

POLYLOGE

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

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen
Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund
Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität
Krems
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

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

Ausgabe 32/2008

Engagiert für alte Menschen – Hilarion G. Petzold und die Gerontotherapie

30 Jahre gerontologischer Weiterbildung, Supervision und Forschung in Österreich¹

Lotti Müller², Zürich³

¹Zuerst erschienen in: Psychologische Medizin 1, 2008, 29-41.

²Lotti Müller, lic. phil. (Psychologie, Zürich), MSc. (Supervision DUK, Krems), klin. Psychologin,
Gerontopsychologin, Psychotherapeutin, Musiktherapeutin, Supervisorin.

³Aus dem Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach (Leitung: Prof. Dr. med. Christoph
Hock), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

1977 – vor dreißig Jahren also - führte *Hilarion G. Petzold* in Graz ein erstes Weiterbildungsseminar zum Thema „Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden als persönliche Erfahrung – psychologische Perspektiven und therapeutische Praxis“ durch, zu dem er aufgrund seiner sozialgerontologischen Veröffentlichungen eingeladen worden war (*Petzold, Bubolz 1976, 1979, Petzold 1977g*)⁴. Von dieser Veranstaltung ging eine besondere Wirkung aus, die dazu führte, das zu diesem Thema ein „Kompaktcurriculum“ entwickelt wurde, durch das zum ersten Mal Fachkräfte aus den Bereichen Altenarbeit, Pflege, Sterbebegleitung systematisch gerontotherapeutisch und thanatologisch weitergebildet wurden, seit 1980 über mehrere Jahre von Petzold geleitet, wurde es dann durch KollegInnen weitergeführt, die er ausgebildet hatte. Er regte damit eine Bewegung im österreichischen Raum an, die begann, sich mit dieser Thematik in Medizin, Pflege, Psychotherapie und Erwachsenenbildung intensiviert zu befassen und MitarbeiterInnenfortbildung in diesem Bereich gezielt zu entwickeln. Seit dieser Zeit hat *Petzold* in Österreich – mit Schwerpunkten in der Steiermark, Niederösterreich und Wien, aber auch in Salzburg, Innsbruck, Vorarlberg – sich in umfangreicher Weise für die Qualitätsentwicklung in der Altenarbeit und Pflege und in der Weiterbildung zu diesen Themen eingesetzt, hat in den achtziger Jahren den Aufbau von Hospizinitiativen initiiert und aktiv unterstützt (idem 1984p, 1990v, 2003j), auf der medizinischen Fakultät in Graz Medizinstudenten thanatologisch für den Umgang mit Sterbenden und für die begleitende Arbeit am Krankenbett ausgebildet und supervidiert (idem 1986f) und in der Kooperation mit Bildungshäusern wie Maria Trost in Graz, Neuwaldeck in Wien usw. die ersten curricularen Weiterbildungen auf einer wissenschaftlichen sozialgerontologischen, gerontopsychologischen und thanatologischen Basis (idem 1985a, 2004a, 2005a; *Spiegel-Rösing, Petzold 1984*) – und diese „wissenschaftlich-praxeologische Position“ ist das Charakteristische an seiner Arbeit – durchgeführt zu den Themen: für Sterbebegleitung und Hospizarbeit, psychosoziale und gerontotherapeutische Altenarbeit, patientenzentrierte Pflege. Seidem hat er in Österreich über 20 Tagungen und Studientage zu relevanten Themen aus diesem Bereich angeregt, organisiert bzw. gestaltet. Bis heute finden z. B. jedes Jahr in Graz Studientage mit ihm für Angehörige helfender und pflegender Berufe zu Fragen statt, die für die Arbeit der HelferInnen, für die PatientInnen und ihre Angehörigen wesentlich sind: im Herbst 2007 zum Thema „Verstehen und Verzeihen“ – ein dreissigjähriges Jubiläum. Hunderte von HelferInnen (Schwestern, Pfleger, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, AltenpflegerInnen) sind durch seine Kurse fortgebildet worden. Viele arbeiten heute als Multiplikatorinnen mit seinen Konzepten und Modellen. In Graz haben Prof. Dr. *Erika Horn, Paul Bendek*, Prof. Dr. *Thomas Kenner* mit ihm über Jahre Veranstaltungen durchgeführt. In Niederösterreich hatte die damalige Landesrätin *Liese Prokopp* ihn für Projekte der Reformierung von Altenheimen engagiert, z. B. als wissenschaftlicher Projektleiter des Modellprojektes „Miteinander leben im Pensionistenheim“ oder als Projektberater für die Erstellung des ersten Landesaltenplanes in Österreich (in NÖ) durch *Anton Ammann* und seine Forschergruppe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung hat er eine Ausbildung für Supervisoren für den Bereich Heime und Krankenhaus entwickelt, durchgeführt und beforscht (*Petzold, Stöckler 1992; Petzold, Schigl 1996, Schigl, Petzold 1997*). Durch seine österreichweite Bildungs- und Supervisionstätigkeit im gerontologischen Feld kam er auch mit den dunklen Seiten dieses Feldes in Kontakt. 1985 wurde er durch Supervisionsarbeit auf die Missstände in Lainz aufmerksam und publizierte einen ersten Bericht über die katastrophalen Zustände unter dem Titel „Die Verletzung der Alterswürde“ (idem 1985d, vgl. 1994a), sprach von

⁴ Die in diesem Text zitierten Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen sind zugänglich in der Gesamtbibliographie *H. G. Petzolds (2007): Gesamtwerkeverzeichnis 2007*. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 1/2007 und in *Sieper, Orth, Schuch (2007)*.

„verdeckten Tötungsabsichten“ und beschrieb im Detail „gefährliche Pflege“ und Gewalt gegen Bewohner, ohne dass die Verantwortlichen reagierten – und das „lange bevor die Katastrophe dann offenkundig wurde“, wie *Barolin* (1989) im Rückblick betonte. Er beschrieb und analysierte aber auch die Überlastungen des Personals, die „Krisen der Helfer“, führte Begriffe der „Erosion der persönlichen Tragfähigkeit“ und des „malignen Burnout“ ein sowie das Konzept „PatientInnenwürde“, „patient dignity“, das zu einer wichtigen psychotherapieethischen Maxime wurde (*Märtens, Petzold* 2002, *idem* 2007e). Seitdem engagiert er sich für das Vorbeugen von solchen Entwicklungen durch Weiterbildung, Strukturverbesserungen, Supervision und Feldforschung (*Petzold* 1989b, 1993g, *Petzold, Petzold* 1991; *Petzold, Müller, Horn, Leitner* 2005; *Knaus, Petzold, Müller* 2005). Die Reaktion *Petzolds* auf das Negieren seiner Warnungen war eine Initiative mit der er 1986 zusammen Dr. *Jutta Rett*, Dr. *Isabella Kernbichler*, Dipl.-Sup. *Magdalena Stöckler* u. a. „Pro Senectute Österreich“ gründete, eine Organisation, die sich seitdem mit der Qualitätssicherung und in der Weiterbildung von Mitarbeitern im Altenheim- und Pflegesektor befasst und im vergangenen Jahr ihr 20jähriges Jubiläum in Wien feiern konnte (*Petzold* 2006u; *Kernbichler* 2006; *Scholta* 2006).

Der Bereich der Pflege und Betreuung ist prekär geblieben und hat für die Betroffenen immer noch Risiken (*Müller, Petzold* 2002), wie hohe Mitarbeiterfluktuationen, Burnout-Erkrankungen und immer wieder auch Zwischenfälle von „gefährlicher Pflege“, ja PatientInnentötungen zeigen, Phänomen denen *Petzold* bis heute nachgeht und die er in seiner Arbeit »*Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie*« (*idem* 2005h) aus dem bedrückenden Anlass neuer Zwischenfälle – auch in Österreich – nochmals aufzeigt (*Petzold et al.* 2005; *Petzold, Müller* 2005) und die ihn zu der Formulierung einer „Grundregel“ für die Arbeit mit alten Menschen führte (*idem* 2004o). In einer Fülle von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Forschungsarbeiten und Weiterbildungsaktivitäten hat *Petzold* sich in besonderer Weise um die Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden und um die Menschen, die mit ihnen von Berufs wegen arbeiten in Österreich und in den übrigen deutschsprachigen Ländern verdient gemacht. Deshalb der vorliegende Text zum Beitrag des Begründers der Integrativen Therapie zur Gerontopsychologie und zu seiner Arbeit als praktischer Gerontotherapeut, denn er behandelte stets auch Alterpatienten neben seiner ausgedehnten supervisorischen Tätigkeit in diesem Bereich (*Sieper* 2005; *Zundel* 1987). *Petzold* hat im Bereich der Altenarbeit und Pflege über dreißig Jahre Weiterbildung, Supervision, Feldforschung und Supervisionsforschung (*Petzold et al.* 2005; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2006) betrieben und sich gegen die „Die inhumane Situation alter Menschen und für die Humanisierung des Alters“ (*idem* 1979l) eingesetzt. Er hat schon sehr früh gesehen, dass viel viele alte Menschen das Alter und die damit oft verbundenen Probleme eine schwere Belastung sind, die Psychotherapie braucht und wo Psychotherapie sehr hilfreich ist (*Petzold* 1977g; *Petzold, Bubolz* 1999). Zu viele Sterbefälle im sozialen Netz, Verlust von Leistungsfähigkeit, Sinnesfunktionen, chronische und akute Erkrankungen (er befasste sich mit Problemen des Altersglaukoms, *Petzold, Bäumges* 1985) führen häufig zu „Krisen, Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Reaktionsbildungen, die meistens nicht kompetent psychotherapeutisch behandelt werden und dann unnötiger Weise chronifizieren – eine skandalöse Situation“ (*idem* 1990g). Er entdeckte, dass bei der Kriegsgeneration im hohen Alter im Sinne einer „*protrahierten posttraumatischen Belastungsstörung*“ (PTSD) mit Abnehmen der zerebralen Leistungsfähigkeit, damit verbunden einer Reduktion der Abwehr und Dissoziationskräfte und einer für das Alter nicht untypischen Aktivierung des Altgedächtnisses belastende Kriegserlebnisse aufkommen können und eine PTSD-Symptomatik (Intrusionen, Ängste, Depressionen) eintritt, die unbedingt behandelt werden muss“ (*ibid.* 25). Das wird inzwischen auch von anderen Forschern bestätigt. Ein Kindheitserlebnis, bei dem er bei einem Besuch in einem Altersheim

miterlebte, wie ein alter Mensch beim Füttern geschlagen wurde, hat „sicher einen nachhaltigen Eindruck auf mich hinterlassen und eine Motivation gelegt, mich einzusetzen, damit so etwas nicht geschieht – neben all den positiven Erfahrungen, die ich mit alten Menschen als Kind machen konnte, auch in Situationen, bei denen ich meiner Mutter in der Pflege und Betreuung alter Menschen helfen durfte und bei der ich sah, was man alles selbst mit schwerkranken Menschen machen konnte, um ihre Lebensqualität zu verbessern“⁵ (vgl. idem 1985t). Auf dieser Basis definierte er:

„*Gerontotherapie ist die Behandlung, Stützung und Persönlichkeitsentwicklung alter Menschen mit psychotherapeutischen Mitteln*“ (Petzold 1965/1985a, 23).

Diese Definition ist nicht nur medizinalisiert-kurativ ausgerichtet, sondern auch supportiv und evolutiv. Sie sieht auch für alte Menschen eine Möglichkeit der Persönlichkeitsentwicklung bis ins hohe Senium. Natürlich „steht selten die *restitutio ad integrum* im Vordergrund sondern vielmehr das Umgehen mit Verlusten und Einschränkungen. Es geht um Lebensbewältigung, um Umgang mit Erschwernissen des Alters und Auswertung des Lebens, um Vorgänge des Abschiednehmens und der Trauer, um Förderung der Kommunikation zwischen den Generationen und um Partizipation am Lebenszusammenhang. Es ist eigentlich unverständlich, sieht man auf die vielfältigen Belastungen des Alters, dass alte Menschen nicht mehr therapeutische Hilfen erhalten“ (ibid. 25).

Diese Situation hat sich in der Praxis bis heute nur wenig verändert, aber immerhin: es gibt inzwischen Gerontotherapie und Altenbildung und die sich dramatisch verändernde demographische Situation der „*gerontotropen Gesellschaften*“ (idem 2004a), die akzeleriert überaltern, führt zu einer gesteigerten Sensibilität diesen Fragen gegenüber. Die Pflegesituation jedoch ist nach wie vor vieler Orts problematisch. Petzold hat eine psychologische Pflegekonzeption entwickelt, die dem Problem der „riskanten und gefährlichen Pflege“ entgegenwirken soll, denn: „Jedes Jahr in den europäischen Ländern irgendwo in der Presse Berichte über Patiententötungen, gefährliche Pflege, Altenheimskandale lesen zu müssen und zu wissen, da kommt nur die Spitze des Eisberges in die Öffentlichkeit, ist ein unerträglicher Gedanke. Man muss alle Kräfte aufbieten, das verdrängte Elend der alten Menschen und die Inhumanität ihrer Situation in allzu vielen Einrichtungen, Heimen – Goffman sprach von 'Asylen' – aufzudecken und im aktiv zu begegnen, **jeder** im eigenen Interesse!“ (idem 1990g).

Die „Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals“ (Maisch 1996) und die Kontextprobleme sind gut dokumentiert (Müller, Petzold 2002; Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005) und die Zusammenhänge wurden auch aus dem Kreis der Pflegenden reflektiert (Schreiner 2000).

Aber die Themen werden offensichtlich vermieden, abgewehrt.

Um „riskante und gefährliche Pflege“, die Fehlbehandlung, Fehlernährung, Liegegeschwüre, Gewaltanwendungen einschließen, genauer zu bestimmen und diagnostizieren zu können, erarbeitete Petzold folgende differenzierende Definitionen:

„**Riskante Pflege** wird als eine einerseits durch Nachlässigkeit, Überlastung, Unwissen und geringer fachlicher Kompetenz und Performanz von einzelnen Pflegenden oder Gruppen bzw. 'Pflegeteams' und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, Fehlen von Pflegemitteln und -hilfen, schlechte quantitative und qualitative Personalschlüssel und fehlende bzw. inkompetente Fachaufsicht und Leitung gekennzeichnete *Pflegesituation* gesehen, in der die Pflegenden und ihre Vorgesetzten Risiken von Fehlleistungen und Pflegefehlern, Mangelbetreuung, von schlechter Versorgung und kommunikativer Vernachlässigung zu Lasten der Pflegebedürftigen als *Möglichkeiten* in Kauf nehmen“ (Petzold 1990g).

⁵ Persönliche Mitteilung 2005.

Es ist zu unterstreichen, dass Deprivation von Kommunikation und multipler Stimulierung in höchstem Maße gesundheitsgefährdend ist. *Neglect* ist schon eine Form der Mißhandlung. Diese Situation des Risikos, einer „*Gefährdung*“, kann sich durchaus noch verschärfen, so dass akute „*Gefahr*“ besteht oder schon eintritt und ein Risiko also zur feststellbaren – weil eingetretenen - Schädigung wird, wie in der Situation von „Lainz I“.

„***Gefährliche Pflege*** ist einerseits eine durch (offene oder verdeckte) massive *Vernachlässigungen*, Gleichgültigkeit, Verrohung (d. h. verbale und physische Gewalt) und ggf. pathologische Grausamkeit von einzelnen Pflegenden oder Gruppen/’Teams’ und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, verwahrloste institutionelle Strukturen, inkompetente oder toxische Leitung gekennzeichnete *Pflegesituation*, in der die Pflegebedürftigen verdinglicht und faktisch schon geschädigt werden und sie der unmittelbaren Gefahr ausgesetzt sind, durch Gewalt, vernachlässigende und falsche Pflege weiteren Schaden zu nehmen, zu Tode zu kommen oder – im Extremfall – Opfer eines Tötungsdeliktes zu werden. Die *Faktizität* dieser Delikte wird z. T. von Kolleginnen und Vorgesetzten ausgeblendet, verschleiert, gedeckt.“ (Petzold 1990g).

Pflege wird in diesen Definitionen nicht nur als Handlung von Einzelnen gesehen, sondern als **die Pflegesituation** aufgefasst, denn *in institutionellen Kontexten pflegt niemand als Einzelperson*. Fehler, sich wiederholende zumal, müssten bemerkt werden. Allein diese beiden Definitionen als eine Negativperspektive reichen nicht, sondern es ist notwendig, eine positive Vorstellung darüber zu haben, wie angemessene Pflege auszusehen hätte, damit eine qualitätsvolle *professionelle* und *menschlich stimmige* Pflegepraxis gewährleistet werden kann. Petzold und Petzold definierten sie wie folgt:

„***Professionelle Pflege*** ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Mensch als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder, Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung.

Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegende und Gepflegte als Personen ein.“ (Petzold, Petzold 1993, 636f)

In dieser Definition wird die ganze Breite pflegerischer Tätigkeit deutlich, in die wesentliche Momente der „privaten Pflege“, für die „familiäre Intimität“ kennzeichnend ist, auch noch zu einem Teil einbezogen wird, die aber natürlich von der Pflege der Familie auch sehr verschieden ist, allein durch das Faktum, dass sie eine Dienstleistung darstellt, allerdings eine Dienstleistung am Menschen, in der mitmenschliches Engagement, „Herz“, „inneres Beteiligtsein“ nicht ausgespart werden können und das nicht nur aus ethisch-humanitären Gründen, sondern aus Gründen der Psychohygiene und der Verhinderung von Erkrankungen, denn Menschen brauchen Zuwendung, Kommunikation, Bewegung, Aktivitäten, sinnvolle Beschäftigung, andernfalls werden sie psychisch und somatisch krank. Ein nicht unbedeutender Teil der Multimorbidität von Heimbewohnern kann auf die deprivierenden

Pflegebedingungen zurückgeführt werden. Inzwischen werden aus solchen Überlegungen vermehrt Konsequenzen gezogen. Auf *Petzolds* Ideen und Modelle zur erlebnisaktivierenden Altenarbeit (Arbeit mit kreativem Medien und multipler sensorischer Stimulierung, beschrieben *Petzold* 1977e, g, 1988f, *Petzold, C.* 1972a; Identitätssäulen, Lebenspanorama, Biographiearbeit, beschrieben 1981g, 2001b, *Petzold, C.* 1972b etc.) zurückgreifend und von ihm ermutigt, entwickelte *Maria Riedl* (2006) ein „integratives Pflegekonzept“, das schon in vielen Heimen im deutschsprachigen Bereich umgesetzt wird⁶

Wie kommt nun ein Therapeut, eine Therapeutin dazu, sich als Gerontotherapeut bzw. -therapeutin zu engagieren? Was bewegt jemanden, sich mit der im allgemeinen als unattraktiv geltenden Lebensphase des Alters zu befassen, sich in ein Berufsfeld hinein zu begeben und mit einer Tätigkeit zu identifizieren, die von der Gesellschaft in der Regel in der Wertehierarchie genauso wie die Lebensphase als solche eher tief angesiedelt sind? Auf diese Frage gibt es sicher viele Antworten, viele verschiedene für die vielen Menschen, die im Feld der Gerontologie und Gerontotherapie tätig sind, und sicher auch viele verschiedene, die auf einen einzigen Vertreter dieser „Spezies“ zutreffen. Es mögen persönliche, familiäre, berufliche, berufspolitische Gründe mit im Spiel sein, oder vielleicht „hat es der Zufall so gewollt“?.

Bei *Hilarion Petzold*, der ja nicht ausschließlich Gerontotherapeut ist, aber sich doch immer *auch* als solcher verstand und der erste war, der diesen Begriff für sich verwandte (und bis heute verwendet)ist – wie er eindrücklich berichtet (idem 1985t) – war es das Aufwachsen mit alten und jungen Menschen im engen Raum der Nachkriegsunterkünfte und die erlebnisaktivierenden Aktivitäten seiner Mutter (im Kriege Krankenschwester) im Besuchsdienst in Altersheimen, bei denen die Geschwister *Petzold* als Kinder sehen konnten, was alles man mit alten Menschen machen kann (Malen, Musizieren, Puppen spielen, Gedichte schreiben, vgl. *Petzold-Heinz* 1985). Das ist eine Grundlage dafür gewesen, schon in früher Jugend das Leben zwischen „Kind-sein“ und Alt-sein“ ausgespannt, also in der „Lebensspanne“ zu erleben, eine Erfahrung, die die Gesamtheit der *Petzoldschen* Konzeptualisierungen in Philosophie⁷, Entwicklungspsychologie⁸, Psychotherapie⁹ und Agogik¹⁰ bestimmen sollte. Seine Mutter arbeite selbst bis ins hohe Alter als aktive „graue Pantherin“, veranstaltete Erzählprojekte und literarische Werkstätten in Altersheimen und arbeitete in seinen gerontotherapeutischen Unternehmungen mit (*Petzold-Heinz* 1985, 1991; *Petzold, Petzold-Heinz* 1985). Mit seiner Schwester, gleichfalls Gerontotherapeutin, führte er zahlreiche innovative Projekte in Altenbildung und Pflege durch (*Petzold, C., Petzold* 1991; 1993, 1997).

Das Faktum, dass viele alte Menschen sich zu Kindern hingezogen fühlen und umgekehrt Kinder sich zu alten Menschen hingezogen fühlen in einem wechselseitigen Wunsch miteinander zu Spielen und Spaß zu haben (*Petzold*: „Die beste Therapie für die meisten alten Menschen ist der Umgang mit Kindern!“ 1969c) und dem gegenseitigen Bemühen, sich zu verstehen, war ihm aus Erfahrung vertraut, was ihn beeinflusst haben mag, schon früh *intergenerationale* Projekte zu initiieren (etwa das des „exchange learning“ in Altenwohngemeinschaften, in die Kinder hineingebracht wurden, 1969c, oder

⁶ vgl. die anschauliche Videodokumentation: „Wenn die Vergangenheit zur Gegenwart wird“ (*Riedl* 2006).

⁷ *Philosophie* als „Wegerfahrung“, als permanente Lebensgestaltung und „Lebenskunst“ (idem 1999q, 2006ü)

⁸ *Psychologie der Lebensspanne*, life span developmental approach, Mitbegründer dieses Paradigmas (idem 1979k).

⁹ *Psychotherapie in der Lebensspanne*, Begründer dieses Paradigmas, was konsequenterweise auch heisst: Therapie mit Kindern, Erwachsenen und alten Menschen zu machen (*Petzold* 1965, 1969c; 1972e; *Müller, Petzold* 2003; *Petzold, Müller* 2004)

¹⁰ *Lebenslanges Lernen / education permanente* (*Petzold, Sieper* 1970; *Sieper, Petzold* 1993), *Petzold* prägte 1965 die Begriffe Geragogik und Gerontotherapie.

Volkshochschulprogramme Anfang der Siebzigerjahre mit wechselseitigem Lernen zwischen den Generationen, vgl. *Ch. Petzold* 1972; *Petzold, Laschinsky, Rinast* 1979), woraus sich das spätere und derzeit höchst aktuelle Konzept der „Intergenerationalität“ in gelebter Erfahrung entwickelt hat (idem 2004a, 2005a; *Petzold, Müller* 2005).

Hilarion Petzolds Beiträge und Innovationen im Bereich der Gerontologie und Gerontotherapie sind bereits in einem Aufsatz – ursprünglich eine Seminararbeit für das psychologische Seminar von *Vladimir N. Ilijne* verfasst – im Jahre 1965 – weitgehend entworfen worden: eine „*g rontologie appliquée*“ wurde da gefordert, eine *angewandte* Gerontologie, die Handlungsmodelle für die Praxis bereitstellen und Grundlagen für die Entwicklung von Interventionen bieten soll, welche den alten Menschen zu gute kommen, und zwar auf allen Ebenen: der körperlichen, der geistigen, der seelischen, der sozialen und ökologischen. Hintergrund waren Beobachtungen in verschiedenen (russischen) Altersheimen in und um Paris, in denen *Petzold* und *Johanna Sieper* – eine Mitbegründerin der Integrativen Therapie – Praktika als Studenten absolvierten, zeitgleich aber auch in Projekten mit Pariser Vorstadtkindern und Jugendlichen in Problemfamilien mitarbeiteten: sie hatten das Spektrum der Lebensspanne als Integrationsaufgabe vor Augen (*Sieper* 2005, 2006) und waren dabei auch von den soeben erschienen autobiographischen Bnden der *Simone de Beauvoir* inspiriert (vgl. *Petzolds* Essay anlässlich ihres Todesjahres 2006, . Die Lebenssituation der alten Menschen in den Heimsituationen wies so viele Defizite und belastende Aspekte auf, dass dem jungen Philosophie-, Theologie- und Psychologie-Studenten die Notwendigkeit von sehr umfangreichen Massnahmen erforderlich schienen, die die gesamte „Lebenswelt“ (*Husserl, Merlau-Ponty*) dieser BewohnerInnen, die ja nur das Heim hatten, umfassen müssten. „Lebenswelt“ ist nach integrativer Auffassung nicht nur eine gegebene, sondern auch eine zu gestaltende (vgl. *Vygotskijs* Kontextprinzip, *Lewins* Aufforderungscharakter, *Gibsons* affordance, Frau *Holles* Apfelbaum), und die Gestaltung ist bestimmt von den Aufgaben, die die Lebenswelt stellt, mit der Frage: „Was ist hier zu tun?“ (*Petzold, Petzold* 1991). Unter dieser Fragestellung wurde von *Petzold* das „Programm“ der „Integrativen Therapie“ entwickelt. Er verwandte diesen Term 1965 das erste Mal, als er aufgeführte, was man alles mit den und für die alten Menschen in Heimsituationen machen müsste und was er dann auch initiiert hat. Was also tun für diese Gruppe, war seine Frage? Die Antwort: den Körper als *biologischer* Grundlage des Menschen aktivieren, die Seele erfreuen, oder, wo sie belastet ist, durch Psychotherapie entlasten, den Geist erquicken durch ästhetische Erfahrungen (künstlerisches Tun) und Aktivitäten, also die *psychologische* Ebene des Menschen ansprechen, sowie die *soziale* Verbundenheit erhalten oder intensivieren: ein *biopsychosozialer* Ansatz also, der damals formuliert und dann auch praktisch umgesetzt wurde (idem 1965/1985a). Da soziale Netzwerke atrophieren und die sozialen Situationen in den Heimen keineswegs von intensivierter Gemeinschaft gekennzeichnet sind, gilt es, Mikro kotope (*Petzold* 2006p) zu gestalten/verändern, z.B. fehlende kommunikative Flächen herzustellen, das Anstaltsgrau zu farbig machen, und zwar nicht nur als Momentintervention, sondern als Entwicklungsprozess auf der individuellen, gruppalen und institutionellen Ebene, weil allzu oft so gehandelt wird, als ob „die Alten eh keine Zukunft“ mehr hätten. Bei der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen aus den Problemfamilien waren es gleichfalls die Kontextinterventionen und *biopsychosozialen* Massnahmen (Sport und Bewegungstherapie, Psychotherapie, soziale Netzwerk- und Familientherapie). Damit erwachsen aus den Gegebenheiten und Erfordernissen der „Lage“ (*Moreno, Lewin*) im kinder/jugendlichentherapeutischen und gerontotherapeutischen Bereich der strukturelle Rahmen und die Eckpunkte der Integrativen Therapie als einem biopsychosozialen bzw. sozialökologischen Ansatz (*Petzold* 1994j; 2001a, 2003a). Dem zu Grunde liegt die anthropologische Grundformel, d.h. *der Mensch als Frau und Mann wird gesehen als eine Körper-Seele-Geist-Einheit in seinem sozialen und ökologischen Umfeld*, wobei jede dieser

Dimensionen in einer differentiellen und integrativen Praxis Berücksichtigung finden musste und fand (idem 1965, 1974j, 1988n, 2003a). Diese Formel ist als „Synergie“ aus dem Arbeitsprogramm im Psychologiestudium und der praktischen Arbeit im Altenheim und der Kinder- und Familienarbeit hervorgegangen und bestimmt die Integrative Therapie bis heute (Petzold 2003e).

Dass dazu verschiedene Disziplinen bzw. Teildisziplinen zusammenarbeiten müssen, lag für Petzold auf der Hand. Tatsächlich begann sich Ende der sechziger Jahre im Feld der Gerontologie ein bemerkenswertes Bewusstsein für Interdisziplinarität zu entwickeln – möglicherweise, weil die Notwendigkeit dafür in diesem Bereich grösser und offensichtlicher ist als anderswo –, eine Interdisziplinarität, die für die Psychotherapie durchaus als beispielhaft gelten konnte. Für Petzold jedenfalls war dieser interdisziplinäre Rahmen sicherlich eine massgebende Anregung, eine disziplinübergreifende psychotherapeutische **biopsychosoziale** Arbeit zu beginnen. So verbanden sich für die beiden jungen Psychologen die komplexen „Erfordernisse des Feldes“ (Lewin) und Vygotskijs „Lernen in Zonen der Proximität“ zu Überlegungen zu einer „**Humantherapie**“, die den ganzen Menschen in all seinen Dimensionen einzubeziehen suchte, und die vor allen Dingen die gesamte „**Lebensspanne**“ in den Blick nahm und konsequenter Weise zu systematischer „Biographiearbeit“ in Erzählgruppen und Erlebnisausstellungen schon in den damaligen Projekten in den Pariser Heimen und der geragogischen Arbeit Anfang der siebziger Jahre führte (Petzold, C. 1972; Petzold, Bubolz 1976; Petzold, Petzold 1991, Petzold 2001b, Petzold, Müller 2004a). Die Praxis bezog Rollenspiel und Dramatherapie (idem 1973b), ein bildnerische Arbeit mit „Lebenspanoramen“ und bilanzierende „Lebensbilderschau“ (idem 1965; Petzold, Lückel 1985) als therapeutische und agogische Arbeit, die nicht nur auf die Behandlung alter Menschen begrenzt blieb, sondern in den Gesamtfundus der Integrativen Therapie Eingang fand und ihr Arsenal an Interventionstechniken erweiterte (Petzold, Sieper 1970, 1993; Petzold, Orth 1990). Damit waren zwei wesentliche Grundlagen gelegt, die für die Integrative Therapie charakteristisch werden sollten, und es wurde die Idee einer „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“ – gegründet auf eine „**lifespan developmental psychology**“ – in das Feld der Psychotherapie eingeführt. Diese Idee beginnt heute allmählich auch in anderen psychotherapeutischen Richtungen Beachtung zu finden (vgl. erste Ausführungen bei Grawe 2004).

Das Thema Alter hat inzwischen eine beachtliche Präsenz in Medien und Politik erhalten (Schirrmacher 2004) – die demographischen Entwicklungen zwingen dazu –, die über kurz oder lang mit einer Veränderung der gesellschaftlich geprägten Altersbilder einher geht. Diese sind aber nach wie vor zwiespältig (Filipp, Mayer 1999): So wird einerseits an einem positiven Bild des alten Menschen ‚gebastelt‘ (Lévy-Strauss, Keupp), der, sportlich, gesund und kaufkräftig den immer weiter ausgedehnten Lebensabschnitt des Alters (das hohe Alter ist hier meistens nicht mitgemeint) aktiv und selbstbewusst gestaltet. Dieses positive Bild ist nicht zuletzt im Hinblick darauf erstrebenswert, dass – um die Rentenversicherung bezahlbar zu erhalten – vielleicht schon in baldiger Zukunft auch mit einer längeren Lebensarbeitszeit zu rechnen ist und man das Bild der arbeitstätigen älteren Menschen entsprechend vorbereiten muss. Gleichzeitig schwindet auf der anderen Seite aber der Wert eben dieser Arbeitskraft mit der angespannten wirtschaftlichen Lage, in der junge Arbeitskräfte, weil sie billiger sind, den über 50 Jährigen vorgezogen werden und diese aus dem Arbeitsmarkt verdrängt werden, und es entsteht das zunehmend gravierender werdende Problem des „Ageism“ (Nelson 2002), der Diskriminierung Alter Menschen. Ausserdem verursachen die Alten und Hochaltrigen immense Kosten, die – so wird es prognostiziert – unser Krankenversicherungssystem überfordern. Sie würden der Gesellschaft zur Last liegen, die immer mehr Altenwohn- und -pflegeplätze schaffen sollte und dafür immer weniger und schlechter ausgebildetes Personal

rekrutieren kann. So werden die zwei psychosozialen Kräfte, die *Petzold* schon 1965 mit den Metaphern „*Feind von aussen*“ und „*Feind von innen*“ kennzeichnete, weiterhin aufrecht erhalten: die Altersbilder der Gesellschaft, die den alten Menschen ‚von aussen‘ abwerten und damit stigmatisieren, und die Selbstbilder der alten Menschen, die die negativen Stereotype (*Filipp, Mayer* 1999) verinnerlichen und so dem ‚*Feind von aussen*‘ einen ‚*Feind von innen*‘ zur Seite stellen. Diesen Bildern ist gar nicht leicht beizukommen, und es braucht mehr als eine kognitive Auseinandersetzung, um sie zu entschärfen oder zu verändern. Es verlangt nach einem *bewussten Umgang* mit dem Alter und schon bei Kindern nach Erlebnismöglichkeiten mit alten Menschen, die ihr Altern in einer positiven Weise gestalten, denn in Kindheit und Jungens werden Prototypen und Schemata geprägt und verinnerlicht, die später in den eigenen Altersprozessen zum Tragen kommen. Es wird deshalb – so *Petzold* – für jeden Menschen eine „*proaktive*“ Einstellung dem Alter und Altern gegenüber erforderlich, eine Haltung, die zu vorausschauendem Handeln führt und zu dem Willensentschluss, sich für ein „*gelingendes Altern*“ vorzubereiten (*Petzold* 2005o; *Petzold, Sieper* 2007c). Von Seiten der Gesellschaft sind z.B. edukative Massnahmen in Angriff zu nehmen, die schon Kinder im Vorschulalter, Jugendliche und natürlich auch valide Erwachsene „in den besten Jahren“ mit den Themen des Alterns vertraut machen und zwar erlebniskonkret etwa durch die Arbeit mit kreativen Medien oder im Rollenspiel (*Petzold, Sieper* 1970). So fordern es *Petzold* und *Bubolz* (1976) in dem international ersten Buch zur „*Bildungsarbeit mit alten Menschen*“, das die Idee des Textes von 1965 aufnimmt, „*Geragogie*“ müsse eine Bildung „für das Alter, des Alterns und im Alter“ umfassen. Als *Petzold* diese Idee 1965 prägte, hatte er genau eine solche Lebenslaufperspektive für Bildungsprozesse im Blick, die in der französischen Erwachsenenbildung als „*éducation permanente*“ bekannt werden sollten.

Die Idee einer „*angewandten Gerontologie*“ war damals im höchsten Masse innovativ, da die sich entwickelnde Fachdisziplin zunächst auf biomedizinische Grundlagenforschung, später dann auf sozialgerontologische Forschung zentrierte, die praktische Arbeit mit alten Menschen also gar nicht im Blick hatte. In dem Aufsatz „*Géragogie*“, der beanspruchte, eine „*nouvelle approche*“ zu sein, wurde dann auch in der Tat ein umfassendes Konzept gerontologischer Praxeologie von *Petzold* entworfen, das eine differenzielle und integrative Arbeit beschrieb, in der geromedizinische, geragogische, sozialgeragogische, gerontopsychotherapeutische und thanatologisch/thanatotherapeutische Massnahmen umrissen und definiert wurden. Auch die Idee der „*Praxeologie*“, eines Wissens über Praxis, einer „*Wissenschaft von der Praxis*“, die für alle humanwissenschaftlichen Methoden der Hilfeleistung eine erhebliche Bedeutung hat, wurde hiermit eingeführt und zwischen die herkömmliche Polarisierung von Theorie und Praxis gestellt. *Bourdieu* (1976, 1980) hat später eine „*Theorie der Praxis*“ entfaltet, die gleichermassen verdeutlicht: konsistente Praxis beinhaltet Theorie, und konsistente Theorie muss in den Humanwissenschaften in die Praxis wirken. *Petzold* kannte und schätzte *Bourdieu* und seine Arbeit (*Leitner, Petzold* 2004), und sein sozialkritisches Denken fand in den sozialgerontologischen Projekten des integrativen Ansatzes einen praktischen Niederschlag. Bei der Lebenssituation von Altenheimbewohnern und Kindern und Jugendlichen im sozialen Brennpunkt konnte man nur zu sozialkritischen und sozialpolitischen Positionen finden, und diese haben den gesamten Ansatz der Integrativen Therapie in all ihren Bereichen nachhaltig geprägt – die Arbeit mit Drogenabhängigen und ihren desolaten Lebenslagen Ende der sechziger Jahre (*Petzold* 1969c) hat diese Orientierung noch unterstrichen.

Mit der „*Geragogik*“ wurde von *Petzold* ein neuer Begriff für eine lebensalterbezogene Bildungsarbeit eingeführt, der Pädagogik (Bildungsarbeit mit Kindern) und Andragogik (Bildungsarbeit mit Erwachsenen) um die Bildungsarbeit mit alten Menschen durch Inhalte

und Ziele, die das Alter und die Prozesse des Alterns betreffen, ergänzt. Es geht dabei um die Entwicklung von Bewusstsein für und Wissen über Prozesse des Alterns, wobei die Themen Tod und Sterben nicht ausgeblendet sondern aufgegriffen werden (im Sinne der „death education“ *Petzold, Huck 1994*), es geht um lebenslanges Lernen über und für das Alter, und dies nicht nur mit den alten Menschen selber, sondern bereits bei Schulkindern und Erwachsenen. *Petzold* und MitarbeiterInnen haben solche intergenerationalen Lerneinheiten und geragogische Gruppen selbst durchgeführt (*Petzold, Laschinsky, Rinast 1979; Petzold, Schobert 1991*), und es kam ein fruchtbares Umfeld von „exchange learning“, von Austausch von Wissen zwischen Alt und Jung zustande. Hier liegt noch immer ein grosses Potential brach, denn würden diese Ideen und Projekte weiter ausgebaut und auf die verschiedenen Subpopulationen von alten und jungen Menschen zugesasst, könnte damit sicher nicht nur eine edukative und evolutive, sondern auch eine präventive Wirkung erzielt werden, was psychische Gesundheit – und auch physische – im Alter betrifft (*Petzold, Berger 1978; Petzold 1985f*). Durch die Pflege, Ausweitung und Weitergabe der Fülle von Wissen und Können, die ältere Menschen in ihr Rentenalter mitnehmen, könnte diesem die Anerkennung und Wertschätzung beigemessen werden, deren Fehlen leicht einen Nährboden für depressive Verstimmung oder gar Depression, für Resignation und Verbitterung bildet -*embitterment syndroms* (*Linden et al. 2004*) bei disfavorablen Alternsprozessen, wenn ein „*successful ageing*“ (*Baltes et al. 1998*) nicht gelingt,

Die wünschenswerte Integration des Themas Altern und Alter in Pädagogik und Erwachsenenbildung ist wie gesagt bei weitem noch nicht hinreichend umgesetzt. Und auch die Auseinandersetzung der alten Menschen selber mit ihrem Alt-werden und Alt-sein hat noch wenig Verwurzelung in entsprechenden Bildungseinrichtungen gefunden, auch wenn immer mehr private Institute oder Privatpersonen solche Einheiten anbieten und der Markt der Erwachsenenbildung auch das Segment der älteren Generation entdeckt hat und altersspezifische Themen ins Angebot aufgenommen hat. Dies ist aber immerhin erfreulich, trägt es doch dazu bei, alten Menschen „*Lebenserhaltung und Lebensgestaltung im Lebenszusammenhang und Lebenskontinuum zu ermöglichen*“ (*Petzold 1965/2004a, 92*), was *Petzold* als eines der wichtigen Ziele in der Arbeit mit alten Menschen nannte, die über den *reparativen* hinaus einen *evolutiven* Weg verfolgen: die Entfaltung und Bereicherung des Lebens im Lebensverlauf bis ins hohe Alter.

Als weiteres übergreifendes Ziel nennt er in dem Aufsatz von 1965 die *Intersubjektivität*, Kernkonzept seines Lehrers und Doktorvaters *Gabriel Marcel*, der seine Arbeit mit alten Menschen förderte (*Petzold, Marcel 1976*). „Alten Menschen wird immer wieder die Würde genommen. Sie werden verdinglicht, nicht auf gleicher Ebene ernst genommen. Der dauernde Entzug von Intersubjektivität führt schliesslich dazu, dass sie sich selbst objektivieren. Arbeit mit alten Menschen muss deshalb intersubjektive Qualität haben, und wo diese verloren gegangen ist, muss sie wieder ermöglicht werden“ (*Petzold 1965/2004, 92f*).

Intersubjektivität und **Würde**, bei *Petzold* im ganzen Ansatz der Integrativen Therapie von zentraler Bedeutung (*idem 2002a, 2004o*), ist bei alten Menschen besonders bedroht (*Petzold 1985d*), vor allem dann, wenn sie sich, durch Krankheit und Abbauerscheinungen geschwächt, selbst nicht mehr genügend wehren können oder wenn Intersubjektivität teilweise oder ganz von den betreuenden und pflegenden Menschen „unterstellt“ werden muss, wie z.B. bei schwer dementen Menschen aus „unterstellter Intersubjektivität“ gearbeitet werden muss. Aber auch gesunde alte Menschen laufen Gefahr, in Lebenssituationen zu geraten, die ihre Würde bedrohen. Im Konzept der ‚*prekären Lebenslagen*‘ (*Petzold 2004a*) wird diesem Umstand Rechnung getragen. Demnach muss Psychotherapie bei alten Menschen (und nicht nur bei diesen) immer den soziale Kontext, insbesondere auch die sozioökonomische Realität berücksichtigen, so dass nicht nur ein „*dysfunktionaler Lebensstil*“ behandelt wird (*Müller, Petzold 1999*), worin sicherlich ein Schwerpunkt der

Behandlung zu sehen ist, sondern auch die Lebenslagen und Lebenswelten, die ihn mitbedingen auch Ziel von Interventionen werden können und durch Veränderung von Einstellungen, durch konkretes Handeln mit dem Ziel der Veränderung der Umwelt- und Situationsbedingungen und durch ameliorative Massnahmen (d.h. Ressourcenzufuhr und Investitionen) beeinflusst werden können. Wo GerontotherapeutInnen bei ihren PatientInnen auf prekäre Lebenslagen treffen, auf „zeitextendierte Situationen“ bedrängender Lebensumstände, massiven *Ressourcenmangels* oder -verlusts und fehlender *protektiver Faktoren*, wäre es ein grober Fehler, die Therapie auf die Betrachtung psychodynamischer Konstellationen zu beschränken (Müller, Petzold 2002).

Petzold gehört wohl zu den wenigen Forschern und Theoretikern im Bereich der Gerontologie, die sich bezüglich Alterswürde immer wieder praktisch-konkret und in der Öffentlichkeit für die Betroffenen – und deren BetreuerInnen – engagieren. So ist er bemüht, Mißstände in Alters- und Pflegeheimen (und deren mangelhafte Bekämpfung von Seiten der Behörden) in die Fachdiskurse der entsprechenden Berufsgruppen und in die öffentliche Diskussion zu bringen. Und dies ist ein Prozess, der viel Ausdauer erfordert, denn das allgemeine Interesse für diese Themen ist oft nicht sehr gross oder nur von kurzer Dauer, was wiederum als Nachweis für die geringe Wertschätzung für die Gruppe der Betroffenen angesehen werden kann. 1985 führte *Petzold* den Term „patient/client dignity“ ins Feld der Gerontologie und Psychotherapie ein, der neben Konzepten wie „informed consent“ (*Beauchamps, Childres*) und „patient security“, „patient wellbeing“ (Müller, *Petzold* 2002) zu stehen hat und den behandelnden und betreuenden Professionen handlungsleitende Richtlinie sein soll im Umgang mit der Würde ihrer Klientel. Aber auch den Betreuerinnen und Betreuern selber gilt es, eine *engagierte*, „eingreifende Wissenschaft“ (*Sieper, Petzold*, 2001d; *Petzold, Leitner* 2005) zur Seite zu stellen, denn sie sind schweren physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt und tragen oft die Folgen einer unzureichenden Planung und Verantwortungsübernahme auf ihren Schultern. Dies ist heute nicht weniger aktuell als vor 40 Jahren, auch wenn jetzt in vielen Gemeinden und Ländern Altersleitbilder überarbeitet bzw. neu erstellt werden und man zu realisieren beginnt, dass ein Bemühen um eine bessere Versorgung der älteren Bevölkerung gleichbedeutend mit einer besseren Vorsorge für die eigenen Zukunft ist.

In der Gerontotherapie, der „Behandlung, Stützung und Persönlichkeitsentwicklung alter Menschen mit Hilfe von psychotherapeutischen Mitteln“ (*Petzold* 1965 resp. 2004a, 100), hat sich in den letzten Jahren einiges getan. Kreativ-Therapien haben in der Gerontopsychiatrie, -psychosomatik und Geriatrie weitverbreitet Fuss gefasst (*Menzen* 2004; *Ganß, Linde* 2004; *Bräuninger* 2000; *Holtermann, Lechner* 2000) und sind zum Teil nicht mehr weg zu denken, Ansätze, die *Petzold* und MitarbeiterInnen seit den sechziger Jahren inauguriert und praktiziert hatten und bis heute weiter entwickeln (idem 2005a). Die dort tätigen TherapeutInnen hatten sich früher in der Regel ihr gerontologisches Wissen selber angeeignet. Heute findet auch in den Ausbildungscurricula das Teilgebiet Gerontotherapie immer öfter seinen Platz. Erlebnisfördernde, aktivierende Methoden (*Petzold, Stöckler* 1988) haben sich im Feld bewährt. Oftmals ist es dabei notwendig, die älteren PatientInnen zunächst über diese ungewöhnlichen Therapieansätze zu informieren, weil sie Tanz, Musik, Malen, kreatives Gestalten oft nur aus dem schulischen oder Freizeit-Kontext kennen. Im Sinne eines „informed consent“ ist diese Information aber ohnehin angemessen und notwendig. Es hat sich gezeigt, dass keine dieser ‚neuen Kreativitätstherapien‘ (*Petzold, Orth* 1990a/2007) für ältere Menschen ungeeignet ist. Es ist nur darauf zu achten, dass bei den Aktivitäten die allfälligen Einschränkungen motorischer oder sensorischer Art berücksichtigt werden, und dass die Therapieziele sorgfältig gesetzt werden, insbesondere im Bereich der Richtziele. Zu beurteilen, wie gross die Chance ist, bei einem Patienten eine Wiederherstellung – und sei es

auch ‚nur‘ eine partielle – zu erreichen, oder ob es primär um Erhaltung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten geht, oder ob die Bewältigung von Verlusten im Vordergrund steht, braucht einige Erfahrung und eine **bio-psycho-sozial-ökologische Perspektive**, wie sie in dem Fünfundsechziger-Aufsatz in die Gerontotherapie und in die Psychotherapie eingeführt wurde. Da diese Sicht auch ökologische bzw. milieukontextuelle sowie sozialpolitische Perspektiven einbezieht, theoretisch formuliert (idem 1994c; vgl. *Jüster* 2007; *Schwendter* 2007) und in konkrete Praxis umgesetzt, ja über einen Zeitraum von jetzt 40 Jahren in Theorie und Methodenentwicklung (etwa in Netzwerktherapie und Selbsthilfemodellen, *Petzold, Schobert* 1991; *Hass Petzold* 1999) ausgearbeitet hat, greift es weiter als die meisten biopsychosozialen Modelle (*Engel* 1977, 1997), in der Regel die sozial- und gesundheitspolitischen Dimensionen nicht berücksichtigend. Und das geht weder im gerontologischen Feld (*Petzold, Petzold* 1991), noch in dem der Suchtarbeit (*Petzold, Schay, Scheiblich* 2006). Dabei war das Vorgehen niemals nur defizitorientiert, an einem Pathogenesemodell ausgerichtet, sondern stets auf die Kompetenzen, die Fähigkeiten und die Potentiale der Menschen zentriert, mit denen *Petzold* und MitarbeiterInnen arbeiteten. Ressourcen (idem 1997p), Schutzfaktoren, Resilienzen und salutogenetisches Potential (*Müller, Petzold* 2003) wurde neben die Perspektive der Probleme und Defizite gestellt. Eine solche Orientierung bei *Petzold* war vielfältig motiviert. Einerseits entsprang sie seinem Sozialisationsmilieu, der Praxis altruistischer und Hoffnungsräume eröffnender Arbeit mit belasteten Menschen in seinem Elternhaus (*Petzold, Schobert* 1991; *Petzold* 2002h), zum andern ist hier der Einfluss von *Vygotskij* und *Lurija* zu sehen, mit denen sich *Petzold* und *Sieper* in ihrem Studium der russischen Psychologie und Neuropsychologie intensiv befasst hatten (*Sieper, Petzold* 2002, *Petzold, Sieper* 2007, und die in ihrer Arbeit mit Behinderten und Hirnverletzten zunächst immer darauf zentriert war, was diese konnten und nicht darauf, was ihnen fehlte oder unmöglich war. Auch *Anokhins, Bernsteins* und *Lurijas* Psychophysiologie (vgl. *Lurija* 1992), aus der *Petzold* das Prinzip „multipler Stimulierung“ (*Petzold, Stöckler* 1998; *Petzold, Sieper* 2007) ableitete, waren grundlegend. Gerade für die Arbeit mit alten Menschen ist eine stimulierungstheoretische und praktische Arbeit unverzichtbar (*Petzold* 1988f), ja sie ist als Grundlage jeder therapeutischen Arbeit anzusehen, denn durch pathogene Stimulierung (Defizite, Störungen, Konflikte, Traumata, idem 2003a; *Petzold, Orth, Sieper* 2005) werden Menschen krank, und durch salutogene Stimulierung aus dem sozialen und ökologischen Umfeld bleiben sie gesund (*Petzold* 1988f, 2006p). Insgesamt ist eine identitätsbestärkende Form therapeutischer Arbeit notwendig für die *Petzold* (1981g) das Modell der „fünf Säulen der Identität“ entwickelte: 1. Leiblichkeit, 2. soziales Netzwerk, 3. Arbeit/Leistung/Freizeit, 4. Materielle Sicherheiten, 5. Werte, das weit über die Gerontotherapie hinaus Beachtung gefunden hat. Jeder Säule wird in der Therapie Beachtung geschenkt (idem 2004; *Petzold, Müller* 1997)

Eine solche positive, auf protektive Faktoren, Ressourcen und Identitätspotenziale zentrierende Perspektive in der Betrachtung (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; idem 2001p) ist für die therapeutische Arbeit von großem Nutzen, denn allzu leicht kann es einem auch als Therapeutin geschehen, dass die pessimistische, hoffnungslose Optik eines Patienten übernommen wird und eine konservierende oder palliative Richtung eingeschlagen wird, wo eigentlich noch Wiederherstellung oder Entwicklung möglich wäre. Hier den Weg zu finden zwischen realistischer Einschätzung der Situation – die manchmal ja auch wirklich hoffnungslos ist – und einem gesunden und ‚heilsamen‘ Optimismus, auch stellvertretend für den Patienten, der zu dieser Sicht vielleicht im Moment gar nicht in der Lage ist, ist in der Tat nicht einfach und immer wieder eine Übung, eigene *Stigmatisierungstendenzen* (*Goffman*) aufzudecken und zu korrigieren. Dass mit dem *Petzoldschen* Gerontotherapie-Ansatz grundsätzlich ein aktivierender, persönlichkeitsfördernder und identitätsstützender Weg eingeschlagen wird, der ausserdem die sensorischen, kognitiven, psychischen sowie sie sozialen und ökologischen Perspektiven gleichermassen berücksichtigt, beugt einer

Stigmatisierung durch TherapeutInnen weitgehend vor bzw. animiert zur Selbstreflexion und zu Mehrperspektivität, die unumgänglich ist, um gerade den alten kranken Menschen einigermaßen gerecht zu werden.

Die anthropologische Grundformel, welche der Integrativen Therapie – nicht nur in der Arbeit mit alten Menschen – zu Grunde liegt, manifestiert sich in der Gerontotherapie vielleicht besonders deutlich, wenn man auf die Breite der erforderlichen methodischen Zugänge blickt. Therapie muss auf allen Ebenen ansetzen können, je nachdem, wo die Lebenssituation es erfordert:

Wenn die Lebenswelt von einem Mangel an Anregung geprägt ist, und das ist bei einem Leben im Alten- oder Pflegeheim sehr oft der Fall, ist multiple Stimulierung angesagt. Das ist aber auch bei selbständig wohnenden alten Menschen der Fall, die sich z.B. wegen Bewegungs- oder Sinneseinschränkungen oder ungünstigen Umgebungsbedingungen (kein Aufzug im Haus, unbelebtes Quartier, vgl. *Petzold, Zander* 1985) immer weniger aus der Wohnung trauen. Der Stimulationspegel wird einseitig oder generell reduziert, multiple Stimulierung fehlt. Ist ein defizitäres soziales Netzwerk hauptverantwortlich für eine dekompenzierte Situation, muss Netzwerkarbeit geleistet werden (*Petzold* 1994h), sind unbewältigte Konflikte im Vordergrund, unverarbeitete Störungen und Irritationen, muss psychotherapeutisch vorgegangen werden (*Petzold* 1977h; *Petzold, Bubolz* 1979, *Petzold* 2005a), herrscht ein Mangel an geistiger Anregung und Auseinandersetzung, sind vielleicht geragogische Interventionen angesagt oder ist eine narrative Praxis, sind Biographiearbeit oder Arbeit mit kreativen Medien – Poesie- oder Musiktherapie, Puppenspiel etc. angezeigt (*Petzold, Müller* 1997, 2000a; idem 1982h, j), vielleicht auch Begleitung in Fragen der Spiritualität und des Sinnerlebens (*Petzold*, 1983e; *Petzold, Orth* 2005). Sind die familialen und weiteren sozialen und Beziehungen beeinträchtigt oder gestört, können familientherapeutische und netzwerktherapeutische Maßnahmen erforderlich werden (*Petzold* 1979c, k, 1994e; *Petzold, Josić, Erhardt* 2006). Treten chronische, schwere Erkrankungen auf oder kommt es zu einer Begleitung auf der letzten Lebensstrecke werden integrative, thanatotherapeutische Wege beschritten (*Lückel* 1981; *Petzold* 1980a, 1984c, p, 1990l, *Varevics, Petzold* 2005). Dieses ganze Bündel indikationspezifisch einsetzbarer Massnahmen ist als „**Integrative Gerontotherapie bzw. Thanatotherapie**“ bezeichnet und in großen Buchveröffentlichungen dargestellt worden (*Petzold* 1985a, 2004a, 2005a; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984/1993).

Stehen körperliche Einschränkungen und ihre Folgen im Zentrum, ist – je nach Situation in Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachkräften – ein multimodales Vorgehen zu wählen, das gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen ansetzt, die Zusammenhänge einbezieht und deren gewinnbringende Wechselwirkungen ausnützt.

Über, unter oder zwischen allem, schützend, tragend und verbindend, steht die **therapeutische Beziehung als engagierte mitmenschliche Beziehung** (idem 1984p, 1991b), die im Umgang mit den Menschen einen gastlichen, „konvivialen Raum“ (idem 2004o) zu schaffen hat und die von Behutsamkeit und höchster Verbindlichkeit gekennzeichnet sein muss, will man das Vertrauen der alten Menschen gewinnen, wie es die Intersubjektivitäts- und Konvivialitätstheorie des Integrativen Ansatzes insgesamt für die Arbeit mit Menschen ausgearbeitet hat (idem 2000a, 2003a).

Zur Illustration integrativer gerontotherapeutischer Arbeit seien hier einige Kurzvignetten aus Behandlungen von AlterspatientInnen mitgeteilt.

Beispiel 1:

Das erste Beispiel zeigt, wie kreativtherapeutische und ressourcenorientierte Interventionen einen Therapieverlauf prägen:

Eine 82jährige Frau, die seit ca. einem Jahr in einem Altersheim lebte, wird mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode mit psychosomatischen Beschwerden für eine ambulante Musikpsychotherapie angemeldet. Sie wird pharmakologisch durch eine Psychiaterin behandelt und somatisch durch den Hausarzt. Ihre zum Teil bereits chronifizierten Symptome sind: Schmerzen, vor allem im Rücken, Verdauungsprobleme, Sterbenswünsche, Verbitterung, Vereinsamung (Frau G. hat keinerlei Angehörigen mehr und ein minimales, soziales Netzwerk, dem sie emotional ambivalent gegenüber steht: "Ich bete immer, dass niemand mich anruft oder vorbeikommt, weil mich das Sprechen so anstrengt und ich viel lieber alleine bin". Aber auch: "Andere Bewohner hier im Heim haben viele Kinder und Enkelkinder, kriegen ständig Besuch, aber ich habe niemanden, mich holt nie jemand ab für eine Spazierfahrt!").

Ambivalenz charakterisiert auch ihr Kontaktverhalten. Es vergeht zunächst keine Stunde, in der die Patientin nicht deutlich macht, wie sehr sie das Sprechen anstrengt und dass sie lieber nicht reden und allein sein wolle. Vor die Wahl gestellt, sich Aktivitäten zuzuwenden, die auf Sprache verzichten können oder auch auf die Therapie ganz zu verzichten, entscheidet sie sich doch jedesmal für das Reden, und es wird dabei deutlich, wie sehr sie eben auch eine Gesprächspartnerin, einen Gesprächspartner vermisst. Schmerzlicher Hintergrund für ihr bis heute erhalten gebliebenes Misstrauen und ihre Verbitterung ist im Wesentlichen eine kurze missglückte Beziehung zu einem Künstler, dem sie immer noch nachtrauert, der sie aber offensichtlich belog und sie verließ, als sie schwanger wurde, worauf sie gegen den eigenen Willen, aber der Mutter zu Liebe, eine Abtreibung vornahm, die sie niemals überwunden hat. Das damals verlorene Glück konnte sie auch nie in einer späteren Beziehung finden. Das Gefühl, ihr Leben verpfuscht zu haben bzw. vom Leben betrogen worden zu sein, hält sich seit damals – und das sind rund 50 Jahre – hartnäckig. Dem depressiven Zustandsbild entsprechend sieht Frau G. nur ihre Misserfolge, ihre Defizite, die daily hassles. Der Blick auf ihre Ressourcen ist weitgehend verstellt.

Als salutogenetische Intervention versuchen wir daher, Musik als Ressource einzubeziehen (Müller, Petzold 1998), da diese an Kompetenzen und Quellen der Lebensfreude anknüpfen könnte: Frau G. hat leidenschaftlich gerne in Operettenchören mitgesungen und sogar mit einigen solistischen Partien glänzen können. Leider müssen wir nach etlichen Versuchen zusammen feststellen, dass ihre motorischen (z.B. für das Spiel am Keyboard) und stimmlichen (für den Gesang) Performanzen (*Fertigkeiten*) nicht mehr ausreichen, um aus eigener aktiver musikalischen Tätigkeit Freude und Bestätigung zu gewinnen, im Gegenteil, die Konfrontation mit den Verlusten gerade in diesem Bereich, der ihr soviel bedeutet, würden sie zusätzlich deprimieren. Hingegen ist Frau G. sehr gut in der Lage, sich über das Programm des örtlichen Opernhauses auf dem Laufenden zu halten sowie die Presseberichte über einzelne bekannte Interpreten und Interpretinnen zu verfolgen, was ihr einen Ausgleich zur verlorenen musikalischen Eigenaktivität und eine gewisse Befriedigung gibt. Ausserdem beginnt sie, nachdem die Therapeutin sie einen Ausschnitt aus ihrem „Lebenspanorama“ (Petzold, Orth 1993), ihrer Lebensgeschichte zeichnen ließ, plötzlich wieder, ein anderes früheres Hobby zu pflegen: das Zeichnen und Malen. Obwohl auch hier die eingeschränkte Beweglichkeit der Finger spürbar und in den Bildern auch sichtbar wird, gelingen ihr doch viele kleine Werke, die sie mit z.T. höchst kreativen und originellen Mitteln zu sehr ausdrucksstarken, persönlich bedeutsamen Bildern macht. Sie malt diese nicht etwa während der Therapiestunden (die braucht sie zum Reden), sondern sie beschäftigt sich damit in ihrem Alltag: sie sammelt Vorlagen aus Illustrierten zum Abzeichnen, kauft Bilderrahmen, bestellt Spezialpapiere aus dem Katalog und malt, gestaltet, zeichnet). Die Idee der Therapeutin, irgendwann dann damit im Heim eine kleine Ausstellung zu machen, führt sie – ganz überraschend – ohne jegliche weitere Mithilfe der Therapeutin aus und weist diese eines Tages auf die Bilder in den Korridoren hin. Die darauf folgenden positiven Rückmeldungen von Personal und MitbewohnerInnen (sie verkauft sogar ein oder zwei Bilder) sind für sie

wohl heilsamer als hundert Therapiestunden, denn genau das ist es, was ihr gefehlt hat: Aufmerksamkeit, Beachtung, Wertschätzung, Gesprächs- und Kontaktanlässe. Parallel dazu werden im Gespräch immer wieder ihre schwierigen Beziehungskonstellationen zum Thema, in denen sie die Unterstützung von aussen braucht, um sich ohne Schuldgefühle für ihre Bedürfnisse einsetzen zu können. Das Aufdecken, Aussprechen und Akzeptieren ihrer ambivalenten Haltung und Gefühle, die fast alle ihre Beziehungen charakterisieren, bringt eine gewisse Entspannung und eine Vertrauensbasis für weitere Interventionen, die darauf zielen, dass sie ihre Gefühle und Impulse gegenüber andern Menschen wahrnehmen, ernst nehmen kann und zu eigenen Entscheidungen stehen kann, sich abgrenzen lernt, aber auch den Wunsch nach Nähe zulassen kann.

Gewisse „Narrative“ (Petzold 2003a) scheinen festgefahren, wenn Frau G. – in ambivalenter Weise – die schmerzlichen Themen zwar immer wieder selber anspricht, einen genaueren oder auch nur einen anderen Blick darauf jedoch meistens vermeidet, indem sie plötzlich das Thema wechselt. Dies kann zwar auch als eine Form von Biographiearbeit, als identitätsstützende "Selbstbehandlung" angesehen werden (vgl. Petzold, Müller 2004a). Der alte Mensch versichert sich mit dem Rekurrieren auf die eigene Vergangenheit, und sei es in repetitiven Mustern, selbst seiner Identität, seinem Eigenen. Dies kann zu einer Stabilisierung des Selbst-, Ich- und Identitätsgefühls beitragen (Petzold 2003a). Dass Frau G. dazu neigt, einen Teil ihrer Geschichten nicht mehr zu variieren, sondern sie eher kopiert und wiederholt, kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass in ihrem Umfeld die Möglichkeiten der Weiterentwicklung eingeschränkt sind, dass ihr die Auseinandersetzung mit den Grenzen zwischen sich und anderen fehlt. „Wo das identitätstiftende Milieu einer Gruppe nicht vorhanden ist, besteht die Gefahr, dass die Erzählungen erstarren, die Identität an Flexibilität und Plastizität verliert, dem gilt es gegenzusteuern“ (Petzold, Müller 2004a). Da Frau G. jedoch im Grunde über hinreichend Ressourcen verfügt, die einen Wandel in der Betrachtung ihrer eigenen Geschichte ermöglichen, sind die Ziele hier sicher so zu stecken, dass diese „Narrative“ ins Fliessen kommen und zu persönlichkeitskräftigenden „Narrationen“ werden (Petzold 2001b). Obwohl dieses Ziel noch nicht vollständig erreicht ist, beginnt sich bei Frau G. die depressive Erlebensweise zugunsten einer positiveren Stimmungslage zu verändern, was sich vor allem dadurch bemerkbar macht, dass die Schmerzen weniger stark erlebt werden und Frau G. nun auch von selber über erfreuliche Erlebnisse zu berichten weiss. Die Pflegefachfrau der Abteilung bemerkt, dass Frau G. viel weniger über Schmerzen klagt und viel weniger Medikamente brauche.

Hier wurden der ressourcenorientierte Ansatz (Petzold 1997g) auf der Handlungsebene – und diese muss unbedingt mit berücksichtigt werden – und eine Modulierung der Bewältigungsstrategien (mit dem Ziel einer Neu- oder Umbewertung von Lebensereignissen) auf der kognitiven Ebene in den Mittelpunkt gestellt, während emotional noch viel „Basisarbeit“ geleistet werden muss im Sinne emotionaler Differenzierung. Die Trauer um den irreversiblen Verlust ihrer grossen Liebe und des ungeborenen Kindes kann Frau G. zu dieser Zeit noch nicht fühlen.

Unschwer ist in diesem Vorgehen auch die Übereinstimmung mit dem SOK-Konzept von Baltes, Baltes (1990) wiederzuerkennen, in welchem die Strategie der „selektiven Optimierung mit Kompensation“ als Voraussetzung für Zufriedenheit im Alter konzipiert wird: Wer aus seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten diejenigen auswählt, die von Einschränkungen wenig betroffen sind (Selektion), diese verfeinert und verbessert (Optimierung) und dadurch vorhandene Schwächen ausgleichen kann (Kompensation), hat eine bessere Chance, trotz den altersbedingten Verlusterfahrungen und Abbauerscheinungen "erfolgreich zu altern" bzw. zufrieden zu bleiben.

Das äusserst dünne soziale Netz der Patientin, das in keiner Weise tragfähig und kaum mehr zu reparieren ist, ist im Grunde der Bereich, der die meisten, die gravierendsten, weil folgenschwersten Defizite aufweist und deshalb der intensivsten Behandlung bedarf. Aber Beziehungsnetze lassen sich nicht über Nacht aus dem Boden stampfen. Die Rolle der Therapeutin muss in solchen Fällen weiter verstanden werden als in einer „gewöhnlichen“ Therapie. Neben einigen eher funktionalen Beziehungen (z.B. das Personal des Altenheimes, eine Kollegin von einer früheren Arbeitsstelle, der amtlich zugewiesene Beistand, der Frau G. bei der Erledigung finanzieller und administrativer Angelegenheiten hilft, für die Frau G. aber die volle Urteilskraft besitzt) ist die Therapeutin die einzige Bezugsperson im Leben von Frau G. Das bedeutet, dass sie sehr oft um Rat gefragt wird in Dingen des täglichen Lebens, dass sie auch mal einen Botengang für die Patientin macht, dass sie ihr anbietet, anrufen zu können, wenn zwischen zwei vereinbarten Terminen ein Notfall auftritt, dass sie ihr aus dem Urlaub eine Karte schickt, dass sie ihr auch sonst aus ihrem eigenen Leben etwas erzählt, kurz, dass sie einen Teil des sozialen Netzes verkörpert, solange mindestens, bis die therapeutische Netzwerkarbeit Auswirkungen (*Petzold 1979c, 1994e; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004*) zeigt. Diese liegt zum einen darin, dass die bestehenden Beziehungen geklärt werden, damit sie verlässlicher sein können, zum andern darin, dass mit der im Heim wirkenden Aktivierungstherapeutin systematisch Wege und Strategien gesucht und ausprobiert werden, wie Frau G., deren Bewegungsradius leider sehr klein geworden ist und Kontakte ausserhalb des Altenheimes praktisch verunmöglichen, mit kognitiv valideren MitbewohnerInnen in Kontakt kommen könnte. In ihrer depressiven Sicht der Dinge hatte sie sich nämlich immer gerade an solchen orientiert, deren Verhalten (aufgrund degenerativer Erkrankungen) ihre Nerven strapazierten und ihre sozialen Kompetenzen überforderten.

Beispiel 2:

Im zweiten Beispiel geht es um eine 79jährige Frau, ebenfalls seit kurzem in einem Altersheim lebend. Sie wünscht – was für PatientInnen ihrer Generation eher selten ist – explizit eine psychotherapeutische Begleitung für die Verarbeitung einer belastenden Episode in ihrem Leben. Die psychiatrische Diagnose ist eine (mittelgradige) depressive Episode, die häufigste psychiatrische Störung bei Menschen im höheren Lebensalter (*Wernicke et al. 2000*), nimmt man alle Formen depressiver Einschränkungen zusammen. Diese manifestiert sich dadurch, dass Frau L., so nennen wir sie hier, sich immer öfter zurückzieht, abends oft weinen muss, schlecht schläft und kaum mehr Appetit hat. Dass die Frau für ihr psychisches Leiden zum erstenmal eine professionelle Hilfe für ratsam hält, lässt bereits eine differenzierte Bewältigungskompetenz vermuten und auf eine gute Einschätzung eigener Kapazitäten schliessen, denn nicht jeder realisiert, wann der Punkt gekommen ist, wo Hilfe nützlich oder erforderlich ist und kann es dann auch beanspruchen. Dass Frau L. Psychotherapie will, und zwar psychologische und nicht ärztliche, hat etwas mit ihrer Geschichte zu tun, die sie der Therapeutin in den ersten beiden Stunden erzählt. Es ist die traurige Geschichte einer ärztlichen Fehlbehandlung (*Brühlmann-Jecklin 1990*), die das Leben der Patientin vor 30 Jahren verändert hat, indem nämlich in deren Folge ein Bein amputiert werden musste. Mit eisernem Willen und Disziplin hat Frau L. ihr Leben trotz dieser Einschränkung sehr gut gemeistert und ihren psychischen Schmerz und die Demütigung, mit ihren damaligen Symptomen von ihrem Arzt nicht ernst genommen zu werden, ja sogar herablassend behandelt worden zu sein, über all die Jahre in Schach gehalten. Um den Ruf des Arztes zu schonen, hatte sie damals darauf verzichtet, gegen ihn irgendwelche rechtlichen Schritte zu unternehmen. Nun, als im Alter plötzlich das amputierte Bein am Stumpf erhebliche physische Schmerzen verursacht, kommt ihr der ganze seelische Druck jener Zeit wieder hoch, in welcher sie von niemandem Unterstützung erhielt, auch nicht von ihrem inzwischen verstorbenen Ehemann, der die Kompetenz des Arztes nicht anzuzweifeln wagte, und auch nicht in Form moralischer Unterstützung durch Freundinnen, denen sie die volle Wahrheit –

wiederum aus Rücksicht auf ihren Arzt, dessen Leben sie nicht ruinieren wollte – verschwiegen. So kommt es, dass sie ihre leidvolle Geschichte der Therapeutin also zum ersten mal in ihrem Leben vollumfänglich erzählt (nicht einmal ihre Tochter kennt sie bislang).

Was ist hier zu tun? Zunächst ist es wichtig, dass die Geschichte nun, da sie als Schmerzen in dem lädierten Bein an die Oberfläche drängt, auch endlich erzählt werden kann und von einem verständnisvollen Ohr gehört wird. Die Tatsache, dass Frau L. die ganze Belastung völlig alleine und allein gelassen getragen hat, lastet heute schwer auf ihr. Ihre damaligen Bewältigungsstrategien, „das beste draus machen“, „nichts anmerken lassen“ mögen insofern funktional gewesen sein, als sie ihr die nötige Kraft gegeben haben, unmöglich scheinende Ziele zu erreichen (so konnte sie dank intensiver Physiotherapie mit einer Beinprothese wieder so gehen lernen, dass niemand von aussen etwas bemerkte). Therapeutisches Verständnis dafür aufzubringen oder Mit-Leid, reicht aber in diesem Fall nicht. Die naheliegende Reaktion der Therapeutin, nämlich solidarische Empörung über das Fehlverhalten des Arztes zu bekunden, war hier angesagt. Abstinentes Verhalten von Seiten der Therapeutin hätte die traumatische Erfahrung des Allein-gelassen-werdens bestätigt und reaktiviert statt aufgefangen. Dass ihr endlich jemand recht gibt, dass endlich jemand sagt, wie gross das Unrecht war, das man ihr angetan hatte, dass jemand laut sagt, wie eindrücklich und bewundernswert ihre kompensatorische Leistung bei der Verarbeitung des Ganzen in der damaligen Lage war, das ist es, was Frau L. braucht, was ihr Entlastung bietet. Im folgenden Verlauf der Therapie, die sich insgesamt auf rund 10 Stunden beschränkt, geht es darum, ob sie nicht doch noch dem Arzt noch eine späte Genugtuung abverlangen sollte – ein mündliches Zugeständnis hätte ihr genügt –, doch ist hier sorgfältig abzuwägen, ob sie damit nicht eine neuerliche Demütigung riskiert, für die sie sich in ihrem Alter nicht mehr genügend belastbar sieht und die sie unter keinen Umständen nochmals erleben will. Sie entscheidet sich dafür, ihre Geschichte aufzuschreiben und der Tochter zu lesen zu geben, damit wenigstens diese Bescheid wisse und ihr vielleicht den moralischen Zuspruch geben könne, den sie so lange vermisste. Die erhoffte Besserung ist inzwischen auch eingetreten: die Geschichte dominiert nicht mehr Frau L.s Alltag, das abendliche Weinen ist verschwunden und Frau L. schläft wieder gut.

Hier ist der “vierte Weg der Heilung und Förderung“ (Petzold 1988n) im Zentrum des Therapiegeschehens. Solidaritätserfahrung, eine gerade in der Arbeit mit alten Menschen hoch relevante Perspektive, da es um die Erfahrung und Erhaltung von Würde und Wertschätzung geht, die den älteren PatientInnen allzu oft nicht oder nur mangelhaft gewährt wird. Hier genügte es, Solidarität emotional zu erleben, man kann sich aber auch vorstellen, dass es nötig wird zu handeln. Dann braucht die ältere Patientin mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Therapeutin mehr an konkreter praktischer Unterstützung als eine jüngere, vor allem dann, wenn keine weiteren nahe stehenden Personen vorhanden sind.

Beispiel 3:

Im dritten Beispiel schliesslich geht es um Hr. Z., einen Patienten mit mittelschwerer Demenz vom Alzheimer Typ, der wegen Verhaltensstörungen, insbesondere Aggressivität gegenüber seiner ihn betreuenden Ehefrau, vorübergehend stationär behandelt werden muss. Herr Z. kann sich verbal zwar nicht mehr kohärent, teilweise aber doch verständlich ausdrücken, erkennt aber die Situation seiner Hospitalisation völlig und kann sich auch örtlich und zeitlich kaum mehr orientieren. Zu Beginn seines stationären Aufenthaltes drängt er ständig, später vor allem nachmittags und abends, nach Hause bzw. ins Geschäft. Herr Z. war bis zu seiner Pensionierung Unternehmer, führte eine kleine Speditionsfirma, bei der er stets kräftig selber Hand angelegt hat. Mit viel Einsatz und beträchtlichen Verzichtleistungen schaffte er es über all die Jahre, den Betrieb gerade so erfolgreich zu halten, dass er mit seiner Familie davon gut leben konnte. Daraus lässt sich sein stetiger Drang zum Arbeiten, der nun, da er

längst pensioniert und finanziell hinreichend gesichert war, faktisch nicht mehr angebracht war, gefühlsmässig verstehen. Aus „unterstellter Intersubjektivität“ unterhalten wir uns mit ihm meistens so, dass wir ihn in seiner Funktion als Chef seiner Firma ansprechen. Hier sind seine früheren **Kompetenzen** (Fähigkeiten) am stärksten spürbar, jedenfalls sind sie bei Herrn Z. noch kognitiv repräsentiert, er geht davon aus, dass er sie hat, und kann in Ansätzen darüber sprechen. Indem wir ihn als Besitzer und Leiter seiner Firma identifizieren, bestätigen wir ihn in seiner Identität, was ihm Sicherheit verleiht. Die Bedenken, dadurch als Therapeutin nicht mehr authentisch zu sein, dem Patienten etwas vorzumachen, kann, muss man zerstreuen. Sie sind im Vergleich zum Gewinn für den Patienten, der sich in Form von Orientierungshilfe und Reduktion von Ohnmacht und dem Gefühl des Identitätsverlustes einstellen kann, unerheblich, vor allem dann – und das muss aber Voraussetzung sein –, wenn ein solches Gespräch von echtem Interesse dafür geprägt ist, wer Herr Z. einmal war und was von ihm auch heute noch erhalten ist.

Auch einige **Performanzen** (Fertigkeiten) – ein Zentralbegriff *Petzolds* in der Integrativen Therapie (*Sieper, Petzold 2002*) sind bei Herrn Z. noch vorhanden, und diese stellen in der Therapie von dementiell Erkrankten mit fortschreitender Symptomatik meist den Ansatz therapeutischer Arbeit dar, da Performanzen meist noch erhalten sind, wenn die Kompetenzen schon abgebaut sind. Im Falle von Herrn Z. ist das gar nicht so einfach, weil seine Handlungsperformanzen hauptsächlich darin bestehen, grosse Gegenstände herum zu schieben. Auf einer Station mit 20 mehr oder weniger schwer kranken Patienten trägt das natürlich nicht gerade zur Beruhigung bei, wenn einer Stühle, Tische und anderes Mobiliar durch die Korridore schiebt im Glauben, nur so seine Familie ernähren zu können. Solange ihn jemand dabei begleiten und sein Handeln geschickt dahingehend lenken kann, dass alles immer wieder am rechten Platz steht und niemand zu Schaden kommt, geht es ja noch, aber auf Dauer ist die Umgebung, jede Umgebung, damit wohl überfordert, weil nicht darauf eingerichtet. Es gelingt glücklicherweise immer öfter, Herrn Z. mit diversen andern Tätigkeitsangeboten abzulenken, die ihm auf die eine oder andere Weise vertraut sind, und die dadurch auch Teile seiner angeschlagenen Identität stärken können: gerne lässt er sich z.B. als ehemaliger „Akkordeonist für den Hausgebrauch“ in der Musiktherapie von volkstümlicher Musik begeistern, die ihn in der Tanz- und Bewegungstherapie sogar veranlasst, sich auf einen Walzer mit der Therapeutin einzulassen. Diese Tätigkeiten sind ihm noch so sehr als angenehmer und bedeutsamer Zeitvertreib aus der Zeit des jungen Erwachsenenlebens vertraut und wieder erkennbar, dass er zu den Therapeutinnen schnell eine – an sich inadäquate, aber in dieser Situation funktionale – Vertrauensbeziehung herstellen kann. Er duzt sie und erkennt sie wohl als Mitglieder der Familie und nimmt fortan engagiert an diesen Therapiestunden teil. Dies entschärft die emotional bisher oft angespannte Situation im Umgang mit Herrn Z. wesentlich, wenngleich der „Schaffensdrang“ immer noch vorhanden ist und besonders dann sehr schwierig zu handhaben ist, wenn bestimmte ärztliche oder pflegerische Verordnungen ausgeführt werden müssen oder auch einfach niemand Zeit hat, an der Seite des Patienten zu sein.

Mit zunehmender Vertrautheit der Umgebung – und insofern können eben auch Demenzpatienten durchaus noch lernen –, der gegenständlich-materiellen wie auch der sich darin aufhaltenden Menschen sind aber auch die Eigenaktivitäten von Herrn Z. besser eingegliedert und dadurch auch besser 'lenkbar' und beeinflussbar, und darauf ist man als Betreuende, bei allem Respekt für und bei allem Bemühen gegenüber der Souveränität/Autonomie der PatientInnen, eben doch oft angewiesen. Die Therapie mit Herrn Z. konnte – selbstverständlich nicht als alleiniger Wirkfaktor, sondern im Verbund mit den medizinisch-psychiatrischen, den pflegerischen und anderen psychosozialen Interventionen – ihn in seiner emotionalen Lage beruhigen und stabilisieren, in seinem Identitätserleben stärken und ihn in seiner Umgebung wieder „heimischer“ machen.

Zum therapeutischen Umgang mit alten Menschen gehört neben allem gerontologischen und therapeutischen Fachwissen eine beträchtliche Portion Menschenliebe, Liebe – in diesem Fall – zum alt gewordenen Menschen, Interesse für seine Lebenswelten, Respekt vor seinem individuellen Lebensweg und seinen zukünftigen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten! Das ist eine andere Qualität als „Kundenorientierung“, wie *Petzold* (1998a; *Petzold, Petzold* 1997) konzeptkritisch betont und im sozialgerontologischen und gerontopsychiatrischen Kontext eine „Professionalität der Zugewandtheit“ fordert, die *Konvivialität*, einen „gastlichen Raum“ zu schaffen versteht und Lebensqualität sichert (idem 2004a, o). Und hier, genau in dieser Haltung und Praxis, liegt die besondere Qualität der Arbeit dieses bedeutenden Gerontopsychologen und Psychotherapeuten. Engagement und Einsatz sind in der Gerontotherapie gefragt, denn die Lebenssituationen und Arbeitsbedingungen sind oft recht belastend (*Petzold et al.* 2005). Weiterhin ist die Bereitschaft erforderlich, die eigenen Bewertungen des Alters und Alterns zu kennen, zu hinterfragen, ggf. zu verändern, wo sie hinderlich sein könnten. Eigentlich setzt dieses Arbeitsfeld vor allem die Offenheit und den Willen zu Lernen voraus: „**B**ehandlung, **B**egleitung, **B**eratung und **B**etreuung von alten Menschen – diese '4 Bs', erfordern ein beständiges Lernen, ein *Lernen über das Leben*, über das Leben anderer und über das eigene Leben in seinem Reichtum, seinen Belastungen und seiner Endlichkeit“. Solche „lernende Arbeit“ ist immer „persönliche Erfahrung“ – so *Hilarion Petzold* (1985u). Damit bedeutet sie immer Einsatz und Geschenk, Geben und Nehmen in einem und das macht die therapeutische Arbeit mit alten Menschen so reichhaltig und bereichernd.

Zusammenfassung:

Die Arbeit stellt die „gerontotherapeutischen“ Konzepte von Hilarion G. Petzold vor und damit ein Stück Entwicklung moderner Gerontotherapie, die von diesem Pionier der psychotherapeutischen Behandlung alter Menschen als eine integrative „biopsychosoziale“ bzw. sozialökologische Praxis entwickelt wurde. Besonders wird auf seine Entwicklungen der gerontologischen und thanatologischen Weiterbildung für Angehörige helfender, medizinischer und pflegende Berufe in Österreich seit 1977 eingegangen und auf die dabei entstandenen innovativen Modelle. Praxisbeispiel gerontotherapeutischer Arbeit illustrieren die Konzepte.

Schlüsselwörter: Gerontotherapie, Altenbildung/Geragogik, berufliche Weiterbildung, Integrierte Therapie, Hilarion Petzold

Summary

This article is presenting the concepts of “gerontotherapy” as developed by Hilarion G. Petzold, which in the same time depicts some of the developments of modern gerontotherapy, that has been elaborated by this pioneer of psychotherapeutic treatment of the elderly in his integrative “biopsychosocial” approach. Particularly his developments in the training of the helping professions, medical and nursing staff concerning gerontology and thanatology in Austria since 1977 is emphasized leading to innovative models. Practical examples from gerontotherapeutic treatment are illustrating the concepts exposed.

Keywords: Gerontotherapy, Geragogics, professional training, Integrative Therapy, Hilarion Petzold

Literatur

- Baltes, P.B., Baltes, M.M.* (1990): Successful aging: Perspectives of the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M., Lang, F.R., Wilms, H.-U.* (1998): Selektive Optimierung mit Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In: *Kruse* (1998) 188-204.
- Barolin, G.S.* (1990): Schwerste Mißstände in „einem Wiener Pflegeheim“ - schon 1985 in allen Details publiziert! *Österreichische Krankenhauszeitschrift* 31 (1990) 33-43.
- Beauvoir, S. de* (1970): *La Vieillesse*, Paris: Gallimard.
- Beauvoir, S. de* (1958): *Mémoires d'une jeune fille rangée*, Paris: Gallimard

- Beauvoir, S. de* (1960): *La Force de l'âge* Paris: Gallimard.
- Beauvoir, S. de* (1964): *Une mort très douce*. Paris: Gallimard.
- Beine, K.-H.* (1998): *Sehen – Hören – Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Bourdieu, P.* (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.* (1980): *Les sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.
- Bräuninger, I.* (2000): *Tanztherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte - Möglichkeiten der Angst- und Suchtbewältigung*. In: *Bäurle, P.* et al. (Hrsg.). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen*. (S.136-142). Bern: Huber.
- Brühlmann-Jecklin, E.* (1990): *Irren ist ärztlich. Analyse einer Krankengeschichte*. Frankfurt: Fischer TB-Verlag.
- Engel, G.L.* (1977): *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196, 129-136.
- Engel, G.L.* (1997): *From biomedical to biopsychosocial*. *Psychotherapy Psychosom.* 66, 57-62.
- Filipp, S.-H., Mayer, A.-K.* (1999): *Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ganß, M., Linde, M.* (Hrsg.) (2004): *Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen. Dokumentation des Symposiums "KunstTherapie in der Altenarbeit - Künstlerische Arbeit mit Demenzerkrankten" an der Fachhochschule in Ottersberg*. Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Grawe, K.* (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Holtermann, K., Lechner, U.* (2000): *Musiktherapie mit älteren Menschen*. In *Bäurle, P.* et al. (Hrsg.) *Klinischen Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 142-148). Bern: Huber.
- Jüster, M.* (2007): *Integrative Soziotherapie*. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007).
- Kernbichler, I.* (2006): *Angehörige und professionelle MitarbeiterInnen – WeggefährtInnen mit gleichem Ziel?* *Thema Pro Senectute* 1, 10-37.
- Knaus, K.-J., Petzold, H.G., Müller, L.* (2006): *Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie*. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 1/2006.
- Linden, M., Schipani, B., Baumann, K., Spielberg, R.* (2004): *Die posttraumatische Verbitterungsstörung PTED. Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörung*. *Der Nervenarzt* 1, 51-57.
- Lückel, K.* (1981): *Begegnung mit Sterbenden*, München: Kaiser.
- Lurija, A.R.* (1992): *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt.
- Maisch, H.* (1996): *Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals*. *Z. f. Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205.
- Maisch, H.* (1997): *Patiententötungen*. München.
- Menzen, K.-H.* (2004): *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen*. München: Reinhardt
- Müller, L., Petzold, H.G.* (1997): *Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Müller, L., Petzold, H.G.* (1999): *Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik - Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes*. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter-Gasser, U.* (2005): *Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit*. *Integrative Therapie* 1/2 (2005) 181-214 und in: *Petzold, H.G., Müller, L.* (2005).
- Nelson, D.* (2002): *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge.
- Petzold, Ch.* (1972a): *Märchenerzählen – Werkmaterialien für die Arbeit mit alten und jungen Menschen durch kreative, Medien, Märchen- und Rollenspiel nach Irma Petzold-Heinz und Hilarion Petzold*, VHS Büttgen, Büttgen 1972a.

- Petzold, Ch.* (1972b): Lebendige Geschichte – alte Menschen berichten. Anleitung zur Arbeit mit Biografie und biographischen Erfahrungen nach Hilarion G. Petzold, VHS Büttgen, Büttgen 1972b.
- Petzold, Ch., Petzold, H.G.* (1991a): Lebenswelten alter Menschen, Vincentz, Hannover.
- 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) 11-30/2004a, 86-107.
- Petzold, H.G.* (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel.
- Petzold, H.G.* (1973b): Das "Therapeutische Theater" als Form dramatischer Therapie. In: *Petzold* (1973a) 97-133.
- Petzold, H.G.* (1977g): Der Gestaltansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen. *Gruppendynamik* 8, 32-48.
- Petzold, H.G.* (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G.* (1977e): Integrative Geragogik - Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, H. G., Brown, G.*: Gestaltpädagogik. München: Pfeiffer, 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- Petzold, H.G.* (1979k): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen. "Beihefte zur Integrativen Therapie" 3, Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G.* (1979l): Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. *Z. f. humanistische Psychol.* 3/4, 54-63.
- Petzold, H.G.* (1980a): Integrative Arbeit mit einem Sterbenden. *Integrative Therapie* 2/3, 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient. *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G.* (1982h): Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 74-122.
- Petzold, H.G.* (1982j). Poesie- und Bibliothherapie mit Alten und Sterbenden. *Integrative Therapie* 4; auch in *Altenpflege* 10, 393-395; 11, 430-433; 12, 462-464 und *Petzold* (1985a) 338-382.
- Petzold, H.G.* (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.* (1984c): Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In: *Petzold, Spiegel-Rösing* (1984) 431-501.
- Petzold, H.G.* (1984p): Gestalttherapeutische Perspektiven zu einer „engagierten Thanatotherapie“. In: *Howe, J., Ochsmann, R.* (1984): Tod – Sterben – Trauer: Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. November 1982 in Vechta, Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung, Frankfurt am Main, 135-147.
- Petzold, H.G.* (1985a): Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G.* (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: *Petzold* (1985a) 553-572, Neuaufl. (2005a) 265-283.
- Petzold, H.G.* (1985u): Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden als persönliche Erfahrung. Ein Interview. *Jahrbuch der Zeitschr. f. Humanistische Psychologie*, Friedensinitiativen und Friedensarbeit, DGHP, Eschweiler Jg. 8 (1985) 35-50.
- Petzold, H.G.* (1986f): Über die Bedeutung der Lebensbilanz im Umgang mit alten Menschen und Sterbenden. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 5-6, 3-10.
- Petzold, H.G.* (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G.* (1990a): Die Behandlung und Aktivierung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie, *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36, 195-206.
- Petzold, H.G.*, 1990g. Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen, Vorlesungen auf dem Studententag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg.
- Petzold, H.G.* (1990r): Die Krankheit der Inhumanität. *Altenpflege* 9, 498-506.
- Petzold, H.G.* (1990s): Belastung – Überforderung. *Altenpflege* 10, 566-604.

- Petzold, H.G.* (1990t): Belastung, Überforderung, Burnout. *Altenpflege* 11, 648-680.
- Petzold, H.G.* (1990v): Umgang mit sterbenden. In: Hospice Terminale Thuiszorg, Landelijke Stichting Elckerlijc, Amsterdam, 11-18.
- Petzold, H.G.* (1990y): Integrative Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien in der Begleitung Sterbender. In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 1171-1200
- Petzold, H.G.* (1991b): Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden; repr. (2003a) S. 781-808.
- Petzold, H.G.* (1994e): "Psychotherapie mit alten Menschen - die "social network perspective" als Grundlage integrativer Intervention, Vortrag auf der Fachtagung "Behinderung im Alter" am 22.-23.11.1993 in Köln. In: *Berghaus, H.C., Sievert, U.* (1994) (Hrsg.): Behinderung im Alter. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- Petzold, H.G.* (1997b): Zehn Jahre Pro-Senectute Österreich. Ein Interview. *Pro Senectute, Zeitschrift für Geriatrie und Altenpflege* 1 (1997) 4-11.
- Petzold, H.G.* (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. Erw. in *Psychologische Medizin* (Graz) 2(2000) 20-35.
- Petzold, H.G.* (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 12/2001; Updating 2005.
- Petzold, H.G.* (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G.* (2003j): Der Hospizgedanke - ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität ... nicht nur am Lebensende. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2003; auch in (2005a) 347-353.
- Petzold, H.G.* (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- Petzold, H.G.* (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Petzold, H.G.* (2005d): Psychotherapeutische Begleitung und „Trostarbeit“ bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie. In: *Petzold* (2005a) 295-346.
- Petzold, H.G.* (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: *Petzold* (2005a) 284-292.
- Petzold, H.G.* (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: *Thema Pro Senectute* 1, 40-57.
- Petzold, H. G.* (2007): “Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt” Einführung zur Gesamtbibliographie und updating des Gesamtwerkeverzeichnis 2007. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 1/2007 und in *Sieper, Orth, Schuch* (2007).
- Petzold, H.G.* (2007e): Für PatientInnen engagiert - Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die Psychotherapie Schulübergreifende, integrative Perspektiven. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit 2006. Krammer Verlag: Wien 2007 (im Druck).
- Petzold, H.G., Bubolz, E.*, 1976a. (Hrsg.) Bildungsarbeit mit alten Menschen. Klett, Stuttgart.
- Petzold, H.G., Bubolz, E.*, 1979. Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn.

- Petzold, H.G., Huck, K.*, 1984. Death Education, Thanatagogik - Modelle und Konzepte. In: *Petzold, Spiegel-Rösing* (1984) 501-576.
- Petzold, H.G., Marcel, G.*, 1976. Anthropologische Bemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz*, 9-18.
- Petzold, H.G., Müller, L.* (1997): Wie wirkt Integrative Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Kontext? In: *Müller, Petzold* (1997) 248-277.
- Petzold, H.G., Müller, L.* (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A.* (2005): Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: *Integrative Therapie* 1/2, 28-117 und in: *Petzold, Müller* (2005).
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn. Neuausgabe: Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag 2005;
- Petzold, H.G., Orth, I.*, (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2006.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.* (1993b): Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden - gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 633-647.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.* (1997): Kunden ohne Kundenkarte. *Caritas, Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft* 10, 463-481.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.* (1997a): Supervision als Praxisberatung und Hilfe zu normativer Orientierung und Reflexion in Einrichtungen der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie. In: *Blonski, H.* (1997) (Hrsg.): Ethik in Gerontologie und Altenpflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag. 165-178.
- Petzold, H.G., Petzold-Heinz, I.* (1985): Mutter und Sohn - Poesie und Therapie. In *Frühmann, R.*, Frauen und Therapie, Junfermann, Paderborn, 339-359.
- Petzold, H.G., Schigl, B.* (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 (1970) 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Auflage 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.
- Petzold, H.G., Spiegel-Rösing, I.*, 1985. Psychotherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: *Toman, W., Egg, R.* (Hrsg.), Psychotherapie. Ein Handbuch, Kohlhammer, Stuttgart, Bd. 2, 264-284.
- Petzold, H.G., Stöckler, M.*, 1988 (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G., Vermeer, A.*, 1986. Actief blijven in de ourderdom door sport, spel en dans. *Bewegen & Hulpverlening* 2, 101-117.
- Petzold, H.G., Zander, B.*, 1985. Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation. In: *Petzold* (1985a) 159-201, Neuauf. (2004a) 321-360.
- Petzold-Heinz, I.* (1985): Literarische Werkstätten im Altenheim, 1985a, in: *Petzold, Orth* (1985a) 377-386.
- Petzold-Heinz, I.* (1991): Der Umzug – Wohnung und Quartier als Lebenswelt. In: *Petzold, Petzold* (1991) 128-134.

- Schigl, B., Petzold, H.G.* (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie* 1-2, 85-145.
- Schirmacher, F.* (2004): Das Methusalem-Komplott. München: Karl Blessing Verlag.
- Scholta, M.* (2006): Meilensteine. *Thema Pro Senectute* 1, 8 - 17.
- Schreiner, P.-W.* (2000): Patiententötung durch Angehörige helfender Berufe. Euthanasie / Sterbehilfe. www.pflegethemen.de.
- Schwendter, R.* (2007): Therapie und Politik. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007).
- Sieper, J.* (2005): Stichwort: Petzold, Hilarion Gottfried. In: *Stumm, G. et al.* (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Sieper, J.* (2006): „Transversale Integration“: ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006)) 393-467 und in *Sieper, Orth, Schuch* (2007).
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (Hg. 2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G.*, 1984 (Hrsg.). Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn.
- Varevics, P., Petzold, H.G.* (2005): Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn - Hilfen für therapeutische, beraterische und supervisorische Suchbewegungen in der Lebensspanne. *Integrative Therapie* 1-2, 129-161 und in: *Petzold, Müller, L.* (2005).
- Wernicke, T.F., Linden, M., Gilberg, R., Helmchen, H.* (2000): Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 250, 111-119.