

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

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

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 07/2018

Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn.  
Hilfen für therapeutische, beraterische und  
supervisorische Suchbewegungen<sup>\*\*\*</sup>

*Peter Varevics*<sup>\*</sup>, *Viersen; Hilarion G. Petzold*<sup>\*\*</sup>,  
Düsseldorf/Amsterdam (2005)

---

\*Aus dem Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam

\*\* Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam; Master of Science-Studiengang Supervision, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität-Krems und der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

\*\*\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de)), Information: <http://www.eag-fpi.com>. Erschienen in: *Integrative Therapie* 1-2, 129-161 und in: *Petzold, Müller L.* (2005).

**Zusammenfassung: Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn Hilfen für therapeutische, beraterische und Supervisorische Suchbewegungen**

Leben, Tod, Leid, Altern, Sterben und Sinn können in jeder Supervision Thema werden. Es sind Themen, die oftmals ein Tabu in unserer Gesellschaft sind. Supervision sollte darum auch einen Raum bieten, um über diese Themen zu sprechen und zu reflektieren. Voraussetzung dafür ist die Reflexion der eigenen Endlichkeit, des Miterlebens von Sterbeprozessen und von Tod und der Erfahrungen mit Abschied, Trauer, Trost. Der Text möchte vor dem Hintergrund des "Integrativen Ansatzes" in Therapie und Supervision Hilfen und Materialien für solche Reflexionsprozesse bieten und einen Überblick über nötiges Basiswissen geben, um effektive Supervision in diesen Bereichen zu machen.

**Schlüsselwörter:** Klinische Supervision, Sterben/Tod, Sinn, Leiden, Trost, Integrative Therapie

**Summary: Life and Death, Ageing and Dying, Suffering, Consolation and Meaning - Assistance and Material for Supervisory Explorations**

Living, death, suffering, ageing, dying and meaning can be a subject in every supervision. These are subjects that are often a taboo in our societies. This is why there should be space in every supervision to reflect and talk about these things. Prerequisite is a reflection of our own situations of farewell and grief in our own life, experiences with loss, mourning, consolation. On the ground of the "Integrative Approach" to therapy and supervision this article intends to offer assistance and material for your own reflections and wants to give an overview of basic knowledge about these subjects for effective supervision in these areas.

**Keywords:** Clinical supervision, dying/death, meaning, suffering, consolation, integrative therapy

## 1. Einleitung: Supervision als polylogischer Ansatz komplexer Sozialintervention

*Supervision* als eine moderne Form der Sozialintervention zur Reduktion sozialer, d.h. gruppaler und institutioneller/organisationaler Komplexität für Menschen in professionellen Kontexten ist ein Phänomen der „*transversalen Moderne*“ (Petzold 2005j). Sie kommt in komplexen Zusammenhängen zum Tragen und muss auf unterschiedlichste Referenzsysteme des Wissens und der Praxeologie zurückgreifen. Sie steht damit in vielfältigen Diskursen und initiiert sie zugleich in ihrer und durch ihre Anwendung. Sie ist also vom Ansatz und Wesen her „polylogisch“ (Petzold 2002c), steht im multidiskursiven Austausch nach vielen Seiten. Auch hierin ist sie eine Methodologie der *transversalen Moderne*. Aber sie hat auch Hintergründe, Untergründe. Als Instrument der *Kontrolle* von Arbeitsqualität, der Überwachung von Menschen und ihrer Haltung/Gesinnung hat sie – blickt man auf ihre strukturellen Vorläuferformen durch Inspektoren, Aufseher (*supervisors*) in der Armenpflege, den Arbeitshäusern und in ekklesialen und feudalen Kontrollsystemen – eine lange Geschichte: „**Supervisor** = *A person who exercises general direction or control over a business, a body of worksmen*“ (Oxford Dictionary). Viele Supervisorinnen – unsensibel gegenüber der Historizität des Namens ihrer „Funktion“ oder „Profession“ (Petzold 2005e; Edlhaimb-Hrubic 2005) – blenden das zumeist aus. Elisabeth I in ihrer fortschrittlichen Gesetzgebung von 1563/1601 begründete für England ein Armenrecht und verfügte im Gesetz von 1601, dass jede Gemeinde „*overseers of the poor*“ einsetzen möge – und zu denen gehörten *Arme, Alte, Kranke, eine klassische Triade*. Das Verb **to supervise** bedeutet „*to look over, survey, inspect; to read through, peruse; to oversee, have oversight of, superintend the execution or performance of (a thing), the movements or work (of a person)*“, etwa von Heiminsassen, aber auch von Professionellen, z.B. Ärzten: 1766 „*Who shall have the supervising of all the physicians*“ (Simpson/Weiner 1989; The Oxford English Dictionary).

Auch heute hat Supervision noch einen Kontrollaspekt, etwa den der *Qualitätskontrolle*, aber mehr noch – zumindest im deutschsprachigen Bereich – den der *fachlichen Unterstützung* von Mitarbeitern in psychosozialen Feldern. Besonders in Arbeitbereichen, die von theoretischer Durchdringung und durch Forschung noch wenig erschlossen sind, hat Supervision als *reflektierende Praxeologie* (zum Begriff vgl. Orth/Petzold 2004) die Aufgabe, Theorie zu schaffen: *small scale theories*, Heuristiken mit Praxisrelevanz.

---

\* Aus dem Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam

\*\* Univ.-Prof. Dr.mult. Hilarion G. Petzold, Studiengang Supervision, Zentrum für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University Amsterdam; Master of Science-Studiengang Supervision, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität-Krems und der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Angehörige helfender Berufe, TherapeutInnen, BeraterInnen werden supervidiert, um ihr Praxisfeld, ihr Handeln besser zu verstehen, zu begründen und damit zu optimieren. Dabei entsteht ein „**Mehrebenensystem**“ (Petzold 1990a), in dem die Ebene der KlientInnen, der SupervisandInnen (*supervisees*), der Supervisoren, der Auftraggeber ineinander spielen und ein *polylogisches Netzwerk* geknüpft wird – oft entsteht es auch in spontaner *Selbstorganisation*. Das sei kurz an einem Beispiel illustriert:

Der Klient (Ebene I), Herr M., hochbetagt, aber rüstig, war nach dem Tod seiner zehn Jahre jüngeren Frau an einer Krebserkrankung in ein Altenheim gegangen. Er wird offenbar mit dem Verlust nicht fertig, entwickelt sehr aggressive Phantasien gegenüber Mitbewohnern, was ihn quält. Zugleich bedrängen ihn Suizidgedanken und er zieht sich immer mehr zurück. Über das alles redet er mit dem jungen Seelsorger (Ebene II) mit einer klinischen Seelsorge- und Beraterausbildung, der neu in der Einrichtung ist und auf Bitten des Pflegeteams (Ebene III) Herrn M. auf sein Rückzugsverhalten angesprochen hatte. Die beunruhigten TeamkollegInnen (Ebene III) bringen das Thema überdies zu ihrem Supervisor (Ebene IV) „in die Supervision“. Die Erzählung des Betroffenen (I) hat sich vervielfältigt. Er ist ins Gespräch gekommen, ist im Gespräch, wird besprochen, ist auch in der Interventionsgruppe (Ebene V) des Supervisors (IV) anwesend, wo dieser die Situation thematisiert. Der kollegiale Konsens: Es müsse auf jeden Fall „Trauerarbeit“ geleistet werden. Der Supervisor (IV) ist sich da nicht so sicher. Der Seelsorger/Berater (II) sucht kurz darauf bei dem Supervisor (IV) um Einzelsupervision an und meint, nicht gelebte Trauer sei das Problem und er wolle supervisorische Unterstützung, um eine „begleitete Trauerarbeit“ mit dem alten Mann (I) zu beginnen. Das Pflorgeteam (III) ist beunruhigt wegen der aggressiven Äußerungen und stellt einige Situationen mit dem Klienten in der Teamsupervision (III) vor. Ein *POLYLOG*, ein vielstimmiges „Reden über“ Herrn M. ist in Gang gekommen. Der Supervisor (IV) fokussiert, dass das „Reden mit“ dem Klienten jetzt von großer Bedeutung sei. Er setzt – gegen den Trend seiner InterventionskollegInnen (V) und gegen die Auffassung des Beraters (II), der inzwischen sein Supervisand ist, die Position: Nicht *Trauerarbeit*, *Beziehungsarbeit* sei jetzt angesagt (der Klient des Beraters ist damit auch in gewisser Weise „sein“ Klient geworden). Diese Position wird Gegenstand des supervisorischen *Diskurses*. Hintergrund ist, dass der Supervisor sich intensiv mit moderner, fachwissenschaftlicher *Trauerforschung* auseinandergesetzt hat (Scheidt 1991; Stroebe et al. 1993; Bonanno 1998; Petzold 2000j), denn die meisten Trauerbücher sind praxeologisch ausgerichtet (Cook/Phillips 1995; Paul 2001; Worden 1999) und nur selten durch empirische Forschung abgestützt. Oft geben sie lediglich Therapieideologien wieder (Tiefenpsychologie/Psychoanalyse: Jerneizig 1994; Kast 1982, 2001; Langenmayr 1999; Volkan 2000; Systemischer Ansatz: Goldbrunner 1996; Paul 2001). Diese schulenorientierten Texte umfassen teils nützliche Materialien, teils hinken sie hinter den Forschungsständen hinterher oder vertreten Einseitigkeiten oder auch falsche Positionen, oft mit einer affirmativen Qualität, die Praktiker über Generationen nachhaltig bestimmen (man denke an die von Kübler-Ross oder Kast vertretenen Phasenkonzepte). So entsteht ein *Dissens*, weil der Seelsorger (II) in seiner Beraterausbildung gelernt hat, nicht gelebte Trauer führe grundsätzlich zu Autoaggression und psychosomatischen Beschwerden, vielleicht zu Krebserkrankungen. Die *Sachbücher* von Verena Kast (1995) und Jorgos Canacacis-Canàs (1987, Canacacis/Schneider 1989) werden als Referenzen genannt. Der Vorschlag des Supervisors für den Supervisanden: eine vertiefte Auseinandersetzung mit der *Fachliteratur*, ein Überdenken der eigenen Trauerbiographie von Seiten des Beraters (II) und im Bezug zu dem Klienten (I): Das Thema „Trauer“ solle angesprochen werden. Herr M. sagt im Gespräch mit dem Seelsorger/Berater: Trauer, das sei für ihn kein Thema mehr. Er habe eine lange glückliche Ehe gehabt, die Jahre des Krebsleidens seien für seine Frau furchtbar und für ihn sehr belastend gewesen. Seine Kinder hätten sich nur wenig gekümmert. Das habe er ihnen nach dem Tod der Frau dann auch gesagt. Er sei froh, dass sie endlich erlöst sei. Trauer, die habe während ihrer Krankheit stattgefunden.

In der Supervision spricht der Berater (II) von „Abwehrverhalten“. Es sei an Herrn M. nicht heranzukommen. Er zeige keine Gefühle außer Ärger über seine Kinder. Der Supervisor (IV) verweist darauf, dass Worte wie „froh, erlöst, glücklich, furchtbar, belastend“ durchaus emotionale Qualitäten zeigen und es doch möglich sei, dass über die lange Krankheitszeit von Herrn M. „antizipatorische Trauer“ geleistet worden wäre. Der Begriff war dem Berater neu, das Konzept leuchtete ihm indes ein. Die Supervision setzte sich mit den Vorstellungen des Beraters über „Trauer“ auseinander: „Schmerz zeigen und Trauer und Tränen zulassen, aber auch Groll über den Verlust und ein bewusstes Abschiednehmen“ – die Modellvorstellungen/Klischees seiner „klinischen Seelsorge-Ausbildung!“ Auf seine eigenen Verluste und Trauererfahrungen befragt, wird deutlich: Es liegt kein vertiefter Erfahrungsfundus vor. Nur der Tod der Großmutter, als er noch sehr klein war, sei ihm vage in Erinnerung. Als in der Teamsitzung (III) Herr M. wieder Thema wird und auch das Trauerthema aufkommt, wird von erfahrenen, älteren MitarbeiterInnen mit einer über die Jahre herausgebildeten „intergenerationalen Kompetenz“ (Petzold 2004a) deutlich gemacht: Viele der älteren Menschen haben eher wenig expressive Trauerprozesse, aber es gebe da eigentlich keine Regel, man müsse eben sehen, wie es bei jedem liege. – Der Berater bittet um Literaturvorschläge, er wolle sich mehr in das Thema einlesen (Langenmayr 1999; Ochsmann/Howe 1991; Osterweis et al. 1984; Stroebe et al. 1993; Stubbe 1985).

In der Beratung/Betreuung von Herrn M. (I) durch den Seelsorger/Berater (II) begleitet durch den Supervisor (IV) werden in der Folge ganz andere Themen Vordergrund: der Verlust des Freiraumes der eigenen Wohnung, das Gernerve einiger Mitbewohner, zu wenig Besuch von seinen Kindern. Das mache ihn traurig und wütend. Mit seiner Frau sei er innerlich gut im Gespräch. – Der junge Seelsorger/Berater beginnt sich allmählich in das „Feld“ einzufinden und die Supervision zu nutzen, um in einer Art Lebensberatung Herrn M. die Anpassung an die Heimsituation zu erleichtern und ggf. eine Strategie zu entwickeln, wie wieder ein besserer Kontakt in der Familie hergestellt werden könnte. Es kommt zu einer längeren, supervisionsbegleiteten Beratungssequenz, in der es gelingt, auch einen der beiden Söhne – der andere weigert sich strikt – nachhaltig einzubeziehen, so dass es zu einem familientherapeutischen Mehrgenerationensetting (Petzold 1979k) kommt.

Eine solche Situation, wie die hier geschilderte zeigt: Die Aufgaben von Supervision und Beratung oder auch Therapie liegen nahe beieinander. Der Supervisor muss können, was ein Berater können muss – besser können sogar, denn er hat Modellfunktion und gibt *praxeologisches Wissen* aus seinem Erfahrungsvorsprung und seiner „*supervisio*“, seiner fachlichen Übersicht, weiter. Darin liegt seine besondere Aufgabe. *Menschenkompetenz* und *Feldkompetenz* sind hier gefragt. Die Fähigkeit des Beraters, die Impulse des Supervisors (und auf der Ebene des Klienten dessen Impulse) aufzunehmen, wird durch die Aktivitäten seiner Spiegelneuronen unterstützt (Petzold 2002j; Lamacz-Koetz/Petzold 2004).

Der Supervisor muss deshalb mit Klienten/Patienten bzw. Patientinnen (I) sehr erfahren sein, denn seine **empathische Kompetenz** hat über das **SupervisandInnensystem** (hier die Ebene II des Beraters, den er empathieren muss) hinauszureichen zur Ebene des **Klientensystems**, des konkreten Menschen, dessen Person und Lebenslage er gleichfalls in Akten **multipler Identifikation** und **differenzieller Empathie** zu erfassen und zu verstehen hat, und zwar – liegt keine Life-Supervision-Situation vor – durch indirekt vermittelte Materialien (eine nicht unproblematische Situation). Dazu sind notwendig:

- eine **projektiv-persönliche Identifikation** – ich setze mich an die Stelle des Betroffenen, versuche herauszufinden, wie ich an seiner Stelle (d.h. aber aus *meiner* persönlichen Perspektive) *seine* Situation erleben würde, um auf dieser Grundlage Richtwerte für mein Handeln zu finden;
- eine **empathisch-intuierende Identifikation** – ich versuche mich in die Situation des Patienten als Betroffenen hineinzubegeben, indem ich mich bemühe, *seine* Sicht der Dinge, seine Art des Denkens und Fühlens aufzunehmen. Wir können nun auf dieser Grundlage zu

→ einer **sozialperspektivischen Identifikation** finden – ich versuche mich aufgrund sozialen Sinnverstehens und sozialen Empathierens, in Akten „sozialer Intuition“ also, für die Wirkungen makrosozialer Einflüsse auf den Betroffenen zu sensibilisieren, mich seinen Perspektiven und Erlebnisweisen von politischen und ökonomischen Lagen und Ereignissen, von gesellschaftlichen Verhältnissen und Zeitgeist anzunähern (Petzold 2003a).

Bei den aufgeführten *drei identifikatorischen Schritten* handelt es sich – das darf nie vergessen werden – um Näherungen, die immer auch ein projektives Moment und subjektiv-bewertende Qualitäten von Seiten des Therapeuten, Beraters oder Supervisors implizieren und die aufgrund klinischer und persönlicher Erfahrung und theoriebegleiteter Bewertungsparameter – beides geht in intuitive Prozesse ein, diese haben durchaus kognitive Komponenten – stets auch *empathisch* das zu erfassen suchen, was der Patient/Klient ausblendet, verdrängt, fehlbewertet. Das ist möglich, weil in jeder *therapeutischen Identifikation*, die nicht von Übertragungen kontaminiert ist, im empathischen Mitschwingen, zugleich die „klinische Exzentrizität“ des Therapeuten wirksam ist. Gelingende therapeutische, beraterische und supervisorische Beziehungen erfordern also komplexe Identifikations- und Intuitionsleistungen. Dabei bestimmen wir:

- a) »*Intuition* als das Zusammenwirken von aktueller, bewusster, vorbewusster, unbewusster Wahrnehmung und ihrer mnestischen Resonanzen (aufgrund genetischer Ausstattung und vorgängiger, persönlicher und professioneller Erfahrung). Hinzu kommen die auf dieser Grundlage möglichen antizipatorischen Leistungen;
- b) *Empathie* wird auf dem Boden solcher Intuition generiert durch hinzukommende affektive Teilnahme und probatorische, kognitive Perspektivenübernahme, die von mitmenschlichem Interesse und Engagement getragen wird;
- c) *mutuelle Empathie* kennzeichnet gelingende therapeutische, beraterische und supervisorische Beziehungen, die von wechselseitigen Resonanzphänomenen, einer Feinspürigkeit füreinander und von *vielfältigen Beziehungsqualitäten* bestimmt sind« (idem 2003a).

Die Prozesse laufen nur in Sonderfällen in **Dyaden** ab. In der Supervision finden sich regelhaft „**Polyaden**“, denn es handelt sich um reale und/oder virtuelle Mehrpersonensettings, in denen permanent reale oder virtuelle *POLYLOGE* stattfinden. Darunter werden verstanden „Gespräche nach vielen Seiten“, die viele Einreden, Widerreden einbeziehen, offen für Mitreden sind (wie es supervisorisches Handeln erfordert) und

- „*theoretisch* als *Konzept* der Betrachtung, der Analyse und der Interpretation im Rahmen einer *mehrperspektivischen* Hermeneutik und Metahermeneutik gesehen werden;
- *praxeologisch* als multiple Konnektivierungen in Interaktions-, Interlokutions- und Kommunikationsnetzen, wie sie die sozialpsychologische Netzwerk-, Gruppen-, Kleingruppenforschung untersucht haben;
- *praktisch* als eine *mehrdimensionale Methodologie* innerhalb *vielfältig ko-respondierender* Handlungsfelder, in denen sich Theorie-Praxis-Verhältnisse wieder und wieder überschreiten zu einer *Metapraxis*“ (Petzold 2002b).

Vor dem hier kurz umrissenen Supervisionsverständnis soll nun ein spezifisches Praxisfeld von Supervision – und dahinter stehend Beratung, Therapie – betreten werden mit seinen spezifischen Aufgaben und Praxisanforderungen: das *Feld der Sozialgerontologie* mit den Aufgaben der Trauer- und Sterbebegleitung, Aufgaben allerdings, die im integrativen Blick einer „Psychologie der Lebensspanne“ und der Realität einer „intergenerationalen“ Praxis natürlich nicht nur auf den Bereich des Alters eingegrenzt bleiben können. Zunächst sei dieser Kontext entfaltet.

## 1.1 Beratung und Supervision von Menschen in der „gerontotropen“ Gesellschaft – angewandte „intergenerationale Kompetenz“

Wir stehen heute vor Herausforderungen einer progredient überalternden Gesellschaft, die sich schon in den siebziger Jahren abzeichneten, ins öffentliche Bewusstsein aber erst mit den jüngsten Debatten um die „Finanzierbarkeit der Renten“ gedrungen ist. Sie waren weitgehend verdrängt oder negiert, verharmlost oder auf der Ebene von Zahlenspielen und Rentenformeln abgehandelt worden. Die eigentliche Dramatik dieser Entwicklung ist aber bislang immer noch nicht „hautnah“ an die Betroffenen – und das sind wir alle, europaweit, weltweit – herangedrungen: nicht an die jüngeren Erwachsenen, die sich in sehr dezidiert Weise für Kinder und für Erziehungsarbeit entscheiden müssten, denn der schon jetzt eingetretene demographische Struktureinbruch bedarf *zwei bis drei Generationen* mehrkinderwilliger Paare in der ganzen Breite der jüngeren Bevölkerung. Wird diese Aufgabe nicht in Angriff genommen, wird der durch Zuwanderung aus dem europäischen Raum nicht ausgleichbare Bevölkerungsschwund (überall in Europa fehlt es an jungen Menschen, auch Russland und die Ukraine haben keine jungen Menschen „abzugeben“) in einen dramatischen Niedergang vieler europäischer Länder führen. Auch die Erwachsenen in den mittleren Lebensjahren, die in massiver Weise private Vorsorge für ihr Alter treffen müssten und dies nicht tun, haben offenbar nicht realisiert, wohin wir treiben und auch nicht die validen Älteren, die sich überlegen müssten, wie sie die Jüngeren aktiv entlasten könnten (etwa durch ehrenamtliche Kinderbetreuung, denn es fehlen Krippen- und Kindergartenplätze), und die nachdenken sollten, wie sie die zunehmend überlasteten Sozialsysteme stützen könnten, denn im Pflegesektor werden Notstände eintreten. Auch die helfenden Berufe haben sich kaum noch auf diese Entwicklungen eingestellt. Gerontopsychologie, Gerontopsychotherapie und -sozialtherapie, Geragogik, Sozialgeragogik, Disziplinen, deren Entwicklung der Seniorautor schon vor vierzig Jahren gefordert und an deren Etablierung er mitgewirkt hatte (Petzold 1965, Petzold/Bubolz 1976, 1979), haben keineswegs die Konjunktur, die sie derzeit schon haben müssten. PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und SupervisorInnen haben sich, blickt man in die Fachzeitschriften und in die Fachliteratur, noch kaum inhaltlich und methodisch auf die im vollen Gange befindliche Umschichtung ihrer Klientel eingestellt, und es ist eben ein Irrtum, wenn man annimmt, die Probleme des Alters könne man ohne vertiefte Auseinandersetzung mit sozialgerontologischem Wissen und der demographischen Gesamtsituation behandeln. Das Fehlen solcher Wissensstände kann zu „riskanten Therapien“ führen (Müller/Petzold 2002).

Die hier nur kurz angesprochenen Entwicklungen zu einer „gerontotropen Gesellschaft“ (Petzold 2004a) sind kein schwarzmalereiartiges Szenario (Schirrmacher 2004). Es ist Ernst mit diesen Fakten und Perspektiven, mit den absehbaren und schon realen „intergenerationalen Auseinandersetzungen“, dem Auseinanderdriften der Alterspopulationen: von Jungen (-30), mittleren Alterspopulationen (-50), Älteren (50+), Alten (70+) und Hochbetagten (80+) und den mit solchen Entwicklungen verbundenen „Potenzialen zur Inhumanität“ (Petzold 1991), genauer zu einer „neuen Inhumanität“ im Alter, besonders gegenüber benachteiligten und sozial schwachen Gruppen alter Menschen. Dass man zu denen selber gehören könnte, dämmert erst allmählich bei den Alterskohorten, die zwischen 2008 und 2020 in den Ruhestand gehen.

„In gerontotropen Gesellschaften führen die Fortschritte der Medizin und Geroprophylaxe, die Gestaltung gesundheitsbewusster und bewegungsaktiver Lebensstile zu einer beständigen Erhöhung der Lebenszeit der älteren Bevölkerung bei durchaus gutem Gesundheitszustand und damit zu einem gesteigerten subjektiven Bewusstsein, nicht eigentlich ‚alt‘ zu sein, so dass ‚Altersrollen‘ (der ‚Alterspatient‘) unspezifisch werden oder sich zu dem Bereich der Hochbetagten verschieben, der insgesamt größer wird und in dem es zur Ausbildung neuer Rollen (der ‚Pflegefall‘) kommt. Gerontotroph heißt, dass all diese Entwicklun-

gen *progredient* sind und eine baldige Umkehr nicht in Aussicht steht, eine Situation, auf die wir zulaufen“ (Petzold 1979a), – heute muss man ggf. noch einen Rückgang der Gesamtbevölkerung in eine solche Bestimmung mit einbeziehen (Schimany 2003; Birg 2001). Anders gefasst: „Eine Bevölkerung ist im strukturellen Sinn als alt zu beurteilen, wenn es in ihr einen relativ großen Anteil alter Leute gibt oder wenn die allgemeine Lebenserwartung hoch ist oder wenn beides zutrifft“ (Laslett 1995, 62).

Die schon sehr bald unverdrängbar kommenden bzw. nicht mehr überblendbaren gravierenden Unausgewogenheiten der Bevölkerungsstruktur werden in ihren manifesten Folgen zu kaum vorstellbaren Problemen führen, denen nur schwer und vor allen Dingen nicht schnell begegnet werden kann und die eine Auseinandersetzung mit diesen Themen in allen Bereiche erfordern. Das ist der generelle Hintergrund dieser Arbeit, die spezifisch für den Bereich der Supervision und der Supervidierten – BeraterInnen, Pflegepersonal, PsychotherapeutInnen – auf den Umgang mit den im Titel genannten Themen gerichtet ist.

„Altern ist ein Lebensprozess“, von dem man nicht nur unausweichlich „bestimmt“ wird, sondern bei dem man die Chance hat, zumindest *sein* Alter zu bestimmen“ (Petzold 1965, 8; 1985a, 15). „Sterben ist integraler Bestandteil des Lebens“ (Rahm 1993, 259). Supervision als Beratung von Berufstätigen in helfenden, pflegenden, sozialen, agogischen Berufen, von „Menschenarbeitern“, Menschen, die „mitten im Leben“ stehen und mit anderen Menschen arbeiten, kann die Fragen der Endlichkeit, des Lebensendes nicht ausklammern, besonders wenn sie in klinischen Kontexten zum Einsatz kommt, in Krankenhäusern, im Heimbereich, in der Psychotherapie und Altenarbeit (Petzold/Petzold 1997a, b; Müller, Petzold, Schreiter, dieser Band). „Mitten im Leben sind wir vom Tod umfungen“, heißt es in einem mittelalterlichen Kirchenlied (*Media vita in morte sumus*). Und in der Tat ist „das menschliche Leben ausgespannt, zwischen Empfängnis, Geburt und Tod, zwischen Werden und Vergehen als Entwicklungs- und Alternsprozess in der *Lebensspanne*, ein **Lebensprozess im Miteinander**. Es steht im herakliteschen Strom beständiger Veränderung, dem sich weder der Einzelne noch die Menschen seines *Weggeleits* [convoy] entziehen können. Auf dem Weg durch das Leben, hin zu Altern, Sterben wird in persönlichen und gemeinschaftlichen *Erfahrungen* Sinnhaftes erlebt, Unsinn und Widersinn erlitten – durch alle Krisen hindurch –, wird durch Konsens- und Dissensprozesse *Sinn* geschaffen als persönlicher und gemeinschaftlicher“ (Petzold 1971; vgl. Petzold/Orth 2004 a,b). Integrative Supervision ist für diese Thematiken sensibel (Sange, dieser Band). „Das Wesen des Todes trifft uns dauernd und ist so eng mit unserem Leben verwoben, dass es uns gar nicht immer bewusst ist. Lernen, die ‚vielen kleinen Tode‘ zu sterben, ist eine Kunst, die uns letztlich das Leben ermöglicht. Wie kann ich mein Leben gestalten mit der Trauer um unerfüllte Wünsche und zerbrochene Hoffnungen? Die Kunst des Lebens besteht aus der Kunst, mit dem Tod zu leben, und aus der Fähigkeit, Abschied nehmen zu können“ (Arndt 1990, 26). Kleine und große Abschiede gehören zum Leben. Unsere *Normalbiographie* und unser Berufsleben sind von Abschieden geprägt, unsere Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und unser Lebensglück hängen u.a. auch von einer positiven Bewältigung der persönlichen Verluste, Abschiede, gelungener Trauerarbeit und erfahrem *Trost*, dem gemeinsamen Vollzug von *Trostarbeit* ab (Petzold 2004). Gescheitert sein, sich ohnmächtig fühlen, keinen Einfluss haben auf das Geschehen (der „*locus of control*“ ist external; Flammer 1990) – solche Widerfahrnisse des Lebens können durch Coaching oder Supervision „begleitete Auseinandersetzung“ notwendig machen. Sich der eigenen Endlichkeit bewusst werden, sich mit der Endgültigkeit von Verlusten abfinden – das alles können immer auch wichtige Themen in der Supervision werden, die Helfer in ihren eigenen Prozessen begleitet oder ihnen hilft, im „*Mehrebenen-system der Supervision*“ (Petzold 1990o, 1998a) ihre PatientInnen und KlientInnen angemessen zu begleiten. „Jeder Abschied aktualisiert vorangegangene Trennungssituationen und mobilisiert die dazugehörenden unerledigten Gefühle. Wenn in Supervisionsprozessen Themen anstehen, die mit Beendigung und Loslassen verbunden sind, leben persönlich-biographische Verarbeitungserfahrungen der Supervisanden wieder auf und zeigen ihre Wir-



kungen im Kontakt mit dem/der SupervisorIn und den anderen Teammitgliedern. Supervision kann darin unterstützen, sowohl Übertragungen ausfindig zu machen als auch Team- und institutionsbezogene Kulturmerkmale im Umgang mit Abschieden zu diagnostizieren und ggf. zu verändern“ (Becker-Kontio 2000, 8).

In allen Arbeitsfeldern von Supervision kann Tod und Sterben Thema werden, weil Tod und Sterben „*facts of life*“ und damit eine anthropologische Fragestellung sind (Petzold 2003e). Weiterhin ist das Thema der „**Lebensspanne**“ – so zentral in der Integrativen Therapie und Supervision (Petzold 1999b) – im Kontext einer „gerontotrophen“ Gesellschaft (idem 2004a; vgl. Schirmacher 2004), deren Überalterung es für *alle Generationen* notwendig macht, sich mit den verschiedenen Lebensaltern und -abschnitten auseinander zu setzen eines, dass gerade von SupervisorInnen immer wieder fokussiert werden muss – nicht zuletzt um einem diskriminierenden *Ageism* (Nelson 2002), der so bedeutsam werden kann wie die Genderbiasses, entgegenzuwirken.

„Gesellschaften werden als **gerontotroph** bezeichnet, in denen *die Zahl alter Menschen sich der Zahl der Jungen nähert und sie eventuell überschreitet*“, in denen dann aber auch „die ‚Power der Jungen‘ und die ‚Power der Alten‘ fruchtbare und weiterführende *Synergien* entfalten müssten und könnten, und dabei muss man sich hüten, das innovative und kooperative Potenzial *aller Generationen*, die jetzt und künftig miteinander-nebeneinander-durchmischt leben, zu unterschätzen oder einseitig zu attribuieren – und das gilt für *Inkompetenzzuweisungen* der Alten an die Jungen und *vice versa*. Wechselseitige *Kompetenzerwartungen* bzw. *Kompetenzattributionen* müssten *aufgebaut und kultiviert* werden – von Kindergartenzeiten an, kontinuierlich –, um für die Situationen gerontotropher Gesellschaften gut ausgerüstet zu sein“ (Petzold/Müller 2004b).

Für solche Aufgaben böte sich Supervision als ein „intergenerationales Facilitating“ in besonderer Weise an, da sie die jetzt schon in vielen Bereichen der Arbeitswelt auftretenden Generationskonflikte, für die noch wenig an „intergenerationaler Kompetenz und Performanz“ vorhanden ist, *lösungsorientiert* begleiten könnte. So sind „die Mitarbeiter in der Altenarbeit (...) in der Regel wesentlich jünger als die Zielgruppe, mit der sie zu tun haben. Das wirft für beide Seiten Probleme auf, die im Sinne eines Sozialtrainings mit einer Bearbeitung von Vorurteilen und eigenen Problemen gegenüber dem Altern, dem Sterben angegangen werden müssen.“ Es geht nicht nur darum „die Ängste vor dem eigenen Altern und Sterben zuzulassen, um sie zu integrieren, sondern auch die Belastungen zu thematisieren, die der beständige Umgang mit ‚Menschen am Rande des Todes‘ für den Mitarbeiter bedeutet. Wer die zentralen Probleme des eigenen Alterns, Sterbens, des Umgangs mit Leidenden und Siechen nicht angegangen ist, wer die Dimensionen des Generationskonfliktes nicht kennt und erfahren hat, ist in seiner Effektivität bei der Arbeit mit alten Menschen erheblich eingeschränkt“ (Petzold 1977e, 239f).

„**Intergenerationale** Kompetenz ist ein wechselseitiges Wissen unterschiedlicher Altersgruppen und ihrer Mitglieder um die ‚mentalen Welten‘, d.h. die Bedürfnisse, Lebensstile, Ängste, Stärken, Schwächen, Ressourcen, Defizite usw. der jeweils anderen Altersgruppe und die Bereitschaft, erkennbar werdende Wissens- und Verstehensdefizite über die Anderen (Grundlage von vorhandenen oder potenziellen Verständnishindernissen) in Ko-responsenden, Polylogen, Gesprächs- und Erzählgemeinschaften aufzufüllen. **Intergenerationale Performanz** ist das Beherrschen unterschiedlicher Interaktions- und Kommunikationsweisen und ihre Umsetzung in einer respektvollen und wertschätzenden Form, um Diskurse zwischen den Generationen in einer weiterführenden und fruchtbaren Weise zu realisieren und voranzubringen“ (Petzold/Müller 2004b).

## 1.2 *Leben, Tod, Leid, Altern, Sterben und Sinn als Themen der Supervision*

Die Auseinandersetzung mit all diesen Themen von Altern, Leiden, Sterben, Tod in allen Bereichen der Gesellschaft und im Besonderen in den psychosozialen und helfenden Berufen hat erst in jüngster Zeit begonnen, z.B. in der Agogik oder der Psychotherapie (obgleich die Integrative Therapie in ihrer Vorreiterrolle in diesem Gebiet seit Beginn der siebziger Jahre Grundlagen gelegt hat; vgl. *Petzold/Bubolz* 1976, 1979). In der Soziotherapie, die in der Altenarbeit ein Kerngebiet hätte (vgl. schon *Petzold* 1965, 1985a, 2004a), wird das Thema derzeit noch immer zögerlich aufgenommen und in der Supervision steht es – wieder vom Integrativen Ansatz abgesehen (*Petzold* 1977e; *Petzold/Petzold* 1997a, b) – nicht anders (*Hirsch* 2002; *Koch-Straube* 1999). In der Arbeit mit Alten, Schwerkranken und Sterbenden betreten wir Felder, wo Leiden, Sterben, Verwirrtheit, Generationendynamiken und institutionelle Besonderheiten entscheidende Einflussgrößen sind, wo allgemeingerontologische, sozialgerontologische, gerontopsychiatrische und pflegetechnische und -wissenschaftliche Kenntnisse unerlässlich sind und vom Supervisor erwartet werden müssen, wenn er seriöse, qualitätvolle Arbeit leisten will.

Diese Themen Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid und mit all diesem immer wieder verbunden von „Sinn“ im supervisorischen Kontext verweisen immer auf Grenzen.

Als *erste Grenze* soll die fehlende Bereitschaft vieler Menschen genannt werden, solche Themen zu benennen und zuzulassen. Selbst in Kliniken oder Altenheimen kann eine solche Bereitschaft zur Auseinandersetzung nicht immer vorausgesetzt werden. „Einen sterbenden Menschen in ein modernes Akutkrankenhaus zu bringen, scheint geradezu vergleichbar mit der Absicht, Brot beim Metzger kaufen zu wollen“ [...] „Einen Satz wie ‚*Dafür sind wir nicht zuständig, das ist die Aufgabe der Angehörigen.*‘ kann man logischerweise oft in den Kliniken hören“ (*Müller-Commichau* 2000, 129).

Die *zweite Grenze* ist der supervisorische Kontrakt, der den Arbeitsauftrag festlegt. Bei den Themen, um die es hier geht, kann es zu Intensitäten kommen, die eine *tiefe* Behandlung der aufkommenden Probleme und damit das Wechseln des Settings erforderlich machen. Wo Supervision, Beratung und mitmenschlicher Beistand nicht ausreichen, kann ein Schritt von der Supervision zur Therapie erforderlich werden. Je nach Diagnose bzw. Einschätzung des Supervisors/der Supervisorin und nach seiner/ihrer Kompetenz/ Ausbildung kann eine Veränderung des Kontraktes notwendig werden oder das Verweisen an einen entsprechend ausgebildeten therapeutischen Kollegen. Nicht bewältigte Trauer, pathologische Trauerprozesse können Störungen zur Folge haben, die therapeutisch-fachliche Behandlung erfordern.

Hier liegt die *dritte Grenze*: die Kompetenz, Erfahrung und Ausbildung des Supervisors/der Supervisorin. Nicht jeder Supervisor hat für solche Behandlungen die nötige Ausbildung oder sollte – kommt eine derartige Situation auf – unbedingt den supervisorischen Kontrakt verändern, wenn er zu therapeutischem Handeln aufgefordert wird, selbst wenn er über eine Therapieausbildung verfügt. Der Kontext und Prozess müssen dann sorgfältig geprüft werden, bevor man eine Entscheidung trifft, denn supervisorische und therapeutische Prozesse (von akuten Kriseninterventionen einmal abgesehen) sollten nicht vermengt werden.

Klar ist aber auch, dass Trauer, Trost, Abschied, Verlust nicht pathologisiert werden dürfen und keineswegs immer therapeutisches Handeln erfordern, sondern zumeist Beratung, Beistand und in professionellen Kontexten Supervision oder Mentoring als Hilfestellungen.

Hilfestellung für eine supervisorische Suchbewegung zum Thema Tod, Leid und Sterben gründet in der persönlichen Auseinandersetzung und den dadurch gewonnenen Positionen des Supervisors/der Supervisorin zu diesen Themen, der jeweiligen Lebenserfahrung und den Basiskenntnissen. Auch diese Kenntnisse können Grenzen haben: „Leiden ist kein Problem, das wir mit Studieren und Nachdenken in den Griff bekommen, Leiden ist vielmehr ein abgründtiefes Geheimnis, von dem wir nur aus Erfahrung etwas zu erahnen vermögen“

(Arndt, 1990, 22). Dazu gehört das Aushalten des Abersinns mancher persönlicher Katastrophen und der offenen Fragen, die oftmals bleiben. Im beruflichen Alltag von Helfern und Helferinnen und damit in der Supervision können immer wieder unbewältigte Erlebnisse aufbrechen, erinnert werden. Man begegnet eigenen Verlusterfahrungen, der eigenen Trauer durch das Miterleben ähnlicher Ereignisse bei anderen Menschen und ist als Helfer und dann natürlich auch als Supervisor in seiner „mitmenschlichen Kompetenz“ (Petzold 1971) gefordert – also keineswegs immer oder gar überwiegend in einer therapeutischen Kompetenz. Es sind Ereignisse, die in der Regel nicht „professionell versachlicht“ werden können und sollten, sondern auf einer durchaus emotionalen Ebene bearbeitet werden müssen.

Im Rahmen von Supervisionen sollten solche Themen auf jeden Fall nicht vermieden oder marginalisiert werden – in den entsprechenden beruflichen Feldern ist das auch gar nicht möglich –, besonders, weil Tod, Trauer und Sterben in unserer Gesellschaft ausgegrenzt werden und Menschen ganz allgemein und auch professionelle Helfer immer weniger Orte haben, über solche Themen zu sprechen. Fachkompetente Supervision sollte geradezu *exemplarisch* Helfern Hilfen geben, diese schweren Themen angemessen zu begleiten und zu beraten. Dafür müssten die Supervisoren aber selbst fachlich auf dem Kenntnisstand sein, wovon leider *nicht* immer auszugehen ist (Müller et al. dieser Band). Die Bearbeitung eines Verlustes, der einen Patienten/Klienten schwer getroffen hat und mit dem dann eine Krankenschwester, ein Seelsorger, ein Sozialarbeiter oder Berater konfrontiert ist – vielleicht in einer Weise, dass er selbst nicht nur *berührt* und *bewegt* wurde, wie es ein empathischer Helfer in seiner professionellen Praxis immer wieder erfährt, zulässt und im Prozess auch nutzen kann, sondern wenn er *aufgewühlt*, ja *erschüttert* wurde, weil das Thema zu nahe ging – sollte in der Supervision einen „guten Ort“ haben. Hier müssen persönlicher Beistand, Trost, Entlastung integrierter Bestandteil einer professionellen Praxis sein, die die Ebene der Kommunikation von „Mensch zu Mensch“ einschließt und nicht nur einen Ansatz „beratungstechnischer“ Handhabung vermittelt. Das wäre zu wenig. Die Möglichkeit: „[...] nimm Abschied und gesunde“ (Herrmann Hesse 1952), sollte auch in der Supervision auf der Grundlage „mitmenschlicher Kompetenz und Performanz“ gegeben werden.

„Der Mensch ist die Medizin des Menschen“ (Müller-Commichau 2000, 130) – dieses afrikanische Sprichwort macht deutlich, dass prinzipiell jeder einem Anderen beistehen kann. Franco Rest bemerkt einleitend in seinem Buch zur Sterbebegleitung: „Wir brauchen kein neues ‚Modell‘ zur Verarbeitung der eigenen Gefühle, sondern mehr Empathie und Durchgeistigung; wir brauchen keine allerorten institutionalisierte Supervision, sondern mehr wechselseitige Hilfsbereitschaft der Helfer; wir können auf Thanatotherapien und andere Psychotechniken überhaupt verzichten, wenn wir nicht zuvor ein *Bild vom Menschen in uns haben entstehen lassen*“ (Rest 1998, 13, Hervorhebung d.A.). *Menschenbilder* sind sinnstiftend und handlungsleitend (Petzold 1984a, 2003e). Wir vertreten ein Bild vom Menschen, das durch eine fundamentale Qualität des „Mitseins“, durch „Intersubjektivität“ geprägt ist:

„**Du, Ich, Wir** in Kontext/Kontinuum, in dieser Konstellation gründet das Wesen des Menschen, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in POLYLOGEN und Ko-responsenzen als Konsens-/Dissensprozessen findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen (Petzold 2003e).

Aus einer solchen anthropologischen Position folgt, dass *Mitmenschlichkeit und Professionalität* in diesen Arbeitsfeldern bei den Mitarbeitern *integriert* „gelebt“ werden muss und dass „gute“ Supervision in diesen Kontexten genau in dieser Qualität praktiziert werden muss, damit Pflegenden, Helfenden, TherapeutInnen darin unterstützt werden, eine solche Qualität helfender und fachlicher Präsenz in der „Menschenarbeit“ (Petzold 1971; Sieper/Petzold 2001) zu aktualisieren. Unsere Gesellschaft braucht an vielen Stellen den persönlichen und den professionellen Austausch über Themen, die das Leben in seinen Höhen und Tiefen betreffen und die dem Leben dienen.

## 2. Annäherungen

Diese Themen sind nicht einfach nur „fachlich“ abzuhandeln, sondern bedürfen der Annäherungen.

### 2.1 Herausforderungen an die Person des Supervisors

Wenn Helfer Menschen in ihren Trauerprozessen, in der Konfrontation mit Sterben, Tod und ihren Sinnfragen begleiten, so sind damit immer Fragestellungen an die eigene Person verbunden. Themen wie Tod und Sterben, Verlust und Trauer sind Themen von existenzieller Bedeutung. „Sich ihnen zu öffnen, damit verbundene Gefühle zu erfahren und zu durchleben ist wichtig, um eigene Schwierigkeiten zu erkennen und überprüfen zu können, ob man sich Belastungssituationen gewachsen fühlt“ (Aue 1995, 215).

Beratung über Tod und Sterben, „das löst beim Berater nicht selten eine Beschäftigung mit der eigenen Sterblichkeit aus. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit drängt sich Beratern vor allem dann auf, wenn sie im gleichen Alter und ähnlicher Herkunft wie der Klient sind“ (Aue 1995, 183): „[...] die Fähigkeit, sich auf fremde Trauer einzulassen, bedarf der Auseinandersetzung mit der eigenen. Das Umgehen mit der eigenen Endlichkeit muss erlernt und eingeübt sein. Nur wenige bringen ein ‚gesundes‘ Trauerhandlungs-Potenzial mit. Stattdessen schieben die meisten von uns [...] einen riesigen Trauerberg vor uns her, dessen Ausmaß kaum bestimmbar ist“ (Müller-Commichau 2000, 131).

Zur Annäherung an das Thema und an den eigenen „Trauerberg“ sollen praktische Übungen vorgeschlagen werden, deren Bearbeitung keine Ausarbeitung übernehmen kann. Allein oder in der eigenen Supervision- oder Interventionsgruppe können folgende Übungen zur Selbstreflexion und emotionalen Selbstexploration als „komplexe Selbsterfahrung“ (Petzold, Orth, Sieper 2005) durchgeführt werden. Mann/Frau kann gedanklich die eigenen Abschiede aufschreiben.: a) Im persönlichen und professionellen Bereich hat jeder unterschiedliche Situationen erlebt, die unterschiedlich präsent sind und unterschiedlich verarbeitet wurden; b) „Schreiben Sie einen Aufsatz zum Thema: ‚Ein Nachruf auf mich selbst‘. Beginnen Sie mit folgendem Satz: ‚Heute bin ich, ..., gestorben. Ich wurde geboren am ...‘“ (Rest 1998, 15). c) Beantworten sie einen Fragebogen zum Thema Krankheit, Sterben und Tod und tauschen Sie sich anschließend aus (Wenn ich krank bin, tut es mir gut, wenn ...; Wenn ich krank bin, kann ich es überhaupt nicht ertragen, wenn ...; Mit dem Thema Krankheit, Sterben und Tod verbinde ich in meiner Erinnerung ...; Krankheit, Sterben und Tod sind für mich wie ...; Andere Menschen in der Krankheit oder beim Sterben zu begleiten, heißt für mich ...; Wenn ich an mein eigenes Sterben und meinen eigenen Tod denke, wünsche ich mir ...“ (vgl. Aue 1995, 263). Weitere Übungen können den Büchern von Michael Aue u.a. und von Franco Rest entnommen werden.

Keine professionelle Informationsvermittlung kann die eigene biographische Auseinandersetzung als „persönliche Erfahrung“ (Petzold 1985u) übernehmen bzw. ersetzen. Die folgenden Ausführungen können zusätzliche Hinweise bereitstellen.

### 2.2 Leben und Tod

Das Leben eines Menschen spielt sich ab zwischen Geburt und Tod. Ohne eine Auseinandersetzung mit dem Tod kann die Bedeutung des Lebens nicht in ganzer Tragweite erfahren werden. „Leben ist angewiesen auf den Tod, ohne den Tod kein Leben. Der Mensch hat von jeher um die kosmischen Zusammenhänge zwischen Leben und Tod, zwischen Licht und Dunkel gewusst. ‚Leben‘ heißt Werden und Wachsen auf der einen Seite, Vergehen und Abnehmen auf der anderen Seite. Menschliches Leben spielt sich ab zwischen Zeugen und Geburt und Sterben und Tod“ (Arndt, 1990 17).

Leben und Tod sind dabei persönliche und private Erfahrungen: „Jeder stirbt seinen eigenen Tod, wie er sein eigenes Leben gelebt hat“ (Ankermann 2004, 177). Und: „Seinen Tod stirbt jeder allein (Sternberger 1981). ‚Niemand kann mich ersetzen in meinem Tod‘ (Levinas 1983, 192; vgl. Petzold/Orth 1999, 345). Die Frage nach der Kunst zu sterben ist letztlich eine Frage nach der Kunst zu leben. „Früher wie heute kann eine *ars moriendi* nichts anderes sein als eine *ars vivendi*, eine Kunst also, sein Leben so zu führen, dass es den Tod stets mitbedenkt und ihn dann nach einem halbwegs ‚gelungenen‘ Leben als unvermeidbar, wenn auch widerstrebend hinnimmt als das Ende und das Nichts, das alles Leid beendet, oder in der gewissen oder leisen Hoffnung, dies sei nicht alles gewesen“ (Ankermann 2004, 176).

Beschäftigung mit Leben, Tod und Sterben dient einer besseren Lebensbewältigung. Petzold (1965) spricht hier von *Thanatagogik* (von *thanatos* = der Tod in der griechischen Mythologie) als einer Agogik, „die mit der Vorbereitung eines Menschen und seiner sozialen Bezugspersonen (Angehörige, Familie) auf den Tod und das Sterben zu tun“ hat. Sie schließt Bildungsmaßnahmen mit ein, „die Informationen zum Themenkreis Tod und Sterben für unterschiedliche Zielgruppen“ (Petzold 1985, 22) bereitstellt, „[...] als Lernen des Sterbens im Leben, Lernen für das Sterben im Leben, das Leben lernen im Sterben“ (Petzold 1985, 22).

„*Vivere tota vita discendum est et, quod magis fortasse miraberis, tota vita discendum est mori.*“ („Zu leben lernen muss man über das ganze Leben hin, indes wüßtest du dich wohl noch mehr wundern magst, das ganze Leben lernst du zu sterben.“ Seneca, *De brevitate vitae* 7, 3).

## 2.3 Sterben und Leid

„Sterben [germ. Stw. ‚erstarren‘], scheiden aus dem Leben“ (Brockhaus 1975, fünfter Band, 130); „fortschreitender Ausfall der lebenswichtigen Funktionen eines Organismus, der dem“ [...] „Tod vorausgeht und mit ihm abgeschlossen ist“ (Brockhaus 1996, 21. Band, 98).

Sterben meint den Prozess vom Leben zum Tod. „Das Sterben ist keine pathologische Sache, sondern ein Lebensprozess, der in das Leben eingebettet ist.“ [...] „er kann zu jedem Zeitpunkt des Lebens eintreten“ (Petzold 2005d). Diese Tatsache wird oft verdrängt. „Verdrängung ist eine Gnade und wahrscheinlich ein – evolutionsbiologisch gesehen – sogar sinnvoller Mechanismus“ (ibid.). Wird die Tatsache der Endlichkeit bewusst, verursacht sie Angst und Furcht. Diese Furcht kann unterschieden werden: „Furcht vor dem, was nach dem Tod kommt; Furcht vor dem Sterben als Ereignis und Furcht davor, nicht mehr existent zu sein“ (Ochsmann 1993, 38). Die Furcht vor dem Sterben ist vielfach eine Furcht vor Siechtum und Schmerz. „Gestorben wird heute in Krankenhäusern und Altenheimen. Regional unterschiedlich sterben 67%-90% aller Gestorbenen dort“ (Wetzel 1999, 252). „*Institutionelles Sterben*“ ist indes vielfach weder selbstbestimmt noch professionell begleitet. Es wird immer wieder berichtet, dass Menschen, trotz des bekundeten Willens, sterben zu wollen, weiterbehandelt und am Leben gehalten werden.

„Die achtundsiebzigjährige Klara wird nach mehreren Intensivbehandlungen erneut mit starken Darmblutungen in die Klinik eingeliefert. Ihre Nichte kümmert sich um die schwerstkranke Frau, die mit ihrem Leben abgeschlossen hat und nunmehr in Frieden sterben möchte.“ [...] „der Dienst habende Chirurg umgeht in der folgenden Nacht Klaras eindeutige Willensäußerung, indem er ihre Bewusstlosigkeit abwartet und schließlich die Nichte einer Operation zustimmen lässt. Klara wacht aus der Narkose nicht mehr auf. Sie verstirbt im Operationssaal“ (Müller-Commichau 2000, 129). Laien erwarten vom Krankenhauspersonal einen professionellen Umgang mit Tod und Sterben. Davon kann leider oft nicht ausgegangen werden: Im Mittelpunkt steht die Behandlung zur Heilung und nicht die Versorgung zum Sterben, für Betreuung fehlt die Zeit, Tod ist ein Betriebsunfall der Medizin, Gefühle des Versagens und die Angst vor dem eigenen Sterben werden abgewehrt

durch die Sicherstellung der pflegerischen Grundversorgung und die Vermeidung von Gesprächen aus angeblicher oder tatsächlicher Zeitnot (Becker-Kontio 2000, 9f). Hier ist die Situation deutlich verschieden von der in einem *Hospiz* (Ochsmann/Petzold 2000; Petzold 2003j).

Umso verständlicher, dass wir die Augen davor verschließen möchten. Wir wissen nie *wann*, aber *das* wir sterben werden. „Nicht, dass ich Furcht vor dem Sterben hätte, ich möchte einfach nicht dabei sein, wenn’s passiert“, sagt Woody Allen.

„Sterben ist ein integraler Bestandteil des Lebens. Wenn man erkennt und zulassen kann, dass es ans Sterben geht, melden sich unbewältigte Konflikte und ungelebte Gefühle häufig noch einmal sehr massiv. Wenn Zeit und Raum dafür ist, kann Ungesagtes noch gesagt werden, können Wünsche noch erfüllt, Dinge noch geregelt und aus der Hand gegeben, ‚das Haus noch bestellt‘ und auch Erbsachen noch geklärt werden. Nicht nur Materielles wird vererbt: Auch der Umgang mit Abschied und Sterben kann über das Gespräch mit der nachfolgenden Generation an diese weiter vererbt werden. Früher gehörte Tod zum Leben und war öffentlich. Die Tür zum Sterbezimmer stand offen, nicht nur für die nächsten Angehörigen. Anders als heute fühlten die Menschen, dass das Ende nahte, bereiteten sich vor auf ihren Tod, leisteten Abbitte bei Gott und bei ihren Angehörigen. Nur der plötzliche Tod wurde als schrecklich empfunden“ (Rahm 1993, 259). Dieser angedeutete „gute Tod“ war und ist eher die Ausnahme (vgl. 2.5). „Das ‚gute Sterben‘, so wie wir uns das erträumen und ersehnen, gibt es selten“ (Petzold 2005d). „Was wir uns wünschen, ist der ‚gute‘ Tod, möglichst in der gewohnten Umgebung und möglichst im Beisein des oder der engsten Vertrauten. Für die meisten von uns wird das ein schöner Traum bleiben. Heute wie früher ist Sterben viel häufiger qualvoll, fast immer ein langer, mühevoller Kampf“ (Ankermann 2004, 176).

Sterben und Leiden sind vielfach verbunden. „Leid steht wohl immer im Zusammenhang mit ‚Mangel‘. Dieser mag ein Mangel sein an Freiheit, an Gerechtigkeit oder ein Mangel an liebender Zuwendung. Der Mangel an liebender Zuwendung wird wohl von uns immer am schmerzlichsten empfunden. Einerseits ist dieser Mangel Ursache für Leid in sich selbst, andererseits verstärkt er vorhandenes Leiden.“ [...] „Grundsätzlich ist wohl die Ungerechtigkeit im menschlichen Denken, Planen und Handeln eine der Hauptursachen für das Entstehen von Leid“ [...]. „Diese Ungerechtigkeiten ist dann verantwortlich für die unzähligen körperlichen und seelischen Leiden, die als Folgen von Kriegen überall und immer wieder auftreten.“ „Leid geht also einher mit der Erfahrung seelischer Betrübnis durch Krankheit und Schmerz oder anderer Entbehrungen und Verluste“ (Arrdt 1990, 22f). Die Frage nach dem Sinn des Leidens stellt sich jedem, der Leid erfährt (Petzold, Orth 2004/2005a).

## 2.4 ... und der Sinn?

Petra Sange (dieser Band) beschreibt Supervisionsprozesse mit KrankenpflegeschülerInnen. Den Unfalltod eines jungen Mannes beschreibt ein 21-jähriger Krankenpfleger im 2. Ausbildungsjahr. Er „berichtet, wie ihn dieser Tod in seiner Freizeit verfolge, er ‚sich selbst nicht wiedererkennt‘ und über den ‚Unsinn oder Sinn des Lebens‘ nachdenke“ (Sange, dieser Band). „Der Mensch ist das Wesen, welches nach dem Sinn seines Lebens fragt. Welche Antwort er auch immer geben mag, die Wirklichkeit des Bösen, von Krankheit, Leid und Tod bedrohen nicht nur das Leben selbst, sondern auch dessen Sinn“ (Körtner 1998, V). Ohne Sinn kann der Mensch nur schwer leben (Petzold/Orth 2004a).

„Das Nomen *Sinn*, ahd. *sin* = Weg, Richtung, Strecke, mit den Sinnen wahrgenommene Orientierung, ursprünglich von germanisch *sinpa* = Weg, Gang, Reise und ‚*sinnan*‘ = reisen, gehen zusammen mit dem *gesinde* = Reisegefährten (vgl. auch *senden*) zeigt, dass es“ [...] „um ein Wort geht, das vom unmittelbar sinnhaft Erlebten und ‚mit den Händen‘ im konkreten Handeln (ahd. *hantalon*) auf dem Lebensweg (*sin*) Erfahrenen, spürend Begriffenen bestimmt ist“ (Petzold 2001k, 7).

Dabei ist Sinn an die Wahrnehmung des Leibes gebunden. Aus der Wahrnehmung der Außenwelt entstehen Handlungen, aus ihnen werden Aktionen auf dem Weg des Einzelnen, die archiviert werden, „um dem Lebewesen auf seinem weiteren Wegen durch diese Erfahrung Orientierung (= *Sinn*) in seinem Lebensraum/in seiner Welt zu geben“ (Petzold 2001k, 6). Der Sinn eines Ereignisses erschließt sich demnach durch den *Weg*, den ich gegangen bin und den ich vorhabe zu gehen (Petzold/Orth 2004b). Sinnlosigkeit ist für den Menschen schwer zu ertragen. Psychologisch gesehen kann der Mensch nicht in einer Welt überleben, „die für ihn sinnlos ist“. Dabei ist der „Verlust oder das Fehlen eines Lebenssinns [...] vielleicht der allgemeinste Nenner aller Formen von Gemütsstörungen; Schmerz, Krankheit, Verlust, Misserfolg, Verzweiflung, Enttäuschung, Todesfurcht oder bloße Langeweile – sie alle führen zu der Überzeugung, dass das Leben sinnlos ist“ (Petzold 2001k, 3f). Wie die Herleitung des Wortes *Sinn* schon nahe legt, ist der *Sinn* angewiesen auf den Dialog, auf *Polyloge*, die Ko-respondenz mit meiner Mitwelt. „Persönlicher *Sinn* ist deshalb nicht zu lösen vom *Sinn* der Kultur(en), der ein Mensch zugehört“ [...]. „So verschränken sich individueller und kollektiver *Sinn*, *Sinn* als ein Hin- und Her-Laufen von Sinnströmen, die sich wechselseitig erhellen, bereichern, erschaffen“ (Petzold 2001k, 9f).

*Sinn* erschließt sich im Dialog, in Ko-respondenz, im Polylog mit unterschiedlichen Gesprächspartnern. Sinnsuche findet im Rahmen einer Zeit statt, „in der die tradierten Interpretationen und Sinnzusammenhänge zunehmend an Tragfähigkeit verlieren, sinnlos werden und einen leeren Raum hinterlassen“ (Petzold 1985, 12f). „Ewige Wahrheiten“ gelten in der „Postmoderne“ (Lyotard) für viele Menschen nicht mehr, die dann auf sich zurückgeworfen sind und ihren eigenen *Sinn* finden müssen. Vielleicht haben sie dabei Freunde, Verwandte, die ihnen als Gesprächspartner zur Verfügung stehen, vielleicht auch einen „säkularen Seelsorger“ (Petzold 2005b) oder einen Priester als geistlichen Beistand oder eine Krankenschwester, einen Pfleger, Krankenhauspsychologen, eine Psychotherapeutin, die einfach da sind, wenn ein Gespräch notwendig ist. Diese Situationen stellen HelferInnen – auch wenn sie von Professions wegen mit solchen Fragen tagtäglich befasst sind – immer wieder vor Probleme, in denen sie Unterstützung brauchen. Und hier kommt dann Supervision ins Spiel.

SupervisorInnen können hier Gesprächspartner werden, die Helfern helfen können, für ihre KlientInnen und für sich selbst „*Sinn*“ zu erschließen. Besonders in der Supervision für Krankenhaus- und HospizmitarbeiterInnen stehen SupervisorInnen vor menschlich und fachlich anspruchsvollen Aufgaben. Fragen des Sinnes, Sinne (plur. als mehrwertige Sinnfacetten verstanden; Petzold 2001k) zu erkennen, ist gerade in der Sterbebegleitung nicht immer leicht. „Was immer der Betreuer tut und leistet, den Tod kann er nicht verhindern. Nicht selten erscheint ihm seine Unterstützung sinnlos, sogar umsonst, weil der Betreute ja doch stirbt. Bei der Begleitung eines final Kranken vollzieht der Betreuer regelmäßig vieles von dem mit, was den Kranken bewegt: Ebenso wie dieser bilanziert er sein Leben, fragt nach dem *Sinn* seines Lebens, wird sich der eigenen Sterblichkeit bewusst und überprüft seine persönliche Einstellung zu Tod und Sterben. Im Nachhinein wird dieser Prozess zwar meist als hilfreich und bereichernd beschrieben, aktuell jedoch kann er viele belastende Empfindungen hervorrufen“ (Aue 1995, 205). Das eigene Leben des Betreuers kann in den Hintergrund geraten, er kann sich schuldig fühlen, weil er ja weiter lebt und nicht krank ist. Gerade weil Sinnlosigkeit schwer zu ertragen ist, zu Hilflosigkeit und Ohnmacht führen kann, sollte sich Supervision einer Auseinandersetzung mit diesen Themen nicht verschließen. Supervisoren müssen aber für diese Bereiche und Aufgaben hinlänglich vorbereitet sein. Ohne spezifische Feld- und Fachkompetenz werden sie nicht auskommen. Supervisorische Allgemeinkompetenz genügt nicht!

Der Mensch hat den Hang, in allem einen *Sinn* zu sehen und letztlich an eine gerechte Welt zu glauben (Flammer 1990, 134f). Aber nicht hinter allem Unglück, Leid und Sterben ist für Menschen ein *Sinn* zu erkennen. Das kann quälend sein, und dann kann „Aussprechen“ und gestütztes „Aushalten“ Entlastung bieten. Solche Unterstützung, Trost und Beruhi-

gung können als solche „Sinn“ stiften: „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 Einordnung ... aufgezeigt“ (Petzold 2005d), *Wege der Versöhnung*, wo Entzweiung und Verletzungen zwischen Menschen war, oder *Wege der Aussöhnung* mit dem Schicksal, mit den bedrückenden Fakten des Lebens, wo eine interpersonale *Versöhnung* nicht oder nicht mehr möglich ist oder – waren die Übergriffe zu grausam – auch nicht gewollt wird. Die Differenzierung „Versöhnung/Aussöhnung“ (Petzold 1988n, 234f) ist für die beraterische, therapeutische Strategienbildung und damit auch für die supervisorische Praxis von erheblicher Bedeutung, weil damit schwierige „offene Situationen“ in einer sinnorientierten Weise angegangen werden können. „Versöhnen kann ich und will ich mich mit meinem Vater nicht! Die Missbrauchsgeschichten will ich ihm nicht vergeben, aber mich mit meinem Schicksal *aus-söhnen*, dass ich einen solchen Säufer als Vater hatte, das will ich. Ich kann ihn lassen. Das alles soll keine Macht mehr über mein Leben haben. Ich lebe jetzt *mein* Leben!“ So eine 36-jährige Patientin mit einer Angststörung, die trotz Drängen ihrer Geschwister den sterbenden Vater, der sie über Jahre missbraucht hatte, nicht im Krankenhaus besuchen wollte. „*Sinn* hat das alles nicht gemacht, vielleicht den, dass ich jetzt wirklich schätzen kann, was es heißt, Frieden zu haben, und wie kostbar es ist, ohne Terror zu leben.“

In der Supervision wird es darum gehen, Helfer darin zu unterstützen, ihre eigenen Sinnsysteme zu erkennen und in der Unterschiedlichkeit zu denen ihrer Patienten zu sehen, eine Wertschätzung von Differenzen zu ermöglichen, die die „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1983, 1989; Haessig/Petzold 2004) ernst nimmt und als sinn-voll erlebt. Eine an dem Alteritätsprinzip von Levinas und dem Intersubjektivitätsideal von Gabriel Marcel (1967) ausgerichtete Praxis ermöglicht gemeinschaftliche, ko-respondierende Sinn-/Konsensfindung oder wertschätzende Feststellung von Dissens zwischen Supervisor und Supervisand und zwischen Supervisand/Berater/Schwester/Pfleger etc. im Zusammenhang des *supervisorischen Mehrebenensystems*, durch das allein schon eine Vielfalt von „Sinn/Sinnen“ erfahrbar wird (Petzold 1996k).

Das Sinnthema kann in diesem Text nur gestreift werden. Weil Supervision als kontextanalytische Praxis aber eine sinnschöpfende Methodologie *par excellence* ist – denn Sinn entsteht in Zusammenhängen und strukturiert sie (Luhmann 1971), wie im Ko-respondenzmodell der Konsens-Dissens-Prozesse interventions- und supervisionsrelevant gezeigt wurde (Petzold 1978c) –, müsste eine vertiefte und systematische Auseinandersetzung mit dem Sinnthema erfolgen (für die Integrative Position sei hierzu auf die beiden Bände Petzold/Orth 2004a, b verwiesen). Ansonsten bleibt derzeit nur auf einen großen weißen Fleck auf der Landkarte supervisorischer Wissensstände zu verweisen – man hat sich mit dem Thema bislang praktisch nicht befasst.

## 2.5 Tod und Trauer: Tabu, „Faszination und Verdrängung“

... „keine Oper, kein Theaterstück, kein Roman ohne Sterbeszene“ [...]. „Möglichst genau im Detail will man alles sehen, im Film wie in der Wirklichkeit – zumindest, wenn es um den Tod des anderen geht“ (Aue 1995, 258). *Franco Rest* spricht von „Todespornographie“ in der heutigen Zeit und das „Reality-TV bietet in der Tat immer wieder grausame Details in sensationistischer Absicht“. Pornographie versteht er „als die stimulierende Beschreibung von mit Tabus umgebenen Handlungen und Ereignissen, wobei diese Tabus in erster Linie die Funktion der Ersatzbefriedigung haben. Die drei klassischen Tabubereiche unserer Kulturkreises sind Zeugung bzw. Begattung, Geburt und Tod;“ [...] „Früher geschah die Todesbewältigung durch Einbalsamierung der Leichen, heute eher durch Wegleugnen – oder eben durch pornographische Publizierung“ [...] „der gewaltsame, unnatürliche und



massenhafte Tod“ wird „zum stimulierenden Gegenstand der Phantasieerzeugnisse in Film, Massenpresse, Fernsehen, Comics.“ [...] sie sollen ablenken „vom eigenen Sterben und von der sozialen Aufgabe der Sterbebegleitung“ (Rest 1998, 82).

„Die Genauigkeit des Hinsehens lässt deutlich nach, wenn es gilt, einen Blick auf den eigenen Tod zu werfen“ [...] „nicht nur bei AIDS ziehen sich die Mitmenschen vom Sterbenden zurück, weil sie die Präsenz des Todes in der eigenen Nähe nicht ertragen“ (Aue 1995, 258). Die Neugier/Gier, den gewaltsamen Tod, die Leiche im Detail zu sehen, hat deutlichen Abwehrcharakter, denn als Film-Betrachter steht man außerhalb des Geschehens. Man wähnt die Macht zu haben, es sich vom Leibe zu halten. Der filmische Tod ist zumeist ein schneller: zwei Schüsse, ein kurzes Verröcheln. Das „elende Sterben“ über Tage und Wochen, wie es uns in der klinischen Realität oft, wenn nicht regelhaft begegnet, wird allerdings nicht in den Blick genommen, sein Realitätsgehalt ist zu hoch, zu bedrängend, als dass die Scheingewissheit: „Das kann mir nicht passieren“ das Grauen und die Angst noch abpuffern könnte – die kognitive Dissonanz, die das Extrem der filmisch aufbereiteten Gewalttat erzeugt – würde durch die Realitätsqualität von Intensivstationen und Sterbezimmern perforiert.

Das Thema Tod wird in unserer Gesellschaft vielfach tabuisiert – trotz oder auch wegen seiner *quasipornographischen* Zurschaustellung (diese Formulierung liegt uns mehr als die von Rest, obgleich in deren Anstößigkeit auch ein Moment *parrhesiastischer* Klarheit liegt; vgl. Petzold et al. 1999/2001). Trauer, Leid, Gram als aufwühlendes, erschütterndes, persönliches Getroffensein ist ein Störfaktor, weil es sich um „infektiöse“ Emotionen handelt, durch die man in einem Maße affiziert wird, dass man sich kaum schützen kann. Die Todesfurcht greift nach dem Menschen, bringt ihn mit der Ohnmacht in Kontakt, mit der „Jedermann“ vor dem Schnitter steht. „Tod ist Handlungsunfähigkeit.“... „Der Tod bedeutet Endgültigkeit, und unser Leben ist mit dem Tod unserer möglichen Einflussnahme entzogen“ (Arndt 1990, 26). All unser Handeln wird wirkungslos. Hilflos und ausgeliefert stehen wir vor diesem ultimativen Ende. An der Erfahrung der „eigenen Wirksamkeit“ hängt aber gerade in unserer Kultur die Vorstellung eines glücklichen Lebens (Flammer 1990, 16).

In einer Gesellschaft der „ewig Jungen“, des Jugendkultes, in der alt nicht alt sein darf, werden Alter und Tod tabuisiert. – „Der Tod und die Trauer verbunden mit den dazugehörigen Assoziationen des Schmerzes, der Einsamkeit, die Verzweiflung und der Endgültigkeit passen nicht hinein in die Lebensart unserer Gesellschaft, die sich an Leistung, Lebensfreude und Fitness orientiert“ (Diderich 2002/2003, 89).

„Doch wenn der Tod tabuisiert wird, kann die Sinnhaftigkeit des Lebens nicht vollständig erfasst werden, bleiben drängende, beunruhigende und existenzielle Fragen offen, die die Auseinandersetzung mit Begrenzung und Angst erfordern“ (Sange, dieser Band). „Trauer ist heutzutage ein gesellschaftlich unerwünschtes Phänomen, dem enge örtliche und zeitliche Grenzen gesetzt sind. Der Arbeitnehmer erhält beim Tod eines engen Familienangehörigen für die Beisetzung einen Tag Urlaub; am Grab sind Tränen erlaubt und angemessen; am nächsten Tag muss er wieder funktionieren. Entlastende Rituale, die es dem Trauernden erlauben, seiner Trauer adäquat Ausdruck zu verleihen, sind in den städtischen Ballungsgebieten weitgehend verkümmert.“ [...] „Der Trauernde wird häufig als Störfaktor empfunden, er hat das Gefühl, seine Trauer sei ihm nicht gestattet, er stelle für seine Umwelt eine Zumutung dar“ (Aue 1995, 276). Vor allen Dingen erhält er oft nicht den Trost und Beistand, Zuspruch und die Stütze, die er in einer Kultur des „öffentlichen Sterbens“, einer Kultur der sozialen Nähe (Sennett 1987) in erlebbarer Konkretheit erhielt. In einer Zeit der Atemlosigkeit, der rapiden Mobilität und Hyperflexibilität, des Verfalls von Würde und Respekt (idem 1998, 2002) ist für eine „Kultur der Trauer und des Trostes“ nur noch wenig Raum. Supervision, die – wie im Integrativen Ansatz – diskursanalytische und dekonstruktivistische Analysen (Derrida 1982, 1986; Foucault 1971, 1998; Bublitz et al. 1999) des Makrokontextes in gesellschaftskritischer Absicht (Berlin 1998; Sennett 2002) durchführt, sieht diese Tendenzen und ihre Hintergründe. Sie erkennt, dass die marginale Be-

handlung der Fragen um Alter, Leiden, Sterben, Tod in der supervisorischen Fachliteratur (ähnlich übrigens wie die Themen Armut, Devianz, Sexualität, Gewalt) mit den allgemeingesellschaftlichen Marginalisierungsprozessen dieser Themen zu tun hat bzw. sie reproduziert. Das wäre ein Grund mehr, sich mit solchen Fragen fundiert auseinander zu setzen, wofür in der neuerlichen monetaristischen „Marktorientierung“ (Weigand 1999) breiter supervisorischer Kreise unter Hintanstellung der „Hilfeleistungsorientierung“ (Petzold et al. 1999/2001) das Interesse und vielleicht auch der intellektuelle Eros in der „community of practitioners“ unter den Supervisoren zu fehlen scheint.

Supervision ist dann synchronisiert mit dem **Diskurs** (Foucault) neoliberalistischer Profitmaximierung, die die institutionelle Praxis der gesellschaftlichen Solidaritätsverpflichtung und Fürsorgepflicht zunehmend bestimmt und die das „Elend der Welt“ auszublenden bestrebt ist (Bourdieu 1997, 1998; Leitner 2000, 2002; Leitner/Petzold 2004), statt sich als eine Disziplin „engagierter Praxis“ zu definieren. Es ist dies der **Diskurs**, der in Kliniken zum Tragen kommt, wenn man versucht, Patienten möglichst schnell und kostenminimiert „aus dem Bett“ zu bringen, ohne Blick auf ihre psychische Situation und praktische Lebenslage (Klinik: Von der ursprünglichen Bedeutung des griechischen Verbes *klinein* = sich hinwenden, hinabbeugen, leiblich zuwenden ist vielfach in modernen Kliniken nichts zu spüren; Petzold 2003a, 2). „Eine, wie wir es nennen, ‚Ars moriendi‘, eine gesellschaftliche anerkannte Kunst des Sterbens sucht man vergebens. Ein lebenslanger Umgang mit der allgemeinen Vergänglichkeit wird vielmehr lebenslang verdrängt – auch in unseren Kliniken“ ... Sterbebegleitung komme in den Ausbildungen in aller Regel nur am Rande vor, der im Krankenhaus „durchschnittliche tätige Mitarbeiter“ verfüge weder über die Kompetenz noch Grundkonzeption, „Sterbende zu begleiten“ (Müller-Commicheau 2000, 128).

„In unserer Kultur ist Sterben im Allgemeinen eher tabuisiert, Abschied und Trauer werden weniger gelebt. Es gibt kaum Rituale, kaum Modelle“ (Rahm 1993, 259). Aber es gibt auch andere, quantitativ wohl nicht sehr starke Tendenzen, aber immerhin, denn Franco Rest stellt zu Recht auch eine Veränderung der Tabuisierung mit dem Ende der Industriegesellschaft fest: „... immer mehr Menschen sind bereit, zu einem solidarischen Aushalten eines fremden Sterbens“ [...] „strukturelle Gegebenheiten der Gesellschaft zwingen zur [...] Rückführung aus der Krankenversorgung in die Familie, aus der Professionalität in die Sozialität.“ [...] „Der Tod und das Sterben werden nicht mehr als obszön empfunden; das Sterben wird der Geheimhaltung und dem ‚in aller Stille‘ schrittweise entzogen.“ [...] „Immer weniger Kommunikationshemmungen versperren uns den Weg, zusammen mit anderen den Tod menschlicher und das Sterben sterblicher zu gestalten“ (Rest 1998, 27f). Diese Tendenzen sind aufzugreifen und zu fördern, wo immer sie sich zeigen, und natürlich auch in der Supervision, die damit die Helfer unterstützen kann, ihren PatientInnen/KlientInnen und ihren Angehörigen Hilfen bei diesen Themenkreisen zu geben.

## 2.6 Der vielleicht bessere Tod in früheren und anderen Kulturräumen – von alten Ritualen lernen

Franco Rest weist auf die Verkehrung der Tabus hin: Während im 19. Jahrhundert Zeugung und Geburt dem Blick entzogen wurden, wird heute Tod, Leid und Sterben unserem Blick entzogen und in Krankenhäuser und Altenheime verlegt (Rest 1998, 82). „Das Sterben ist nicht mehr in unseren Sozialisationserfahrungen verankert. Man hat es aus dem Alltag verbannt. Durch die Delegation der Sterbenden an Institutionen ist eine zunehmende Unvertrautheit mit dem Tod entstanden – und das Unvertraute gewinnt an Bedrohlichkeit. Das Sterben wurde pathologisiert. Der Tod gehört nicht mehr zum Leben“ (Petzold 1985a, 538). „Der Tod wird aus dem Bewusstsein verdrängt. Diese ‚Ausbürgerung‘ des Todes, so Aries (1976, 1982), ist ein Phänomen der Neuzeit. In früheren Epochen, beispielsweise im Mittelalter, hatten die Menschen ein geschärfteres Bewusstsein, ‚Tote auf Abruf‘ zu sein“

(Ochsmann 1993, 115). Norbert Elias unterstellt Aries allerdings eine romantisierende Sichtweise des Todes in früheren Jahrhunderten. „Verglichen mit dem Leben in hoch industrialisierten Nationalstaaten war das Leben in mittelalterlichen Feudalstaaten eher als – und ist, wo immer solche Staaten noch existieren, auch in der Gegenwart – leidenschaftlich, gewalttätig, daher unsicher, kurz und wild. Sterben kann qualvoll sein und voller Schmerzen. In früheren Zeiten hatten Menschen weniger Möglichkeiten, die Qual des Sterbens zu lindern. Nicht einmal heute ist die Kunst der Ärzte fortgeschritten genug, um allen Menschen ein schmerzloses Sterben zu sichern.“ [...] „Sicher ist, dass man im Mittelalter unverhohlener und häufiger vom Tod und vom Sterben sprach, als das heute der Fall ist.“ [...] „Verglichen mit der Gegenwart war das Sterben damals für Jung und Alt unverdeckter, allgegenwärtiger und vertrauter. Damit ist nicht gesagt, dass es friedlicher war.“ [...] „Was in der Vergangenheit zuweilen trost- und hilfreich war, war die Gegenwart anderer Menschen beim Sterben“ (Elias 1983, 24ff), wobei sowohl die gefühlvolle Begleitung überliefert ist als auch das Verspotten und Verlachen des sterbenden Alten. Der Hinweis von Petzold (1982f) auf Trauerrituale der Vergangenheit und seine Arbeiten zur Klagekultur anderer Ethnien scheint zu bestätigen, dass in der Vergangenheit – wenn es denn möglich war – gemeinschaftlicher und bewusster mit der eigenen Endlichkeit umgegangen wurde, Zugänge, von denen wir z.T. heute in der Trauerarbeit und in der Trostarbeit lernen können (Petzold 1985a, 513f; idem 2004l, 2005d).

Romantisierende Aktualisierung von alten Ritualen, darum kann es wohl kaum gehen, denn sie müssen von gemeinsamen, tragfähigen Bildern und kollektiven mentalen Repräsentationen (idem 2004a) unterfangen sein, damit sie Trost und Versicherung geben. Aber von ihrer strukturellen Funktionalität kann man lernen, und sollte bemüht sein, „zusammenbindende, verbindende kollektive Formen“ gemeinsamen Erlebens-, Fühlens und Handelns, aus denen Sinnerleben entfließt, zu finden, denn genau das sind Rituale und das ist ihre Funktion: Die im Schmerz aufgewühlten, unmittelbar Betroffenen werden durch die tröstende Anteilnahme der Anderen, Gefassteren, durch die beruhigenden Gesten, die ritualisierten Bewegungen, Gesänge, Handlungen beruhigt (durch Spiegelneuronenaktivität wird eine down regulation amygdaloider Übererregungszustände ermöglicht; vgl. Petzold 2004l). Das gemeinschaftliche, feierliche Begehen der Obsequien, der Trauerfeiern verdeutlichen: Es ist so, das Menschen sterben müssen, und das Leben dennoch weitergeht, du aber nicht alleine bist. Und eine solche Erfahrung stiftet Sinn (Petzold/Orth 2004a). Das gemeinsame, schöpferische Gestalten von Leid in neuen Ritualen auf dem Hintergrund eines solchen Verständnisses hat Chancen, Menschen zu entlasten und in der psychosozialen Praxis zu neuen methodischen Ansätzen zu finden.

#### *Bilder vom Menschen bestimmen unsere Begegnung*

Supervisorisches Handeln und die Praxeologien, die von SupervisorInnen begleitet werden: Psychotherapie, Agogik, Soziotherapie werden durch Menschenbilder bestimmt. Ohne „Bilder vom Menschen“ (Petzold 1991l, 1984a, 2003e; Fahrenberg 2004) – und seien sie für unser Bewusstsein nur implizit anwesend –, die in uns aufgerufen werden oder die wir – sind sie uns bewusst – in uns entstehen lassen, wie eingangs erwähnt, ist eine angemessene Begegnung mit trauernden, leidenden oder sterbenden Menschen kaum möglich.

Ein Bild vom Menschen hatte Seneca, hatten die Mönche der Pilgerhospize des Mittelalters, haben Menschen heute, wenn sie sich mit der Frage der Menschenbilder auseinandersetzen – und jeder trägt mehrere in sich (die seiner Kindheit, seiner religiösen Sozialisation, die seiner adoleszenten Emanzipation, seiner Studientage, seiner therapeutischen Ausbildung, seiner aktuellen geistigen Interessen). Diese Bilder können in unterschiedlichen Situationen „getriggert werden“ und dann zum Tragen kommen, das Handeln des Menschen beeinflussen, oft ohne dass er es bemerkt.

„Wer sterben gelernt hat, hört auf, Knecht zu sein.“ So schreibt Seneca. „Würdig sterben, heißt gerne sterben. Fest wird das Herz nur in unermüdlich übender Vorbereitung, wenn man nicht nur

*Worte macht, sondern sich innerlich weiterbildet, sich auf den Tod vorbereitet.“ (Seneca cit. Rest 1998, 25). Seneca, von seinem Schüler Nero zum Selbstmord gezwungen – er stirbt lehrend, umgeben von seinen Schülern einen würdigen Tod (vgl. Tacitus, Annales 15, 62) –, wird als der Wegbereiter der mittelalterlichen Sterbekunst gesehen. Die christlichen und buddhistischen Mönche, die schon früh Xenodochien, Herbergen für Fremde und am Wege Liegengebliebene betrieben (Petzold 2005d; Knaus, dieser Band), die Pilgerhospize der „Armen Brüder des St. Johannes“ (Johanniter), der „Bruderschaft für einen guten Tod“ sahen den geschundenen Christus in den Kranken und Sterbenden (Rest 1998, 25). Wenn altsteinzeitliche Zeugnisse belegen, dass Verletzte versorgt wurden, gepflegt wurden, bis sie gesunden oder offenbar bis zum Tod Beistand erfahren haben, entsteht ein Bild eines Menschen, der neben aller Grausamkeit auch altruistische, menschenliebende Seiten hat (Buss 1999; Cosmides/Tooby 2003; Mysterud 2003; Petzold/Orth 2004b), ein Bild, das auch heute handlungsleitend werden kann: „Menschen kümmerten sich um Menschen gerade in Situationen von Krankheit, Sterben und Tod als Prozesse des Lebens“ (Petzold 2003e). Ein weiteres Bild vom Menschen findet man im Integrativen Ansatz gebündelt in den Begriffen „**Hominität** und **Humanität**“: *Hominität* bezeichnet die wesenhafte Möglichkeit des Menschen zu Selbstentwicklung, Souveränität, Solidarität, Gemeinwohlorientierung und sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln und bildet die „*Grundlage von Humanität*“ (Petzold 2003e). Dabei wird nicht vergessen, dass dem Mensch ein Potenzial zur Destruktivität und Aggressivität inne wohnt (idem 1986h; Petzold/Orth 2004b; Bloem et al. 2004) – die Sicht ist keineswegs harmonistisch –, welches eben ein wachsaues Eintreten für Hominität und Humanität erfordert.*

Unsere Bilder vom Menschen werden somit zur Voraussetzung, uns selbst und anderen Menschen – trauernden, sterbenden, leidenden, aber auch freudigen und glücklichen – zu begegnen. Sehen wir im Menschen den Zellhaufen, den Bruder, die Schwester, den senilen Alten, den Mitmenschen? Das müssen wir uns fragen. Unser inneres Auge und unsere inneren Bilder und Visionen (Hüther 2004) bestimmen unseren Umgang mit dem Anderen (Levinas 1983) und dem Anderen in uns selbst (Ricœur 1996).

### 3. Aspekte für Begleitungen

Wenn supervisorische Hilfen für die Begleitung von Begleitern in ihrer Arbeit mit alten, kranken, hochbetagten, sterbenden Menschen gegeben werden sollen, müssen Supervisorinnen sich ihrer Konzepte zu diesen Themen versichern. Sie müssen sich selbst in Begegnungen mit Sterbenden erfahren haben (Petzold 1980a; 1985u) und persönliche Positionen zu diesen Themen gewonnen haben, und sie müssen ihre SupervisandInnen dazu anregen. Vor allen Dingen müssen sie in der Lage sein, eine *konviviale*, gastliche Beziehungsqualität herzustellen (Petzold, Müller 2005). Im Folgenden einige Anstöße (grundlegend idem 1984c).

#### 3.1 Das Leben und Sterben des Anderen

Was Leben, Tod und Sterben für mein Gegenüber bedeutet, kann ich allenfalls erahnen. „Bei jeder Betrachtung über das Leben erfassen wir nur Ausschnitte, und die Erfahrung unseres Lebens machen wir, indem wir unser Leben leben: eine Erfahrung, die letztlich immer nur unsere eigene Erfahrung bleibt. So muss auch das Verständnis von Tod immer im eigenen und persönlichen Bezug von Leben stehen. Ich kann etwas aussagen über meine Angst vor dem Tod. Ich kann jedoch kaum oder nur zu einem geringen Maß verstehen, was Tod für einen anderen Menschen bedeutet. Es ist immer auch unsere persönliche Bereitschaft, sich den Fragen zu stellen, die angesichts des Todes auftreten, und die Geduld aufzubringen, die wir brauchen, um Antworten in uns wachsen zu lassen. Es ist immer wieder der

konkrete und bewusste Umgang mit Menschen, die dem Tode nahe sind, als Sterbende oder als Trauernde, der uns helfen wird, persönliche Antworten auf Fragen zu finden, die im Zusammenhang mit Sterben und Tod auftreten. In jeder Begegnung mit Sterbenden und Trauernden begegnen wir uns selbst, denn immer sind wir auch Sterbende, und immer sind wir auch Trauernde“ (Arndt 1990, 42).

Man kann also niemals mit Sicherheiten in eine Begleitung gehen und muss höchst individualisiert ansetzen (*Spiegel-Rösing/Petzold* 1984), die inneren Welten des Anderen zu betreten suchen, seine „social worlds“, d.h. seine Weltansichten mit seinen Werten und Normen zu erfassen suchen (*Brühlmann-Jecklin/Petzold* 2004). Man muß die *Alterität*, die „Andersheit des Anderen“ (*Levinas* 1983) wertschätzen, nur so kann eine *Ebene der Begegnung* gefunden werden, die die Essenz jeder Begleitung ist und die Qualität einer Beziehung gewinnen kann, wenn sie über eine längere Zeitstrecke geht. Dabei können Begleiter sich großer innerer Beteiligung in der Regel nicht entziehen. Wenn es in solchen Leidens- und Sterbeprozessen zu großen Persönlichkeitsveränderungen des Begleiteten oder gar zu einer psychiatrischen Auffälligkeit kommt (*Petzold* 1980a, 1984c), können für den Begleiter so starke Belastungen entstehen, dass eine Entlastung und menschliche und fachliche Unterstützung durch Supervision zu einer großen Hilfe werden kann, immer vorausgesetzt, der Supervisor/die Supervisorin verfügen über die notwendige Kompetenz und Performanz.

### 3.2 Trauern und Sterben als Prozess

In der Supervision können wir Menschen begegnen, die eine schlimme Nachricht erhalten, oder Menschen, die solche Menschen begleiten und mit dieser Erfahrung in der Supervision Unterstützung und Hilfen suchen. Den unmittelbar Betroffenen, aber auch den mittelbar Berührten, dem Berater, der Krankenschwester, dem Supervisor wird bewusst, dass sie sich von geliebten Menschen oder Dingen verabschieden müssen, und dann können Trauer und Schmerz aufkommen.

„**Trauer** ist immer im Zusammenhang mit Verlust zu sehen, genau wie Ablösung immer Bindung voraussetzt“ [...] „Verlust bedeutet, dass etwas, was zu mir gehört, z.B. körperliche und geistige Fähigkeiten, oder etwas, was zu einem Stück von mir geworden ist, z.B. ein geliebter Mensch, ein Haus, eine Landschaft, unwiederbringlich aus meinem Leben verschwindet, d.h. der Möglichkeit unmittelbaren Kontaktes entzogen ist“ (*Petzold* 1985a, 506f).

Oder umfassender definiert: »**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, Geschlecht und sozialen Regeln, „kollektiven mentalen Repräsentationen“ ..., z.B. religiöser oder weltanschaulicher Art, die in den „subjektiven mentalen Repräsentationen“ (ibid.) 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, Versöhnlichkeit); 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 Verpflich-

tungen, Hilfeleistungen, Unterstützung, gemeinschaftliche Überwindungsarbeit usw.); in der *physiologischen Dimension* ist Trauer mit spezifischen Erregungsmustern und Stressreaktionen oder auch mit Beruhigungs- und Entlastungsreaktionen verbunden, abhängig von den aktuellen Kontextbedingungen und den vorgängigen Verlust-, Trauer-, Trost- und Überwindungserfahrungen« (idem 2004l; vgl. idem 2005d). Trauer ist also ein höchst komplexer Prozess, und der braucht Zeit.

Prozesse der Trauer und Trauerarbeit werden bei Verlusten erforderlich, bei endgültigem Abschied-Nehmen, und das ist ein „Nehmen“, ein Hineinnehmen des Verlorenen in das Gedächtnis, ohne zu verdrängen oder zu dissoziieren, damit es zum *Erfahrungsschatz des Lebens* gehören kann. Trauer ist: a) eine komplexe Emotion bei „*stressfull life events*“ (z.B. Trennungen) mit unterschiedlichen Intensitäten, Begleitgefühlen (Schmerz, Zorn, Verzweiflung, Angst, Ohnmacht, Niedergeschlagenheit usw.); Trauer ist b) ein psychischer und sozialer Prozess der Verarbeitung von Verlusten und Beschädigungen persönlicher (zuweilen kollektiver) Integrität. Gelingt er, führt er zu Integration, Neuorientierung, vielleicht Kreativität (*salutogene Trauerarbeit*). Er kann auch zu *pathologischer* Trauer mit psychosomatischen Reaktionsbildungen, Depressionen, Ängsten, sozialem Entgleisen führen (Osterweis et al. 1981). Trauer ist aus humanethologischer Sicht ein Verhaltensmuster nach gewaltsamen Unterbrechungen von Bindungen, mit transkulturell stabilen nonverbalen Merkmalen, Trauermimik und -gestik (Scheidt 1985) und mit akuten und prolongierten psychophysiologischen Reaktionen, die variable individuelle Ausprägungen zulassen (abhängig von Ereignis, Art des Verlustes, protektiven Faktoren, Resilienzen, Grad der Traumatisierung, gelungenen/misslungenen Trauerprozessen). Die sozialen Formen von Trauerprozessen (Stubbe 1985) sind sehr variabel. *Trauerarbeit* ist:

- a) die Arbeit, die das „Ich“ in Abschieds-, Bewältigungs-, Verarbeitungs- und Integrationsprozessen leistet;
- b) die Bewältigungsarbeit eines sozialen Gefüges (Netzwerk, Convoy);
- c) die Arbeit von Helfern mit verlustbedrohten Menschen (antizipatorische Trauer), mit Aktualtrauer und mit retrograder Trauer.

Feste, sequenzielle Phasenmodelle, welche in den 60iger und 70iger Jahren erarbeitet wurden (Kübler-Ross/Kast u.a.), werden durch Forschung nicht gestützt. Prozessmodelle haben nur eine heuristische Bedeutung, denn „Phasen“ der Trauerarbeit können variieren, fehlen, mehrfach auftauchen. (vgl. die „integrative“ Prozessheuristik“; Petzold 1985a, 510 und den Kasten unten). Eine solche Heuristik kann Phänomenbeobachtungen unterstützen, auf deren Grundlage supportive, entlastende, integrierende und aktivierende Interventionen in Trauerarbeit, -begleitung und der Therapie pathologischer Trauerprozesse zum Tragen kommen sollten. Dabei ist abzuklären, ob nicht aufgrund traumatisierender Verluste eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, die spezifische Formen der Traumatherapie erfordert (Petzold, Wolf et al. 2002). **Trauerarbeit** muss in fast jedem psychotherapeutischen Prozess geleistet werden und ist ein normales Geschehen in jedem menschlichen Lebensverlauf. Sie hinterlässt Spuren. Auch nach Jahren kann eine Resttrauer festgestellt werden. Man wird berührt, weich, wenn man z.B. ein Erinnerungsstück findet, und das ist gut so, weil man nicht verhärtet und vergleichgültigt ist. Man weint vielleicht, aber wird nicht mehr „weggeschwemmt“. In therapeutischer und beraterischer Trauerarbeit muss Trauer nie vertieft werden. Sie fließt, wie sie fließt.

Trauern ist bei *schmerzlich* erlebten Verlusten (also nicht bei jedem Verlust) ein erforderlicher Prozess von allerdings unterschiedlicher Intensität, Dauer und Tiefe – er kann durchaus in gesunder Weise „flach“ verlaufen, ohne dass es zu Folgen wie psychischen oder psychosomatischen Störungen aufgrund „vermiedener, verleugneter“ Trauer kommen muss. Ganz im Gegenteil, längsschnittliche Studien zeigen bei Menschen mit stark erschütternden und tiefen Trauerprozessen genau die Risiken, die man flacher, unzureichender Trauer zugeschrieben hatte (Bonanno 1999; Stoebe et al. 1993). Hier müssen also Konzep-

te klassischer tiefenpsychologischer Trauertheorie korrigiert werden. Im Altertum wusste man: Trauer sollte nicht im Übermaß und in zu ausgedehnter Länge erfolgen (vgl. die Trostbriefe des *Seneca*; *Petzold* 2004) und erfordert als wichtigstes Remedium **Trost**, der entgleisenden Prozessen des limbischen Systems und der Überaktivierung der „Stressachse“ entgegenwirken sollte (ibid.). Trauer wird durch zirkuläres Geschehen geprägt und verläuft individuell verschieden (*Diderich* 2002/2003, 64ff., 90). *Petzold* beschreibt auf Grund langjähriger Beobachtung und Dokumentation eine Verlaufsheuristik des „integrativen Trauer- und Bewältigungstrajekts“ (*Petzold* 1982f/2004). Trauerverläufe bezeichnet er als *Trajektorien*, Übergänge, die individuell verschieden sind und geprägt werden von Kultur, Kontext, Lebenslage, Lebensalter, Krankengeschichte usw. (siehe auch Lexikon „Kleines Traumalexikon“ und *Winkler* 2003).

**Trauma, Verlust, Belastung** → trifft auf die *Persönlichkeit* (Selbst, Ich, Identät – stabil bzw. vulnerabel) in gegebenem *Kontext/Kontinuum* (mit **Problemen**, **Ressourcen**, **Potenzialen**) 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 [*Janet* 1889; *Hilgard* 1977; *Dweck* 2000]: „Das hat mit mir nichts zu tun!“ → Negativentwicklung: PTBS, Dissoziative Störung, MPD; 1c) *Übererregung – Hyperarousal*: Eine Situation permanenter Überforderung [*Petzold* 1968 a,b] und Übererregung mit psychophysiologischen Stressreaktionen entsteht: „Das ist nicht mehr auszuhalten. Ich dreh durch!“ → Negativentwicklung: psychotische Dekompensation, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung; 1d) *Apathie – Numbing*: Ein Zustand der Resignation und Abstumpfung kommt auf: „Mir ist alles egal. Ichühl 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 [*Flammer* 1990] → 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 Potenziale 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.

Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen (aus *Petzold* 2004).

Aus dem Modell lassen sich Hinweise für den Umgang in der Supervision mit Trauernden ableiten:

→ Die Förderung von Wahrnehmung, Erinnerung oder das Arbeiten an einer Kompensation, an Ressourcen und Potenzialen erscheint eine wesentliche Hilfe ohne Nebenwirkungen;

- Bewältigung der Trauer und Neuanfang ist auch von der willentlichen Entscheidung, den Volitionen des Betroffenen abhängig (Petzold/Sieper 2003). Ebenso ist zu beachten, dass es sein Wille ist, in Trauer verharren zu wollen. Das Tempo und die Verantwortung liegen, so weit irgend möglich, beim Klienten, es sei denn, es liegen schwere psychische Probleme vor, die eine klinische Hilfe notwendig machen;
- Nicht zugelassene Trauer, nicht ausgesprochene Trauer kann zu den im Trauertrajekt genannten Schädigungen führen, sie muss es nicht! Diagnose und Behandlung bei pathologischen Trauerverläufen sollten entsprechend ausgebildeten Fachleuten vorbehalten bleiben.

Es kann zusätzliche äußere Faktoren geben, die einen Trauerprozess erschweren. Trauer kann behindert werden durch:

- Widerstand, sich hinzugeben, sich fallen zu lassen;
- nicht entwickelte Fähigkeit zu trauern (Unterdrückung, Aussperrung der Gefühle);
- eine Abfolge von Verlusten, die die Verarbeitungsfähigkeit übersteigt;
- äußere Umstände, die den Trauernden zwingen, primär für sein eigenes Überleben zu sorgen (Naturkatastrophen, Krieg, Flucht, beruflicher Existenzkampf);
- Zweifel an der Realität des Todes (z.B. bei Vermissten);
- ambivalente Haltung gegenüber dem Verstorbenen;
- gesellschaftliche und religiöse Normen, die dem Trauernden Selbstkontrolle auferlegen;
- Stressoren aus dem Berufsleben;
- eigene HIV-Infektion“ (vgl. Aue 1995, 278).

Trauernde und Sterbende erleben z.T. vergleichbare Gefühle. Betreuer müssen die entstehenden Gefühle verstehen und aushalten lernen: Verleugnen muss respektiert werden; Zornausbrüche, die leibbedingt sind, sollten nicht persönlich genommen werden; Reflexion sollte unterstützt, Sinnfindung angeregt und begleitet werden; Gefühle sollten ausgesprochen werden, Loslassen sollte respektiert werden (Aue 1995, 268).

### 3.3 Aufgaben von Trauerarbeit

Trauerarbeit will „Trauerreaktionen möglich“ machen (Petzold 1985, 150). „Wichtig ist, dass der Prozess des Trauerns überhaupt in Gang kommt, dass der Betroffene den Verlust nicht ignoriert, sondern bereit ist, seinem Schmerz freien Raum zu lassen“ (Aue 1995, 277). Aber nicht jeder Verlust ist schmerzlich! Nicht verarbeitete Abschiede können den Zukunftshorizont verengen, sie können die „Tendenz zum Festhalten“ zeigen, „im Sinne eines sich chronifizierenden und in Klagsamkeit mündenden Trauerprozesses, der nicht zum Abschluss kommen kann“ (Petzold 1985, 151). Abschiednehmen wird dabei zentrale Aufgabe der Trauerarbeit:

- Schmerz soll Ausdruck verliehen werden, damit er nicht in Depression umschlägt;
- Groll soll Ausdruck verliehen werden, damit er nicht zu Verbitterung wird;
- Verzweiflung soll Ausdruck verliehen werden (allerdings nicht in überschießender, entgleisender Weise), damit sie nicht in Hoffnungslosigkeit, Resignation und Verbitterung umschlägt, in ein „*emitterment syndrome*“ führt (Linden 2003).

Erst mit dem kontrollierten, begleiteten Ausleben derartiger Gefühle ggf. unter Überwindung sozialer Konventionen und Klischees wird das Betrauerte assimiliert (Petzold 1985a, 151). Schon *Seneca* wusste: Auch wenn Trauer und Gram sich über „unfassbaren Schmerz“ in aller Intensität zeigen, nutzt das in der Regel wenig, um sich wieder zu fassen, wie er in der Trostschrift für *Marcia* ausführt (ad Marciam c. 6; Fink 1992, 326). Zwar „ist es durchaus natürlich, die Seinen zu vermissen. Wer bestreitet das, solange es indes mit Ma-



ßen 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.), um das Leben zu meistern.

Beim Verlust eines Menschen gilt es, in der Trauerarbeit sein Verhältnis zu dem Vondannem-Gegangenen neu zu bestimmen. „Ein weiterer Schritt ist das Strukturieren des durch den Verlust ausgelösten Gefühlschaos und das gleichzeitige Klären des Verhältnisses zum Verstorbenen. Wesentlich ist das Anerkennen des Todes – die Realität des Verlustes ist gedanklich und emotional zu akzeptieren.“ [...] „Schließlich ist es entscheidend, die Beziehung zum Verstorbenen realistisch einzuschätzen und den erlittenen Verlust klar zu bewerten. Nach positiv vollzogener Trauerarbeit eröffnet sich für das Individuum der Aspekt, durch den Verlust auch von einer Bindung befreit worden zu sein. Dies gibt ihm die Chance, sein Leben neu zu orientieren, es anders, vielleicht sogar sinnvoller zu gestalten, als es ihm bisher möglich war“ (Aue 1995, 277).

### 3.4 Aufgaben von Trostarbeit

»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 „Übererregung“ 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 Traumhilfe, Trauerunterstützung, Krisenintervention und PTSD-Behandlung gemacht werden« (Petzold 2004).

Der „**Trostarbeit**“, die dem Menschen hilft, wieder sein inneres Gleichgewicht und wieder eine Ausgewogenheit in seine sozialen Beziehungen zu gewinnen, die erschüttert wurden und *dysreguliert* sind, kommt deshalb in Prozessen der Begleitung, Beratung, Psycho- und Soziotherapie eine eminente Bedeutung zu, was damit auch für eine trostorientierte Supervisionsarbeit spricht. Erschütterungen der Gesamtpersönlichkeit führen häufig zu einer Beeinträchtigung der **Regulationskompetenz** und **-performanz** des Menschen auf vielfältigen Ebenen, und eine solche **Dysregulation** sollte nicht chronifizieren.

In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die Narrative/Strukturen, die „*software*“), und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im **Regulationssystem** die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z.B. HPA-Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen gehört. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden *Narrative* (Schemata, Muster, Scripts) genannt (Petzold 2000h; Petzold, Orth, Sieper 2005).

Diese Narrative *interagieren* im personalen System. Sie sind Muster von einer hohen Stabilität, verfügen zugleich aber auch über eine gewisse Plastizität. Sie können über spezifische Lernvorgänge, „komplexes Lernen“ (Sieper/Petzold 2002), verändert werden. Organische Prozesse der Trauer und des Tröstes beeinflussen *Narrative*, die nicht statisch gesehen werden dürfen, in funktionaler Weise. Diese emotionalen Bewegtheiten sind Impulse in Lebensprozessen mit ihren *Narrationen* – so nennen wir die lebendigen Erzählströme und dra-

matischen Handlungsabläufe des Lebens (Petzold 2003a, 322ff, 333ff; idem 2001b). *Narrative* sind damit von den Prozessen der *Narrationen* nicht abzulösen, haben selbst prozessualen Charakter. Prozess und Struktur, Erzählung und Erzählfolie, *Narration* und *Narratio* stehen in einer dialektischen Verschränkung. *Regulationskompetenzen* (plur.) sind mit *Regulationsperformanzen* verschränkt. Von Kindheit auf bis ins Alter gewährleisten die *Regulationskompetenzen* und -*performanzen* die *Lebens-/Überlebensprozesse* des Individuum durch die Bereitstellung einer Stabilität in den *Organismus-/Umwelt-, Mensch-/Mensch-Interaktionen*. Gleichzeitig ermöglichen sie durch eine ausreichende *Plastizität* erforderliche *Passungen* bzw. Anpassungsleistungen.

„**Trostarbeit** ist eine Form *intersubjektiver Beziehungsarbeit*, eingebettet in die Dauer eines verlässlichen (familialen, amicalen, professionell-therapeutischen) Beziehungsprozesses. Sie soll einen von Verlusten, Leid, Trauma, Schicksalsschlägen 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** Überforderungsgefühlen/*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 Potenzials 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 Negativierung 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 2004l).

**Trost** ist nach der Konzeption der Inegrativen Therapie demnach eine erlebte *emotionale Qualität*, die *Linderung* von verlust- oder traumabedingtem seelischem Schmerz/Leid bewirkt, eine *Beruhigung* von psychophysiologischem Aufgewühlt- und Erschüttert-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“, Ausöhnung/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**“ des Menschen (zu diesem Kernkonzept der Inegrativen Therapie vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2005).

### 3.5 Trauer und Trost im Rahmen der Supervision

Trauer bedarf der *Integration* von Verlusten, Verletzungen, Demütigungen usw.. Menschen sollten nicht auf Dauer in der Trauer verharren, wie schon *Seneca* in seiner Trostschrift an die Mutter *Marcia*, die ihren Sohn verloren hatte, mit guten Gründen verdeutlichte. Die Trauer will überwunden werden, damit sich der Mensch für die verbleibende Zeit seines Lebens der aktiven Partizipation am Leben wieder zuwendet (*Petzold* 2005d). Das braucht Zeit und kann in einem therapeutischen oder supervisorischen Setting allein nicht geleistet werden. Es ist der *Transfer* in den Alltag erforderlich. Ohne eine kontinuierliche Umsetzungsarbeit im „Konvoi“ der sozialen Beziehungen und mit ihm wird nichts wirklich gelingen. Gerade deshalb ist in der supervisorischen Arbeit das Erinnern, Wiederherstellen oder Bewusstmachen der Potenziale und Ressourcen des Supervisanden bzw. seiner Klienten erforderlich in und mit seinen Netzwerken. Je nach Arbeitssituation, Kontrakt, Zeit und Bereitschaft der Beteiligten kann in der Bearbeitung dieser Themen auf die erlebniszentrierten und in Therapie und Bildungsarbeit erprobten Methoden des Integrativen Ansatzes zurückgegriffen werden (z.B. *Petzold*, 1984c, 1985, 294ff; 2003a, 2004a, 219ff; 2005d).

Die Überwindung der Trauer bedarf des Trostes. Trost meint das „Beispringen, Hinwenden, Beruhigen, ‚Trostspenden‘ aufgrund des ‚Aufforderungscharakters‘ von Ausdrucksverhalten des Schmerzes, der Verzweiflung, der Trauer“ (*Petzold* 2005d). Dabei sind Trösten und Beruhigen – wie gesagt – genetisch dispositionierte transkulturelle Phänomene. Sie wollen den aufgewühlten Menschen und dessen Übererregung „zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung“ führen. „Deshalb sollten derartige Muster mit ihrer ‚*evolutionary wisdom*‘ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Trauerunterstützung und Krisenintervention und PTBS-Behandlung gemacht werden“ (ibid.). Wer trösten will, braucht einen sicheren Stand. Er muss in Kontakt mit dem Betroffenen sein, sich berühren lassen, dabei „bei *Aufwühlendem* stabil bleiben,“ und sich „durch *Erschütterndes* nicht erschüttern lassen“ (*Petzold* 2005d). Das schließt ein, dass der Tröster für sich in schwierigen Situationen sorgt. Und hier ist kompetent durchgeführte Supervision neben den Hilfen und der Unterstützung von Freunden und guten KollegInnen ein hervorragendes Instrument.

Die Themen „*Leben und Tod, Sterben, Leid und der Sinn*“ in der Supervision zeigen sich un-mittelbar und mittelbar. Sie können etwa direkt in der Eingangssequenz angesprochen werden und zur Bearbeitung vorgeschlagen werden; ein aktuelles Arbeitsthema kann benannt werden und erst in der Bearbeitung zeigt sich – wie so oft – das eigentliche Thema. In

der Behandlung von aktuellen Arbeitsthemen können biographische Abschiede erinnert werden, die in der Bearbeitungsphase erst prägnant werden. Die tiefenden Akzente werden an dieser Stelle vom Supervisor gesetzt. Dabei gilt aber: „*Videamus primum, quid curandum sit, deinde, quemadmodum.*“ – „Lass uns erst sehen, was behandelt werden muss, sodann auf welche Weise“, so *Seneca* (ep. ad Marciam de consolatione, c. 19; *Fink* 1992, 360). Wichtig erscheint im Rahmen der Supervision das Aussprechen, Erzählen, Zuhören und Annehmen. Sharing und Feedback aus der Gruppe können Solidaritätserfahrungen einleiten und zu einer haltenden Atmosphäre (vgl. *Wetzel* 1999, 225ff) in der Supervisionssituation beitragen. Der Ausblick und die Überleitung für eine Begleitung im Alltag – *Transferarbeit* – sind als bedeutend anzusehen. Der Trauernde ist im Alltag wieder alleine. Erinnerungen („Rekognitionen“) an Ressourcen die helfen können, den Alltag zu bewältigen – dieses „Rezept“ haben wir von *Seneca* aus seinen Trostbriefen an *Marcia, Helvia, Polybius* – erscheinen als ein Weg, Entlastung nach der Supervisionssitzung zu schaffen: Wo ist ein Ort, wo Sie sich Zeit nehmen für ein Gespräch? Wünschen Sie etwas aus der Gruppe? Wer oder was kann Sie im Alltag unterstützen und halten? Das Arbeiten mit Übergangsobjekten kann sich anbieten (*Petzold* 1985, 26f; 2005d) oder „ökopsychosomatische“ Erfahrungen des Naturerlebens und der Besinnung: „Man darf von der Seele nicht zu viel verlangen und muss ihr auch Muße gewähren, die für sie Nahrung und Kräftigung ist. Wanderungen in freier Natur muss man unternehmen, damit sich die Seele unter freiem Himmel und in frischer Luft kräftige und sich aufrichte“ (*Seneca*, de tranquillitate animi VII, 8).

#### 4. Widerstand, Abwehr, Reaktanz

In solchen komplexen Prozessen wie der Arbeit mit Trauer und Belastungen kommt es immer wieder zu dynamischen Phänomenen im Beziehungsgeschehen und in Affiliationsprozessen, auf die in diesem Zusammenhang nur kurz eingegangen werden kann (vgl. *Petzold/Müller* 2005). Nähert man sich Themen wie Trauer, Leid, Sterben und Tod, fühlen sich viele Menschen beklommen, unangenehm berührt. Es kommen Ängste und Abwehrreaktionen auf, die durchaus verstehbare Gründe haben. Es wird hier von „**Reaktanz**“ gesprochen, als einem „**Sammelbegriff für alle Verhaltensweisen, mit denen sich ein Individuum bei unerwarteter Frustration gegen Einschränkungen zur Wehr setzt. Solche Verhaltensweisen können erhöhte Anstrengung, Widerspruch, Aggression oder demonstratives Ersatzverhalten sein**“ (*Flammer* 1990). Solche Reaktanz kann also durchaus berechtigt sein, und deshalb ist dieser Begriff oft auch nützlicher als der psychoanalytische Widerstandsbegriff, der allzu häufig mit der negativen Konnotation eines vermeidenden Abwehrverhaltens verbunden wird. Mit Reaktanz gewährleisten Menschen u.a. ihre Situationskontrolle, die gerade in belastenden Situationen sehr wichtig ist. Dieser sozialpsychologische Begriff eignet sich deshalb sehr gut für den supervisorischen Kontext.

Abwehr wird im integrativen Ansatz als „psycho-physische Überlebenstechnik“ verstanden (*Rahm et al.* 1993, 303). „Wir haben *Abwehrmechanismen* charakterisiert als Strategien zur Bewältigung einer angsterzeugenden Situation, die auf einem erheblichen Maß an *Realitäts-Verzerrung* oder *Realitäts-Einengung* beruhen und/oder dazu führen. **Ob wir ein Verhalten als Bewältigungs-Strategie oder als Abwehrmechanismus bezeichnen, ist also abhängig vom Kontext.** Wenn die Realität z.B. unerträglich ist, so kann die normale Bewältigung u.U. gerade darin bestehen, die Realitätswahrnehmung einzuschränken“ (*Rahm et al.* 1993, 303).

„Widerstand entsteht, wenn in einer aktuellen Situation die gewohnten Bewältigungs- und Abwehrstrategien durch äußere Einflüsse in Frage gestellt werden bzw. nicht mehr ausreichen“ (*Rahm* 1993, 304). Der Seniorautor differenziert *protektive Widerstände* – die den Einzelnen und seine Identität schützen und Ich-Stabilität geben – und *mutative Widerstände*,

die sich Veränderungen widersetzen. Nach F.S. Perls sind „Widerstände ... Ausdruck von Kraft, die genutzt werden kann, indem man *re-sistance* in *as-sistance* umwandelt.“ (Petzold 1985a, 276). Erst die Chronifizierung des Widerstands schränkt die Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten des Einzelnen ein. Dann wird Widerstand problematisch. Abwehrreaktionen sind:

- Anästhisierung: „Reaktivierung archaischer Rückzugsformen“ (Petzold 1985, 277);
- Retrofektion: aggressive Impulse werden gegen sich gerichtet und führen z.B. zu Depression und psychosomatischen Reaktionen;
- Spaltung: nicht ertragbare Realitäten werden ausgeblendet;
- Verleugnung: die Bedrohung wird verleugnet.

Die Themen „Leben und Tod, Sterben, Leid und Sinn“ werden vielfach abgewehrt. „Wir bedürfen auch des Schutzes der Abwehr“ für die Begleitung Sterbender (Petzold 1985a, 26). Die Abwehr des Pflegepersonals kann der eigenen Handlungsfähigkeit dienen (Becker-Kontio 2000, 9). Realitäts-Einengung oder das Vermeiden bestimmter Situationen kann als normale Reaktanz bzw. als Bewältigung angesehen werden, besonders wenn kein adäquater Raum für eine andere Form der Bewältigung gegeben ist. „Abwehr schützt das Selbst“ (Becker-Kontio 2000, 11). „Abwehr dient dazu, Zeit zu gewinnen, um mit einer lebensbedrohlichen Nachricht umgehen zu können“ [...]. „Um der Gefahr zu entgehen, von Trauer überschwemmt und konfluent zu werden, kommen eher typische Vermeidungsreaktionen als Form der Abwehr auf“ [...]. „Im wesentlichen geht es: a) um das Vermeiden tatsächlichen Schmerzes, der durch den Verlust emotional relevanter Beziehungen und Dinge ausgelöst wird; b) um das Vermeiden der Reaktivierung früherer schmerzlicher und unlustvoller Situationen, die durch die strukturelle Ähnlichkeit aufkommen; c) um das Vermeiden ungeschlossener Situationen mit realen Personen und Kontexten; d) um das Vermeiden des Abschließens ungeschlossener Situationen aus der Vergangenheit, die noch emotional fortwirken“ (Petzold, 1985a, 508).

Im Rahmen der Supervision kann Abwehr „wieder ‚verflüssigt‘ werden“ [...], „wenn die SupervisandInnen erfahren, *wie* sie abwehren, *was* sie abwehren und *warum* sie abwehren“ (Becker-Kontio 2000, 11). „Wenn die Abwehr nicht mehr aufrechterhalten werden muss, wenn also die ‚furchtlose Kommunikation‘ gelingt, kann der Patient (oder Supervisand; Anm.d.V.) auch seinen Gefühlen von Panik und Zorn, Angst und Trauer Ausdruck verleihen“ [...], Ballast abwerfen und zu einer Neustrukturierung und Neuorientierung kommen (Becker-Kontio 2000, 12).

## 5. Zusammenfassende Hinweise zum Umgang mit Trauer und Abschied im Rahmen der Integrativen Supervision

Im Folgenden werden die Grundthesen des Textes noch einmal überblickshaft zusammengefasst.

Die erste These beinhaltet die Auffassung, dass die Themen „Leben und Tod, Sterben, Leid und Sinn“ in jeder Supervision Relevanz haben können, wenn die Beteiligten sich darauf einlassen und das Setting es zulässt. Notwendiges tiefendes Vorgehen hängt im Rahmen der Supervision vom Arbeitsfeld und den geäußerten Bedürfnissen der Beteiligten ab. In Arbeitsbereichen, wo professionelle Sterbebegleitung zu den Aufgaben der Mitarbeiterin gehört, sollten diese Themen fester Bestandteil von Supervision und / oder Fortbildung sein. Das wird für Arbeitsbereiche wie Krankenhaus, Altenpflege und Altenarbeit, Aids-Hilfe, Hospizarbeit der Fall sein. Ein Supervisor muss hier die nötige *Feldkompetenz* mitbringen, ohne die er nicht seriös arbeiten kann, was aber so manchen, vom „Syndrom supervisorischer Selbstüberschätzung“ geschlagenen Kollegen nicht daran hindert, in die

sen Bereichen zu dilettieren. Die Forschung zeigt dann schlechte Ergebnisse (Müller et al., dieser Band).

In anderen Feldern sind die Themen Leben und Tod, Sterben, Leid, Trost und Sinn oftmals im Rahmen der Bewältigung von Krisen gegeben. – „Krise steht immer am Beginn einer Veränderung – mit ungewissem Ausgang. Ebenso wie Krise Bedrohung ist, ist sie immer auch Chance. Es gibt keine Entwicklungsprozesse, keine Veränderung ohne Krise, ohne Loslassen vom Alten, ohne Einlassen auf Neues“ (Rahm 1993, 517f). In diesem Sinne ist Trauerarbeit eine besondere Form der Krisenbewältigung mit dem Ausblick eines Wachstumsprozesses (Petzold 1985a, 37). Jeder Abschied, jede Trennung kann Anlass zu Veränderung und damit zu einer Neuorientierung sein. Die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema ist eine Voraussetzung, die eine furchtlose Kommunikation erst ermöglicht. Dazu gehört ein eigener Standpunkt und ein eigenes Bild vom [leidenden] Menschen.

Zu berücksichtigen ist das damit in heutiger Zeit verbundene Tabu des Todesthemas und der Trauerarbeit. Die „Kunst des Lebens“ kommt ohne eine ganzheitliche Betrachtung nicht aus – dazu gehören der Tod und die Auseinandersetzung mit ihm mitten im Leben. Dazu gehören auch Kenntnisse der Bedingungen von Sterben und Tod in früherer und heutiger Zeit: Die verloren gegangenen Rituale, die zwangsläufige Trostlosigkeit und Sterilität vieler Krankenhäuser und Altenheime; die Kenntnis spezifischer Belastungsstimuli sind notwendig. Genannt sei der des Ekels und die damit verbundene Abwehr: „Gerade in Veröffentlichungen zur Pflegepraxis wird so getan, als ekele sich das Pflegepersonal nie“ [...]; „Wenn sie sich vor den Bewohnern ekeln (Kot, Urin, Eiter, Erbrochenes), bemühen sich viele Pflegekräfte, möglichst schnell zu arbeiten und vermeiden körperliche Berührung. Gerade die, die länger in der Altenpflege sind, haben Probleme mit den Gerüchen im Altenheim. Sie verbrauchen viele Sprays, Raumsprays, Desinfektionsmittel“ (Belardi 1999, 202). Genannt seien auch Ungewissheit und banges Warten: Wird er die Operation überleben? Wird er die Nacht überleben? Was wird werden, wenn er stirbt? Mit solchen Zuständen umgehen zu können, sie zu „puffern“, kompetent Hilfen zu „antizipatorischer Trauer“ (Spiegel 1972) zu geben, wird von den Helfern und ihren Supervisoren erwartet werden können; auch die Fragen des würdigen Todes, der Selbstbestimmung und der Sterbehilfe sind unumgängliche Themen.

Integrative Supervision sieht den Supervisor als einen direkten Partner für seinen Supervisanden und als einen indirekten für dessen Klienten auf dem Weg zur gemeinsamen Sinnsuche: Supervision kann ein Ort sein, wo im gemeinsamen Dialog/Polylog, Ko-responsenzprozessen *Sinn* erschlossen wird (Petzold, Orth 2005). Fragen können gestellt werden, Antworten können gegeben werden, entstehen oder wir müssen sie immer wieder auch schuldig bleiben. *Äußern, fragen und tragen*, das kann ein wichtiger Ansatz zur Hilfe sein.

Interventionen und Beziehungsgestaltung bei Verlusten und Trauer müssen den Prozess und die Situation berücksichtigen: Für den angemessenen Umgang und die Wahl der Intervention müssen der individuelle Prozess des Betroffenen und seines Beraters berücksichtigt werden. In den Reaktionen des Beraters und seines Supervisors muss etwa beachtet werden, ob der Betroffene die schlimme Nachricht erst gerade erhalten hat, ob das Gegenüber unter Schock steht oder ob man sich mitten in einem längeren Trauerprozess befindet, ob mit dem Klienten geweint oder gelacht werden kann/muss und schon an eine Neuorientierung zu denken ist. In unterschiedlichen Lebenssituationen kann uns ein „Rest Trauer“ immer wieder einholen. Damit gilt es umzugehen, darauf ist vorzubereiten.

Umgang mit Reaktanz, Widerstand und Abwehr sind aus keinem Beratungs-, Therapie- und Supervisionsprozess wegzudenken: Es handelt sich zunächst um notwendige Reaktionen der Selbsterhaltung. In der Integrativen Supervision können dysfunktional gewordene Widerstandsphänomene aufgezeigt und Hilfen gegeben werden, sie wieder zu verflüssigen, so dass z.B. Trauer und Tröstung zugelassen wird und wichtige Themen zur Sprache kommen können.

Trost geben, Trost annehmen, Trauer zulassen und einleiten helfen, Gefühlschaos aushalten, gemeinsam ordnen und Neuorientierung begleiten sind zentrale Aufgaben von Beratung und Supervision: Durch Ereignisse wie Tod und Sterben entsteht oft ein Gefühlschaos, welches ausgehalten werden will. Mit Geduld und Empathie können gemeinsam neue Strukturen gefunden werden, kann bei der realistischen Einschätzung des Verlustes und bei einer *Neuorientierung* geholfen werden.

## 6. Ausblick

Leben und Tod – Leid und Sterben – und einen darin liegenden Sinn oder Unsinn zu erkennen, sind keine Themen, mit denen man *en passant* fertig wird. Längere Auseinandersetzungen sind erforderlich – immer wieder, denn es ist jeweils etwas anderes, ob man als junger Mensch oder als älterer über diese Themen reflektiert. Es ist die persönliche Entscheidung eines jeden Einzelnen, wann und ob er über diese Themen nachdenken will. Es ist deshalb anzunehmen, dass auch die Helfer, wie auch ihre Supervisoren und Supervisorinnen als Menschen sich immer wieder neu die entscheidenden Fragen des Lebens stellen: Wo kommst du her? Wo gehst du hin? Wer warst du? Wer bist du? Wer wirst du sein? Wer willst du sein? War/ist dein Leben sinnvoll? Hast du das Beste aus ihm gemacht oder etwas Gutes? Wie gehst du mit dem Misslungenen um? Warum muss mich das treffen? Warum musste er/sie schon gehen? Warum ließ er/sie mich allein?

Leben heißt, Antworten auf diese Fragen zu finden, oder es auszuhalten, keine Antworten zu finden – *with a little help by your friends*. Die Antworten, die ich mir gebe, stehen im sozialen Kontext und haben immer auch ein Gegenüber, entstehen im Dialog, in Polylogen, in Ko-respondenz. Diese Ko-respondenz zeichnet Leben aus (Petzold 1978c).

Mythen, weltanschauliche und religiöse Metaerzählungen, Geschichten der jeweiligen „social world“, d.h. des Kultur- und Sozialraumes (Brühlmann-Jecklin/Petzold 2004) spielen bei diesen existenziellen Fragen eine wesentliche Rolle. Auch wenn Lyotard (1982) das Ende der Metaerzählungen verkündet, das Ende der absoluten Wahrheiten, bleiben diese weltanschaulichen Folien oft noch wirkmächtig (Petzold 2001, 108, 2005b). Sie waren über Jahrhunderte sinnstiftend und *auch* hilfreich für das Zurechtfinden der Menschen in ihrem Leben, und wo sie das heute noch sind für Menschen, haben sie noch eine wichtige Funktion. Wo solche Sinnfolien aber fehlen oder ihre Glaubwürdigkeit verloren haben, gilt es, sich um neue Werte und Wertegemeinschaften zu bemühen. Das Eingebundensein in eine Gemeinschaft, die Überzeugungen vertritt und trägt, ist oftmals sinnstiftend (Petzold/Orth 2003a) und oft auch hilfreich, um die Angst vor Sterben und Tod bewältigen oder mildern zu können.

Die verschiedentlich in diesem Text erwähnte Verdrängung oder Marginalisierung des Todes hat zweifelsohne auch mit dem Phänomen der Individualisierung unserer Gesellschaft zu tun (Sennett 2002). „Der in der Gesellschaft wachsende Individualismus erhöht das Bewusstsein des Selbst und nährt zugleich die Todesfurcht. Gesellschaften, die der Individualität eine kulturelle Priorität zuweisen, intensivieren die Furcht vor Tod und Sterben. Denn damit kommt es zur Vereinzelung des Menschen, der früher in der Gemeinschaft aufgehoben war, und Sterben wird zur letzten Form der Einsamkeit. Der soziale tritt vor den biologischen Tod“ (Ochsmann 1993, 34).

Einsamkeit und Vereinzelung, im Leben und im Sterben ohne „Affiliation“ zu sein, ist eine schlimme Vorstellung. Und der Gedanke an „ewige Einsamkeit“ und ein „ewiges Vergessensein“ durch den Tod des Individuums ängstigt und erschüttert viele Menschen – nicht alle, denn es gibt auch solche, die genau eine solche *endgültige* Ruhe ersehnen. Auf jeden Fall können gemeinsam geteilte Vorstellungen entlastend sein (vgl. Ochsmann 1993, 111). Je nach kulturellem Kontext und sozialer Welt, in der ein Mensch lebt, bieten geteilte Gedankenwelten, Weltanschauungen verlässliche, verbindliche Regeln, die Chaos und

Komplexität der Welt reduzieren und den Einzelnen seinen WEG finden und gehen lassen – nicht alleine und einsam, sondern in einer *Weggemeinschaft* (Petzold/Orth 2004b). Hier kommen persönliche Glaubensüberzeugungen und -bindungen in den Blick, die mit größtem Respekt behandelt werden müssen (Petzold 2005b). Der einer *Intersubjektivitätsidee* (im Sinne von Gabriel Marcel und Emmanuel Levinas) verpflichtete Supervisor sollte im Gespräch deshalb hier – aber auch insgesamt – keine Fragen stellen, die sein Gegenüber nicht gestellt bekommen will. Das erfordert „Takt“ (Ferenczi), eine sensible Empathie. Er gibt damit dem Supervisoranden/Berater/Therapeuten ein Modell für den respektvollen, intersubjektiven Umgang mit seinen KlientInnen und Patientinnen in einer guten Affiliation. Intersubjektivität meint die Achtung von „Alterität“, der „Andersheit des Anderen“ (Levinas), seiner Wahl, welchen *Sinn*, welche *Metaerzählungen* mein Gegenüber für sich als bindend betrachtet. Entscheidend bleibt, dass sich Supervision dieser gemeinsamen Sinnsuche, diesem Dialog, diesen *POLYLOGEN* nicht verschließt, sondern dass SupervisorInnen Gesprächspartner sein wollen – ohne jeglichen „supervisorischen Überlegenheitsstatus“, der oft von den MitarbeiterInnen im gerontologischen Feld beklagt wird (Müller et al. dieser Band) –, sondern die *partnerschaftlich* dazu beitragen, das Leben in seiner Vielfalt zu bewältigen, zu bejahen, zu meistern, eine „Lebenskunst“ zu entwickeln (Cicero, de senectute, Petzold, Müller 2004), die wir alle für Umgang mit diesen existenziellen Themen, von denen dieser Beitrag handelte, brauchen.

### Zusammenfassung

Leben, Tod, Leid, Altern, Sterben und Sinn können in jeder Supervision Thema werden. Es sind Themen, die oftmals ein Tabu in unserer Gesellschaft sind. Supervision sollte darum auch einen Raum bieten, um über diese Themen zu sprechen und zu reflektieren. Voraussetzung dafür ist die Reflexion der eigenen Endlichkeit, des Miterlebens von Sterbeprozessen und von Tod und der Erfahrungen mit Abschied, Trauer, Trost. Der Text möchte vor dem Hintergrund des „Integrativen Ansatzes“ in Therapie und Supervision Hilfen und Materialien für solche Reflexionsprozesse bieten und einen Überblick über nötiges Basiswissen geben, um effektive Supervision in diesen Bereichen zu machen.

### **Summary: Life and Death, Ageing and Dying, Suffering, Consolation and Meaning – Assistance and Material for Supervisory Explorations**

Living, death, suffering, ageing, dying and meaning can be a subject in every supervision. These are subjects that are often a taboo in our societies. This is why there should be space in every supervision to reflect and talk about these things. Prerequisite is a reflection of our own situations of farewell and grief in our own life, experiences with loss, mourning, consolation. On the ground of the „Integrative Approach“ to therapy and supervision this article intends to offer assistance and material for your own reflections and wants to give an overview of basic knowledge about these subjects for effective supervision in these areas.

**Keywords:** Clinical supervision, dying/death, meaning, suffering, consolation, integrative therapy

### Literatur

- Ankermann, E. (2004): Sterben zulassen, Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens, München.  
Aries, Ph. (1980): Geschichte des Todes, München, Wien.  
Arndt, M. (1990): Leben – Leid – Sterben – Trauer, Freiburg im Breisgau.  
Aue, M. (1995): Krankheits- und Sterbebegleitung. Weinheim: Beltz, 2. Aufl.  
Becker-Kontio, M. (2000): Abschied als Thema in Supervisionsprozessen, *Supervision*, 1, 8-13.



- Belardi, N. (1999): Supervision in der Altenhilfe, Entwicklungsstand und Möglichkeiten, in: *Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management* 3, 199-212.
- Berlin, I. (1998): Wirklichkeitssinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen, Berlin: Berlin Verlag.
- Birg, H. (2000): Die demographische Zeitenwende. München: Beck.
- Bloem, J., Moget, P., Petzold, H. G. (2004): Budo, Aggressionsreduktion, psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? Forschungsergebnisse – Modelle – psychologische und neurobiologische Konzepte, *Integrative Therapie* 1-2, 101-149.
- 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.
- Bourdieu, P. (1997): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1998): Gegenfeuer. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- et al. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Brockhaus (1996): Die Enzyklopädie, 21. Band, Leipzig, Mannheim.
- (1975): Der neue Brockhaus, Lexikon in fünf Bänden und einem Atlas, Wiesbaden.
- 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/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, Jg. 2004 und in: *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49.
- Bublitz, H., Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults, Frankfurt: Campus.
- Buss, D.M. (1999): *Evolutionary psychology. The new science of the mind.* Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Canacakis, G., Schneider, C. (1989): Neue Wege zum heilenden Umgang mit Krebs. Stuttgart: Kreuz.
- Canacakis-Canás, J. (1988): Ich sehe deine Tränen, Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Cook, B., Phillips, S.G. (1995): Verlust und Trauer. Bedeutung – Umgang – Bewältigung. Berlin: Ullstein.
- Cosmides, L., Tooby, J. (2003): What is evolutionary psychology? Explaining the new science of the mind. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Derrida, J. (1972): *Marges de la philosophie*, Paris; dtsh. *Randgänge der Philosophie*, Frankfurt: Suhrkamp, 1976.
- (1979): *Grammatologie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1982): The conflict of faculties, in: *Riffaterre, M.* (ed.), *Languages of knowledge and of inquiry*, New York: Columbia Univ. Press.
- (1986): *Positionen*. Graz: Böhlau.
- Diderich, A. (2002/2003): Das Loch, in das ich fiel, wurde zur Quelle, aus der ich lebe! – Die Trauer um den Tod eines nahe stehenden Menschen aus dem Blickwinkel traditioneller sowie neuer Wege der Trauerforschung, Mainz, 2002/2003, <http://www.kfn-mainz.de/service/remmel.htm>
- Duden (1997): Das Fremdwörterbuch, Band 5. Mannheim.
- Elias, N. (1983): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson, E.H. (1966): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fahrenberg, J. (2004): *Annahmen über den Menschen*. Heidelberg: Asanger.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit*. Bern: Huber.
- Foucault, M. (1966): *L'archéologie du savoir*, Paris: Gallimard; dtsh. *Die Archäologie des Wissens*, Frankfurt: Suhrkamp, 1973.
- (1969, 1973<sup>2</sup>): *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1971): *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*, Frankfurt: Suhrkamp.
- (1984): *Face aux gouvernements, les droits de l'homme*, *Liberation* 30.6./2.7. 22.
- (1998): *Foucault; ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P.*, München: Diederichs.
- Goldbrunner, H. (1996): *Trauer und Beziehung*. Mainz: Grünewald.
- Habermas, J., Luhmann, E. (1971): *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Haessig, H., Petzold, H. G. (2004): Emmanuel Lévinas – ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 1/2004 und bei *Stumm, G.* et al. (2004): *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Hesse, H. (1952): *Sämtliche Dichtungen*, Frankfurt a.M.
- Hirsch, R.D. (2002): *Supervision, Teambberatung, Balintgruppe. Professionalisierung in der Altenarbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hüther, G. (2004): *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jerneizig, R., Langenmayr, A., Schubert, U. (1994<sup>2</sup>): *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kast, V. (1982): *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Berlin: Kreuz.
- (1995): *Abschied heißt nicht Ende*. Freiburg: Herder.
- (2001): *Sich einlassen und loslassen, Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung*. Freiburg: Herder.
- Kleines Traumalexikon*: <http://www.polizeieinsatzstress.de/trauma-lexikon.htm>
- Koch-Straube, U. (1999): Ich weiss nicht, was soll das bedeuten? Supervision im Altenpflegeheim. In: *OSC* 6/3, 213-223.
- Körtner, U.H.J. (1998): *Wie lange noch, wie lange? Über das Böse, Leid und Tod, Neunkirchen-Vlyn.*

- Lamacz-Koetz, I., Petzold, H.G. (2004) Spiegelneuronen – Wege der Entdeckung. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift; Jg. 2004.
- Langenmayr, A. (1999): Trauerbegleitung, Beratung, Therapie, Fortbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Laslett, P. (1995): Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alters. München: Beck.
- Leitner, E. (2000): Bourdieus eingreifende Wissenschaft Handhab(ung)en. Wien: Turia & Kant.
- , Petzold, H.G. (2004): Pierre Bourdieu – ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 1/2004 und bei Stumm, G. et al. (2004): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Lévinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Lexikon: <http://www.drmmuret.ch/LEXIKON.HTM>
- : <http://www.lexikon-definition.de/Multiple-Persoenlichkeit.html>
- Linden, M. (2003): Posttraumatic Embitterment Disorder. *Psychotherapy ans Psychosomatics* 72, 195-202.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K., Spielberg, R. (2004): Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörung, *Der Nervenarzt* 75, 51-57.
- Luhmann, N. (1971): Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: *Habermas/Luhmann* (1971).
- (1992), Beobachtungen der Moderne. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (1999): Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective. Seattle u.a.: Hogrefe.
- Marcel, G. (1967): Die Menschwürde und ihr existentieller Grund, Frankfurt: Knecht.
- Müller-Commichau, W., Schaefer, R. (2000): Wenn Männer trauern. Über den Umgang mit Abschied und Verlust, Mainz.
- Mysterud, I. (2003): Mennesket og moderne evolusjonsteorie. Oslo: Gyldendal.
- Ochsman, R. (1993): Angst vor Tod und Sterben; Beiträge zur Thanato- Psychologie, Göttingen.
- , Howe, J. (1991): Trauer – ontologische Konfrontation. Stuttgart: Enke.
- , Petzold, H.G. (2000): Thanatotherapie. In: *Stumm, G., Pritz, A.* (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 699-700.
- 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, Schay, Ebert* (2004) 297-342 und in *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 04/2004*.
- Osterweis M, Solomon F, Green M (1984): Bereavement. Reactions, Consequences and Care. National Academy Press, Washington.
- Paul, C. (2001): Neue Wege in der Trauer- Sterbebegleitung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Petzold, Ch., Petzold, H.G. (1991): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz.
- , — (1997b): Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen. In: *Eck, D.* (Hg., 1998): Supervision in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 240-257.
- 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.
- (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- (1977e): Integrative Geragogik – Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Brown*, 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- (1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58.
- (1979a): Konzepte zu einer integrativen Rollentheorie auf der Grundlage der Rollentheorie Morenos. Fritz Perls Institut, Düsseldorf, mimeogr.
- (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.
- (1982f): Gestaltdrama, Totenklage und Trauerarbeit; repr. (1985a) 500-537.
- (1984c): Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, in: *Petzold, Spiegel-Rösing* (1984) 431-501.
- (1985a): Mit alten Menschen arbeiten; Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer, erw. 2. Aufl. Bd. 1, 2004a, Bd. 2, 2005a.
- (1985u): Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden als persönliche Erfahrung. Ein Interview. *Jahrbuch der Zeitschr. f. Humanistische Psychologie*, DGHP, Eschweiler Jg. 8 (1985) 35-50.
- (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- (1990o): Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2, 7-37; erw. (1993a), 1291-1336 und (2003a), 947-976.
- (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Paderborn: Junfermann, überarb. Neuaufgabe 2003a.
- (1991j): Bedrohte Lebenswelten, in: *Petzold, Ch., Petzold, H.G.* (1991) 248-293.
- (1991i): Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe, in: *Gestalt und Integration* 1, 1994, 7-32.
- (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Paderborn: Junfermann, überarb. Neuaufgabe (2003a).
- (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne, *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46.

- (1999l): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie. *Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe „Umgang mit Sterbenden Heute“*. (17. November 1997, Universität Mainz). Schriftenreihe zur Thanatologie, Universität Mainz.
- (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in „komplexen Lebenslagen“ Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 01/2002.
- (2000j): Trauerarbeit. In: *Stumm, G., Pritz, F., Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer, 719-720.
- (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: colligierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* Sinn, in: *POLYLOGE, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 3/2001; auch in: *Petzold, Orth* (2004a).
- (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 04/2002.
- (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- (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.
- (2003j): Der Hospizgedanke – ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität ... nicht nur am Lebensende, in: *POLYLOGE, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 07/2003; auch in *Petzold* (2005a).
- (2004a): Mit alten Menschen arbeiten Bd. 1, Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis, Stuttgart: Pfeiffer.
- (2004i): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND „TROSTARBEIT“ – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 03/2004.
- (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2. Stuttgart: Pfeiffer.
- (2005b): Unterwegs in einem „erweiterten Seelsorgekonzept“ für eine „transversale Moderne“, in: *Henke, K., Gestaltseelsorge*. Stuttgart: Kohlhammer.
- (2005c): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihre Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen, in: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2005
- (2005d): Psychotherapeutische Begleitung und „Trostarbeit“ bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie, in: *Petzold* (2005a).
- (2005j): Integrative Supervision, Metakonsulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl.
- *Brown, G.* (1977): Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung. München: Pfeiffer.
- *Bubolz, E.* (1976a): Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart Klett.
- (1979): Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn: Junfermann.
- *Müller, L.* (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothropen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: *Petzold* (2004a), 17-85.
- *Müller, M.* (2005): Modalitäten der Relationalität – Affiliation und Reaktion und Reaktanz in einer „klinischen Sozialpsychologie“, in: *Petzold* (2005j).
- *Orth, I.* (1999): Die Mythen der Psychotherapie, Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Junfermann: Paderborn.
- (2004a/2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ – „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens – Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ – Hommage an Kant, in: *Petzold/Orth* (2004/2005a), 689-791.
- , —, *Sieper, J.* (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- *Petzold, Ch.* (1997a): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung und Reflexion in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: *Blonski, H.* (Hg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag, 165-178.
- *Sieper, J.* (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (2003a): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolution – Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 04/2002
- *Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D.* et al. (1993): Einführung in die Integrative Therapie, Grundlage und Praxis. Junfermann: Paderborn.
- Rest, F.* (1998): Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit; Handbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter, Stuttgart, 4. überarbeitete Auflage.

- Ricœur, P. (1996): Das Selbst als ein Anderer. München: Fink.
- Sange, P. (2005): Integrative Supervision mit dem Thema Sterben und Tod in der Ausbildung zur Krankenschwester/-pfleger unter Beachtung der altersspezifischen Struktur, in: dieser Band.
- Scheidt, M. (1991): Humanethologische Aspekte der Trauer. In: Ochsmann, R., Howe, J. (Hg.): Trauer – ontologische Konfrontation. Stuttgart: Enke, 10-18.
- Schimany, P. (2003): Die Alterung der Gesellschaft. Frankfurt.
- Schirrmacher, F. (2004): Das Methusalemkomplott. München: Blessing.
- Seneca, A. T. (1992): Die kleinen Dialoge. Bd. I u. II. Hrsg. G. Fink. München: Artemis & Winkler.
- Sennett, R. (1974): Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität, Frankfurt/M.: Fischer 1987<sup>3</sup>.
- (1998): Der flexible Mensch, Berlin: Berlin Verlag.
- (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit, Berlin: Berlin Verlag.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“, *Integrative Therapie*, 1, 208-209.
- , — (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/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – 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.
- Simpson, J.A., Weiner, E.S.C. (1989): The Oxford English Dictionary, 2nd ed. Bd. XVII, Clarendon Press, Oxford.
- Spiegel, Y. (1972): Der Prozess des Trauerns, 2 Bde. München: Kaiser.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (1984): Die Begleitung Sterbender, Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Junfermann: Paderborn, 2. Aufl. 1992.
- Sternberger, D. (1982): Über den Tod. Frankfurt: Suhrkamp.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. (1993): Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 255-270.
- Stubbe, H. (1985) Formen der Trauer. Eine kultur-anthropologische Untersuchung. Reimer, Berlin.
- Volkan, V. (2000): Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Weigand, W. (1999): Qualität statt Quantität. *DGSv aktuell* 2, 4-5.
- Wetzel, G.: Sterben im Krankenhaus, Ethnopschoanalytisch inspirierter Erfahrungsbericht einer Klinischen Psychologin, in: *Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management* 3/1999, 225-243.
- Winkler, A. (2003): Universität Leipzig, Klinische und Gesundheitspsychologie, <http://www.schmerz-beschwerden.de>, [http://www.schmerz-beschwerden.de/x\\_1\\_4.html](http://www.schmerz-beschwerden.de/x_1_4.html)?[http://www.schmerz-beschwerden.de/htdocs/1\\_4.htm](http://www.schmerz-beschwerden.de/htdocs/1_4.htm).
- Worden, W.J. (1999<sup>2</sup>): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Bern: Huber.

#### **Korrespondenzadressen:**

Peter Varevics  
 Kölnische Str. 5  
 41747 Viersen  
 varevics@t-online.de

Univ.-Prof. Dr. Hilarion G. Petzold  
 Wefelsen 5  
 D - 42499 Hückeswagen  
 mailto:  
 forschung@integrativ.eag-fpi.de  
<http://www.eag-fpi.com>