wieder traumatischen Situationen und auch traumatischem Streß ausgesetzt. Ich möchte aber darauf hinweisen, daß ein *geschulter* Thanatotherapeut keine posttraumatische Belastungsstörung ausbilden sollte. Deshalb ist auch eine bestimmte *Professionalität* erforderlich. Man kann diese Arbeit auch nicht jeden Tag tun, und man muß sich mit der Frage des eigenen *Sterbens* auseinandersetzen, was das Schwierigste ist, viel schwieriger als die Frage nach dem eigenen Tod.

Man wird alt<sup>46</sup>. Der Tod ist unumgebar. In frühen Zeiten war man sich dieses Faktums sehr bewußt<sup>47</sup>. Mit den möglichen Formen des Sterbens allerdings muß man sich befassen: mit der Möglichkeit eigener Verstümmelung, der Invalidität, der Verwirrung, der geistigen Umnachtung, der Disfiguration des eigenen Gesichtes. Denken wir an Chemotherapie-Patienten mit Haarausfall, Veränderungen der Haut, des Gesichtes. Wenn man solche Patienten sieht und begleitet, wird man damit konfrontiert, was einem selber alles zustoßen kann. Gehen wir nicht den Weg durchs Leben, als ob wir ständig gesund wären, als ob uns dieses alles nicht zustoßen könne? Erst nach den ersten Nierenbeschwerden, nach den ersten Herzbeschwerden sind wir ein bißchen verunsichert, aber wir vertrauen darauf, daß es dann schon wieder abklingt, „wieder wird“. Wir leben weiter in dem gleichen Gefühl der psychischen Unverletzlichkeit und Unverwundbarkeit, bis wir durch Krankheit oder Unfall aus dieser Sicherheit, aus diesem Lebensgefühl von „wellness“ gestoßen werden.

Der langwierig Kranke und der Kranke, der in den Sterbeprozess übergeht, ist seit langem aus dieser Sicherheit gestoßen; er ist in seiner Leiblichkeit, und damit in seiner Person verunsichert. Wie ich zu Anfang sagte: Der Mensch ist *Körper-Seele-Geist-Subjekt*. Wir nennen diese Triade in unserem Ansatz „Leib“<sup>48</sup>. Leib ist der veritable Mensch, der Mensch, der als Todkranker jede Nacht mit dem Tode kämpft, der als *leibhaftige* Person über den Sterbeprozess hin anwesend ist, ihn durchlebt

---

<sup>44</sup> Müller, M., Petzold 2003

<sup>45</sup> van der Kolk et al. 1995; Petzold 1999i, 2001m, 2004l; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002

<sup>46</sup> Isler 1986

<sup>47</sup> Kreis Unna 1982

<sup>48</sup> Petzold 1985g

und durchleidet. Es ist der Mensch, der vielleicht noch psychologisch und sozial „da ist“ und der doch absolut abhängig ist vom Funktionieren des *Organismus*, der das Funktionieren seiner personalen *Leiblichkeit* gewährleistet. Deshalb können wir nicht sagen, der Organismus sei eine Maschine. Man kann nicht ins Krankenhaus gehen, das Gehirn herausnehmen, abgeben und sagen: „Doktor nun mach mal die Körpermaschine ganz, bringe die Kiste wieder zum Laufen“. In dieser Art und Weise tun das aber viele Menschen in einer Art Selbstverdinglichung. Wenn man selbst Medizin studiert und lange medizinisch praktiziert hat oder lange Krankenschwester war und es einen dann selber trifft mit einer schweren Erkrankung, dann kommt oft die gleiche Haltung auf: Man gibt sozusagen „das Gehirn ab“, übergibt den Körper der medizinischen Institution, Maschinerie bis alles gerichtet ist und man wieder herauskommt. Wenn man dann aber länger in der Klinik bleiben muß, kann man der medizinischen Maschinerie nicht mehr entkommen. Man kann nicht einfach sagen: „So, jetzt gehe ich da raus!“ und man merkt unausweichlich, daß man in den Prozeß des leiblichen Verfalls eintritt, sich auf einer Strecke mit einem unentrinnbaren Ende befindet. Das macht Angst<sup>49</sup>.

Manche Menschen können sich durch Dissoziation, Verdrängung oder Verleugnung sehr gut retten, und es ist eigentlich in solchen Situationen durchaus hilfreich, wenn man gut verdrängen kann. Man sollte sich als Begleiter nicht daran stören. Die gegenteiligen Vorstellungen, die man in der Literatur zur Sterbebegleitung oft findet – man solle doch mit den Verleugnungstendenzen arbeiten – finde ich nicht sehr ausgewogen, meistens von Leuten gemacht, die strikt religiöse oder verdeckt religiöse Motive haben: Man müsse sich dem Sterben stellen, die Dinge angehen und regeln. Ist es recht, Menschen einen Vorwurf zu machen, wenn sie verdrängen wollen? *Verdrängung ist eine Gnade* und wahrscheinlich ein - evolutionsbiologisch gesehen - sogar sinnvoller Mechanismus, ein wirkungsvolles palliatives Mittel gegen die Angst. Ich denke, daß die Psychoanalytiker hier eine grundsätzlich falsche, mythologisierende Konzeption von Verdrängung haben<sup>50</sup>, die Ausdruck eines gewissen kryptoreligiösen jüdisch-christlichen „Diskurses“ ist, wie *Michel Foucault* derartige, oft sehr verdeckt wirkende Traditionsströme genannt und analysiert hat<sup>51</sup>. Man muß sich „unter den Augen des Herrn“ sehen und deshalb sich auch im Alltagsleben seiner Schuld und seinen Sünden stellen. Das aber ist dem Lebensgefühl vieler Menschen heute nicht mehr gemäß.

#### 4. Konfrontation mit dem Sterben

Zeit heilt – wenn auch nicht alle -, so doch viele Wunden, und das Verdrängen oder Dissoziation hilft uns dabei immer wieder, zuweilen hindert es uns auch. Nur wenn wir als professionelle Helfer in der Realität ständig mit dem Sterben konfrontiert sind, geht das mit dem Verdrängen nicht mehr so leicht, ansonsten kommt es zu „harten“ Verdrängungen, was heißt: man wird hart, man anästhesiert sich, es kommt zu einer *Selbstanästhesierung*, sofern nicht Dissoziationen gelingen, eine Abspaltung der Betroffenheit. Man kann nicht täglich verdrängen, ohne Schaden zu nehmen. Zu dissoziieren, ist aus emotionspsychologischer Perspektive weniger belastend. Wenn man lange im Krankenhaus ist als onkologischer Patient, hämatologischer Patient, Aids-Patient gibt es diese Möglichkeit des Dissoziierens, was einem die Sorgen etwas leichter macht, sie aber nicht völlig aus dem Bewußtsein nimmt. Da das Dissoziieren weniger „hart“ ist als das Verdrängen, bleibt das an die Seite Geschobene zugänglich, es ist *abgeblendet*, nicht ausgeblendet.

Die professionell begleitete Sterbesituation konstellierte sich mit dem spezifischen Auftrag, einzugreifen und zu helfen, wo die alltäglichen Stützsysteme des sozialen Netzwerkes, des „Konvois“, des Weggeleits<sup>52</sup> nicht mehr greifen. Da entsteht die Legitimation des Thanatotherapeuten: Hilfe zu leisten, wo Hilfe eigentlich nicht mehr möglich ist<sup>53</sup>. Deshalb habe ich das Recht und die Möglichkeit, wenn ich angefragt werde, in den Intimitätsraum des Sterbenden hineinzugehen, nur deswegen, weil sonst außer den Angehörigen und Pflegenden dort niemand etwas zu suchen hat. Wenn

---

<sup>49</sup> Ochsmann 1993

<sup>50</sup> Petzold, Orth 1999a

<sup>51</sup> Dauk 1989; Mazumdar 1998; Foucault 1986

<sup>52</sup> Hass, Petzold 1999, Petzold, Orth 2004b

<sup>53</sup> Lückel 1981, Petzold 1984c



ich mit dieser Legitimation in das Sterbezimmer gehe, muß ich auch einen spezifischen, thanatologisch fundierten psychotherapeutischen Blickwinkel mitbringen, und ich muß eine spezifische thanatotherapeutische Haltung des „Im-Kontakt-Seins“ entwickeln. Es ist eine Haltung, die mich als Mitmensch dabeisein läßt, berührt sein läßt. Ich muß mich *berühren* lassen, und werde dann oft *bewegt*. Man muß in *Kontakt* sein mit der Situation, mit dem Patienten, mit seinen Angehörigen, dem Kontext, dem Zimmer, der Intensivstation. Ich muß im Kontakt sein mit mir und mit dem, was auf mich einwirkt, Dinge, die ich abschalten möchte: aber der Geruch steigt mir in die Nase, die Bilder fallen mir ins Auge, die Geräusche, das Röcheln, die schwere Atmung, der Takt der Apparate dringt mir ans Ohr, die kühle, unterkühlte Hand des Patienten wird von mir gespürt, kommt mir ins Gespür. Ich kann mein „aktives Wahrnehmen“ zurücknehmen, aber ich kann meine „rezeptive Wahrnehmung“ nicht abschotten, das geht nicht! Ich muß also in *Kontakt* sein, und ich muß mich natürlich *berühren* lassen. Das, was ich sehe, erfahre, miterlebe, *bewegt* mich auch. Und es ist auch wichtig, daß der Patient, der Klient oder der Partner oder der Mensch, den ich begleite, merkt, daß ich berührbar bin, berührt und bewegt werde.

Manchmal ist man auch als Begleiter im Aufruhr aufgewühlt oder gar tief *erschüttert*. Man muß sich aber als Helfer regulieren können, auch seine Erschütterung regulieren können, denn die Betroffenen, der Patient und die Angehörigen haben das Recht, aufgewühlt zu sein. Sie dürfen ihrer Betroffenheit, sie müssen manchmal sogar ihrem Aufgewühltsein nachgeben, damit sie sich ausdrücken können und die starken Emotionen nicht retroflektieren, auf sich richten, hemmen, einfrieren, was sicherlich nicht gut wäre. Als thanatologisch arbeitender Psychotherapeut muß man aber oft Tag für Tag in derartigen Situationen den Menschen Unterstützung geben, vor allen Dingen den Betroffenen selber, manchmal auch Schwestern, Pflegern. Und dabei kann man es sich eigentlich „nicht leisten“, in solch einer Situation aufgewühlt zu sein und dies auch noch auszudrücken, denn die Erschütterten bedürfen der Sicherheit und Stärke des Begleiters. Und trotzdem bin ich als Begleiter natürlich in meiner Physiologie auch aufgewühlt, manchmal erschüttert. Deshalb werde ich – um nicht zu *retroflektieren*, mich zu verhärten oder selbst zu anästhesieren - auch versuchen, etwas von diesen starken Emotionen situationsadäquat und dosiert zu zeigen. Darin liegt die Professionalität. Das heißt also: nicht vollkommen involviert, sondern in einer leicht distanten Involviertheit zu sein; nicht vollkommen erschüttert zu sein, sondern in einer regulierten Erschütterung, die sich als Berührtheit und Bewegtheit zeigen kann.

Im Felde, in der Feldarbeit wie z.B. bei Katastrophen oder in Situationen wie im ehemaligen Jugoslawien darf man nicht glauben, daß man die Regulation aufrecht erhalten kann. Und trotzdem gehört es zur Professionalität, daß man eine geschulte „Regulationskompetenz“ (Petzold<sup>54</sup>) hat, sich schneller fängt, wieder besser „einkriegt“. Man muß sich „fassen“, denn sonst kann man keine effektive Hilfe leisten. Das bedeutet, daß man sich mit dem eigenen Sterben befaßt, sich mit den schlimmen Eindrücken, die man erlebt, systematisch auseinandersetzt und sehr sorgfältig immer wieder darüber nachspürt, nachsinnt, nachdenkt, warum man diese Arbeit tut.

Die Motivationen sind sehr, sehr unterschiedlich. So kann die Motivation beispielsweise das unbewußte Wiedererleben eines nicht verarbeiteten Traumas aus Kindheit, Jugend oder Erwachsenenleben sein. Man sucht die Situation des Sterbens, weil man mit einem Sterbeereignis, das man miterlebt hat oder das man nicht miterlebt hat, nicht fertig geworden ist. Der Vater stirbt irgendwo, und man kommt zu spät. Die Mutter stirbt im Altenheim, und man ist gerade nicht erreichbar in der Karibik, und man kommt so nicht einmal zur Beerdigung. Das sind keine leichten Dinge; die Leute stecken das scheinbar weg, und es kann sein, daß man deswegen unbewußt zur Sterbebegleitung hingezogen wird. Es kann aber auch sein, daß man wissen will, wie das mit dem Sterben ist, weil man so große Angst vor Tod und Sterben hat.

Es kann auch „sensation-seeking“ sein, was gar nicht so selten ist. Bei all den Verdiensten, die *Elisabeth Kübler-Ross* für einige Zeit ihrer Tätigkeit hatte, weil sie dazu beigetragen hat, daß das Thema „Tod und Sterben“ besprechbar, ein wenig enttabuisiert wurde, ist auch durch ihr späteres Vorgehen eine Sensationslüsternheit in die Thematik hineingekommen, die in der Informationsgesellschaft ohnehin immer weiter um sich greift. Durch das Medium der Flimmerkiste erfahren wir die Dinge nur zum Teil, aber der mediatisierte Tod „bringt es nicht“ – selbst im Reality-TV. Man will da

---

<sup>54</sup> Petzold 2001j, 2004 I

näher heran. Die Ausstellung des „Plastinators“<sup>55</sup> mit seinen anatomischen Menschen-Präparaten faszinieren Abertausende. But that's not life!

Wenn man Seminare zur Sterbebegleitung gibt, findet man viele Leute, die noch nie jemanden sterben sahen. Sie kommen, weil sie wissen wollen, was da geschieht, denn wir haben den Tod hinter Sonderbühnen verbannt; „öffentliches Sterben“ gibt es vielleicht noch in einzelnen dörflichen Gemeinschaften, aber auch dort wird es immer seltener. So ist eine gewisse zwiespältige Faszination mit Bezug auf das Sterben, die Sterbenden und den Tod festzustellen.

Ich selbst bin in Sterbesituationen auf verschiedene Weise gekommen: einmal bin ich relativ früh durch Tod und Sterben in meiner Familie konfrontiert worden, als Student dann durch die Arbeit in einem Altenheim, womit ich teilweise mein Studium finanziert habe<sup>56</sup>. Ich finde, das Sterben ist ein *tremendum* und *fascinosum* (*Rudolph Otto*), und man muß wissen, wie man sich ihm nähert, denn es ist oft sehr belastend. Es hat auch mich belastet. Ich war - jeden Tag eine gute Tat - bei den Pfadfindern, dann beim Autobahn-Rettungsdienst und bei der DLRG, wo man ab und zu eine Wasserleiche rausfischen mußte. Bei der Johanniter Unfallhilfe war ich dabei, wie mit dem Lukasgerät und dem Schneidbrenner Menschen aus Autos heraus geholt worden sind, was furchtbar ist. Aber man macht ja als junger Mensch solche Sachen, wenn man die entsprechende Sozialisation hat<sup>57</sup>, in einer Familie aktiver Humanisten und Friedensarbeiter aufwuchs, die Mutter als Rote-Kreuz-Schwester in der Untergrundarbeit der „Bekennenden Kirche“ tätig, der Vater war Haft und Folter als „Verfolgter des Naziregimes“ ausgesetzt – beide hatten viel Leid, Sterben und Tod gesehen. Ich denke, daß mein Interesse an der Todesfrage sicher *auch* mit all diesem zusammenhängt. Ich sage Ihnen das hier in aller Öffentlichkeit, warum auch nicht? Denn es ist wichtig, daß Sie alle schauen, jeder von Ihnen, warum sie in einem Büro arbeiten oder auf der Intensivstation, in der Onkologie, der Geriatrie. Es ist sehr wesentlich nachzuspüren, warum man das tut. Wenn man das klar hat, seine Motivationen und deren Hintergründe, dann wird man auch in seiner Professionalität klarer. Heute bin ich in meiner Arbeit mit traumatisierten Menschen im ehemaligen Jugoslawien mit schlimmen Situationen befaßt. Ich *will* das. Man muß das *wollen*, wie *Leibowitz*<sup>58</sup> affirmiert. Ich will kein Verbalphilantroph sein, sondern will engagiert und konkret mit Menschen arbeiten und Hilfe geben. Ich erachte konkreten Einsatz für Menschen als notwendig und es macht mich zufrieden.

Es ist wichtig, als Begleiter von Sterbenden, aber auch von Menschen in Not, eine gewisse Durchlässigkeit zu erreichen. Ich habe sie relativ spät erreicht, als ich schon lange Psychotherapeut war. Wenn ich jetzt zurückblicke auf meine frühe Arbeit in diesen Bereich - es war nicht wenig, ich habe sehr viel mit alten Menschen und Hinterbliebenen gearbeitet, habe darüber dies und das veröffentlicht, dann muß ich sagen: ich habe Vieles abgeblockt. Trotz des durchaus vorhandenen Mitschwingens, denn man kann mitschwingen und auf einer tieferen Ebene trotzdem abblocken. Der Preis, den man dafür zahlt, sind z.B. physiologische Uebersteuerungen, vor der mich meine von Kind auf geübte Praxis von Budo-Künsten<sup>59</sup> (Kolo, Aikido, Kung Fu) bewahrt hat. Man kommt in eine *Hyperaktivität*, in eine *Streßphysiologie*<sup>60</sup>, und oft merkt man es nicht. Man merkt es erst, wenn man sich schult<sup>61</sup> oder geschult wird zu spüren, wie die Rückenmuskulatur und die Nackenmuskulatur hypertont wird, daß man physiologisch übersteuert ist, daß der Ruhepuls, der ja eigentlich bei guter physischer Kondition niedrig ist, hoch geht, sobald man in eine Kranken- oder Sterbesituation hineinkommt. Auf solche Dinge sollte ein Thanatotherapeut – und nicht nur er, sondern auch Schwestern und Pfleger – geschult werden, um auf Streßbedingungen zu achten, so daß die Helfer in der Lage sind, einen „*relaxation response*“, also eine Spannungs-Entspannungsregulation herzustellen. Das kann man erlernen. Es gibt Uebungen und Wege, das zu tun, um von einer „*Streßphysiologie*“ zu einer „*Wellnessphysiologie*“ zu gelangen<sup>62</sup>. Auch Patienten steht dieser Weg offen. Ich

---

<sup>55</sup> von Hagen 1999

<sup>56</sup> Petzold 1980e

<sup>57</sup> Zundel 1987

<sup>58</sup> Leibowitz 1992

<sup>59</sup> Petzold, Bloem, Moget 2004, eine Praxis, die ich nur empfehlen kann.

<sup>60</sup> Hüther 1997

<sup>61</sup> Petzold 1974k; Brooks 1979

<sup>62</sup> Petzold, Berger 1978; Petzold 1988n; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997, 14a; Vouta-Voss 1997; Hausmann, Neddermann 1998

habe dazu das Verfahren der „Integrativen und Differentiellen Regulation/Relaxation“<sup>63</sup> entwickelt. Es sind große oder kleine Sachen, die verspannt machen: man bekommt z.B. eine Spritze, eine Sonde oder einen Katheter. Viele solcher kleinen schmerzvollen Dinge halten ständig in einem angespannten Zustand und mit dieser latenten, ständigen Angespanntheit kommt die nächste Schmerzsituation.

Auch der Thanatotherapeut sollte sich mit seinen Erwartungs- und Belastungsspannungen konfrontieren; er sollte ein Wissen um Streßphänomene und Möglichkeiten der *Selbstbehandlung* haben, denn es reicht nicht aus, in einer Supervisionsgruppe nur über Belastungen *zu reden*. Reden bringt einen *chronifizierten* Streßzustand, eine Streßphysiologie nicht weg. Es ist momentan für das subjektive Empfinden „palliativ“, aber physiologisch betrachtet ist, der Mensch immer noch übersteuert und das sollte man verändern. Verspanntheit und Dystress sind nicht nur für die Gesundheit des Helfers nachteilig, sie übertragen sich auch im Klientenkontakt zum Klienten hin durch Berührung, Blick, Stimme, die nicht gelöst sind.

## 5. Die Notwendigkeit diagnostischer Perspektiven

Wir achten vor diesem Hintergrund, mit diesem „diagnostischen“ Wissen um uns selbst auf unser *Befinden* in den Situationen mit Sterbenden und wir achten auf das *Befinden* unserer Patienten, auf den Zustand, in dem wir sie vorfinden. Damit kommt wieder eine professionelle Perspektive ins Spiel, denn wir betreiben Diagnostik nicht mit dem DSM-IV oder mit dem ICD-10, sondern eine thanatotherapeutische, thanatopsychologische Diagnostik. Eine standardisierte Diagnostik - im Sinne eines klassifikatorischen Systems - besteht für diesen Bereich noch nicht. Man sollte und könnte sie erarbeiten, und man wird sie wahrscheinlich auch erarbeiten, und zwar in dem Moment, wo Sterbegleitung institutionalisiert wird, z.B. in Form von Hospizen oder Palliativstationen oder mobilen Palliativdiensten. Diese Institutionalisierung kommt trotz der Verknappungen und Kürzungen im Gesundheitswesen, wenn die sozialen Stützsysteme, die familiären Systeme immer stärker erschüttert sind und ihre Ressourcen ausgedünnt und verbraucht werden. Die öffentlichen Möglichkeiten der Hilfe werden dann immer stärker in Anspruch genommen, was auch bedeutet, daß diagnostische Kategorien gebraucht werden. Die rapide Entwicklung der Pflegediagnostik hat gezeigt, wie stark Außeneinflüsse, Vorgaben des Gesetzgebers und der Kostenträger Situationen verändern können. Für den diagnostischen Blick ergeben sich folgende Fragen:

Wohin schaue ich? Worauf schaue ich? Welcher Zeithorizont ist gegeben? *Wie* schaue ich? Die letzte Frage ist natürlich besonders wichtig. Ich schaue natürlich nicht nur mit professionellen Blick, sondern ich schaue als Mitmensch *und* als Professioneller. Das ist die spezielle Situation aller „*Menschenarbeiter*“<sup>64</sup> – wie ich Helfer jedweder Profession - nenne und besonders die der Helfer in der Sterbesituation: des klinischen Psychologen, des Krankenhauspsychologen, des Thanatotherapeuten, sei er ein besonders ausgebildeter Seelsorger, ein besonders ausgebildeter Arzt, ein Sozialarbeiter oder eine Krankenschwester - immer kommen zwei Dinge zum Tragen: das professionelle Wissen und das mitmenschliche Wissen, Gefühle und Erfahrungen aus dem zwischenmenschlichen Bereich.

Wenn wir die erste diagnostische Frage angehen: „Wohin schauen wir?“, kommt zuerst das Setting in den Blick, denn es ist etwas ganz anders, wenn der Patient auf einer Intensivstation, auf einer hämatologischen oder auf einer gerontopsychiatrischen Station betreut wird. Auch die Verweildauer spielt eine große Rolle.

Es geht darum, **wie** wir sterben<sup>65</sup>. Beim Sterben zu Hause ist die Situation völlig anders<sup>66</sup>, wenn ich als Thanatotherapeut von einer Familie zugezogen werde. Diese *Setting-Variable* ist sehr wichtig!

---

<sup>63</sup> Petzold 1974k, 2000g

<sup>64</sup> Sieper, Petzold 2002c

<sup>65</sup> Nuland 1996; Rosenkranz 1999

<sup>66</sup> Mittag 1994; Rest 1997, 1998

Das vertraute Bett zu Hause ist etwas ganz anderes als das Krankenhausbett, das vertraute Zimmer zu Hause ist etwas ganz anderes als das Krankenzimmer, das Zimmer im Heim<sup>67</sup>, wo einem nichts gehört, man über nichts bestimmen kann<sup>68</sup>. Neben dem Setting schaue ich mit der zweiten Frage „worauf“ natürlich auf die Situation des Patienten, also auf den „*Menschen in Situationen*“. Ich schaue auf sein Alter, denn das Sterben ist etwas anderes, wenn er 85 oder wenn er 25 Jahre alt ist. Ich schaue auf sein Geschlecht, womit sich sehr spezifische Fragestellungen verbinden können und Genderfragen werden immer noch zu wenig beachtet: Da ist die junge Frau, die an den Folgen eines Mammakarzinoms und multipler Metastasierung langsam stirbt. Sie hinterläßt zwei kleine Kinder. Da ist ein junger Mann, der in einem kurzen heftigen Krankheitsverlauf aus dem Leben scheidet. Er ist der einzige Sohn und seine Eltern sind fassungslos. Es gibt also auf der Sex- und Genderebene Männer- und Frauenthemen in der Sterbesituation, die man beachten muß.

Dann ist ein Blick auf dem Zeithorizont, die dritte Frage also, die voraussichtliche Dauer der möglichen Begleitung sehr wesentlich, also die Frage nach dem Zeitpunkt an dem wir als Begleiter in das „Sterbetrajekt“ eintreten. Dieser Begriff ist für den Sterbeverlauf in der Sterbeforschung funktionaler, denn sequentielle Sterbephasen im Sinne von *Kübler-Ross* lassen sich so nicht finden, sondern wir haben es mit höchst individualisierten Sterbeverläufen zu tun. Man kann von Verläufen mit sehr unterschiedlichen „ups and downs“ sprechen, in denen zum Teil Phänomene vorkommen, wie sie in den Phasen von *Kübler-Ross* beschrieben werden, aber es sind in der Tat keine aufeinander folgende Phasen. Es gibt im Verlauf eines Strebeprozesses immer wieder einmal die Auflehnung, es gibt immer wieder einmal Resignation, je nach dem. Man muß sich klar machen, wie lange dieser Mensch schon im Prozeß seiner schweren Erkrankung steht. Ist er schon in einem Sterbeverlauf? Mit wieviel Zeit können wir rechnen? Und wieviel Zeit habe ich für eine mögliche Begleitung zur Verfügung? Ich denke, daß dies sehr wesentliche Fragen sind, um die Ziele einer Begleitung zu bestimmen.

Unter der Frage zwei schaue ich mir den Zustand des Patienten an, also seine Ansprechbarkeit, seine kognitive Valenz, seine emotionale Situation, Integrationsfähigkeit und Orientierung. Wie weit kann er zuhören, wieweit kann er verstehen? Wie ist seine affektive Verfassung, seine emotionale Stabilität und Labilität? Wie ist es um seine Willenskraft bestellt? Das ist ein ganz wichtiges Moment: Wieviel Willen hat dieser Mensch zur Verfügung? Die Volitionen sind eines der vernachlässigten Gebiete in der Psychologie, Psychophysiologie und auch in der Psychotherapie<sup>69</sup>. Es gibt keine entwickelte Methodik für den Umgang mit Phänomenen des Willens - egal in welcher psychotherapeutischen Ausrichtung oder Schule: Über Willenskraft findet man nichts! Aber in der Thanatotherapie ist die Willensfrage wichtig: Wie ist die Willenssituation des Menschen in der Schlußphase? Was will er noch vom Leben? Wie erträgt er Schmerzen? Welches Durchhaltevermögen hat er bei belastenden Behandlungen und Untersuchungen? Was ist sein „letzter“ Wille? Dieser betrifft nun die Angehörigen und die Freunde und deshalb ist der Blick auf das „soziale Netzwerk“, auf die Wegbegleiter, auf den *Konvoi* ganz wichtig. Wer ist in diesem Netzwerk (noch – bei Hochbetagten z.B.)? Bin ich vielleicht als Thanatotherapeut die einzige wichtige und intime Bindungsperson, die noch verblieben ist – und was bedeutet das, wenn ich mich auf eine Beziehung einlasse? Oder bin ich „facilitator“, Förderer eines kollektiven Prozesses, an dem Geschwister, Söhne, Töchter, Familienangehörige also und ein großer Freundeskreis beteiligt sind?

Wenn ich das soziale Netzwerk angeschaut habe, bekomme ich in der Regel auf viele meine Fragen Antworten. Es ist dies eine spezifische „Integrative Perspektive“, nicht nur der Patient, der Klient, der Begleitete muß betrachtet werden, sondern ihr Kontext, das Netzwerk im Kontinuum, der „Konvoy“. In den sozialen Netzwerken erhalte ich auch relevante kulturspezifische Informationen, weil ich ihnen die kulturellen Traditionen in Form von *kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen* präsent sind, in Form eines „kulturellen Gedächtnisses“<sup>70</sup>, daß auch Vorstellungen und Bilder über Sterben und Tod umfaßt<sup>71</sup>, und diese können einerseits sehr spezifisch sein, abhängig von Familientraditionen, Regionalität – Stadt oder Land - , Volkszugehörigkeit oder Einbettung in spezi-

---

<sup>67</sup> Zahn 1994

<sup>68</sup> Wettstein 1997

<sup>69</sup> Petzold 2001i, Petzold, Sieper 2003, 2003a

<sup>70</sup> Winkel 1993; J. Assmann 1999

<sup>71</sup> Fuchs 1976; Böhmecke 1998; Beaudrillard 1982; Ariés 1980

fische soziale Makroräume. Die Bilder und Vorstellungen von Männern und Frauen, von ostdeutschen und westdeutschen, von Arbeitern und Akademikern, von Naturwissenschaftlern oder Geisteswissenschaftlern sind verschieden, wie groß angelegte Untersuchungen gezeigt haben<sup>72</sup>, aus denen deutlich wurde: bis in die Bilder und Wertungen hinein wirken die kulturellen Muster in Form der „kollektiven sozialen Repräsentationen“, der sozialen Werte- und Vorstellungswelten, *social worlds*<sup>73</sup>, ja bis in die Charakteristik von Nahtoderfahrungen, wo Menschen aus den alten Bundesländern andere Bilder erleben, als Menschen aus den neuen Bundesländern und deutlich wird: bis in die cerebralphysiologischen Prozesse hinein wirken die soziokulturellen Einflüsse<sup>74</sup>. Diese können in Konflikt geraten, wo unterschiedliche Familientraditionen aufeinandertreffen, Unterschiede zu den Familientraditionen und *social worlds* des Pflegepersonals oder zum Begleiter zum Tragen kommen. Deshalb gilt es, diese potentiell unterschiedlichen Vorstellungswelten und ihre Anliegen, wie sie uns in den und durch die verschiedenen Personen entgegentreten zu erkunden und zu berücksichtigen, sie gegebenenfalls zu verhindern und miteinander zu vermitteln, wo sie fremd oder gar konflikthaft sind. Einmal sind da die Vorstellungswelten und die Anliegen des Sterbenden selber, das was er von mir in der Situation der Begleitung möchte. Oft ist es nicht das erste Anliegen, mit dem ich zu tun habe. Die Vorstellungen und Anliegen, die davor liegen, sind zumeist die der Angehörigen, die sich um die Begleitung bemüht haben. Sie möchten, daß ich etwas mit diesem Patienten „mache“. Ein solches Anliegen ist natürlich auch wichtig, denn die Angehörigen müssen ja mit der Situation umgehen, viele Dinge regeln und planen. Ihnen liegt schließlich dieser Mensch „am Herzen“ und wahrscheinlich wird er ihnen „aus dem Herzen gerissen“, der Vater, die Mutter oder der Bruder, wer immer auch der Sterbende ist. Die Anliegen der Angehörigen und die Anliegen des Patienten, der Patientin sind oft keineswegs gleich gelagert und das bereitet, weil beide Anliegen legitim sind, zuweilen für die Begleitung Schwierigkeiten. Oft habe ich den Kopf voll mit den Anliegen der Angehörigen, was alles zu tun sei, und komme dann mit einem zu „okkupierten“ Kopf in die Begleitungssituation hinein. Man muß dann Abstand nehmen, um für die Anliegen des sterbenden Menschen offen zu sein. Man kommt natürlich, wenn man in einer Pflegesituation arbeitet, häufig auch mit den Anliegen des Pflegepersonals in Kontakt: „Der ist so schwierig, der schreit nachts immer. Er hat so furchtbare Angst. Wir können den ja nicht immer bis oben hin zusedieren. Das ist ja auch nicht das Wahre! Die Angehörigen wollen ja mit ihm sprechen. Wenn er im Dunkeln nicht die Angst hat, ist er ja auch ganz zugänglich, aber dann kriegt er wieder diese furchtbaren Angstanfalle.“ usw. usw.

Die Anliegen des Personals sind nicht zu unterschätzen - und natürlich die Anliegen des Begleiters selbst: Was will ich mit diesem Menschen, den ich begleite, der mich als Person anspricht, der mich berührt oder der mir mühsam ist? Es gibt ja immer wieder Menschen, die man nur schwer annehmen kann. Aber dann muß man sich wohl mit einer guten „professionellen Routine“ sagen, daß es ja schließlich jemand machen muß und daß auch dieser Mensch ein Recht auf eine Begleitung in seinem Sterben hat. Ob nun eine gute, spontane „Passung“ vorliegt oder nicht, es muß diese Frage gestellt und beantwortet werden. Was will ich als Begleiter mit diesem Menschen in dieser, seiner, unserer Situation tun und erreichen? Unter dem persönlichen und unter dem professionellen Blick kommt es dann zu Zielen, die ich von mir aus als Begleiter setze. Dieser Ziele muß ich mir bewußt sein. In der normalen Psychotherapie versuche ich meine Ziele, wenn immer möglich - bei psychiatrischen Patienten geht das manchmal nicht - interaktional zu erarbeiten mit dem „Patienten als Partner“<sup>75</sup>. Was wollen wir beide erreichen? Diese Frage: Was will er oder sie erreichen, was will ich erreichen, werden ausdiskutiert in Begegnung und Auseinandersetzung ausgehandelt. Oft ist dieser Prozeß schon ein wesentlicher Teil der Therapie. Bei Sterbebegleitungen sind solche Korrespondenzprozesse oft nicht möglich. Aber manchmal geht es auch. Wir müssen also schauen, ob ich mit dem Patienten, mit diesem „Menschenpartner“ gemeinsame Ziele formulieren kann? Das führt zu bestimmten Situationen des Handelns, die wir „Formate“ nennen.

## 6. Formate, Methoden, Zugeweisen

---

<sup>72</sup> Willmann 1999

<sup>73</sup> Unruh 1983; Petzold, Petzold 1991a; Moscovici 1984; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

<sup>74</sup> Willmann 1999

<sup>75</sup> Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998

### Formate:

Unter „Format“ verstehen wir in der „Praxeologie“, der Wissenschaft von der Praxis<sup>76</sup>, einen bestimmten Rahmen professionellen Handelns, der von den Bedingungen der Situation, ihren „Ressourcen, Problemen und Potentialen“<sup>77</sup> und den Möglichkeiten (*affordances*) und Grenzen (*constraints*) des Patienten sowie den Kompetenzen und Performanzen, den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Begleiters, aber auch des familialen und amicalen sozialen Netzwerkes, bestimmt werden.

Formate können in einer arbeitsfeldspezifischen Diagnostik und Therapeutik eine wichtige Rolle spielen. In der Thanatotherapie unterscheiden wir eine wie verschiedene *Formate*. Für die situativen Möglichkeiten einer Sterbebegleitung, für das, was potentiell in den letzten Lebenswochen an Begleitung möglich ist, setze ich zunächst ein kurzzeitiges „*palliativ-supportives Format*“ ein. Hierbei handelt es sich um kurzfristige Interventionen, die auch in der akuten Sterbephase zum Tragen kommen können. Es geht darum, das Leid des Patienten zu lindern. Ich nenne das „psychologische *Linderung*“ und gehe davon aus, daß sie die medizinische Schmerztherapie unterstützt. Wenn die palliative Versorgung nicht gut ist, und man darin geschult ist, wird man versuchen, ein Gespräch mit den Kollegen und Kolleginnen zu führen um zu schauen, was man palliativ tun kann und wie man die medikamentöse Intervention und die psychologische palliative Hilfe und supportive, unterstützende Entlastung koordinieren kann, um eine optimale Wirkung zu erreichen. Auf die Techniken und Methoden psychologische Palliativbehandlung werde ich hier nur kurz eingehen, auf das, wodurch ich stützen, entlasten, lindern, beruhigen, trösten kann.

Das zweite *Format* nenne ich die *kurzfristige „fokale Integrationshilfe“*, eine besondere Form integrativer, psychotherapeutischer „Fokalthherapie“<sup>78</sup>. Die Indikation sei kurz anhand eines Beispiels umrissen: Wir haben einen Patienten, der hat große Schuldgefühle, Ängste. Es bedrückt ihn etwas aus seiner Lebensgeschichte, irgendein Familienzerwürfnis, eine unerledigte Situation, unintegriertes biographisches Material, manchmal sogar ein Verbrechen. Man bekommt in Begleitungen oft Einblick in lebensgeschichtliche Ereignisse, die vielleicht nie offenbart wurden und bei denen dennoch in den letzten Lebensmonaten oder Wochen ein Wunsch nach Mitteilung wach wird, weil Themen plötzlich als eine Belastung „hochkommen“. Man ist manchmal so etwas wie ein säkularer Beichtvater für nicht religiöse, aber auch für gläubige Menschen. Integrationsarbeit ist angesagt, wenn der Patient zeigt, es lastet etwas auf ihm, er quält sich, und es wird allmählich klar, daß er den Willen hat, das Belastende anzugehen, denn er wird immer wieder von furchtbaren Ängsten geplagt. Das geht hin und her. Er will eine bestimmte Sache seines Lebens, vielleicht eine bestimmte Zeit „abschalten“. Bei älteren Menschen ist das oft die Kriegszeit, die NS-Zeit, die hochkommt und sich nicht mehr verdrängen oder dissoziieren läßt. Hier geht es dann um eine *kurzfristige fokale Integrationshilfe* durch ein Gespräch, wobei es sein kann, daß dieser Mensch, der vielleicht eine Stunde mit mir gesprochen hat, tot ist, wenn ich zwei Tage später wiederkomme. Und trotzdem kann dieses fokale Gespräch sehr wichtig und nützlich gewesen sein. Vielleicht hat es ihm zu einem etwas besseren Sterben verholfen. Sehr oft kommen wir in der Krankenhaussituation in solche kurzzeitigen Formate hinein, wenn der Seelsorger, Pflegepersonal oder Angehörige uns als Krankenhauspsychologen oder Thanatotherapeuten hinzuziehen.

Ein weiteres Format ist das *mittelfristige, kombiniert supportive und integrierende Format* von Begleitung und Behandlung. Wir haben hier Situationen, in denen der Patient von seiner Umgebung, vom Behandlungsteam, von der Familie gestützt wird. Dabei geht es wesentlich um *psychologische Linderung*. Nehmen wir einen Patienten, der vor der Frage steht: Wie komme ich mit meinem Sterben zurecht? Das Umfeld und der Begleiter gehen davon aus, daß der Patient noch einige Wochen, vielleicht Monate zu leben hat, was man natürlich nie weiß. Manchmal sterben die Patienten sehr schnell, manchmal wird aus einer kurzzeitig angelegten Fokalberatung eine langfristige Begleitung und psychotherapeutische bzw. thanatotherapeutische Behandlung. Bei den mittelfristigen und langfristigen Therapien/Begleitungen sind wir sehr abhängig vom jeweiligen Tageszustand des Patienten. Unsere Ziele, wenn sie auf Integrationsarbeit ausgerichtet sind und in diesem Sinne mit den Patienten vereinbart waren, müssen wir oft zurücknehmen, weil die beginnende biographische Inte-

---

<sup>76</sup> Orth, Petzold 2004; Bourdieu 1976, 1980

<sup>77</sup> Petzold 1997p; Buer et al. 1998

<sup>78</sup> Petzold 1993p

grationsarbeit plötzlich abbricht, wenn z.B. der Patient verwirrt wird und kognitiv nicht mehr mitarbeiten kann. Dann kommen wir zu einer *supportiven* Vorgehensweise, bei der eine gute palliative und z.T. auch beruhigende Medikation eine wichtige Sache ist, denn der Patient muß klar und ansprechbar bleiben, damit er die Bearbeitung seiner Themen, wenn er sie und solange er sie machen möchte, auch ausführen kann.

#### *Methoden – Schmerztherapie, Entspannung:*

Neben der *medikamentösen Schmerztherapie*, kommen in solchen Situationen u.a. *Methoden psychologischer Schmerztherapie* zum Einsatz. Wir unterscheiden hier zwei Ansätze: zum einen den „bottom-up approach“, zum anderen den „top-down approach“ (from mind to muscle). Bottom-up heißt hier, daß in der Orientierung vom Körper zum Psychischen/Mentalen (from muscle to mind) vorgegangen wird<sup>79</sup>, Entspannungshilfen über muskuläre und respiratorische Interventionen gegeben werden, je nachdem, was möglich ist - bei bestimmten Karzinompatienten ist nicht viel über die Atmung zu erreichen. Dann ist muskuläre Relaxation angesagt; ein „aktives“ relaxives Muskeltraining (*Jacobson*) wirkt manchmal überhaupt nicht, denn es wird in der terminalen Situation nicht mehr erlernt und ist zumeist viel zu schwierig. Wir arbeiten mit muskulären Relaxationsmethoden, allerdings nicht mit der Jacobson-Methode, die vorwiegend Agonisten anspannt. Weil die meisten Menschen ohnehin die Beuger anspannen, wenn sie Schmerzen haben, bekomme ich gar kein gutes Ergebnis, wenn ich dann noch mehr in die Anspannung herein gehe. Besser ist es, wie wir es im **IDR** der „Integrativen und Differentiellen Regulation/Relaxation“ machen, auf die Antagonisten zu zentrieren, mit Dehnung und sanften Stretching zu arbeiten; mit einer leichten Anspannung, die gar nicht so stark sein braucht<sup>80</sup>. Die Muskeln werden so nur relativ kurz angespannt und dann losgelassen. Damit erzielen wir bei den meisten Patienten einen deutlichen Entspannungseffekt. Manchmal ergänzen wir diese muskuläre „bottom-up“-Methode auch durch Atementspannung<sup>81</sup>, indem wir die Menschen motivieren, zu gähnen oder mit leicht geöffnetem Mund zu atmen, wobei die Hände auf der Bauchdecke liegen und die Atembewegung bewußt mitvollzogen wird. Das ist eine aus der Atemtherapie<sup>82</sup> spezifisch für die Thanatotherapie adaptierte Entspannungstechnik, die vom Körper ausgehend zu einer „höheren“ Ebene „mentaler“ Entspannung und Beruhigung gelangt, deswegen also „bottom-up“, vom „Boden“ aufwärts.

Wir verwenden gleichfalls „top-down“-Modelle, d.h. durch mentale Entspannungsmethoden zu körperlicher Relaxation zu kommen. Wir lassen den Patienten z.B. einen „Ort der Kraft“ oder einen "Ort der Ruhe“ aussuchen. Das kann eine friedliche Landschaft sein, die die Menschen als Erinnerung in sich tragen: sie schauen über Hügel oder sie sitzen unter einem Baum. Die meisten Menschen haben einen solchen Ort der Ruhe und der Kraft zu dem man sich innerlich hinbegeben kann, was hilft, Verspannung, Aengste, Beunruhigung zu mindern und zu lindern. Wir arbeiten dabei mit „inneren Beiständen“<sup>83</sup>, d.h. wir lassen die Patienten durch ihre Lebensgeschichte schauen und suchen mit ihnen nach einem lieben sorgenden Menschen (*caring adult*). Sie alle tragen liebe Menschen, die ihnen „am Herzen liegen“ und böse Menschen, die ihnen keine Ruhe lassen, mit sich herum. Das machen wir uns zunutze. Denn es ist ja nicht so, daß die Persönlichkeit etwas Geschlossenes ist. Die Persönlichkeit ist eher ein „Patchwork“, in dem internalisierte Menschen des sozialen Netzwerkes eine wichtige Rolle spielen, die Leute, die ihnen nicht aus den Sinn gehen und die gerade auf den letzten Abschnitt der Lebensstrecke emotional „präsent“ werden – im Guten wie auch im Belastenden. Ein solcher Einfluß ist nicht zu unterschätzen. Sie können dies für sich selbst erfahrbar machen. Sie brauchen jetzt nur an ihr Töchterchen zu denken oder an ihre Lieben, ihre Freunde. Wenn die Beziehung gut ist, dann wird es ihnen jetzt „warm ums Herz“. Sie fühlen sich wohl und das ist so real, daß man es an der Kapillardilatation und am elektrodermalen Hautwiderstand ablesen kann. Man kann also durch die Vorstellung eines „lieben Menschen“, der einen trägt, der einem wohlgesonnen ist, der es uns „warm ums Herz“ macht, zu einer psychophysiologischen Entspannung kommen. Entspannung ist, was wenig beachtet wird, wesentlich auch eine *emotionale Angelegenheit*. Diese „inneren Beistände“ können dann auch vom Patienten mental und emotional herbeigeht werden, wenn immer es ihm schlecht geht. Es wird ermutigt, den Namen des Beistandes

---

<sup>79</sup> Petzold 2000g

<sup>80</sup> Petzold 2000g, Petzold, Berger 1978;

<sup>81</sup> Osterbrink 1998, zum Integrativen Atem-Ansatz vgl. Voutta-Voß 1997

<sup>82</sup> Middendorf 1995

<sup>83</sup> Petzold 1985 I

vor sich hin zu sprechen. Das Aussprechen in der Exhalation und die automatisch folgende Inhalation sind dabei für die Entspannungswirkung wesentlich. Die Sprechmotorik unterstützt die Aktivierung des „inneren Beistands“. Wenn diese Personen auch realiter zugänglich sind (z.B. Freunde), versucht man sie zu kontaktieren und sie im Sinne von Netzwerkinterventionen zu vermehrten Besuchen zu motivieren<sup>84</sup>.

Da man als Begleiter selbst Teil des Netzwerkes des Patienten wird und aktiv werden will - und das geht oft relativ schnell, die akzellerierende Qualität des terminalen Lebens-Sterbeprozesses gilt es hier zu beachten – kann man durch eine Bereitschaft zu „aktiven Affiliation“<sup>85</sup> zu einem realen und dann verinnerlichten, einem „inneren Beistand“ werden. Es kann dann sein, daß man häufiger an den Patienten denkt, daß man auch vermehrt gerufen wird, und man in den Gedanken und Gefühlen des Patienten mehr und mehr als Beistand auftaucht (Stationsschwester: Herr Dr. P., Frau M. hat in den vergangenen beiden Tagen sehr oft nach Ihnen gefragt.“). Das geschieht gerade bei älteren Patienten, deren Kohorte ausdünn, deren Weggenossen nach und nach weggestorben sind oder wo Zwistigkeiten in der Familie da sind. Dann kann die Begleitung sehr schnell sehr intensiv werden. Man muß als Thanatotherapeut sich darüber klar sein und es auch annehmen können, daß man plötzlich im Leben eines Menschen sehr wichtig wird, und damit ein veritabler Beistand, eine intime Bezugsperson, der man *alles* sagt. Dies kann für den Therapeuten schwierig werden, schwer zu verarbeiten sein. Man denke einfach einmal an die eigenen Geheimnisse, die man nie jemanden gesagt hat, selbst dem eigenen Partner, der Partnerin nicht. Diese „ultimate secrets“ werden jetzt dem Begleiter/der Begleiterin anvertraut, denn manche Geheimnisse drücken in der Sterbesituation, sie „lasten auf der Seele“, sie kommen herauf und werden dann mit einem zunächst fremden Menschen geteilt. In dem Moment, wo das aber geschieht, entsteht eine intensive „Affiliation“. Im Wort *Affiliation* hört man „filius/filia“, also Sohn oder Tochter. Und man kommt in einen Sog hinein. Es entsteht eine Bindung, ein Band des Vertrauens, aber auch eine Verpflichtung diesem Menschen gegenüber. Man sollte – hat man sich zu einer Begleitung entschieden – so meine Erfahrung, diesen Verpflichtungen auch nachgeben; man sollte dieses „bonding“ eingehen, wo immer dies möglich ist, weil man sich sonst gegen seine Menschlichkeit verhält, wenn man das nicht tut. Man beschädigt sich, wenn man in dieser Situation eine professionelle „coolness“ praktiziert, man verhärtet. Das bedeutet aber auch, daß man Prozessen der Trauer ausgeliefert wird, wenn man sich darauf einläßt. Die Begleiteten können uns „ans Herz“ wachsen und wenn sie dann versterben, bleiben wir mit Gefühlen des Verlustes und der Trauer. Sie sehen: auch beim Einsatz von palliativen Techniken, von Entspannungsmethoden mit eher physiotherapeutischen Bottom-up-Orientierung ist zu beachten, daß sie in ein interpersonales Geschehen eingebunden sind. Noch mehr gilt das für die psychologischen Ansätze, die „Top-down-Orientierungen“, Phantasie- und Imaginationstechniken, Arbeit mit „kreativen Medien“

## **7. Behandlung von Angst, Hilflosigkeit, Schuld - Hilfen durch kreative Medien**

Die Phantasie kann Menschen Bedrohliches herbeirufen, aber auch Schützendes, sie kann uns an böse und gute Orte bringen. Kreative Medien: Farben, Texte, Musik können tröstlich sein. Wir nutzen ihr Potential. So suchen wir mit den Begleiteten zum Beispiel „Orte der Kraft“ und „Lieder der Kraft“. Manchmal singen wir ganz einfach mit den Menschen. Singen verbindet, ist identitätsstiftend<sup>86</sup>. Es gibt Texte zum Lesen oder Vorlesen, die die Begleiteten haben wollen. Man sucht für sie und mit ihnen Texte aus, setzt also bibliothераpeutische Möglichkeiten ein<sup>87</sup> oder schreibt mit ihnen Texte im Sinne der Poesietherapie: Briefe, Vermächtnisse, Gedichte usw. Man bereitet Tonbänder vor mit gewünschter Musik im Sinne „rezeptiver Musiktherapie“. Das alles sind Möglichkeiten, die bei den Begleiteten und Begleitern zu einem sehr intensiven Miterleben führen. Man bietet vieles auch „aus der Intuition“ an, und man muß auch systematisch explorieren, was den Begleiteten ansprechen, bei ihnen ankommen könnte. Man setzt Musik palliativ, beruhigend, stützend ein. Musik kann in Sterbesituationen wirklich eine Gnade sein<sup>88</sup>. Die psychophysiologische Wirkung von Musik ist immens. Die „richtige“ Musik wirkt äußerst beruhigend. Die „falsche“ Musik kann natürlich aufwühlen, aufrühren, weshalb man sich mit der Auswahl sorgfältig befassen muß, mit den Patienten

---

<sup>84</sup> Hass, Petzold 1999

<sup>85</sup> Müller, M. Pezold 2003; Stroebe et al. 2003

<sup>86</sup> Müller, Petzold 1999, Petzold 2001p, Wijnen, Petzold 2003

<sup>87</sup> Petzold, Orth 1985a; Petzold, Bubolz 1979, 371ff, Petzold 2001b, 2003g

<sup>88</sup> Munroe 1986



besprechen soll, was er liebt, wünscht und was er nicht mag. Eine Musiktherapeutin kann sehr viele nützliche Dinge im Bereich der Thanatothérapie erbringen. Von Musiktherapeutinnen kann man viel lernen; Thanatothérapeutinnen sollten neugierige Menschen sein und schauen, wo sie von Musik-, Poesie- und Kunsttherapeuten etwas lernen können. Sie müssen wirklich interdisziplinär, methodenübergreifend, *integrativ* an die Situationen der Sterbebegleitung herangehen.

Aus der Vielfalt möglicher Fragestellungen möchte ich noch auf ein spezielles Thema eingehen, das häufig bei Sterbebegleitungen und Behandlungen auftaucht. Es sind die Fragen von Angst, Hilflosigkeit und Schuld, von Beunruhigung und Bedrückung. Sie sind oft sehr unspezifisch. Der Patient wird immer wieder ganz unruhig, nachts hat er immer wieder Ängste, muß das Licht anlassen. Bei älteren Menschen kommt es mit der Aktivierung des *Altgedächtnisses*, das ja auch emotionale Erinnerungen umfaßt, zu einem Aufschwemmen von Kinderängsten wie z.B. Dunkelängsten: „Da hinten raschelt der Tod - irgendwo unter dem Schrank“. Wenn man Kindertherapien gemacht hat, dann bemerkt man plötzlich ganz ähnliche Qualitäten wie bei Kinderängsten. Mit der cerebralen Entdifferenzierung besonders von terminalen Alterspatienten kommen solche Ängste auf, und zwar aus dem „limbischen System“, das offenbar nicht so schnell und stark entdifferenziert wie der „präfrontale Cortex“, der seine moderierende, die Arousal der Amygdala abpuffernde Funktion verliert. Daraus kann eine ständige Übererregung entstehen. Die Amygdala blockiert den Hippokampus, Gedächtnisareale, mit deren Hilfe sich der menschliche Verstand ordnen und kontrollieren kann<sup>89</sup>.

Der alte Mann fragt seinen Sohn: „Was ist das da hinten, das Graue, das Licht dort, das von der Straße herein kommt?“. „Das ist die Straßenlaterne“ sagt der Sohn. „Nein, das ist der Feind, das sind Soldaten, wir müssen weg hier!“, sagt der Vater. Die Erklärungen des Sohnes fruchten nicht. Es ist so wie bei den Kindern: „Mein Sohn, mein Sohn, ich seh es genau, es scheinen die alten Weiden so grau“ (Goethe, Erlkönig). Der Vater hat also mit dem Erwachsenenverstand die Situation verifiziert, aber das greift nicht. Er hätte dem Fünfjährigen mit seiner Pneumonie, die er wahrscheinlich gehabt hat, vielleicht sagen sollen: „Mein Sohn, mein Sohn, mein silbernes Schwert hat Erlkönig abgewehrt“ Das wäre Magie gegen Magie und entspräche dem magischen Denken des Kindes.

Wir kennen auch bei alten Menschen magisches Denken, weshalb man ein solches regressives Niveau erkennen und auch ähnlich wie mit Kindern arbeiten muß. Das heißt: Wir geben ihnen „Übergangsobjekte“ und arbeiten mit „kreativen Medien“. Kuscheltiere, z.B. Teddybären sind sehr probat; sie werden oft gut angenommen, gerade in Altenheimen und Wohnheimen. Es kann aber auch sein, daß die alten Menschen kognitiv zu kompetent sind und dann sagen: „Was soll ich denn mit einem Teddy?“ Man muß da also schon Feingefühl haben und sehen, wo was indiziert ist. In manchen Begleitungen verwenden wir „kreative Medien“ in aktiver, aktivierender und in rezeptiver Ausrichtung, denn wir vertreten eine „Anthropologie des schöpferischen Menschen“<sup>90</sup>. Einfache Dinge, Bilder, Lieder, Texte, die Stimmungen wiedergeben oder Identifikationen ermöglichen, aber auch – und mit ähnlicher Ausrichtung und Zielsetzung – Bilder aus der Kunst, denn *große Kunst ist heilsam*. Ich nehme immer wieder Kunstbände mit in die Begleitungssituationen. Auch Landschaftsbilder, die man gemeinsam betrachtet, haben eine gute Wirkung, denn Landschaft hat eine heilsame Metaphorik. Es gab da mal eine interessante Untersuchung über thematische Präferenzen in der Kunst, die zeigte, daß Menschen am häufigsten Landschaftsbilder bevorzugen<sup>91</sup>. Bei Landschaftsbildern kann man mitreden, wenn es um die große Kunst geht, ist das oft schwieriger. Von sakralen Motiven werden Engeldarstellungen, selbst von Leuten gewählt, die nicht religiös sind. Von *Ikonen*, ostkirchlichen Sakralbildern geht für viele Menschen eine beruhigende Wirkung aus. Manche Leute sagen, daß Ikonen „Fenster zur Ewigkeit“ sind. Und da ist auch etwas dran. Es geht um Transzendenzqualität des Schönen<sup>92</sup>, um seine heilende Kraft, von der *Dostojewski* sagt: „die Schönheit rettet die Welt“.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß wir Musik, Texte und Bilder, seien es Produkte „großer Kunst“ oder triviale Produktionen als „Distraktoren“ oder als „Übergangsobjekte“ (*Winnicott*) in der

---

<sup>89</sup> Le Doux 1996; Hüther 1997; Petzold 1999i, 2004 I, Sieper, Petzold 2003

<sup>90</sup> Orth, Petzold 1993c; Petzold, Orth 1990a; Petzold 1999q

<sup>91</sup> Petzold, Orth 2000

<sup>92</sup> Petzold 1966 IIa, 1967 IIi, 1971 IIb, 1992m, 1994n

Palliativbehandlung verwenden können und zwar solche, die von einer *rezeptiven* Verwendung – der Patient hört ein Musikstück, betrachtet ein Bild, liest einen Text – zu einem *aktiven* Mitarbeiten einladen. Je nach Zielgruppe, sozialen Kontext der begleiteten kann dies ein Schubertlied oder ein Schlager sein. Mitsummen, mitsingen, sich im Rhythmus bewegen und sei es nur mit der Hand, mit dem Finger, ist eine Anlenkung. Es geht deshalb darum, die richtige Musik zu wählen oder die verinnerlichte Musik zu aktivieren, den „Ohrwurm“, das Lieblingsstück, die man als eine Möglichkeit der Beruhigung oder der Distraction einsetzt. All das wird auch mit den Menschen besprochen, die noch kognitiv kompetent sind; man erklärt ihnen, warum wir Musik oder Texte und Bilder anbieten, welche Wirkung das haben kann, und daß es wirklich eine gute Hilfe ist, die sie da bekommen. Wichtig ist es also, transparent zu sein.

Menschen, die am Anfang über Begleitung noch gut mitdenken, mitfühlen, mitarbeiten, können während der Begleitung im Sterbeprozess eine schwere Symptomatik wie Depressionen, Angstzustände, Schuldgefühle, manchmal Halluzinationen ausbilden, wobei man sehen muß, was als Folge der Medikation geschehen ist. Nur sehr wenige Therapeuten arbeiten ganz systematisch mit *Distraktoren*. Es gibt Wege kognitiver Depressionstherapie, wo man auch Distraktoren bevorzugt einsetzt. Wir arbeiten in der Sterbebegleitung aber mit Musikstimulierung und „kreativen Medien“, weil man damit sehr Unterschiedliches bewirken kann: Distraction, positive Stimulierung, Eigeninitiative etc. Es wird ganz differenziert auf das abgestellt, was dem Patienten/der Patientin gut tut, und was sie noch leisten und aufnehmen können. Bei Schmerzen setze ich zum Beispiel bei physisch noch kräftigen Patienten gerne Trommeln ein; man hilft damit ausdrucksblockierte Patienten. Ein Schmerz, wenn er aufkommt, kann sehr bedrückend sein. Eine Handtrommel ist hier ein gutes Ausdrucksmittel, aber man kann Schmerz auch mit Fingerfarben oder Wachskreiden „herausmalen“ oder Schuld, Angst, Scham. Alle bedrückenden Emotionen verlangen nach Ausdruck und hier müssen Hilfen für sozial akzeptable Formen gegeben werden.

Manche Leute haben ihre eigene kleine Musikapotheke, d.h. Lieder, Musikstücke, Melodien, die sie trösten, ihnen Kraft und Zuversicht geben oder sie beruhigen. Man soll das aufgreifen, auch wenn professionelle Musiktherapeuten der Verwendung von „Musikkonserven“ gegenüber skeptisch sind, weil sie mehr auf Improvisation setzen. Aber in der Arbeit mit Sterbenden wird durch die fehlende Nutzung der rezeptiven oder psychophysiologischen Musiktherapie sehr viel an Linderung und Stütze verschenkt.

Die Wirkung der *Distraktoren* ist auch klinisch ganz gut erprobt: Die Patienten lernen dadurch, Ängste zu kontrollieren, ihre niederdrückenden Gedanken selbst zu steuern. Sie erlangen die Kontrolle über ihre Gefühle wieder, gelangen aus der Hilflosigkeit. Der „locus of control“, der Ort der Kontrolle ist bei mir, und ich bin den überflutenden Affekten nicht so ausgeliefert<sup>93</sup>. Weil mit den Menschen – besonders in der Krankenhaussituation – so viel gemacht wird, was sie nicht beeinflussen können, sind Erklärungen und Transparenz doppelt wichtig. Indem ich Patienten alles sage, erkläre, und das gilt auch auf der Station, wo ich die Schwestern bitte, dem Patienten alles zu erklären, wird er auch seiner Kontrolle der Situation wieder gewahr. Er ist nicht mehr ganz der Situation ausgeliefert; er kann noch in vieler Hinsicht etwas tun, er kann am Leben partizipieren. Partizipation und Situationskontrolle sind wesentlich Faktoren, die in jeder Begleitungsarbeit erhalten und gefördert werden sollen. Beim Krankenhausaufenthalt sollten die Netzwerkverbindungen zum familialen und amicalen Netzwerk erhalten und gefördert werden – nach allen Seiten hin: vom Kranken zu den Angehörigen, von den Angehörigen zum Kranken oder auch zum Krankenhauspersonal. Vielfältige, lebendige Verknüpfungen reduzieren Ängste und Hilflosigkeit. Mit ganz vielen Dingen können wir beginnen: z.B. damit, daß die Patienten Briefe oder Postkarten nach Hause schicken oder Angehörige Tonbänder zusammenstellen, so daß zu den Netzwerken Kontakte lebendig bleiben. All diese Dinge versuchen wir einzusetzen, damit in vielen Situationen eine Partizipation am Leben erhalten bleibt und wieder möglich wird und Ängste und Hilflosigkeit eingedämmt werden können.

Eine besondere Methode, mit vergangenen Ängsten und belastenden Gefühlen umzugehen, ist die in Mode gekommene, aber insgesamt nicht sehr häufig angewendete „life-review“<sup>94</sup>, die von *Iljine* begründet und von *Butler* verbreitet wurde. Ich habe viel mit dieser Technik oder ähnlichen Ansät-

---

<sup>93</sup> Flammer 1990

<sup>94</sup> Butler 1963; Iljine 1942; Petzold, Lückel 1985; Petzold 1984c

zen gearbeitet und auch einiges dazu geschrieben<sup>95</sup>: über die Lebensbilderschau oder -überschau, das Lebenspanorama, die Lebensbilanz. Die Bilanzierung des Lebens induziert bei den Menschen, die sich ihr Leben noch einmal anschauen wollen, sehr viel an Gefühlen und Gedanken. Häufig geschieht dieser „life-review“ ganz spontan im „dwelling on the past“, beim „Nickerchen“ am Nachmittag, manchmal aber auch in Extremsituationen, von denen Ertrinkende oder Menschen, die einen Absturz überlebten, berichten. Sie sehen dann noch mal alle Lebensbilder vor sich. Bei den Patienten geschieht ein solches vollständiges Panorama nicht so oft. Aber wenn es dann kommt, wenn die Lebensbilder die Menschen überfluten, dann brauchen sie einen Gesprächspartner, der mit ihnen ihr Leben anschaut. Es wird heute allgemein von Therapeuten viel Wert darauf gelegt, daß Leute auf ihr Leben schauen; sie werden dazu auch angehalten, manchmal gedrängt, weil „Biographiearbeit“ gerade „in“ ist<sup>96</sup>. Ich habe festgestellt, daß die Menschen von sich aus sehr selten ihr Leben systematisch betrachten oder betrachten wollen. Ich habe dann auch gesehen, daß dieser Anspruch, man müsse das Leben noch einmal anschauen so wie der Weise, der am Ende des Lebens auf sein Leben zurückblickt, eigentlich mehr meine Ideologie war. Bei Sterbenden ist das oft wie bei den schwer Traumatisierten<sup>97</sup>; sie wollen und können oft gar nicht hinschauen<sup>98</sup>. Psychotherapeuten, die nie selbst ein Trauma durchlebt haben und auch schwere Verluste erfahren haben, verlangen dann von den Leuten jedes Detail - wie, wo und was alles geschehen ist - anzusehen. Das ist ziemlicher Unfug. Es kommt nur zu Retraumatisierungen<sup>99</sup>, zumindest ist das Risiko groß, wie Untersuchungen bestätigt haben. Die Menschen müssen erst einmal dazu kommen, sich wieder psychophysiologisch zu regulieren, ansonsten verstärke ich als Therapeut die intrusiven Gedanken, den Betroffenen mißlingt die Integration und sie fallen in eine Abstumpfung (numbing). Gerade in längeren Sterbeprozessen und ihrer Begleitung muß man sorgfältig schauen, wie hoch die Belastung durch *Biographiearbeit* sein darf, wieviel Integrationskraft überhaupt vorhanden ist. Wie groß die Gefahr ist, durch eine systematische „life-review“ oder Lebenspanoramaarbeit etwas aufzureißen. In der Regel ist für wirkliche Traumabearbeitung, -verarbeitung und -therapie kaum noch Raum, weil die Aktuelsituation – durch Schmerzen, operative Maßnahmen, invasive Untersuchungen, Bestrahlungsbelastungen, Chemotherapie etc. – selbst traumatische und quasitraumatische Qualitäten hat. Desensibilisierende Maßnahmen, Reizkonfrontation, Habitualisierung sind unter dem Aspekt der Zeitbegrenzung und des hohen psychischen Aufwandes kaum sinnvoll oder durchzuführen. Eine Desensibilisierung heißt ja auch, daß ich weniger sensibel werde, was man bei dieser Technik nicht vergessen darf. Wir versuchen also nicht, solche Desensibilisierungstechniken anzuwenden; wir versuchen nicht, Lebensbilanzen forciert anzustoßen. Aber wenn sie von selbst aufkommen, greifen wir sie auf, schauen wir auf die Lebensgeschichte. In diesem Moment sieht der Patient, daß er nicht mehr alleine ist mit seinen Bildern und oft genügt dieser Effekt und ist entlastend und hilfreich. Es ist dann gut, daß wir als Begleiter da sind, daß die Bilder mit jemanden geteilt werden können. Manche Leute schauen mitleidlos auf sich selbst. Es ist dann wichtig, wenn dann jemand mit Nachsicht und Wohlwollen anwesend ist. Menschen, die noch in der terminalen Lebensphase ihr starkes, „toxisches“, überstrenge Über-Ich haben, hilft es, wenn man mit *nachsichtigen Augen* auf die Bilder und Szenen aus ihrem Leben schaut und ihnen vielleicht auch hilft, die anderen Bilder zu sehen, die es auch noch gibt. Man hat ja im Leben nicht nur Schlimmes getan, man hat nicht nur Fehler gemacht. Man rechnet sich vielleicht die Fehler viel zu schwer an und vergißt die guten Szenen, die protektiven Szenen, wo man im Leben etwas geleistet hat. Dieses *Balancieren*, das die *Bilanz* ein bißchen ausgewogener macht, ist eine wichtige Hilfe, die wir geben können, denn es kommt dann nicht zu einer inneren „Gerichtsszene“. Es gibt Menschen, die sitzen über sich selbst zu Gericht, und natürlich könnte man auch zeigen – und oft ist das auch therapeutisch indiziert – wer da auf der Richterbank sitzt: Pfarrer, Priester, Päpste, Väter, Mütter, preußische Lehrer, die ganzen überstrenge Instanzen, die auch bei vielen von uns unter unserem Schädeldach sitzen. Diese *Richtbank* hat jeder in mehr oder minder starker Ausprägung, aber dann gibt es noch eine *Festbank* auf der anderen Seite mit den freundlichen lebenszugewandten Leuten<sup>100</sup>. Wenn diese Festbank nicht gut bestückt ist, dann quälen sich Menschen auf der letzten Strecke ihres Lebens. Wir stellen für diese Menschen und mit ihnen die Frage, wer eigentlich immer so streng zu ihnen gewesen ist, daß sie mit sich so streng werden mußten. Im Gespräch und der bilanzierenden Begleitungsarbeit sehen wir

<sup>95</sup> Vgl. den Beitrag von Kurt Lückel und mir in diesem Werk.

<sup>96</sup> Petzold 1999k, 2003g sowie den entsprechenden Beitrag Petzold, Müller Bd. 1 in diesem Werk.

<sup>97</sup> Van der Kolk et al 1996

<sup>98</sup> Petzold 1999k

<sup>99</sup> Maercker 1997, 284; Petzold 2004 1

<sup>100</sup> Petzold, Orth 1994a

uns diese „Ueber-Ich-Bänke“ an, sehen, wer da alles sitzt. Und, wenn uns die begleitende Arbeit gelingt, die *Lebensbilanz* ausgeglichen ist, dann können diese Menschen in der Sterbestunde auch nachsichtig mit sich sein und Angst und Schuldgefühle relativieren. Man kann mit diesen spezifischen thanatopsychotherapeutischen Techniken nur bei den Begleiteten *einsichtszentriert* arbeiten, die noch Kraft für diese Arbeit haben und es deshalb auch tun *wollen*. Das sind nicht sehr viele, was ich betonen möchte, weil man in den Büchern von *Kübler-Ross* und auch von anderen Autoren meistens nur so „schöne“ Patienten vorgestellt bekommt, die die komplexe und differenzierte Intervention noch mitvollziehen können. Wenn wir solche Menschen haben, dann müssen wir auch entsprechend mit ihnen arbeiten können und sonst müssen wir supportiv, lindernd, tröstend, beschwichtigend, zudeckend, abschirmend, puffernd, beruhigend arbeiten – was immer für diesen Patienten/diese Patientin, diesen Begleiteten, seinem Konvoy und seiner Situation angemessen ist. Damit kommen wir wieder zu der Wichtigkeit nicht-klassifikatorischer, situationsspezifischer thanatotherapeutischer Diagnostik.

## 8. Trauer und Trostarbeit, Lidern und Versöhnen

Ich gebe in diesem Vortrag für viele Aspekte und Fragen nur einen kleinen Einblick und Überblick. Man könnte über die integrative Thanatotherapie eine ganze Vorlesungsreihe machen und die Fähigkeiten und Praktiken des Linderns und des Tröstens würden dabei einen wichtigen Platz einnehmen, zumal wir die Techniken und Methoden weitgehend verlernt haben. In alten Texten bis ins 18. und 19. Jahrhundert wurde viel über Lindern und Trösten geschrieben. Es gab eine ganze Literaturgattung und Kultur der Trostbriefe und Trostbüchlein – es sei nur an *Boethius* erinnert oder an *Senecas* „Trostbriefe“. Trost ist ein vernachlässigtes Thema in der Psychotherapie. Dabei ist er für **Trauerprozesse** unerlässlich. Ein modernes Verständnis von Trauer, das von den alten Phasenmodellen abgeht, ist dabei unerlässlich, wie sie in den Arbeiten von *Stroebe*, *Bonnano* u. a. vertreten wird. Ich gebe hierzu eine kompakte Umschreibung meiner Position:

„**Trauer** ist ein komplexer, in unterschiedlicher Intensität und Dauer ablaufender Prozess, der das „Leibsubjekt“, d.h. den Menschen als „Ganzen“, in seinen biologisch-physiologischen, psychologisch-emotionalen, kognitiv-geistigen und sozial-kulturellen Dimensionen betrifft. Er tritt in der Regel auf Grund von Verlusten von persönlich bedeutungsvollen Menschen und materiellen und ideellen Gütern ein, Werten mit denen man verbunden war, und die verloren oder beschädigt wurden, so dass eine Trennung erfolgte oder Sinnfolien zerfallen (*Petzold, Orth 2004a*). Trauer ist nicht nur ein *Gefühl*, sondern ein *Synergem vielschichtigen Erlebens und Verhaltens*. Sie ist von Lebensalter, Lebenserfahrung, Gender und sozialen Regeln, „kollektiven mentalen Repräsentationen“, z.B. religiöser oder weltanschaulicher Art, die in den „subjektiven mentalen Repräsentationen“ Niederschlag finden, maßgeblich bestimmt! In ihrer *emotionalen Dimension* kann Trauer ein Spektrum von Empfindungen und Gefühlen umfassen (Betroffenheit, Schmerz, Leid, Gram, Verzweiflung, Empörung, Wut, Bitterkeit, Ergebenheit, Trost, Versöhntheit); in ihrer *kognitiven Dimension* eröffnet Trauer ein weites Feld von Gedanken und Überlegungen (Suche nach Zusammenhängen, Erklärungen, Ursachen, Blick auf Folgen, Konsequenzen, Versuche des Verstehens und des Herstellens von Sinnhaftigkeit oder der Absage an Erklärungen und Sinn usw.); in ihrer *sozialen Dimension* kann Trauer vielfältige Formen zeigen (gemeinsames Trauern, Trösten, Erzählen, Rituale, normative Verpflichtungen, Hilfeleistungen, Unterstützung, gemeinschaftliche Ueberwindungsarbeit usw.); in der *physiologischen Dimension* ist Trauer mit spezifischen Erregungs- und Stressreaktionen oder auch mit Beruhigungs- und Entlastungsreaktionen verbunden, abhängig von den aktuellen Kontextbedingungen und den vorgängigen Verlust-, Trauer-, Trost- und Überwindungserfahrungen.“

Feste Phasenabläufe, wie sie früher vielfach vertreten wurden<sup>101</sup>, lassen sich wissenschaftlich nicht belegen. Man findet höchst individuelle Trajektorien, Trauerverläufe, die von Kultur, Kontext, Lebenslage, Lebensalter usw. bestimmt sind.

Ich habe aufgrund von dreißig Jahren der Beobachtung und Dokumentation in der Psychotherapie und Krisenhilfe folgende Verlaufsheuristik eines „*integrativen Trauer- und Bewältigungstrajektes*“ nach Verlust- und schweren Belastungserfahrungen mit Aufweis möglicher Negativentwicklungen herausgearbeitet:

**Trauma, Verlust, Belastung** → trifft auf die *Persönlichkeit* (Selbst, Ich, Identät - stabil bzw. vulnerabel) in gegebenen *Kontext/Kontinuum* (mit **Problemen**, **Ressourcen**, **Potentialen**) und führt zu →

1. **Schock** (physische und/oder psychische Extremsituation) mit folgenden Möglichkeiten:
  - 1a *Verleugnung*. (Die Faktizität des schmerzauslösenden oder bedrohlichen Ereignisses wird nicht angenommen: „Das kann nicht wahr sein!“) → Negativentwicklung: somatoforme Störungen;
  - 1b *Dissoziation*. (Die Realität oder die emotionale Resonanz auf belastende Ereignisse werden abgespalten, ihre Verarbeitung, Konnektivierung mit anderen Erfahrungen des Selbst, Integration in das Selbst verhindert: „Das hat mit mir nichts zu tun!“ → Negativentwicklung: PTBS, Dissoziative Störung, MPD)
  - 1c *Übererregung - Hyperarousal*. (Eine Situation permanenter Überforderung und Übererregung mit psychophysiologischen Streßreaktionen entsteht: „Das ist nicht mehr auszuhalten. Ich dreh durch!“)

<sup>101</sup> Spiegel 1972

→ Negativentwicklung: psychotische Dekompensation, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung  
1d *Apathie - Numbing*. (Ein Zustand der Resignation und Abstumpfung kommt auf: „Mir ist alles egal. Ich fühl eh nichts mehr!“) Negativentwicklung: → PTBS, chronischer Verlauf

2. **Kontrolle** (physisch und/oder psychisch gesteuerte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

2a Das Individuum versucht, durch Willensanstrengung seine Regungen, Empfindungen, Gefühle und Äußerungen „in den Griff zu bekommen“, den „locus of control“ bei sich zu halten → Negativentwicklung: Somatisierung, Ängste, Depressionen, Zwangsstörungen;

2b Es versucht, seine Umgebung zu kontrollieren → Negativentwicklung wie 2a;

2c Es versucht, seine Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen → bei Erfolg keine Negativentwicklung;

2d Die äußeren, sozial vorgegebenen Rituale, Trost und Beistand, Verhaltensklischees, die Notwendigkeiten des Alltags und die Potentiale sozialer Unterstützung, Ressourcenzufuhr werden wirksam und können genutzt werden → wie 2c;

3. **Turbulenz** (physisch und/oder psychisch labilisierte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

3a Ausbruch in Vorwurf → Fixierung: Hader, Haß, Negativismus;

3b Ausbruch in Verzweiflung → Fixierung: Resignation, Verbitterung;

3c Ausbruch in Schmerz → Fixierung: Depression, Somatisierung;

3d Willensentscheidung, zu Überwinden, Abschied zu nehmen → keine Fixierung;

4. **Restitution** (physisch und psychisch neu regulierte Situation)

4a Annahme der Faktizität des Verlustes, emotionaler Vollzug des Abschieds, Trost/Selbsttröstung, Aussöhnung/Versöhnung [Petzold 1988n, 224f, 231f];

4b Kognitive Überschau über die verbleibenden Möglichkeiten;

4c Situationsinterpretation, Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen;

4d Willensentscheidung zur Neuorientierung und deren Umsetzung.

**Diagramm: Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen** (aus Petzold, Wolf et al. 2000, nach Petzold 1982f, 344 )

Dieses Modell eines variablen *Trajektes*, d.h. einer variierbaren Verlaufsbahn, hat natürlich *heuristischen* Charakter. Die einzelnen Trajektstrecken (früher sprach man von Phasen oder Unterphasen) können unterschiedliche Charakteristik aufweisen, stärker akzentuiert oder weniger ausgeprägt auftreten oder zum Teil ganz fehlen. Die Bewertungen der einzelnen Phänomene – Trauer, Aggression, Konflikte, Klage - muß mit den Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Theorien und kulturellen Eigenheiten, den sogenannten „kollektiven mentalen Repräsentationen“<sup>102</sup>, erarbeitet werden. Es ist möglich, dass eine *Fixierung* in einer der aufgeführten Trajektstrecken stattfindet, jemand also in der Verwirrung des Schocks bleibt, in der Haltung der Verleugnung, in fixierten Dissoziationsphänomenen, in der emotionalen Lage des Grolls, der Verzweiflung, des Schmerzes, was in eine *chronifizierende* Verbitterung, Resignation, Depression, Somatisierung übergehen kann. Derartige pathologischen Verläufe in der Turbulenzstrecke könnten ein *Abschied-nehmen* - das ist ein *Nehmen*, Hineinnehmen der Erfahrung in die Lebens-, Welt- und Selbstinterpretation des Subjekts – verhindern. „Kathartische Abreaktion“ ist allenfalls ein kurzzeitig wirksames Moment. Ein integratives Verständnis von **Trauerarbeit** ist erforderlich, daß ich wie folgt umrissen habe:

„**Trauerarbeit** ist aufgrund der Komplexität der Trauerphänomene und des Trauerprozesses selbst ein höchst komplexes Geschehen der Verarbeitung des Verlustes bzw. der Beschädigung und ihrer Folgen auf einer *biologischen, emotionalen, kognitiven* und *sozialen* Ebene. Sie ist die Arbeit des Subjekts mit seinen relevanten Mitmenschen, die belastenden Ereignisse und ihre Konsequenzen in das persönliche Sinn- und Wertesystem, das Selbst- und Identitätserleben zu integrieren und seine emotionalen und leiblichen *Regulationsprozesse* zu stabilisieren, so das Neuorientierungen möglich werden und es zu keinen pathologischen Trauerverläufen kommt (Schmerz, der in Somati-

<sup>102</sup> Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

sierungen, Leid das in Depression, Verzweiflung, die in Verbitterung chronifiziert). Ziele von Trauerarbeit sind: Beruhigung psychopysischer Uebererregtheit durch Anahme von Trost und Strategien der Selbstberuhigung und Selbsttröstung, Reinstallierung der ordnenden Vernunft, Wiederherstellen eines breiten Spektrums emotionaler Schwingungs- und Ausdruckfähigkeit, Aussöhnung mit seinem Leben, ggf. Versöhnung mit negativ involvierten Menschen, Abschiednehmen als Integrationsleistung, Eröffnung neuer Hoffnungshorizonte, Zielfindungen, Entscheidung zur erneuten Partizipation am Leben sowie Mut und Kraft, sein Leben wieder kreativ/kokreativ zu gestalten.“

Gerade in schweren Verletzung und traumatischen Beschädigung durch nahestehende Menschen kommt *differentieller Trauerarbeit* in der integrativen Praxis große Bedeutung zu:

1. Trauer um mich als Opfer, darüber, was mir als Betroffenen - z.B. durch meinen Vater als „perpetrator“ - widerfahren ist (*Simplex-Trauer*), 2. Trauer um das damalige Unvermögen dieses Vaters (*Duplex-Trauer*), sein Tochter „väterlich“ zu lieben. 3. Die (ggf. nicht ausgedrückte) Trauer des Vaters zu erspüren (*Triplex-Trauer*) (Petzold 1988n).

Vielleicht ist durch die zweite und dritte Trauerebene „*Versöhnung*“ möglich, eine Heilung der zerstörten Beziehung, vielleicht aber auch nicht, und die traumatischen Fakten bleiben ohne Klärung mit dem Täter. Auf jeden Fall muß versucht werden, eine „*Aussöhnung*“ (wir unterscheiden das von *Versöhnung*, vgl. Petzold 1988n, 221ff) mit seinem „Schicksal“, mit seinem Leben, wie es gelaufen ist, zu erreichen: durch die Entscheidung, das Schlimme hinter sich zu lassen, ihm keine Macht mehr über das Leben zu geben, sich Gutem zuzuwenden, selbst Dinge anders zu tun, sich gegen Zerstörerisches zu engagieren. „Trauerarbeit“ wird dann trostgestützte „*Ueberwindungsarbeit*“, die sich nicht in Klagen erschöpft und meint, mit karthartischer Entlastung, die Schmerzen des Verlustes und die Faktizität eines veränderten Lebens zu bewältigen, sondern sie ist eine umfassende Auseinandersetzung mit dem einschneidenden Lebensereignis, um eine erfolgreiche „*Ueberwindungsleistung*“ zu realisieren.

Die antiken Traumatherapeuten und Seelenführer hatte hier klare Strategien für die Betroffenen:

„Lasse die Vorstellungen schwinden, und es schwindet die Klage, dass man dir Böses getan. Mit der Unterdrückung der Klage: ‘Man hat mir Böses getan’, ist das Böse selbst unterdrückt“ (Marc Aurel IV, 7).

Das ist keine Vermeidung, das ist aktive „*Ueberwindungsarbeit*“, die auf ein Umwerten des kognitiven Kontextes abzielt:

„Fasse die Dinge nicht so auf, wie sie der Beleidiger auffaßt oder von dir aufgefaßt haben will; sehe sie vielmehr so an, wie sie *in Wahrheit* sind“ (ibid. IV, 11). Denn: „Der Zorn und das Leid das wir durch die Taten der Menschen empfinden, sind härter für uns als diese Handlungen selbst, über die wir uns erzürnen und uns betrüben (XI, 18).

Bei den „Ueberwindungsleistungen“ kommt der Unterstützung durch „Trost“ und „Trostarbeit“ besondere Bedeutung zu.

„**Trost** ist ein von der Psychotherapie vernachlässigter ‘*Heilfaktor erster Ordnung*’ bei Belastungen, Verletzungen, Verlusten.“ Er ist eine genuine menschlich Reaktion auf den Ausdruck von Schmerz und Trauer und auf Menschen, die in Leid, Not, Verletzung Schutz, Zuflucht und Tröstung suchen und das *Recht* haben, dass ihnen Hilfe zu Teil und Trost gespendet wird.

In der antiken Therapeutik, das ist bemerkenswert, stand der gespendete Trost und nicht der emotionale Ausdruck von „*Trauer*“, nicht eine *karthartische* „Trauerarbeit“ im Zentrum der Praxis des Umgangs mit Belastungen und Traumata<sup>103</sup>, sondern die „*Ueberwindungsarbeit*“ zum Meistern des Trauer auslösenden oder Beunruhigung schaffenden Ereignisses (traumatischer Verlust, Verletzung, Erniedrigung etc.) war wesentlich, eine Arbeit, die zu Ruhe und *Selbstberuhigung*, Besänftigung und *Selbsttröstung* führen soll. Das wurde gestützt durch das Spenden von Trost und durch „*Trostarbeit*“ (Petzold)<sup>104</sup>. Man wußte nämlich: auch wenn Trauer und Gram sich über „unfaßba-

<sup>103</sup> de Botton 2000; Petzold 2001m

<sup>104</sup> vgl. zu diesem von Petzold 1965 – Seneca folgend - inaugurierten Konzept umfassend 2004 I

ren Schmerz“ in aller Intensität zeigen, nutzt das in der Regel wenig, um sich wieder zu fassen, wie *Seneca* in der Trostschrift für *Marcia* ausführt (ad Marciam c. 6). Zwar „ist es durchaus natürlich, die Seinen zu vermissen. Wer bestreitet das, solange es indes mit Maßen geschieht“. Aber man soll „das Boot nicht dem Sturm überlassen“, den aufwühlenden, überflutenden Emotionen, sondern soll sich gegen die Gefühle des Schmerzes, gegen das Leid, die Verzweiflung stellen und das „Steuer fest in der Hand behalten“ (ibid.). Das Leben zu meistern, auch in schlechten Zeiten, mit „klarem Urteilsvermögen“ und der „bestmöglichen Geisteshaltung“ (*habitu optimaie mente*) stiftet Sinn, ermöglicht Beruhigung, führt zum Ende der Trauer, zu „unerschütterlicher Seelenstärke, Voraussicht, Feinsinnigkeit, geistiger Gesundheit und innerer Freiheit, Eintracht und Schönheit“ (*Seneca*, de vita beata 9, 26).

**Trost** ist eine erlebte *emotionale Qualität*, die *Linderung* von verlust- oder traumabedingtem seelischem Schmerz/Leid bewirkt, eine *Beruhigung* von psychophysiologischem Aufgewühlt- und Erschütterter-Sein und ein Ordnen und Reorientieren im gedanklichen und emotionalen Chaos unterstützt: durch „**Trösten**“, d.h. die Hilfe und empathische Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen.

„**Trostarbeit**“ besteht in der Aufnahme, Annahme und Nutzung der Tröstung in dem *gemeinsamen Bemühen*, Verlust, Leid, Belastung, Beschädigung zu überwinden, die Selbstregulationskompetenz der Betroffenen wieder herzustellen und effektiv werden zu lassen. **Trost** ermöglicht eine persönliche Konsolidierung des Betroffenen: nach *innen* (z.B. Wiedergewinn von „seelischem Gleichgewicht“ und „stabilem Identitätserleben“, Aussöhnung/Versöhnung mit sich Selbst an Stelle von Resignation, Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen, Verbitterung) – und nach *außen* (z.B. Wiederherstellen von Beziehungsbereitschaft, erneuter Hinwendung zum Anderen oder Aussöhnung/Versöhnung mit Menschen an Stelle von Rückzug, Selbstisolation, Unversöhntheit, Hass). Insgesamt erfolgt ein Stärkung der Regulationskompetenz.

Das spontane „**Trösten**“, das als Beispringen, Hinwenden, Beruhigen, „Trostspenden“ aufgrund des „Aufforderungscharakters“ von Ausdrucksverhaltens des Schmerzes, der Verzweiflung, der Trauer geschieht, ist von „**Trostarbeit**“ als einem bewußten, kontinuierlichen Beistehen, einem Begleiten als einer längerfristigen Unterstützung bei Verarbeitungs- und Konsolidierungsprozessen zu unterscheiden. In beiden ist empathische Unterstützung als „Berührung aus Berührtheit“ grundlegend. In der Trostarbeit kommt das Moment der kooperativen Zusammenarbeit zum Tragen.

**Trösten** und **Beruhigen** sind transkulturell vorfindliche und deshalb wohl genetisch disponierte Handlungsmuster des zugewandten, sorgenden Umgangs von Helfern in hinlänglicher Selbst- und ggf. Situationskontrolle mit verletzten, verschreckten, traumatisierten, entsetzten, aufgewühlten Mitmenschen, deren „Uebererregung“ durch diese Muster der *Tröstung* zu *Trost*, der *Beruhigung* zu *Ruhe* und zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung geführt werden sollen. Deshalb sollten derartige Muster mit ihrer „evolutionary wisdom“ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Trauerunterstützung, Krisenintervention und PTSD-Behandlung gemacht werden.

Es scheint indes, dass das spontane „Trösten“ und die Kunst der „Trostarbeit“ offenbar einer kollektiven Skotomisierung des psychotherapeutischen Feldes zum Opfer gefallen ist (der Begriff „Trost“ taucht in der therapeutischen Fachliteratur praktisch nicht auf, von „Trostarbeit“ einmal ganz zu schweigen), und dabei ist „Trost“ vielleicht wesentlicher als „tiefe“, ausdrucksintensive „Trauer“, deren Bedeutung durch neuere Forschungen zumindest relativiert werden muß<sup>105</sup>. Für Menschen, die ihre so betroffenen Mitmenschen in solchen emotionalen, ja existenziellen Zuständen erleben, die aber selbst "Situationskontrolle" haben, über ihre Kräfte und Fähigkeit verfügen, sind diese Notzustände eine starke Motivation, beizuspringen, zur Hilfe zu eilen, Unterstützung zu geben, Trost zu spenden.

In ihnen werden durch das Miterleben der leiblich-emotionalen Äusserungen Mitbetroffenheit, Mitgefühl, Mitleid aufgerufen, das zum Handeln zwingt. Not ruft nach Hilfe, Gefahr nach Rettung, Leid

<sup>105</sup> Stroebe et al. 1993; Bonanno 1999



ruff nach Linderung, Trauer nach Trost, Furcht nach Versicherung, Verfolgung nach Zuflucht, Bedrohung nach Beistand, Aufgebrachtsein nach Beruhigung. Psychotherapie und in Sonderheit Traumatherapie sollte diese ethologisch begründeten Muster nutzen, diese eine Reziprozität der Affekte und Affekthandlungen zwischen den Menschen in solchen "emergency situations", für deren Begründung sich Mechanismen wie die der "emotionalen Affektibilität" (Gefühle "stecken an") und neurobiologische Funktionen – die der Spiegelneuronen<sup>106</sup> – heranziehen lassen. Diese in der humanbiologischen Grundausstattung liegenden Fähigkeiten und das Faktum ihrer transkulturellen Vorfindlichkeit verweisen darauf, dass es sich um evolutionsbiologisch ausgebildete Eigenschaften von Hominiden (und anderer höherer Primaten, bei denen wir ähnliche Reaktionen finden) handelt, und diese haben eine klare, überlebenssichernde Logik. Beispringen bei Blutungen kann vor Verbluten schützen, Unterstützung bei Atemnot vor Ersticken, Beruhigung bei Aufgewühltsein, Trost bei Trauer. Trauer – eine komplexe Emotion mit vielfältigen Ausdrucksformen – hat damit u.a. das Ziel, spontane *Tröstung auszulösen*, um das Aufgewühlt- und Aufgelöstsein des Trauerzustandes/-prozesses wieder in einen Zustand/Prozess ausgeglichener "normaler" Reguliertheit zu bringen. Und das ist sinnvoll und notwendig, denn die traumatischen und belastenden Zusammenhänge – z.B. Hyperstresssituationen -, die mit invasiven Untersuchungen, Operationen, Verlusterlebnissen oft verbunden sind, führen zu Stressphysiologien die, wenn sie zeitextendiert zur Wirkung kommen, negative Effekte haben. Da es aber in Sterbeprozessen, besonder langwierigenn mit einem einmaligen, ja mehrmaligen Spenden von Trost nicht getan ist, wird durch Freunde, Verwandte und/oder professionelle Helfer „**Trostarbeit**“ erforderlich, die ich wie folgt definiert habe:

**Trostarbeit** ist eine Form *intersubjektiver Beziehungsarbeit*, eingebettet in die Dauer eines verlässlichen (familiären, amicalen, professionell-therapeutischen) Beziehungsprozesses. Sie soll einem von Verlusten, Leid, Trauma, Schicksalschlägen betroffenen und erschütterten Menschen in seiner „Überwindungsarbeit“ unterstützen, seinen Bemühungen, mit Furchtbarem fertig zu werden, dadurch, dass ein *empathisch kompetenter* Beistand/Begleiter/Tröster immer wieder im Verlauf des *Trauer-, Verarbeitungs-, Überwindungsprozesses* Hilfe, Rat und Trost spendet und damit Annahme, Halt, Linderung, Sicherheit, Beruhigung, Klärung, Zuversicht vermittelt und einen positiven Hoffnungshorizont eröffnet: damit der Betroffene/die Betroffene aus der Erschütterung und Beunruhigung zur Ruhe kommen kann, sich selbst wieder beruhigt und aus der Aufgewühltheit in Schmerz, Trauer, Verzweiflung und Leid wieder zu einer Ausgeglichenheit findet, sich selbst wieder **Trost** zu geben vermag, Gedanken und Gefühle ordnet und neue Hoffnung und Zuversicht entwickelt. Durch die **Tröstungen** und die **Trostarbeit** eines akzeptierenden, empathischen, ermutigenden, Hoffnung gebenden Helfers/Trösters kann sich ein verletzter und beschädigter Mensch wieder sich selbst zuwenden und auch annehmen, er kann sich den Anderen, der Welt, dem Leben gegenüber wieder öffnen durch das Beispiel, die Unterstützung, die Wertschätzung des Tröstenden, der mit ihm zusammen die Arbeit der Tröstung, des Gewinns von Trost, der Konsolidierung und Neuorientierung unternimmt.

Spezifisch zielt **Trostarbeit** im Verein mit anderen Maßnahmen der Hilfeleistung und Unterstützung darauf ab

- auf der **physiologischen Ebene** Erregungszustände mit einer Hyperstressqualität (*hyperarousal, kindling*) zu beruhigen (*quenching, down regulation*), eine Sensitivierung des HPA-Systems, dysfunktionale Genregulationen und die damit verbundenen neurohumoralen Fehlsteuerungen (s.u.) und ihre Folgen – z.B. für die unbewußte und bewußte Informationsverarbeitung, die Gedächtnissysteme, das Emotions- und Willenssystem - zu vermeiden;
- auf der **psychologischen Ebene** Ueberforderungsgefühlen/Stress-*Emotionen* (Panik, Furcht, Aggression, Gewaltimpulse, Haß, Verzweiflung, Verbitterung, Ohnmacht etc.) sowie negativen *Kognitionen* gegenzusteuern (Selbstzweifel, Selbstentwertung, negative Selbstattributionen, Hilflosigkeit, Abwertung Anderer, Fehlbewertungen sozialer Situationen etc.) und der Schwächung von *Volitionen* (Entscheidungsfähigkeit, Willenskraft) vorzubeugen und eine chronifizierende Fixierung in Verbitterung, Unversöhntheit, Resignation, Selbsthaß zu verhindern, damit die Breite des emotionalen Spektrums, des volitionalen Potentials und der kognitiven Flexibilität des Betroffenen erhalten werden kann;
- auf der **sozialen Ebene** wird darauf abgezielt, Impulse der Zuflucht und der Suche nach Hilfe, Beistand, Trost aufzunehmen, um Hilflosigkeitsgefühlen, Ohnmacht, Verzweiflung, Resignation, Verbitterung und die Ausbildung dysfunktionalen Sozialverhaltens (generalisierende Negative-

<sup>106</sup> Rizzolatti et al. 1996; Stamerov, Gallese 2002

zung anderer Menschen, Kontakt- und Beziehungsunfähigkeit, Rückzug aus der sozialen Partizipation, Selbstisolation, Mißtrauen, soziale Aggressivität, Menschenhaß und Menschenverachtung, Gewaltbereitschaft, Devianz und Anomie etc.) zu verhindern und stattdessen positive soziale Muster aufzubauen und zu fördern. (Petzold 2004 I)

**Trost und Beruhigung** in ihrer *leiblichen* Verankertheit (in Form von Berührungen, Zuspruch, beruhigenden Lauten) führen zu einer "down-regulation" des physiologischen "Hyperarrousal", was auf der *psychologischen Ebene* mit einem Abflachen der Stressaffekte zu ruhigeren emotionalen Lagen verbunden ist. In beruhigend-tröstendem *Zuspruch* wird oft vom Anderen, der als "Beistand/Tröster" tätig wird, "Unfassliches" *erklärt* und *fassbar* gemacht, Irrsinn, Abersinn wird in Sinnzusammenhänge gestellt. Es werden durch die kognitive Dimension von Trost also auch sinnstiftende Möglichkeiten der kognitiven Einordnungen und Wege der Aussöhnung aufgezeigt. Für den Tröstenden, Beruhigenden bringt sein Tun in der Regel selbst eine Beruhigung und Stabilität, wenn es ihm gelingt sich nicht erschüttern und aufwühlen zu lassen, seine Ruhe auf den Betroffenen zu übertragen. Das allerdings ist Voraussetzung: mit dem Patienten und seiner Situation in *Kontakt* sein, sich von *Berührung berühren* lassen, durchaus von *Bewegendem bewegt* werden, bei *Aufwühlenden* stabil bleiben, durch *Erschütterndes* nicht erschüttern lassen.

In Prozessen der Tröstung wird seelisches Leid gelindert, aber es gibt auch eine „Kunst der Linderung“, um körperlichen und seelischen Schmerz zu behandeln – das Thema verdient eigentlich eine eigene Studie. Diese Kunst war einstmals verbreitet und ein wichtiger Teil der „Kunst der Pflege“. Hier müssen wir uns Vieles wieder aneignen. Wir dürfen die Linderung nicht nur den Analgetika überlassen. Man kann mit vielen einfachen Mitteln sehr gut lindern: mit warmen und kalten Wickeln, Arm-, Hand- und Beinbädern, mit Tees und Geräuchen, Gerüchen, mit Berührung und Halten, mit Musik und Entspannung, mit Atmung und vibrotaktilen Erfahrungen<sup>107</sup>. Linderung physischen Schmerzes über die medikamentöse Palliativversorgung hinausgehend, kann sehr gut mit einer *differenzierten Trostarbeit* verbunden werden. In jedem Fall wird es darum gehen, in einer guten „Passung“, auf den Begleiteten abgestimmt zu trösten<sup>108</sup>. Menschen, die noch lesen können, gebe ich beispielsweise die Trostbriefe des *Seneca*<sup>109</sup> als eine bibliotheraapeutische Maßnahme<sup>110</sup>. Ich schreibe ihnen auch selber Trostbriefe, und ich helfe ihnen, Trostbriefe zu schreiben. Sterbende machen sich oft große Sorgen um ihre Angehörigen. Sie wollen sie oftmals trösten und haben auch die Kraft, das zu tun. Ich helfe ihnen, Tagebücher anzulegen, und ich bitte auch Schwestern, zur Verfügung zu stehen, wenn der Patient nicht mehr selbst schreiben kann, um für ihn etwas aufzuschreiben. Es werden auch „Vermächtnisse“ angelegt. Der Wert solcher poesie- und bibliotheraapeutischen Interventionen<sup>111</sup> ist beachtlich. Die Angehörigen wissen sehr wenig über diese Möglichkeiten, und natürlich auch die Sterbenden selber. Man sollte hier Hilfen geben. In „Vermächtnissen“ kann man etwas von sich hinterlassen: Liebes, Wichtiges, Versöhnliches usw. Und es ist viel besser, wenn der Begleitete von seiner Tochter oder von seinem Sohn aktiv etwas an lieben Worten, gutem Rat, Wünschen für das weitere Leben hinterlassen kann oder eine Entschuldigung für Unrecht, das nicht mehr bereinigt werden konnte oder Informationen über ein Lebensgeheimnis (z.B. die Existenz eines unehelichen Bruders irgendwo, der Tod einer frühgeborenen Schwester, über die nie gesprochen wurde oder andere „vergrabene“ Familiengeheimnisse), es ist also besser, solche dunklen Geschichten zusammen mit guten Vermächtnissen mitzuteilen, wenn die Dinge nicht mehr besprechbar sind, als daß sie nach dem Tod dann im Nachlaß gefunden werden: Man findet später Briefe oder Dokumente, hatte keine Information, kein Gespräch mehr darüber. Es sind zufällige Relikte wie die Briefe der *Simone de Beauvoir*<sup>112</sup>. Solche Funde in Verlassenschaften können schwere Wunden für die Hinterbliebenen schlagen und ungute Schatten auf das Andenken des Verstorbenen werfen. Wir ermutigen deshalb die begleiteten Menschen, Vermächtnisse mit guten *und* dunklen Gedanken oder Geheimnissen („Ich habe Dir nie sagen können, wie lieb ich Dich trotz all unseeres Streites habe, deshalb schreibe ich dies“ o.ä.) zu hinterlassen, Möglichkeiten der Versöhnung zu eröffnen. Wenn ein sterbender Mensch noch Zeit hat, diese Briefe selber anzufertigen, Dinge, die in seinem Leben wichtig waren, mitzuteilen, dann ist das für ihn eine heilsame Sache und für die

<sup>107</sup> Petzold 1997w

<sup>108</sup> Petzold 2004I

<sup>109</sup> Coccia 1959, de Botton 2003

<sup>110</sup> Rubin 1978a,b

<sup>111</sup> Petzold, Orth 1985a; Petzold 1999k

<sup>112</sup> de Beauvoir 1999

Angehörigen auch.

Manchmal können die Angehörigen sehr beschädigt werden, deswegen muß der Thanatotherapeut immer *das ganze Netzwerk im Blick* haben, nicht nur den Begleiteten. Im Fokus der Therapie steht der Begleitete *und* das Netzwerk, denn – hier wird es wieder deutlich: es gibt keine *Einzeltherapie*, sondern nur Therapie im Netzwerk. In dem Moment, wo man das begriffen hat, macht man eine andere Therapie<sup>113</sup>. Und als Thanatotherapeut muß man natürlich wissen, daß man Teil dieses Netzwerkes wird, auch wenn vielleicht nur für ein paar Wochen, Tage oder Stunden.

Als Teil des Netzwerkes, als Teil des Konvois - dessen muß man sich bewußt sein – ist für den integrativen Thanatotherapeuten die Begleitung nicht zu Ende, wenn der Patient gestorben ist. Die *antizipatorische Trauerarbeit* mit dem Sterbenden über sein eigenes Sterben, seine Abschiednahme vom Leben, seinen Lieben, von der Welt sollte, wo immer möglich, parallel gehen mit der Hilfe zu antizipatorischer Trauer mit den Angehörigen, die vom Begleiteten, von gemeinsamer Geschichte, eventuell von geplanter und nun nicht mehr zu verwirklichender Zukunft (Reisen, Projekte usw.) Abschied nehmen. Nach dem Sterben – währenddessen man als Begleiter auch für die Angehörigen wichtig geworden ist – wird es oft wesentlich, da zu bleiben. Wie in der Sterbepastoral sollte die Arbeit nicht abschließen mit der Beerdigung. Die Familie, in der man Sterbebegleitung gemacht hat und bei der Beerdigung anwesend war, sollte auch ein wenig weiter begleitet werden. Der Tod ist *in diesem Sinne* kein Abschluß; er soll es auch nicht sein, denn wir leben ja weiter, die Angehörigen leben weiter als eine Gemeinschaft, in deren Gedanken und Herzen der Verstorbenen, im „Gedächtnis weiterlebt durch ein Gedenken“. Es ist auch wichtig, daß dieses Gedenken wach gehalten wird. Wenn Familien ums Sterbebett versammelt sind und es in diesem Sinne ein „gutes Sterben“ ist, wie hart und qualvoll es auch immer für den Betroffenen sein mag, so ist dies das Erleben von Gemeinschaft, Liebe, Verbundenheit, von Solidarität, Trost und der Entschiedenheit im Gedenken an den Verstorbenen miteinander als Familie und Freundeskreis das Leben weiterzuleben. Das ist eine starke, stützende Erfahrung und wir können, wo dies geschieht und besonders, wo wir dazu etwas beitragen konnten, immer in Dankbarkeit daran denken, in einer Qualität, die wiederum die Professionalität in einer zutiefst menschlichen Dimension transzendiert. Der Tod läßt sich nicht vergessen. Wir können ihn zeitweilig verdrängen. Erfahrungen guter Sterbesituationen, manchmal auch sanften Sterbens ohne Qual – und das ist eben nicht die Regel, deshalb werden solche Situationen besonders kostbar – machen uns das Denken und Fühlen über das Leben, das Sterben und den Tod leichter. Deshalb versuchen wir auch, solche Erinnerungen wachzuhalten, was für alle Beteiligten, für die Angehörigen, die vielleicht in einer neuen Qualität zusammenfinden und zusammenbleiben, gut ist. Sie sind dann keine Hinterbliebenen, die sich nach dem Beerdigungsmahl wieder vereinzeln. Und auch für uns selber als Begleiter haben solche Erinnerungen eine wichtige Funktion. Ich als Thanatotherapeut dokumentiere in meinen Gedanken für mich und mein eigenes Leben solche „good moments“ und habe antizipatorisch für mein eigenes Sterben diese Menschen und Situationen in meinem Herzen, denn ich will auch etwas von denen behalten, die ich über Wochen, Tage und Stunden im Sterben begleitet habe. Ich nehme dann auch immer persönlichen Abschied. Wenn ich Abschied *nehme*, dann *nehme* ich auch etwas in mein Gedächtnis, mein Herz, in meine Gefühle, in mein Selbst, was ich bewußt und wach für mich, für meine Persönlichkeit nutzen kann. Durch Verdrängung kann ich nichts *nehmen* und nichts nutzen. Abschied *nehmen* ist also nicht ein völliges Verlieren; es hat eine andere Qualität. Abschied *nehmen* heißt: etwas mitzunehmen vom Anderen, was mir dann auch bleibt. Es gehört dann zu den guten Ereignissen: Personen, die mich innerlich berührt haben und für mein Lebensgefühl förderlich sind.

## 9. Um abzuschließen

Ein Thanatotherapeut ist ein **Wegbegleiter** und sollte deshalb auch seinen eigenen **Lebensweg**<sup>114</sup> bewußt gehen. Er ist ein Mensch, der sehr eng in Intimräumen mit anderen zusammenarbeitet und möchte, daß trotz aller Schwere und aller Belastungen möglichst viele gute Ereignisse und Erfahrungen entstehen, die das Lebensgefühl und das Fühlen und Denken von Menschen positiv bestimmen. Er muß es deshalb verstehen, einen „psychologischen Raum“ bereitzustellen und zu ge-

---

<sup>113</sup> Hass, Petzold 1999, Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

<sup>114</sup> Petzold, Orth 2004b

stalten: einen *Konvivialitätsraum*<sup>115</sup>, in dem ein gutes Miteinander möglich ist. Das ist in den institutionellen, klinischen Sterbesituationen oft sehr schwer zu realisieren, denn sie sind häufig belastend und ungastlich. Deshalb muß ich als Helfer in solchen schwierigen Situationen auch für mich sorgen. Wenn ich nur von Kälte gezeichnete und verhärtete und von Streit zerrüttete Menschen vor mir habe, dann ist das auch für mich keine gute Sache und ich werde das nur tragen können, auch die zuweilen vorkommende Vergeblichkeit meiner Arbeit ertragen können, wenn ich immer wieder bei Menschen sehe, wie sie ihr Leben „gut“ zu Ende führen, tapfer, ruhig und in Frieden, wenn ich Angehörige getröstet habe, die die Sterbeerfahrung als Integrationserfahrung für sich nutzen konnten. Das ist dann eine gute Sache auch für mich. Da erhalte ich etwas für mich zurück, was auch für *mein eigenes Leben* wichtig ist.

Bis jetzt habe ich der Frage, ob ich auch für mein eigenes Sterben vorbereitet sein muß, keine große Beachtung geschenkt. Ich habe mich nie „aktiv“ vorbereitet, auch wenn ich in Gefahrenzonen ging, weiß aber inzwischen, daß ich durch meine Arbeit nicht nur sehr viel Wissen, sondern auch eine Vorbereitung habe. Die Jahrzehnte der Auseinandersetzung mit dem „Leben“, mit Fragen der „Menschenarbeit“, der Philosophie, der ostkirchlichen Theologie, der Religionsgeschichte<sup>116</sup>, der großen Kunst und mit der Therapie und ihrer breiten Literatur haben mir „Lebenswissen“ vermittelt. Die vielen Begegnungen und Gespräche mit Menschen – so manche befanden sich in Grenzsituationen – haben mir eine gewisse „clinical wisdom“ erschlossen. Die Praxis der Bewegungsmeditation, der Budo-Weg<sup>117</sup>, hat mich in der Gelassenheit unterstützt. Viele Menschen sehen darauf und meinen, man müsse als mit Sterbeprozessen Erfahrener selbst vorbildhaft sein. Vorbildfunktion durch ein engagiertes Leben finde ich wichtiger. Wissen und Lebenspraxis sind zweifelsohne wesentlich. Aber weiß ich, ob nicht ein schwerer Insult, eine Demenz verhindern, daß mir all die erworbenen Erkenntnisse zur Verfügung stehen, wenn ich sie brauche? Es kann ja sein, daß ein Gehirnschlag mir all diese Erfahrungen nimmt und das Vegetativum die Steuerung übernimmt. Dann sterbe ich langsam und jede Zelle kämpft gegen den Tod um das Leben – länger oder kürzer, je nachdem wie mein Organismus funktioniert.

Wenn man aber davor bewahrt bleibt, dann ist es durchaus möglich, daß man in der eigenen Sterbezeit alle diese Menschen und Ereignisse eines Lebens der Auseinandersetzung mit diesen Themen in einer Qualität in sich hat, die Trost, Hilfe und einen guten Abschied ermöglicht. All das aber liegt nicht in meinen Händen. Die „*Sorge um sich*“, die uns *Sokrates* anempfohlen hat, die „preparation“, das „Vorbereitetsein“, das uns *Pythagoras, Cicero, Seneca, Epiktet* u.a. lehrten<sup>118</sup>, ist ohne Zweifel wesentlich, besonders, wenn ich es mit einer „*Sorge um die Anderen*“ verbinde, wie es soziales Engagement von der Arbeit mit Kinder bis zur Hospiz-Arbeit<sup>119</sup> möglich macht. Auf jeden Fall kann ich und sollte ich Sorge tragen, daß ich gute Menschen auf meinem Lebensweg habe, denn das bietet eine Chance, daß ich sie auch für meine Sterbezeit bei mir habe, indem ich mein soziales Netzwerk, meinen „Konvoi“ *pflge* und in ihm diese Themen nicht tabuisiere. Vielleicht gibt es dann auch einen guten professionellen Sterbebegleiter für mich und mein Netzwerk, wenn das nötig wird. Vielleicht bekomme ich etwas zurück von dem, was ich gegeben habe, vielleicht ... aber deswegen, das wurde mir deutlich, mache ich keine Begleitungen, sondern ich gehe zu Sterbenden<sup>120</sup> und zu den Lebenden aus einer Freude am Lebendigen und einer Liebe zum Leben, aus einem Hingezogensein zu Menschen.

---

<sup>115</sup> Vgl. zur Konvivialität Bd. 1 dieses Werkes den Text der „Grundregel“. „Ich verstehe unter *Konvivialität* (von lat. convivus, der mit mir in Hausgemeinschaft Lebende, Gast, „Gastin“) die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Miteinanders*, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der *Konvivialität* umfaßt Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanders, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammensitzen, beieinandersein kann“. Wegen dieses bei allen Völkern auf der ganzen Welt und in alle Zeiten, von denen wir wissen, anzutreffenden Qualität, die Menschen zu realisieren suchen, habe ich von einer *„allgemeinen Konvivialität“* gesprochen“. (Petzold 2001m)

<sup>116</sup> Petzold 1983e, 1966 II a, 1967i, 1971 II b, 1972 IIa

<sup>117</sup> Petzold, Bloem, Moget 2004

<sup>118</sup> Vgl. Petzold, Müller, Ater Wein, Bd. 1, dieses Werk.

<sup>119</sup> Vgl. den Text zur Hospizarbeit in diesem Band.

<sup>120</sup> Vgl. Anmerk. 1

### **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit stellt die Konzepte der Integrativen Therapie in Theorie und Praxis für die therapeutische Arbeiten mit Sterbenden vor. 40 Jahre der Erfahrung zu den Themen Trauer und Trost, Leiden und Linderung werden mit anthropologischen und klinischen Überlegungen zu einem konsistenten Ansatz der Thanatotherapie verbunden. Ein besonders innovativer Schwerpunkt liegt im Modell der „Trostarbeit“, die gegenüber der Trauerarbeit bislang in der Psychotherapie vernachlässigt worden war.

### **Summary**

This chapter presents the concepts of Integrative Therapy in theory and practice for the therapeutic work with the dying patient. 40 years of experience concerning the themes mourning, consolation, suffering, relief are connected with anthropological and clinical reflexions resulting in a consistent approach to thanatotherapy. An innovative emphasis is given to a model of „consolation work“, which has been – in contrast to mourning work - so far neglected in psychotherapy.

**Keywords:** Integrative Therapy, Thanatotherapy, terminal care, consolation work, mourning

## Literatur

- Arens, M.* (1998): Uebergabe im Hospiz. Ich begleite Sterbende und deren Angehörige. Köln: Ferber u. Partner.
- Ariés, P.* (1980): Geschichte des Todes. München: Hanser.
- Assmann, J.* (1999): Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen. München: C.H. Beck.
- Assmann, A.* (1999): Erinnerungsräume. Formen und Wandlungen des kulturellen Gedächtnisses. München: C.H. Beck.
- Aue, M., Bader, B., Lühmann, J.* (Hg.) (1995): Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training. Weinheim: Beltz.
- Baumgartner, K.* (1997): Für ein Sterben in Würde. Erfahrungen unter medizinisch-therapeutischen und theologisch-pastoralen Aspekten. München: Don Bosco.
- Beaudrillard, J.* (1982): Der symbolische Tausch und der Tod. München: Matthes & Seitz Verlag.
- Becker, E.* (1973): Dynamik des Todes, Die Überwindung der Todesfurcht. New York: The Free Press.
- Beauvoir, S. de* (1999): Eine transatlantische Liebe. Briefe an Nelson Algren 1947-1964. Hrsg. und mit einem Vorwort von Sylvie Le Bon Bouvoir. Reinbek: Rowohlt.
- Böhmecke, L.* (1998): Thanatos - der Schlüssel zum Leben. Zum Todesverständnis der Menschheit im Bewußtsein früherer Zeiten und in der Gegenwart. Frankfurt/M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation W. Stülberg.
- Bonanno, G.A.* (1999): The Concept of Working Through Loss: A Critical Evaluation of the Cultural, Historical, and Empirical Evidence. In: *Maercker, Schützwohl, Solomon* (1999) 221-248.
- Botton, de, A.* (2000): Les consolations de la philosophie. Paris. Mercure de France.
- Bourdieu, P.* (1976): Entwurf einer Theorie der Praxis, Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.* (1980) : Les sens pratique, Paris: Editions de Minuit.
- Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H. G.* (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. /2004 und in *Gestalt* 51 (Schweiz) 37-49.
- Buer, F., Belardi, N., Fengler, J.* (1998): Zur Dialektik von Format und Verfahren. *OSC* 3, 269-286.
- Bugen, L.A.* (1979): Death and Dying, Theory/Research/Practice. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers.
- Burnham, B.* (1994): Sterben in den besten Jahren. Erwartungen des Kranken, der weiß, daß sein Leben unheilbar ist. Bad Liebenzell: Liebenzeller Mission.
- Butler, R.N.* (1963): The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 26, 65-76.
- Byock, I.* (1997): Sterben. Wachsen im Umgang mit dem Tod. München: Droemer Knaur.
- Bytheway, B., Keil, T., Allatt, P., Bryman, A.* (1989): Becoming and Being old, Sociological Approaches to Later Life. London: Sage Publications.
- Dauk, E.* (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Devereux, G.* (1984): Ethnopschoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag.
- Du Bois, P.M.* (1980): The Hospice Way of Death. New York: Human Sciences Press.
- Coccia, M.* (1959): La „consolatio“ in Seneca. *Revista de Cultura Classica e Medioevale* 1, 148-180.
- Feigenberg, L.* (1980): Terminal Care, friendship contracts with dying cancer patients. New York: Brunner/Mazel.
- Flammer, A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foucault, M.* (1986): Die Sorge um sich. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fuchs, M.* (1996): Sterben und Sterbebegleitung - ein interdisziplinäres Gespräch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Garfield, Ch.A.* (1978): Psychosocial Care of the Dying Patient. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Hagen, G. von* (1999): Katalog zur Ausstellung „Körperwelten - die Faszination des Echten“. Heidelberg: Institut für Plastination.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märten* (1999a) 193-272.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R.* (1996): Bewegt sein. Paderborn: Junfermann.
- Heinemann, W.* (1998): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sterbebegleitung: curriculare Entwürfe. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.
- Hüther, G.* (1997): Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Iljine, V.N.* (1942): Therapeutisches Theaterspiel. Paris: Sobor.
- Isler, V.* (1986): Schaut uns an – Porträts von Menschen über Achtzig. Basel: Birkhäuser Verlag.
- Knoblauch, H.* (1999): Berichte aus dem Jenseits. Mythos und Realität der Nahtod-Erfahrung. Freiburg: Herder.
- Kreis Unna* (Hg) (1982): Bilder und Tänze des Todes. Gestalten des Todes in der Europäischen Kunst.
- Laville, S., Hall, C.* (1999): Elderly patients left starving to death in NHS. *The Daily Telegraph* 44, 6. Dezember 1999, S. 1.
- LeDoux, J.E.* (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- Leibowitz, Y.* (1992): Judaism, human values and the Jewish state. Boston: Harvard University Press.
- Longaker, Ch.* (1998): Dem Tod begegnen und Hoffnung finden. Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender.

München: Piper.

- Lücht-Steinberg, M. (1981): Gespräche mit älteren Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lückel, K. (1981): Begegnung mit Sterbenden. München: Kaiser.
- Lüth, P. (Hg) (1976): Sterben heute – ein menschlicher Vorgang? Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (eds.) (1999): Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective. Seattle u.a.: Hogrefe.
- Marcel, G. (1978): Leibliche Begegnung. In: *Petzold* (1985g) 15-46.
- Maercker, A. (Hg.) (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Marc Aurel (1998): Wege zu sich selbst. Herausgegeben von Rainer Nickel. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Marshall, V.W. (1980): Last Chapters, A Sociology of Aging and Dying. Belmont, California: Wadsworth, Inc.
- Maurer, Y., Petzold, H.G. (1978): Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie. In: *Battegay, R., Trenkel, A.*, Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Bern: Huber, 95-116.
- Mazumdar, P. (1998): Foucault. ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- Mennemann, H. (1997): Sterben lernen heißt leben lernen. Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive. Münster: Lit Verlag.
- Middendorf, I. (1995<sup>8</sup>): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Mittag, O. (1994): Sterbende begleiten. Ratschläge und praktische Hilfen. Stuttgart: Trias.
- Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations. In: *Farr, R.M., Moscovici, S.* (eds.), Social representations. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden. Stuttgart: G. Fischer.
- Müller, L., Petzold, H.G., (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik - Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Müller, M., Petzold, H.G. (2003): Affiliation, Reaktanz, Uebertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 08/2003
- Munroe, S. (1986): Musiktherapie bei Sterbenden. Stuttgart: G. Fischer.
- Norcross, J.C. Goldfried, M.R. (eds.) (1992): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Nuland, S. (1996): Wie wir sterben. Ein Ende in Würde? München: Droemer Knaur.
- Ochsmann, R. (1993): Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Olsen, P. (Hg) (1976): Emotionale Stimulation und Überfluten der Gefühle in der Psychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In *Petzold, Sieper* (1993) 93-116.
- Orth, I. Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.* (2004): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Osterbrink, J. (1998): Tiefe Atementspannung. Bern: Huber.
- Otto, R. (1997): Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen. München: C.H. Beck.
- Pera, H. (1995): Sterbende verstehen. Ein Leitfaden zur Sterbebegleitung. Freiburg: Herder.
- Perabo, C. (1996): Leben und Sterben. Dokumentation der Fachtagung des Landes Hessen zur Verbesserung der Sterbebegleitung, 12. Juli 1996, Gesamthochschule Kassel. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit (u.a.)
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30 und in diesem Buch.
- Petzold, H.G. (1966 II a): Vom Geist und Wesen der Ikonen. *Wort und Antwort* 6, 172-176.
- Petzold, H.G. (1967 II i): Das Osterfest in der orthodoxen Kirche. *Stimme der Gemeinde* 8, 263.
- Petzold, H.G. (1971 II b): Eschatologie und Anthropologie aus der Sicht ostkirchlicher Religionsphilosophie und -psychologie. Diss. Fac. phil., Institut St. Denis, Paris.
- Petzold, H.G. (1972IIa): Die eschatologische Dimension der Liturgie in Schöpfung, Inkarnation und Mysterium pascale. *Kyrios* 1/2, 67-95.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann. (3. Aufl. 1979)
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: *Petzold* (1974j), 285-404; revid. in (1988n [S.59-172]).
- Petzold, H.G. (1980a): Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3, 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient, *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G. (1980e): Wohnkollektive - eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, H. G., Vormann, G.* Therapeutische Wohngemeinschaften. München S. 423-462; repr. (1985a) 202-236.
- Petzold, H.G. (1983e): Nootherapie und "säkulare Mystik" in der Integrativen Therapie, in: *Petzold; H.G.*, Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann, 53-100.

- Petzold, H.G.* (1984c): Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, in: *Petzold, Spiegel-Rösing*, Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann, 431-501.
- Petzold, H.G.* (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G.* (Hg.) (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.* (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W.*, Ich liebe mich - ich hasse mich. Rowohlt, Reinbek, 11-15.
- Petzold, H.G.* (1985u): Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden als persönliche Erfahrung. Ein Interview. *Jahrbuch der Zeitschr. f. Humanistische Psychologie*, Friedensinitiativen und Friedensarbeit, DGHP, Eschweiler Jg. 8 (1985) 35-50.
- Petzold, H.G.* (1986f): Über die Bedeutung der Lebensbilanz im Umgang mit alten Menschen und Sterbenden, *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 5-6, 3-10.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Paderborn: Junfermann. (3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a)
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann. Erw. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G.* (1991b): Die Chance der Begegnung. In *Petzold* (1992a), 1047-1087.
- Petzold, H.G.* (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann. Erw. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G.* (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", in: (1992a) S. 927-1040; (2003a) S. 701 – 1037:
- Petzold, H.G.* (1992m): Die heilende Kraft des Schöpferischen. *Orff-Schulwerk-Informationen* 50, 6-9 und in *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993), 10-14..
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann. Erw. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G.* (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G.* (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a), 267-340.
- Petzold, H.G.* (1994e): "Psychotherapie mit alten Menschen - die "social network perspective" als Grundlage integrativer Intervention. Vortrag auf der Fachtagung "Behinderung im Alter" am 22.-23.11.1993 in Köln. In: *Berhaus, H.C., Sievert, U.* (Hrsg.), Behinderung im Alter. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 86-117
- Petzold, H.G.* (1994n): Musisch-künstlerische Heilpädagogik - auf dem Wege zu einer künstlerischen und wissenschaftlichen Disziplin. *Orff-Schulwerk-Informationen* 53, 24-30.
- Petzold, H.G.*, (1997p), Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G.*, (1997w). Integrative Musiktherapie - eine Ausbildung mit klinischer, ästhetischer und psychotherapeutischer Schwerpunktbildung. In: *L. Müller, H.G. Petzold* (Hg.), Musiktherapie in der klinischen Arbeit: Integrative Modelle und Methoden. Stuttgart u.a.: Gustav Fischer, 278-295.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1999i): Body Narratives. *Integrative Bewegungstherapie* 1-2/1999, 4-30.
- Petzold, H.G.* (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen - über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung. *Behinderte in Schule und Gesellschaft* 6, 41-62.
- Petzold, H.G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in *Petzold, Wolf et al.* 2002.
- Petzold, H.G.* (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Ueberarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 01/2002.
- Petzold, H.G.* „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge kollagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416.
- Petzold, H.G.* (Hg.) (2001i): Wille und Wollen in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002, auch in 2003a.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und „Ueberwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in Petzold, Wolf et al. (2002)
- Petzold, H.G. (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002. Uebersetzte Version, Kernkonzepte II, 2004
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002, auch in *Integrative Therapie* 1/2003, 27 - 64.
- Petzold (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002) Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50.
- Petzold, H. G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie, in: Hermer, M., Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt
- Petzold, H. G. (2004k): Persönliche Standpunkte zur Psychotherapie. *Gestalt* (Schweiz) 49, 45-55; .
- Petzold, H. G. (2004l): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg./2004
- Petzold, H.G., Berger, A. (1978b): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3-4, 249-271; erw. in Petzold, Bubolz (1979) 379-426.
- Petzold, H. G., Bloem, J., Moget, P. (2004): Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven, *Integrative Therapie* 1-2.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. 1979. Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Ueber die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen, *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a), 363-392.
- Petzold, H. Keglevic, A. (2004): Älterwerden und Alter – ein zentrales Thema für die Psychotherapie. *Gestalt* 51(Schweiz 2004)15-20.
- Petzold, H.G., Lückel, K. (1985): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspa-noramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, in: Petzold (1985a) 467-499.
- Petzold, H.G., Marcel, G. (1976): Anthropologische Bemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H.G., Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett, 9-18.
- Petzold, H.G., Müller, L., Wie wirkt Integrative Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Kontext? In: Müller, Petzold (1997) 248-277.
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) (1985a): Poesie und Therapie. Ueber die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, 340-391.
- Petzold H.G., Orth, I., (1998b): Oekopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft, Düsseldorf: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999b). Kritische Ueberlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Ueberlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld - Präzisierungen Integrativer Positionen. In: Petzold, Orth (1999a), 125-262.

- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: *Petzold, Orth* (2004a).
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991a): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann. (2. Aufl. 1996)
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolution – Ueberlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002
- Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe.* Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Zander, B. (1985): Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation. In: *Petzold* (1985a), 159-201.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993<sup>2</sup>): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Rest, F. (1997): Sterben zu Hause? Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit der ambulanten Hospizdienste. Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Ambulante Sterbebegleitung“ der Landesregierung von NRW 94/95. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.
- Rest, F. (1998<sup>4</sup>): Sterbebeistand, Sterbebegleitung. Studienbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter.
- Rest, F. (1998<sup>4</sup>): Den Sterbenden beistehen. Ein Wegweiser für die Lebenden. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Rest, F.H. (1995): Leben und Sterben in Begleitung. Vier Hospize in NRW - Konzepte und Praxis. Gutachten im Anschluß an eine wissenschaftliche Begleitung. Münster: Lit Verlag.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3, 131-141.
- Rosenkranz, M. (1999): Sterben - Leben bis zuletzt. Eine Hinführung zur Sterbebegleitung. Kevelaer: Butzon & Bercker.
- Rubin, J.R. (1978a): Bibliotherapy Source Book. London: Oryx.
- Rubin, J.R. (1978b): Using Bibliotherapy. A guide through theory and practice. London: Oryx.
- Schell, W. (1998): Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Richtlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen. Hagen: B. Kunz Verlag.
- Schur, M. (1982): Sigmund Freud. Leben und Sterben. Frankfurt/M: Suhrkamp Verlag.
- Schütz, J. (1995): Hilfst du mir, wenn ich sterbe? Berlin: Ullstein.
- Seneca, L. A. (1917): Seneca Opera. Leipzig: Teubner; Studienausgabe dt./lt. von *Rosenbach, M.* (1989). Darmstadt. Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“, *Integrative Therapie*, 1, 208-209.
- Sill, B. (1999): Ethos und Thanatos. Zur Kunst des guten Sterbens bei Matthias Claudius, Leo N. Tolstoi, Rainer M. Rilke, Max Frisch und Simone de Beauvoir. Regensburg: F. Pustet.
- Simpson, M.A. (1979): Dying, Death, and Grief. New York: Plenum Press.
- Spiegel, Y. (1972): Der Prozeß des Trauerns, 2 Bde., München: Kaiser.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (1992<sup>2</sup>): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Stamenov, M.I., Gallese, V. (2002): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. Amsterdam, the Netherlands: John Benjamins Publishing Co.
- Stricker, G., Gould, J.R. (eds.) (1993): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum.
- Strauss, A.L. (1978): A social world perspective. In: *Denzin, M.K.*, Studies in symbolic interactions, Vol. 1, 119-128. Greenwich: JAI Press.
- Stroebe W., Stroebe, M. (1987): Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe W., Stroebe, M. (1993): Determinants of adjustment to bereavement in younger widow and widowers. In: *Stro-*

- ebe, Stroebe, Hansson (1993) 208-226.
- Stroebe, M., Stroebe, W. (1991): Does „grief work“ work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 479-482.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. (eds.) (1993): Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 255-270.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stevenson, G.M. (2003<sup>3</sup>): Sozialpsychologie. Eine Einführung, Heidelberg: Springer.
- Timmermanns, P. (1997): Hospizbewegung in NRW - neue Wege in der Sterbebegleitung. Dokumentation der Fachtagung am 5. Juli 1995 in Bochum. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.
- Unruh, D.R. (1983): Invisible lives. Social worlds of the aged. Beverly Hills: Sage Publications.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (1996): Traumatic Stress. New York: The Guilford Press.
- Van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 (1997) 374-428.
- Vogd, W. (1998): Professionelles Handeln im Grenzbereich von Leiden, Sterben und Spiritualität. Fallstudien - Vipassana-Meditation als eine Hilfestellung für Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Marburg: Tectum Verlag.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie* 2, 27-38.
- Weiss, W. (1999): Im Sterben nicht allein. Hospiz - Ein Handbuch für Angehörige und Gemeinde. Berlin: Wichern-Verlagsges.
- Wettstein, R.H. (1997<sup>2</sup>): Leben- und Sterbenkönnen. Gedanken zur Sterbebegleitung und zur Selbstbestimmung der Person. Bern u.a.: Lang.
- Wijnen, H. van, Petzold, H.G. (2003): Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 10/2003.
- Wilkening, K. (1998): Wir leben endlich. Zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Willmann, U. (1999): Einmal Hölle und zurück. *Die Zeit* 29 vom 15. Juli 1999, 35-36.
- Winkel, H. (1993): In memoriam mortuorum - die Toten erinnern. Eine thanotosoziologische Untersuchung der Tauer. Berlin: Kulturverein Aphorisma.
- Winnicott, D.W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena: a study of first not-me possession. *International Journal Psycho-Analysis* 3 (1953), 89-97. dtsh.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, *Psyche* 23 (1969), 666-682.
- Zahn, A. (1999): Sterben im Heim. Der Beitrag der beruflichen Sozialarbeit zur Sterbebegleitung in der stationären Altenhilfe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zundel, R. (1987): Hilarion Petzold - Integrative Therapie. In: Zundel E., Zundel R., Leitfiguren der Psychotherapie, 191-214. München: Kösel.