FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit und Öko-care

---

Ausgabe 04/2025

Die Bewahrung von Würde am Ende des Lebensweges – ein Vergleich würdebewahrender Methoden [*]

Tina Bucher-Schneider, CH [**]

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der ‚Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung‘:
Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA, Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann, Bettina Mogorovic, MSc.

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann*, NN**,** Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen
e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrighthinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

[*] Aus der „**Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie**“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller*. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch,

[**] Postgraduale Weiterbildung ‚*Integrative Psychotherapie*‘; Gutachter/Betreuerin: *Prof. Dr. Hilarion G. Petzold / Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd.*

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung

2 Würde in der Sterbeforschung

2.1 Würdekonzept der Integrativen Therapie

3 Bewahrung von Würde in der «würdezentrierten Therapie"

3.1 Würdezentrierte Therapie nach Chochinov

3.2 Ziel der würdezentrierten Therapie

3.3 Sozialer Aspekt der würdezentrierten Therapie

3.7 Anwendungsfelder der würdezentrierten Therapie

4 Bewahrung von Würde in der Integrativen Therapie

4.1 Thanatotherapie

4.2 Würdekonzept in der Integrativen Therapie

4.3 Recht auf Unversehrtheit

4.4 Lebenspanorama und Lebensbilanz nach Petzold

4.5 Ziel des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

4.6 Sozialer Aspekt des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

4.7 Anwendungsfelder des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

5 Schlussfolgerung

6 Zusammenfassung / Summary

7 Literaturverzeichnis

1 Einleitung

Laut dem Bundesamt für Statistik (2019) lebt ab dem achtzigsten Lebensjahr jede fünfzehnte Person in der Schweiz in einer pflegerischen Institution. Eine professionelle und hochwertige Betreuung pflegebedürftiger Menschen hat demnach eine wichtige gesellschaftliche Relevanz. Um einen hohen Standard der Begleitung von Menschen im Alter, in Krankheit und im Sterben zu ermöglichen, muss zunächst erläutert werden, welche Konstrukte und Begebenheiten für diese relevant sind. Im Folgenden soll daher ein Überblick, betreffend relevanter Entwicklungen und Erkenntnissen aus der Sterbeforschung gegeben werden. Der Grundstein für die Wichtigkeit des Einbezugs des geistigen Wohlbefindens in die Pflege von Krebspatienten wurde 1964 von *Cicely* Saunders gelegt. Laut der Ergebnisse der damaligen Studie, ist das Leiden an einer Erkrankung ein multimodales Phänomen, welches einen geistigen Aspekt beinhaltet (*Saunders* 1964). Auch das Leiden an Schmerzen hat einen physischen sowie einen geistigen Anteil (*Saunders*, 1988). Weiter wurde untersucht, welche Faktoren ein gutes Sterben ausmachen (*Steinhauser*, *Clipp, McNeilly, Christakis* et al, 2000). Dazu wurden 75 Personen, inklusive Spitalmitarbeitende, Patienten[1] und Angehörige befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein funktionierendes Schmerz- und Symptommanagement wichtig ist, da eine Furcht vor einem schmerzhaften Sterben besteht. Demzufolge bedarf es einer klaren Kommunikation und Entscheidungshandhabung betreffend der geplanten Schmerz- und Symptombehandlung während dem Sterben. Ebenfalls die konkrete Vorbereitung und Planung bezüglich des Ablebens ist wichtig. Dabei spielt die Einstellung des Pflegepersonals gegenüber dem Sterben eine relevante Rolle. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der befragten Spitalmitarbeitenden keine Schulung und somit keine professionelle Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben erfahren hatten. Ein Vermeiden des Ansprechens des bevorstehenden Sterbeprozesses ist die Folge. Auch die Patienten und Angehörigen selbst sollten sich mit dem Sterben auseinandersetzen und ihre Gefühle diesbezüglich ergründen. Erlebte Sinnhaftigkeit und Spiritualität scheinen wichtige Faktoren für einen guten Tod zu sein. Weiter ist wichtig, dass die Patienten einen positiven Einfluss auf andere nehmen können und

[1] Die Bezeichnung bezieht sich in der gesamten Arbeit auf die männliche wie auch die weibliche Form.

als ganzheitliche Persönlichkeiten wahrgenommen werden. Interessant ist der Fakt, dass die Spitalmitarbeitenden den Fokus eher auf biomedizinische Faktoren legten, während bei den Patienten und Angehörigen psychologische sowie spirituelle Faktoren gleichbedeutend zu physischen Faktoren standen (*Steinhauser* et al. 2000). Auf die Zufriedenheit von Patienten in palliativer Betreuung wirkt sich das Verhalten von Spitalmitarbeitenden direkt aus. Insbesondere die Würdigung der Patienten als ganzheitliche Menschen ist hierbei zentral (*Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson* et al. 2002a; *Chochinov* 2004). *Ando, Morita, Lee & Okamoto* (2008) untersuchten mit Hilfe qualitativer Interviews die Einstellungen von Krebspatienten gegenüber derer Erkrankung sowie deren geistiges Wohlbefinden im Endstadium der Erkrankung. Es zeigte sich, dass sich das Wohlbefinden der Patienten vom Erhalt der Diagnose bis hin zur Erkrankung im Endstadium unterschiedlich veränderte. Es ergaben sich drei transformative Zustände, welche in die Gruppen; Zufriedene, Zufriedene mit ungutem Gefühl und Unzufriedene eingeteilt werden konnten. Dem zugrunde liegen fünf Einstellungen gegenüber der Erkrankung, welche lauten; Positive Sinngebung, natürliche Akzeptanz, negative Akzeptanz, Suche nach Sinngebung sowie Leiden. Es zeigte sich, dass diejenigen Patienten ein hohes geistiges Wohlbefinden aufwiesen, welche gegenüber der Krankheit eine positive und akzeptierende Einstellung hatten. Im Gegensatz dazu wiesen Patienten ein tiefes geistiges Wohlbefinden auf, wenn der Erkrankung mit einer sinnsuchenden und bereuenden Einstellung gegenübergestanden wurde. In einer weiteren Studie wurden 206 palliative Patienten in der Schweiz bezüglich des geistigen Wohlbefindens, Religiosität, Lebenssinn, Ängstlichkeit und Depression sowie Lebensqualität befragt (*Bernard, Strasser, Gamondi, Braunschweig et al.* 2017). Die Ergebnisse zeigen, dass geistiges Wohlbefinden und Lebenssinn potentielle Schutzfaktoren gegen psychischen Stress am Ende des Lebens sind. Der empfundene Wert für Lebensqualität liess sich zu 32.8% aufgrund geistigem Wohlbefinden, Lebenssinn, Einstellung zum beschleunigten Tod, persönlicher Religiosität und Depressivität berechnen. Demnach spielen auch nicht-physische Faktoren eine wichtige Rolle für die empfundene Lebensqualität. Aufgrund dessen werden von *Bernard et al.* (2017) sinngebende und spiritualitätsorientierte Interventionen empfohlen, die über eine physische Versorgung hinausgehen. Die Wichtigkeit des Lebenssinns für den Umgang mit einer Erkrankung und dem bevorstehenden Tod wird durch weitere Studien gestützt (*Breitbart, Rosenfeld,*

Pessin, Kaim et al. 2004*, Bonebright, Clay, Ankenmann* 2000; *Fry* 2001). Es zeigte sich weiter, dass empfundener Lebenssinn und spirituelles Wohlbefinden bei Krebspatienten im Endstadium als Schutzfaktoren gegen Depression, Gefühle der

Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch nach einem verfrühten Tod wirken (*Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Gelietta* 2002; *Breitbart et al.* 2000; *McClain, Rosenfeld & Breitbart* 2003). Betreffend dem verfrühten Sterbewunsch wurde deutlich, dass Depressivität, unkontrollierbare starke Schmerzen, ungenügende soziale Unterstützung, Hoffnungslosigkeit, das Gefühl eine Belastung für andere zu sein und ein mangelndes Würdegefühl ausschlaggebend sind (*Chochinov, Wilson, Enns, Mowchun et al.* 1995). Laut einer Studie, in der medizinische Fachkräfte befragt wurden, war der angegebene Grund für den herbeigeführten, frühzeitigen Tod von Patienten zu 57% auf einen Verlust der Würde zurückzuführen (*van der Maas, van Delden, Pijnenborg & Looooman* 1991).

2 Würde in der Sterbeforschung

Enes (2003) befragte Patienten, Angehörige und Spitalmitarbeitende über deren Vorstellung von Würde bei schwererkrankten Menschen im palliativen Setting. Die Ergebnisse zeigen, dass unter Würde ein komplexes Zusammenspiel von mehreren Faktoren verstanden wird. Zum einen spielt das Gefühl als vollwertiger Mensch wahrgenommen zu werden eine Rolle. Zum anderen ist wichtig, in Beziehung zu anderen zu stehen und dazuzugehören. Auch ist ein gewisses Maß an Kontrolle und Autonomie ausschlaggebend für das Würdegefühl. Die Wichtigkeit der einzelnen Dimensionen variiert mit dem Verlauf der Erkrankung. Eine ausgeglichene Balance der Dimensionen aufrecht zu erhalten ist eine Herausforderung, die es gilt zu meistern, um das Würdegefühl stark zu halten (*Enes* 2003). In einer weiteren Studie, die sich mit dem Würdegefühl von Menschen im palliativen Setting beschäftigt, wurden betagte Personen in Pflegeheimen befragt (*Pleschberger* 2007). Hierbei wurde die Würde in zwei Dimensionen aufgeteilt. Eine Dimension beschreibt intrapersonelle Anteile, die sich auf die Person selbst beziehen. Die andere Dimension besteht aus relationalen Anteilen. Darunter wird verstanden, dass das

Gefühl von Würde aufgrund dessen entsteht, wie eine Person von anderen wahrgenommen wird. Es zeigte sich, dass das Würdegefühl vor allem von relationalen, sozialen Aspekten mitbestimmt wird. Dieses Ergebnis unterstreicht die Wichtigkeit einer bestätigenden, unterstützenden Betreuung von Seiten des Pflegepersonals. Besonderes Augenmerk sollte hierbei daraufgelegt werden, den Personen nicht das Gefühl zu vermitteln, sie seien eine Belastung für andere (*Pleschberger* 2007). In einer Metaanalyse von *Rodríguez-Prat et al*. (2016), wurden einundzwanzig Studien miteinander verglichen und somit 400 Teilnehmende untersucht. Ziel war das Aufzeigen von Faktoren, die das Würdegefühl und die erlebte Autonomie von unheilbar Erkrankten beeinflussen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass das Würdegefühl mit dem Grad der erlebten Autonomie zusammenhängt. Es besteht ein Wunsch nach Kontrolle betreffend dem Sterbeprozesses. Bei einem tiefen Gefühl von funktioneller Kontrolle sinkt das Würdegefühl, welches als Teil der Identität betrachtet wird. Personen mit einer inneren Überzeugung von Würde, behalten trotz Erkrankung ein positives Selbstbild (*Rodríguez-Prat, Monforte-Royo* 2023). Eine der ersten Studien zum Thema Würde bei unheilbar erkrankten Menschen wurde durch *Chochinov, Hack, McClement*, *Kristjanson et al.* (2002b) durchgeführt. Das Team erarbeitete ein Modell zu Würde bei unheilbarer Erkrankung und entwickelte daraufhin die würdezentrierte Therapie. Die vorangegangenen Studien betreffend Würde wurden angeführt, um einen Vergleich darzubieten, was unter Würde verstanden werden kann. Im Weiteren wird der Ansatz nach *Chochinov* (2002) mit dem Ansatz der Integrativen Therapie (*Petzold* 1985d; *Petzold*, *Orth* 2011) vorgestellt und verglichen. Es folgen Erläuterungen zum Konstrukt der Würde, gefolgt von Methoden, die Würde zu stärken beabsichtigen.

2.1 Würdekonzept der *Integrativen Therapie*

In der Arbeit mit älteren Menschen und Behandlung verschiedener Aspekte der Psychotherapie, Lebenshilfe und Integrationsarbeit im Kontext von Alter und Sterben hat sich die *Integrative Therapie* schon früh mit dem Thema von W ü r d e und I n t e g r i t ä t befasst. Das war durch ihre Arbeit mit Senioren und Hochbetagten (*Bubolz-Lutz* 2025, *Petzold, Bubolz* 1976; *Petzold, Horn, Müller* 2010) unausweichlich, sowie die Therapie mit Schwerkranken und Sterbenden (*Lückel* 1981; *Petzold* 1965; *Petzold, Bubolz* 1979; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984).

Petzold und MitarbeiterInnen haben mit ihrem Ansatz einer „Entwicklungstherapie in der Lebensspanne“ (*Petzold* 1999b; *Sieper* 2007b) Schwerpunkte bei Fragen zum Anfang und zum Ende des Lebens gesetzt durch Säuglings- und Kleinkindforschung und -therapie (*Petzold* 1994j; *Petzold, Ramin* 1986) und durch Altersforschung, Geronto- und Thanatotherapie (*Petzold* 1985a; *Leßner-Wittke* 2005/2025). Das sind Bereiche die auch mit Fragen zu Menschenrechten, Integrität und Würde (*Petzold* 1985d, 2005a; *Petzold, Müller* 2002) verbunden sind. Beispielhaft mag dafür in diesem Kontext ein Beitrag von *Petzold* (2003j) stehen: "Der Hospizgedanke - ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität ... nicht nur am Lebensende". Er geht auf die geschichtliche Entwicklung und Bedeutung der Hospizidee ein, sieht das Hospiz als Ort der Gewährleistung von Würde. Betont wird, dass die Sorge um Kranke und Sterbende sowie die Praxis der Bestattung seit Jahrmillionen fester Bestandteil menschlicher Gemeinschaften sind. Diese Praktiken, die sich bereits in der Altsteinzeit nachweisen lassen, zeugen von einer frühen Form der "Hominität" - ein Begriff, mit dem Petzold die spezifisch menschliche Natur und die Fähigkeit zur mitmenschlichen Fürsorge beschreibt (*Schuch* 2007). Petzold argumentiert, dass der Hospizgedanke nicht ausschließlich auf die Sterbebegleitung beschränkt werden sollte. Vielmehr wird darin ein umfassendes Konzept mitmenschlicher Zuwendung und Unterstützung gesehen, das in allen Lebensphasen Anwendung finden kann. Der Hospizgedanke wird als Ausdruck von Mitmenschlichkeit und Solidarität verstanden, der über die Sterbebegleitung hinausgeht und als Leitprinzip für zwischenmenschliche Beziehungen dient. Aus dieser Perspektive wird die Hospizidee zu einem Weg, Menschlichkeit und Humanität im Alltag zu verwirklichen, indem die Bedeutung von Fürsorge, Mitgefühl und Gemeinschaft betont wird., diese Werte Nicht nur in der Sterbebegleitung, sondern in allen Bereichen des menschlichen Zusammenlebens bestehe die Notwendigkeit zur Förderung. In einer humanen Gesellschaft werde der Hospizgedanke als integraler Bestandteil begriffen, der das Potential hat, das menschliche Zusammenleben grundlegend zu bereichern und zu verbessern (*Petzold* 2003j).

Die Begriffe von W ü r d e und I n t e g r i t ä t werden dann von *Petzold* und *Orth* (2011) im Kontext zu Überlegungen von „Genderintegrität“ ausgearbeitet und Würde wird wie folgt bestimmt:

„Würde wird in unserem Verständnis und im Konsens mit den demokratischen Wertegemeinschaften als die „Grundqualität des Menschseins“ gesehen, die in sich selbst, d.h. in dem Faktum Mensch zu sein, begründet ist und jedem Menschenwesen unabdingbar attribuiert wird. Sie ist mit spezifischen

Menschenrechten von universellem Geltungsanspruch verbunden, die die Integrität des Menschen als Subjekt gewährleisten und über den Gesetzen eines jeden Landes stehen müssen, gleichsam globale Metawerte darstellen. Die Würde des Menschen als „personales Subjekt“ muss in Menschengemeinschaften den höchsten Wert, das höchst normative Ideal und damit das schützenswerteste Gut darstellen“ (*Petzold, Orth* 2011, 276)

Mit dieser Definition wird dann das Konzept der „Genderintegrität“ fundiert, die ein zentrales Leitparadigma für die Integrative Praxis in Supervision, Coaching, Beratung und Therapie darstellt. *Petzold* und *Orth* weisen darauf hin, dass das Thema Gender bereits aus unterschiedlichen Perspektiven kritisch diskutiert wurde, jedoch bislang nur begrenztes Material zur praktischen Umsetzung in diesen Bereichen von Therapie und Beratung vorliege (vgl. von integrativer Seite *Schigl* 2012). Ihr Ansatz ziele darauf ab, eine umfassende Sichtweise von Integrität unter Einbeziehung sozialwissenschaftlicher, philosophischer und grundrechtlicher Aspekte zu entwickeln. Genderintegrität betone demnach die Notwendigkeit, die Integrität aller Geschlechter in professionellen Kontexten (für die Seite von PatientInnen wie von BehandlerInnen) zu wahren und zu fördern. Dies erfordere eine kritische Reflexion eigener Genderrollen und -stereotype sowie eine aktive Auseinandersetzung mit Machtstrukturen und Diskriminierungsmechanismen. Zudem wird für eine interdisziplinäre Herangehensweise plädiert, die verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, darunter Recht, Biologie, Philosophie, Soziologie, Psychologie, Linguistik sowie Geschichts- und Kulturwissenschaften, integriert, um ein transdisziplinäres Verständnis von Genderintegrität zu entwickeln. Das Konzept verdeutliche, dass Genderintegrität in sämtlichen sozialen Situationen relevant sei und dementsprechend auch in Supervisionsprozessen Berücksichtigung finden müsse. Dabei werde die Notwendigkeit einer partnerschaftlichen Umsetzung des Ansatzes mit allen Beteiligten hervorgehoben, um eine gerechte und respektvolle Interaktion zu gewährleisten. Besondere Bedeutung komme hierbei der Mehrperspektivität und der tiefgehenden Reflexion zu, die erforderlich seien, um handlungsleitende Konstruktionen zu formulieren, die sowohl den spezifischen Kontexten als auch den beteiligten Individuen gerecht werden. Darüber hinaus wird eine melioristische Ausrichtung als erforderlich erachtet, die darauf abziele, zur Wahrung der Integrität von Individuen, Gruppen und Lebensräumen beizutragen. Genderintegrität werde in diesem Zusammenhang als eine ethische Kategorie verstanden, die in enger Verbindung mit dem Konzept der Menschenwürde stehe

und eine normative Grundlage für die Praxis in Supervision, Coaching und Therapie darstelle (*Petzold & Orth* 2011).
Auch zu beachten ist an dieser Stelle das Konzept der Gerechtigkeit, dem in der IT immer wieder mit Reflexionen zu Unrecht, Schuld, Schuldfähigkeit sowie zur Verpflichtung des „Eintretens“ bei Verletzung von Gerechtigkeit und Würde Beachtung geschenkt wurde (*Leitner, Petzold* 2005/2010; *Petzold* 2003d/2006i).
Nach *Neuenschwander, Sieper, und Petzold* (2018) ist Gerechtigkeit nicht nur eine soziale oder rechtliche Kategorie, sondern auch eine wesentliche ethische Grundlage für die psychotherapeutische Praxis. Dabei stützen sie sich auf verschiedene theoretische Ansätze, insbesondere auf Arbeiten von *John Rawls, Martha Nussbaum* und *Hilarion G. Petzold.*
Gerechtigkeit wird in der Integrativen Therapie als vielschichtiger Begriff verstanden, der sich in verschiedenen Dimensionen manifestiert. Dazu gehören die *distributive Gerechtigkeit*, die sich mit der gerechten Verteilung von Ressourcen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen befasst, die *prozedurale Gerechtigkeit*, die sich mit fairen und transparenten Entscheidungsprozessen in Therapie und Institutionen auseinandersetzt, sowie die *relationale Gerechtigkeit*, die die Beziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen in den Mittelpunkt stellt. Darüber hinaus wird die *ökologische Gerechtigkeit* thematisiert, die den Begriff der „*Gerechtigkeit für das Lebendige*“ umfasst und die Verantwortung gegenüber der Umwelt in therapeutischen Prozessen reflektiert. Im therapeutischen Setting zeigt sich das Prinzip der Gerechtigkeit in verschiedenen Aspekten. Dazu gehören die faire und diskriminierungsfreie Behandlung von Patient*innen, die Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung sowie die kritische Reflexion gesellschaftlicher Ungleichheiten, die die psychische Gesundheit beeinflussen können. Integrative Therapie sieht den Menschen nicht isoliert, sondern als Teil eines sozialen und ökologischen Gefüges. Deshalb wird für eine Therapie plädiert, die nicht nur individuelle Heilung anstrebt, sondern auch gesellschaftliche Strukturen hinterfragt und sich aktiv für soziale Gerechtigkeit einsetzt (*Neuenschwander, Sieper & Petzold* 2018).

3 Bewahrung von Würde in der «würdezentrierten Therapie»

Chochinov et al. (2002a) befragten 213 unheilbarerkrankte Patienten nach deren Einschätzung ihres Würdegefühls mit Hilfe einer siebenstufigen Skala. Zudem wurde die Symptombelastung, das Schmerzempfinden, die Unabhängigkeit in der alltäglichen Lebensführung, die Lebensqualität, der Sterbewunsch und der Lebenswille eingestuft. Die Ergebnisse zeigten, dass mehr als die Hälfte der Personen ein starkes und intaktes Würdegefühl haben. Bei 16 Befragten zeigte sich ein tiefes Würdegefühl. Diese Personen wurden häufiger stationär in Spitälern behandelt und weniger in häuslicher Pflege versorgt. Kennzeichnend für das tiefe Gefühl von Würde war die Ansicht, sich zu schämen, herabgewürdigt oder in Verlegenheit gebracht worden zu sein. Diese Personen berichteten häufiger vom Sterbewunsch oder Verlust des Lebenswillens. Zudem gaben sie häufiger an, sich ängstlich, depressiv und hoffnungslos zu fühlen. Ebenso berichteten sie häufiger vom Hilfebedarf bei intimen Pflegemassnahmen und hatten vermehrt Schwierigkeiten mit der Darmfunktion sowie Sorgen bezüglich ihres äußeren Erscheinungsbilds. Weiter fiel die Einschätzung der Lebensqualität tiefer aus. Schlussfolgernd wurden Faktoren beschrieben, die in absteigender Reihenfolge ein Risiko für ein tiefes Würdegefühl darstellen; die gesteigerte Wahrnehmung der Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes, das starke Gefühl, für andere eine Belastung zu sein, die gesteigerte Abhängigkeit von anderen, eine hohe Schmerzintensität und die Tatsache, ein stationär behandelter Patient zu sein (*Chochinov et al.* 2002a).

Das Team befragte daraufhin 50 unheilbarerkrankte Patienten nach Einflüssen, die sich auf deren Würdegefühl auswirken (*Chochinov et al.* 2002b). Der Fokus lag nicht auf einer Definition von Würde, sondern auf einer qualitativen Umschreibung von Faktoren, die sich auf das Würdegefühl auswirken. Aufgrund des Modells soll ersichtlich werden, welche Ressourcen und Belastungen bestehen, die sich positiv oder negativ auf die Würde auswirken. Es ergaben sich drei Themenbereiche, die für die Qualität der Würde verantwortlich sind: krankheitsbezogene Aspekte, das würdebewahrende Repertoire und das Inventar sozialer Würde. Für eine würdebewahrende Versorgung der Patienten sollte auf die Faktoren Rücksicht genommen werden. In der nachstehenden Abbildung ist das Würdemodell nach *Chochinov et al.* (2002b) ersichtlich:

Modell zu Würde bei unheilbarer Erkrankung

Krankheitsbezogene Aspekte	Würdebewahrendes Repertoire	Inventar sozialer Würde
Grad der Unabhängigkeit -Kognitive Verfassung -Funktionelle Kapazität Symptomlast -Körperliche Belastung -Psychische Belastung	Würdebewahrende Perspektiven -Selbstkontinuität -Rollen aufrechterhalten -Generativität -Stolz -Hoffnung -Autonomie -Akzeptanz -Kampfgeist Würdebewahrendes Handeln -Leben im Moment -Erhalt von Normalität -Spirituelles Wohlbefinden	Privatsphäre Soziale Unterstützung Haltung der Behandelnden Belastung für andere sein Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod

Abbildung*:* Modell zu Würde bei unheilbarer Erkrankung nach *Chochinov* (2012), eigene Darstellung

Krankheitsbezogene Aspekte

Die oben in der Abbildung beschriebenen Faktoren werden im Weiteren genauer vorgestellt. Die Würde wird durch krankheitsbezogene Aspekte beeinflusst. Darunter wird verstanden, dass die Erkrankung eine Auswirkung auf die kognitive Verfassung der Patienten hat. Häufige Begleitsymptome wie etwa Kopfschmerzen und starke Müdigkeit können belastend wirken. Aufgrund dessen steht weniger Energie bereit, um wichtige innerpsychische Prozesse aufrechtzuerhalten. Auch die funktionelle Kapazität betreffend alltäglicher Aufgaben wird durch die Erkrankung häufig eingeschränkt. Falls Patienten in vorher alltäglichen Handlungen plötzlich von anderen abhängig sind, kann dies als unangenehm empfunden werden. Mit dieser Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit umzugehen, stellt eine Herausforderung dar. Ebenfalls berichteten die Personen von einer Symptomlast, die sich körperlich und psychisch manifestieren kann. Somit wird klar, dass eine Erkrankung nebst

offensichtlichen körperlichen Symptomen auch psychische Symptome zur Folge haben kann. Insbesondere die medizinische Ungewissheit und die Angst vor dem Sterben wurden als belastende psychische Faktoren angegeben (*Chochinov et al.* 2002b).

Würdebewahrendes Repertoire

Der Umgang mit Herausforderungen wird nicht nur von der Anforderung selbst, sondern auch durch eigene Ansichten und Haltungen mitbeeinflusst. Diese, einer Krankheit zugrunde liegenden inneren spirituellen und psychischen Faktoren, wirken auf den Umgang mit der Erkrankung ein. Das von *Chochinov* und seinem Team gesammelte würdebewahrende Repertoire lässt sich einerseits in würdebewahrende Perspektiven und andererseits in würdebewahrendes Handeln einteilen. Unter würdebewahrenden Perspektiven wird zum einen die Selbstkontinuität verstanden, welche den Grad anzeigt, inwiefern das eigene Selbstbild trotz Erkrankung aufrechterhalten werden kann. Patienten fühlen sich mehr oder weniger in eine Patientenrolle gedrängt, die ihr altes Selbstbild überschatten kann oder sie verbleiben weiterhin mit einer festen Vorstellung der eigenen Persönlichkeit trotz Erkrankung. Zum anderen wird als würdebewahrende Perspektive die Generativität angegeben. Unter Generativität wird ein Gefühl von Vermächtnis oder das Orientieren nachfolgender Generationen verstanden. Somit besteht ein Einfluss über den eigenen Tod hinaus, denn die Perspektive bezieht sich auf die Frage, welchen Beitrag ein Leben geleistet hat. Wird ersichtlich, dass das eigene Leben einen Einfluss auf nachstehende Generationen hat, kann dies das Würdegefühl stärken. Ebenfalls wichtig ist die Bewahrung von Stolz. Dies ist insbesondere für den Erhalt eines positiven Selbstbildes und Selbstrespekt von Bedeutung. Weiter ist das Gefühl von Hoffnung ein zentrales Element einer würdebewahrenden Perspektive sowie das Gefühl von Autonomie. Das Kontrollgefühl wird intern vermittelt und muss dem äußeren Bild des Handlungsspielraums nicht entsprechen. Weiter beeinflusst die Akzeptanz die Haltung gegenüber der Erkrankung. Nicht zuletzt spielt ein innerer Kampfgeist eine Rolle betreffend würdebewahrenden Perspektiven. Sich mit einer Prognose und damit verbundenen Ängsten und Verletzbarkeiten auseinander zu setzen benötigt Stärke. Auf der Handlungsebene gibt es gewisse Strategien, die den Erhalt der Würde gewährleisten können. Zum einen ist empfehlenswert das Leben im Moment

zu genießen, wobei das verbleibende Leben ein Erlebnis sein kann und nicht ein Warten auf den Tod. Zum anderen ist eine würdebewahrende Handlung das bestmögliche Weiterlaufenlassen des gewohnten Alltags und somit der Erhalt der Normalität. Weiter ist spirituelles Wohlbefinden ein Faktor, der würdebewahrend wirkt, sofern die Spiritualität ausgelebt werden kann (*Chochinov et al.* 2002b).

Inventar sozialer Würde

Während sich die vorangegangenen beiden Bereiche auf intrinsische, internale Faktoren bezogen, werden im Inventar sozialer Würde extrinsische Komponenten in den Fokus gerückt. Das Würdegefühl einer Person hängt nicht nur von einem inneren Gefühl ab, sondern auch davon, inwiefern es vom Umfeld bestätigt und genährt wird. Ausschlaggebend sind hierbei die Auswirkungen sozialer Beziehungen und Umstände, in welchen sich die Patienten befinden. Zum einen ist die Handhabung der Privatsphäre ein wichtiger Faktor. Eine Erkrankung hat häufig eine Verminderung der Privatsphäre zur Folge. Da die Privatsphäre ein wichtiges Bedürfnis ist und der Verlust dieser zu einem verminderten Würdegefühl führen kann, ist die Wahrung der Privatsphäre von Seiten des Umfelds angebracht. Zum anderen haben erkrankte Personen zum Teil Ängste, von den Angehörigen verlassen zu werden. Eine stabile, fortwährende soziale Unterstützung und Präsenz sind demnach wichtig für das Würdegefühl. Auch die Haltung der Behandelnden wirkt sich auf das Würdegefühl der Patienten aus. Der Umgang sollte von Respekt, Mitgefühl und Wertschätzung gekennzeichnet sein. Zum Teil haben Patienten das Gefühl für andere eine Last zu sein. Dieses Gefühl kann eventuell daher erklärt werden, dass Pateinten weniger zurückgeben können, als dass sie von anderen annehmen. Eine weitere Erklärung ist, dass sich die Patienten selbst abwerten und annehmen, dass Ihr Umfeld dies ihnen gleichtut. Dies kann in einem Gefühl resultieren, anderen eine Last zu sein. Das Gefühl anderen zur Last zu fallen wirkt sich negativ auf das Würdegefühl aus. Sich dem anschließend, scheinen sich Patienten zudem Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod zu machen. Die Befürchtungen zielen insbesondere darauf ab, dass die Patienten nach ihrem Ableben nicht mehr für die Angehörigen da sein können. Indem mit Patienten darüber kommuniziert wird, was nach ihrem Ableben stattfinden soll, kann den Patienten ein Stück weit eine Möglichkeit geboten werden, sich um ihre Angehörigen zu kümmern (*Chochinov et al.* 2002b).

3.1 Würdezentrierte Therapie nach Chochinov

Aufbauend auf dem vorher beschriebenen Modell der Würde bei unheilbarer Erkrankung entwickelte *Chochinov* und sein Team (2002) die würdezentrierte Therapie für Menschen mit unheilbarer Erkrankung. Die Interventionsmethode hat eine Steigerung oder auch Erhalt des Würdegefühls von Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung zum Ziel. Dazu wird ein halbstrukturiertes Interview mit neun Fragen durchgeführt (*Chochinov, Cann, Cullihall, Kristjanson et al.* 2012).

Die Fragen lauten wie folgt:

-Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrer Lebensgeschichte; insbesondere über die Zeiten, die Sie am besten in Erinnerung haben oder die für Sie besonders wichtig sind.

-Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt?

-Gibt es etwas Besonderes, das Sie Ihrer Familie über sich mitteilen wollen?

-Gibt es bestimmte Dinge, die Ihre Familie von Ihnen in Erinnerung behalten soll?

-Was sind die wichtigsten Aufgabenbereiche, die Sie in ihrem Leben eingenommen haben (Rollen in der Familie, im Beruf, im Sozialleben etc.)?

-Warum waren Ihnen diese Aufgaben wichtig und was haben Sie Ihrer Meinung nach darin erreicht?

-Was sind Ihre wichtigsten Leistungen, worauf sind Sie besonders stolz?

-Gibt es etwas, von dem Sie merken, dass es gegenüber Ihren Lieben noch ausgesprochen werden soll?

-Oder etwas, dass Sie gerne noch einmal sagen möchten?

-Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für die Menschen, die Ihnen am Herzen liegen?

-Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie gern an andere weitergeben möchten?

-Welchen Rat oder welche Worte, die Ihre (Tochter, Sohn, Ehemann, Ehefrau etc.) leiten können, würden sie gern weitergeben?

-Gibt es konkrete Empfehlungen, die Sie Ihrer Familie mitgeben möchten, um sie für die Zukunft vorzubereiten?

-Gibt es speziell für dieses Dokument noch etwas, das Sie hier mit aufnehmen möchten?

Die Fragen beziehen sich auf wichtige Erlebnisse in der Vergangenheit, Leistungen, auf die die Patienten stolz sind und Rollen, die die Patienten eingenommen haben. Außerdem werden die Patienten nach Wünschen, Hoffnungen sowie Ratschlägen für ihre engsten Angehörigen befragt. Das Gespräch dauert zwischen zwanzig bis sechzig Minuten. Je nach Zustand der Patienten kann das Gespräch in zwei bis drei Etappen vorgenommen werden. Zum Teil sind Angehörige beim Gespräch anwesend und beteiligen sich mehr oder weniger an der Beantwortung der Fragen. Der Leitfaden wird den Patienten vorab abgegeben, damit sie sich bereits Gedanken zu den Antworten machen können. Nach der Durchführung des Interviews wird aus der Audiodatei ein schriftliches Transkript erstellt, welches mit den Patienten rückbesprochen wird. Dabei wird abgeklärt, ob am ursprünglichen Transkript Anpassungen vorgenommen werden sollen. Das definitive Schreiben wird den Patienten anschließend ausgedruckt abgegeben. Auf Wunsch wird das Dokument an auserwählte Angehörige weitergereicht. Die Entscheidung, ob und an wen das Dokument weitergegeben wird, liegt bei den Patienten selbst. Die fertigen Dokumente werden Generativitätsdokumente genannt (Chochinov et al., 2012). Ob und wie die Patienten über ihre Erkrankung und das bevorstehende Ableben sprechen, bleibt ihnen selbst überlassen. Die Krankheitssituation an sich wird mit den Fragen nicht angesprochen. Allerdings wird in mehreren Fragen ein Bezug zu der Zeit nach dem Ableben der Patienten hergestellt. Obwohl keine explizite Formulierung besteht, ist eine indirekte Konfrontation mit dem bevorstehenden Sterben vorhanden (*Chochinov et al.* 2012).

3.2 Ziel der würdezentrierten Therapie

Im Modell zur Würde bei unheilbarer Erkrankung wurde deutlich, welche psychologischen Konstrukte bei Unheilbarerkrankten eine zentrale Rolle spielen (*Chochinov et al.* 2002b). Durch eine schwere Erkrankung werden diese Konstrukte bedroht, was sich negativ auf das Würdegefühl auswirkt. Ziel der Intervention ist demnach, diese Konstrukte zu stärken (*Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson et al.* 2005). Im Weiteren wird auf die Konstrukte und die damit verbundenen Intentionen der Intervention eingegangen: Da sich das Würdegefühl bei einigen Personen über den Grad ihrer Generativität definiert, ist es wichtig im Interview generatives Gedankengut abzubilden. Gezielte Fragen nach Wünschen und Ratschlägen für die

Angehörigen sind demnach ein wichtiger Inhalt des Interviews. Aufgrund der Generativität werden die Dokumente schriftlich an die Patienten abgegeben; damit ein Weiterreichen an die Angehörigen möglich wird. Da unheilbarerkrankte Menschen häufig Sorgen haben, wie es den Hinterbliebenen ergehen wird, wird im Interview Raum für solche Befürchtungen gegeben. Somit bezieht sich die Intervention auf aktuelle Ängste der Patienten. Indem ein Gefäß dargeboten wird, welches die Befürchtungen aufnimmt, können Patienten, ähnlich wie in einer Psychotherapie, Ängste deponieren. Zudem können konkrete Ratschläge an Angehörige formuliert werden, welche mit Hilfe des schriftlichen Schreibens eins zu eins an die betreffende Person weitergegeben werden können. Ebenfalls ist ein kontinuierliches Selbstbild ein wichtiges Thema von Unheilbarerkrankten. Da wie oben beschrieben das Selbstbild in der Patientenrolle untergehen kann, besteht das Ziel der Intervention darin, das Selbstbild der Patienten hochzuhalten. Deshalb werden die Patienten dazu aufgefordert, von Dingen zu sprechen, die ihre Persönlichkeit ausmachen. Die Fragen sind demnach ressourcenorientiert und beziehen sich vorwiegend auf positive Aspekte. Weiter scheinen Patienten zum Teil Schwierigkeiten zu haben, nebst der neugewonnen Patientenrolle, frühere Rollen aufrechtzuerhalten. Deshalb stellt die Intervention frühere oder bis jetzt aufrechterhaltene Rollen bewusst in den Fokus. Weiter im Fokus steht der Stolz der Patienten. Insbesondere für Menschen, die in eine Patientenrolle geraten, kann es sein, dass der Stolz verloren geht. Das Interview soll Raum schaffen, sodass sich Patienten bewusst damit auseinandersetzen, auf was sie stolz sind. Weiter besteht ein Ziel der Intervention darin, bei den Patienten die erlebte Sinnhaftigkeit zu stärken. Durch das Gespräch besteht die Möglichkeit, dass die Patienten mehr Sinn in ihrer jetzigen Situation erkennen (*Chochinov et al.* 2005). Aufgrund all dieser Themenbereiche soll im Großen und Ganzen ein Bild entstehen, indem sich die Patienten als ganzheitliche Menschen sehen. Sollten zu negative Inhalte in den Dokumenten entstehen, sollte der Therapeut dies bei der Nachbesprechung mit den Patienten besprechen. Es bleibt zwar den Patienten überlassen, was schlussendlich im Dokument stehen wird, die Therapeuten versuchen jedoch bewusst, liebevolle Inhalte hervorzuheben. Nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Angehörigen sollten die Dokumente ein positives Andenken repräsentieren (*Chochinov* 2012).

3.3 Sozialer Aspekt der würdezentrierten Therapie

In der heutigen Palliativbetreuung werden Patienten und Angehörige als Versorgungseinheit betrachtet. Diese Ansicht begründet sich darin, dass die Angehörigen aufgrund der Erkrankung mitleiden. Sind Patienten mit dem bevorstehenden Verlust konfrontiert, wirkt sich dies auf die Familie aus. Zum Teil fühlen die Angehörigen mit den Sorgen der Patienten mit. Sie empfinden das Leid der Liebsten als eigenes Leid. Somit überschneiden sich Erfahrungen der Patienten mit Erfahrungen der Angehörigen (*Chochinov* 2012). Deshalb werden in der würdezentrierten Therapie die Angehörigen miteinbezogen. Wie oben beschrieben, kann es vorkommen, dass während der Interviewsituation Angehörige mit im Raum sind. Ob Angehörige anwesend sind, bleibt den Patienten überlassen. Im Falle, dass welche anwesend sind, können diese befragt werden. Das Interview wird weiterhin in erster Linie mit dem Patienten durchgeführt. Vor allem am Schluss können die anwesenden Angehörigen gefragt werden, ob sie etwas beifügen wollen, das aus ihrer Sicht wichtig für das Dokument wäre. Durch Ergänzungen der Angehörigen können zum Teil wichtige Informationen einfließen, die den Patienten im Moment entglitten sind. Somit fungiert die Anwesenheit der Angehörigen als Qualitätssicherung. Die Weitergabe der fertigen Generativitätsdokumente an Angehörige ist nicht zwingend, jedoch sehr empfehlenswert. Der Entscheid liegt bei den Patienten. Da die würdezentrierte Therapie die gesamte Versorgungseinheit abzudecken versucht, ist die Weitergabe ein wichtiger Bestandteil der Intervention (*Chochinov* 2012).

3.7 Anwendungsfelder der würdezentrierten Therapie

Die in Kanada entwickelte Intervention erfreut sich einer zunehmenden globalen Bekanntheit im Gesundheitswesen. Die würdezentrierte Therapie wurde bereits in zweiundzwanzig Ländern eingeführt (*Chochinov et al.* 2012). Bei der Anwendung der Intervention in unterschiedlichen Gesellschaften sind allfällige Unterschiede zu beachten. Fraglich ist, ob Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund die Fragen eventuell anders verstehen könnten. Zudem ist bei der Übersetzung der Fragen in eine andere Sprache auf eine korrekte und dennoch sinnvolle Übersetzung zu achten. Diesem Umstand nahmen sich *Houmann et al.* (2010) an und überprüften die Anwendbarkeit der Intervention in Dänemark. Da sich die dänische Kultur von der Kultur in Kanada unterscheidet, entstand eine interessante

Beobachtung; es zeigte sich, dass Dänen die Interviewfrage nach persönlichen Leistungen nur schwer beantworten konnten. Es wird vermutet, dass dies mit dem kulturellen Verständnis von Selbstlob zusammenhängt. In Dänemark ist es verpönt sich selbst zu loben, da Stolz mit Arroganz oder auch Überheblichkeit assoziiert wird. Die Personen waren es sich demnach nicht gewohnt, solche Worte zu benutzen oder solche Aussagen offen zu gestehen. Daher war eine leichte Umformulierung der Frage notwendig. Die Personen wurden nicht nach persönlichen Leistungen befragt, sondern danach, was für sie wichtig und bedeutsam ist (*Houmann et al*. 2010). In Taiwan wurde die Frage nach dem Stolz ebenfalls anders beantwortet als in Kanada (*Li, Richardson, Speck & Armes* 2014). Dies kann dadurch erklärt werden, dass in der asiatischen Kultur eine kollektivistische Gesellschaft vorherrscht, in der das Wohlergehen der Gemeinschaft über das eigene Wohlergehen gestellt wird. Stolz leitet sich demnach eher aus sozialen Begebenheiten ab und bezieht sich weniger auf persönliche Errungenschaften. Die Kultur in Kanada ist hingegen von einem individualistischen Gedankengut geprägt, in welchem sich der Mensch und seine Fähigkeiten und Leistungen in den Mittelpunkt stellt. Die befragten Taiwanesen antworteten eher mit Aussagen, die sich auf Leistungen der Familie im Gesamten bezogen. Sich selbst stellten die Personen weniger in den Mittelpunkt (*Li et al*. 2014). Es zeigte sich weiter, dass die Therapie im deutschen Sprachraum erfolgreich angewendet werden kann (*Mai, Goebel, Jentschke, Oorschot et al*. 2018).

Die Anwendbarkeit der ursprünglich für Menschen mit unheilbarer Erkrankung konzipierten Intervention wurde bei unterschiedlichen Zielgruppen untersucht, wie zum Beispiel an betagten Menschen in Altersheimen (*Chochinov et al*. 2012; *Hall, Longhurst & Higginson* 2009; *Goddard, Speck, Martin & Hall* 2013), Demenzerkrankten (*Johnston, Lawton & Pringle* 2015) und Krebspatienten mit einer Lebenserwartung von mehr als sechs Monaten (*Dose, & Rhudy* 2018). Die Ergebnisse sagen allesamt aus, dass eine Anwendung der würdezentrierten Therapie bei einer anderen Klientel wirkungsvoll und empfehlenswert sei. Dabei sollte auf bestimmte Dinge, die verglichen mit der ursprünglichen Klientel verschieden sind, geachtet werden. Bei der Anwendung der Intervention bei betagten Menschen (*Hall, Longhurst & Higginson* 2009) wurde klar, dass die drei Bereiche des Würdemodells nach *Chochinov* et al. (2002b) durch die Beantwortung

der Fragen allesamt abgedeckt werden; sowohl bezüglich krankheitsbezogener Aspekte, dem würdebewahrenden Repertoire sowie dem Inventar sozialer Würde wurden Aussagen gemacht. Anders als bei unheilbarerkrankten Patienten, sprachen die betagten Personen nicht vom bevorstehenden Tod. Stattdessen berichteten sie von erlebter Belastung aufgrund von Einschränkungen. Zudem wurde der Verlust von Fähigkeiten weniger auf eine Erkrankung, sondern auf ein voranschreitendes Alter zurückgeführt (*Hall, Longhurst & Higginson* 2009). Betagte Personen, die kognitiv eingeschränkt waren, empfanden die Intervention als hilfreich (*Chochinov et al.* 2012). Eine Befragung von Familienmitgliedern betagter Personen ergab, dass möglicher Gedächtnisverlust Schwierigkeiten darstellen könnte. Dennoch wurde die Intervention als hilfreich angesehen (*Goddard et al.* 2013). Der Aspekt der Vergesslichkeit kam zudem in der Studie mit Demenzerkrankten zum Tragen (*Johnston, Lawton & Pringle* 2015). Die Durchführung der würdezentrierten Therapie bei Krebspatienten mit Chancen auf Heilung hat ergeben, dass der Aspekt der Hoffnung auf Genesung einen Unterschied darstellt. Im Gegensatz zu Interviews mit Klienten, die eine Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten haben, berichten Klienten mit einer unbestimmten Lebenserwartung weniger vom bevorstehenden Tod und mehr von Hoffnung auf Genesung. Diese Hoffnung gilt es aufzugreifen und als kraftvolles Element in die Behandlung mit aufzunehmen. Somit kann die würdezentrierte Therapie ein wichtiges Behandlungselement aufdecken (*Dose & Rhudy* 2018). Trotz der bestätigten Anwendbarkeit der würdezentrierten Therapie bei einer anderen Klientel, wird die Intervention hauptsächlich bei Klienten mit einer Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten eingesetzt (*Chochinov et al.* 2012).

4 Bewahrung von Würde in der Integrativen Therapie

Als neues Leitparadigma für Supervision, Coaching und Therapie wurde von *Hilarion G. Petzold* und *Ilse Orth* (2011) das Konzept der Geschlechtsidentität als ethische Grundlage entwickelt. Damit ist gemeint, dass Geschlechtsidentität nicht nur eine soziale Konstruktion ist, sondern auch in einem biopsychosozialen Rahmen verstanden werden muss. Eine Erweiterung der bisherigen Genderkompetenz um den Begriff der Integrität, der die Würde, Selbstbestimmung und Unversehrtheit der Geschlechtsidentität umfasst, wird befürwortet. Traditionelle binäre und normative

Geschlechterkonzepte werden kritisch hinterfragt. Stattdessen wird eine Haltung gefordert, die Vielfalt anerkennt und gesellschaftliche Diskriminierungsmechanismen reflektiert. Damit bietet das Konzept der Genderintegrität eine wegweisende Grundlage für eine professionelle Unterstützung, die auf Gleichberechtigung, Respekt und gesellschaftliche Transformation abzielt (*Petzold & Orth* 2011). Das menschliche Leben wird als ein sinnhafter Weg gesehen, auf dem Individuen sich selbst finden und zugleich in eine verantwortliche Beziehung zur Welt treten. In diesem Zusammenhang wird eine integrative Kulturarbeit gefordert, die persönliche Entwicklung mit sozialem und globalem Engagement verbindet. Ziel ist ein Selbstverständnis als Weltbürgerin, das individuelle Sinnsuche mit ethischer Verantwortung für eine gerechtere, solidarische Gesellschaft vereint (*Petzold & Orth* 2004b).

Die *Integrative Therapie* basiert auf einem interdisziplinären Fundament, das erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Perspektiven miteinander verbindet. Aus erkenntnistheoretischer Sicht versteht sie menschliche Wahrnehmung und Erfahrung als konstruktive Prozesse, die in Therapie reflektiert und neugestaltet werden können.

Entwicklungspsychologisch betrachtet sie den Menschen als ein sich lebenslang entwickelndes Wesen, dessen Reifung durch therapeutische Begleitung gefördert werden kann. Neurobiologische Erkenntnisse stützen das Verständnis emotionaler und körperlicher Prozesse, während agogische Ansätze die Bedeutung von Bildung, Anleitung und sozialer Integration für persönliches Wachstum hervorheben (*Petzold, Sieper & Orth* 2006).

Foucault (2008) versteht unter dem Prinzip der «Ästhetik der Existenz» das eigene Leben bewusst und selbstbestimmt wie ein Kunstwerk zu gestalten. Dabei geht es um eine kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen und die aktive Formung der eigenen Lebensweise. Selbstsorge und ethische Selbstgestaltung stehen im Zentrum dieser Praxis, die zugleich individuell und politisch wirksam ist.

Ästhetische Erfahrungen haben laut *Petzold* (1999q) eine heilende Wirkung. Deshalb wird für eine "Therapeutik der Lebenskunst" sowie eine therapeutische "Hermeneutik des Ikonischen" plädiert, die die Kraft großer Kunst im Dienste der Heilung nutzt (*Petzold* 1999q). Das Selbst wird als zugleich schöpferisch und gestaltbar verstanden – einerseits als Künstler, der sein Leben aktiv formt, andererseits als Kunstwerk, das im Laufe der Biografie Ausdruck und Gestalt

annimmt. In diesem Verständnis liegt eine tiefe Wertschätzung für die kreative Dimension menschlicher Entwicklung (*Petzold* 1999q). Die rezeptive Kunsttherapie setzt dabei nicht auf das eigene künstlerische Schaffen, sondern auf die Wirkung von Kunstwerken auf das innere Erleben. Durch die bewusste Auseinandersetzung mit Musik, Bildern, Literatur oder Tanz können emotionale und leibliche Resonanzen angestoßen werden, die tiefgreifende therapeutische Prozesse in Gang setzen. Solche ästhetischen Erfahrungen wirken jenseits kognitiver Reflexion, können ordnen, trösten, irritieren oder inspirieren. Ästhetik wird hier nicht als bloßer Genuss verstanden, sondern als Möglichkeit zur Selbstbegegnung. In der Reaktion auf ein Kunstwerk entsteht ein Kontakt zu inneren Bewegungen, Erinnerungen und Bedeutungsräumen. Das Selbst erfährt sich dabei als wandelbar und formbar, was heilend und stärkend wirken kann (*Petzold* 1999q). In diesem Rahmen wird ästhetische Erfahrung als Brücke betrachtet – zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Emotion und Ausdruck, zwischen Ungeordnetem und Struktur. Sie unterstützt dabei, Sinn zu finden, Identität zu klären und Wandlungsprozesse zu begleiten, indem sie das Selbst in einen schöpferischen Bezug zu sich selbst und zur Welt setzt (*Petzold* 1999q), was wiederum neuen Sinn freisetzt (*Petzold, Orth* 2005b).

4.1 Thanatotherapie

Die Thanatotherapie ist ein Begriff, der von *Petzold* (*Petzold* 1965, 1999l) eingeführt wurde:

„ … la thanatothérapie … est sous bien des aspects une approche thérapeutique récente. Elle s'occupe des personnes touchées par les questions en lien avec la mort, qui éprouvent le besoin d'un soutien dans le dépassement et l'acceptation de la perte, dans des processus de développement personnel, d'assistance et de réconfort dans les moments de souffrance (ders. 1965, 16)

[„Die Thantotherapie … hingegen ist in vielerlei Hinsicht ein neuer therapeutischer Ansatz. Sie kümmert sich um Menschen, die von Themen im Zusammenhang mit dem Tod betroffen sind und die das Bedürfnis nach Unterstützung bei der Überwindung und Akzeptanz von Verlusten verspüren, in Prozessen der persönlichen Entwicklung, der Hilfestellung und Trost in Zeiten des Leidens"].

Heute ist sie eine interdisziplinäre Methode zur Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen, sowie von Menschen in existenziellen Grenzsituationen – insbesondere im Sterbeprozess, aber auch bei schweren Lebenskrisen und traumatischen Erfahrungen (*Leßner-Wittke* 2005/2025; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984). Im Integrativen Ansatz als *lifelong developmental approach* (*Sieper* 2007b; *Petzold* 1999b), ist sie eine lebensalter- und zielgruppenspezifische Variante der Integrativen Therapie (wie Kinder- oder Gerontotherapie, ders. 1999l).

Ausgehend von der Analyse des Sterbeprozesses aus medizinischer, psychologischer, soziologischer und philosophischer Perspektive wurden praxisnahe Konzepte für die psychosoziale und therapeutische Begleitung in terminalen Lebensphasen abgeleitet. Die Thanatotherapie versteht sich als integratives Modell, das verschiedene wissenschaftliche Disziplinen verbindet, um eine ganzheitliche Begleitung Sterbender zu gewährleisten. Dabei orientiert sich das integrative Konzept unter anderem an philosophischen und thanatopsychologischen Theorien und Forschungen (*Spiegel-Rösing, Petzold* 1984/2019). Andere Formen von Thanatotherapie richten sich an humanistischen, existenziellen und transpersonalen Theorien, insbesondere an den Arbeiten von *Elisabeth Kübler-Ross, Carl Rogers* und *Viktor Frankl* aus. Die integrative Arbeit ist stark leib- und prozessorientiert und schließt sowohl körpertherapeutische als auch psychodynamische, systemische und kreative Methoden ein (*Petzold* 1999l). Sterben soll nicht nur als medizinischer, sondern auch als psychologischer, sozialer und spiritueller Prozess verstanden werden. Eine offene und wertschätzende Kommunikation mit Sterbenden wird angestrebt, um existentielle Ängste zu lindern und ein würdevolles Lebensende zu ermöglichen (*Spiegel-Rösing & Petzold* 1984/2019). Ein zentrales Element der Vorgehensweise ist das Konzept der Leiblichkeit. *Petzold* (1999l) versteht den Leib nicht nur als Träger biologischer Funktionen, sondern als Ort gelebter Erfahrung, als Resonanzraum für Gefühle, Erinnerungen und Beziehungserleben. In der Thanatotherapie wird der Leib als „MitWelt“ verstanden – als das Medium, durch das Menschen sich selbst, andere und das Leben spüren (*Petzold* 1999l). Gerade in Sterbeprozessen oder tiefen Krisen kann dieser Leibkontakt verloren gehen oder von Angst und Spannung geprägt sein. Die Thanatotherapie versucht, über achtsame Körperarbeit, Berührung, Atemarbeit und Bewegungsimpulse wieder eine Verbindung zum leiblichen Selbst herzustellen (*Petzold* 1999l). Grosser Wert wird auf die

therapeutische Beziehung gelegt. Die Therapierenden in der Thanatotherapie begegnen den Betroffenen mit radikaler Präsenz, Empathie und existenzieller Offenheit. Gemeinsam wird das „Dazwischen“ – in der existenziellen Unsicherheit – ausgehalten. Die Therapierenden bieten Halt, Orientierung und Raum, um Abschied, Angst, Trauer und Hoffnung zuzulassen. Ein wesentlicher Bestandteil der Thanatotherapie ist die biografische Arbeit (*Petzold* 2016f), bei der Menschen ihr Leben erzählen, um Sinnzusammenhänge zu erkennen und sich mit der eigenen Geschichte zu versöhnen. Ergänzend helfen kreative Ausdrucksformen wie Malen, Schreiben oder Musik, unaussprechliche Gefühle sichtbar und fühlbar zu machen (*Petzold* 1999l).

Zentral sind auch körperorientierte Verfahren wie Leibberührungen, Atemarbeit oder Ruhehaltungen, die den Kontakt zum eigenen Körper stärken und Sicherheit vermitteln. Darüber hinaus widmet sich die Thanatotherapie bewusst der spirituellen und existenziellen Dimension, indem sie Fragen nach Sinn, Schuld, Hoffnung und Abschied zulässt und begleitet. Das Ziel der Thanatotherapie ist nicht primär Heilung oder Palliativbehandlung im medizinischen Sinne, sondern ein würdevoller, bewusster Umgang mit Endlichkeit, Verlust und Wandlung. Es geht darum, Menschen zu befähigen, das eigene Sterben oder tiefgreifende Veränderungen in Verbundenheit mit sich selbst und der Welt zu durchleben. In diesem Prozess kann – trotz Leid – eine Form von innerem Frieden, Akzeptanz oder sogar spirituellem Wachstum entstehen (*Petzold* 1999l).

In seinem Beitrag "Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen" betont *Petzold* (1984c) die Bedeutung eines integrativen therapeutischen Ansatzes in der Begleitung von Sterbenden. Dieser Ansatz kombiniert verschiedene therapeutische Methoden, insbesondere die Gestalttherapie, um den individuellen Bedürfnissen sterbender Menschen gerecht zu werden. Ziel ist es, durch eine ganzheitliche Betreuung die Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu verbessern und einen würdevollen Abschied zu ermöglichen (*Petzold* 1984c). Zusammenfassend wird eine wertschätzende, interdisziplinäre und lebensbejahende Sterbebegleitung gefordert, die den Menschen in seiner Ganzheit anerkennt und ihm einen friedvollen Abschied ermöglicht (*Petzold* 1984c).

In dem Artikel "Integrative Arbeit mit einem Sterbenden mit Gestalttherapie, Ton, Poesietherapie und kreativen Medien" (*Petzold* 1980a) wird die Begleitung eines

36jährigen Krebspatienten in seiner letzten Lebensphase beschrieben. Durch den integrativen Einsatz von Gestalttherapie und kreativen Medien wie Ton, Poesie und Farben unterstützte er den Patienten dabei, sein Leben zu reflektieren und eine persönliche Lebensbilanz zu ziehen. *Petzold* (1980a) betont die Bedeutung einer intersubjektiven Beziehung, in der der Begleiter seine eigene Betroffenheit anerkennt und den Patienten nicht als Objekt behandelt. Anhand von Tonband Transkripten veranschaulicht er die Wirkung von Gestaltdialogen, Imaginationen und kreativen Gestaltungen auf den Integrationsprozess des Patienten. Im integrativen Ansatz werden Gestalttherapie, Poesietherapie, Tonarbeit und andere kreative Medien gezielt eingesetzt, um den Sterbenden bei der Verarbeitung seiner Erfahrungen, Emotionen und Lebensgeschichte zu unterstützen. Dabei geht es nicht nur um verbale Reflexion, sondern auch um eine tiefgehende, sinnliche und imaginative Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben. Ein zentrales Element der Methode ist die interaktive und intersubjektive Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die von Prozessen komplexer Empathie bestimmt ist (*Petzold, Mathias-Wiedemann* 2019a). *Petzold* (1980a) hebt hervor, dass der Begleiter nicht als distanzierter Fachmann agiert, sondern sich selbst als mitfühlendes Gegenüber einbringt, seine eigene Betroffenheit anerkennt und den Patienten als Subjekt wahrnimmt. Dadurch entsteht ein Raum, in dem der Sterbende sich sicher fühlt, um sich mit ungelösten Fragen, Ängsten und Wünschen auseinanderzusetzen. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die Integration verschiedener Ausdrucksformen. Die Kombination aus Sprache, Kunst und Körperarbeit ermöglicht es dem Patienten, sich auf unterschiedlichen Ebenen auszudrücken und schwierige Emotionen oder Erinnerungen zu verarbeiten. Die therapeutische Arbeit zielt darauf ab, eine ganzheitliche Lebensbilanz zu ziehen, letzte offene Themen zu klären und einen versöhnlichen Abschluss mit dem eigenen Leben zu finden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass *Petzolds* (1980a) Methode einen ganzheitlichen, kreativen und zutiefst menschlichen Ansatz in der Sterbebegleitung darstellt. Sie ermöglicht es Sterbenden, ihr Leben aktiv zu reflektieren, letzte persönliche Ausdrucksformen zu gestalten und mit innerem Frieden Abschied zu nehmen (*Petzold* 1980a).

Des Weiteren wird im Beitrag "Poesie- und Bibliotherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden" die Anwendung von Poesie- und Bibliotherapie in der

Arbeit mit älteren, kranken und sterbenden Menschen beleuchtet (*Petzold* 1985v). Betont wird die "Heilkraft der Sprache" und die entlastende sowie verwandelnde Wirkung von Gedichten und selbst verfassten Texten. *Petzold* (1985v) hebt hervor, dass das Schreiben und Lesen von Texten nicht nur als Ausdrucksform dient, sondern auch therapeutische Prozesse unterstützt. *Petzold* (2023e) sieht Bücher als „Schlüssel zur Welt“. Durch das Verfassen eigener Gedichte oder das Lesen passender Literatur können Patienten ihre Gefühle und Gedanken ordnen, belastende Erinnerungen verarbeiten und persönliches Wachstum erfahren. Diese Methoden fördern die persönliche Entwicklung und bieten Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen. Besonders in der Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden wird die Poesie- und Bibliotherapie eingesetzt, um durch kreatives und biografisches Schreiben Heilungsprozesse zu unterstützen und die Persönlichkeitsentwicklung zu fördern (*Petzold* 1985v).

Eine weitere Möglichkeit der kreativen Arbeit ist die Methode der Zukunftsprojektion im Psychodrama (*Petzold* 1971j). Diese zielt darauf ab, zukünftige Situationen, Herausforderungen oder Lebensabschnitte szenisch darzustellen, um sie emotional und kognitiv erfahrbar zu machen. In einem geschützten therapeutischen Raum wird die Klientin eingeladen, sich in eine mögliche Zukunft hineinzuversetzen und diese aktiv auf der Bühne zu gestalten. Dabei können verschiedene Rollen eingenommen, innere Anteile externalisiert und zukünftige Entscheidungen oder Konflikte symbolisch durchlebt werden. Durch dieses Vorgehen wird es möglich, bislang unbewusste Erwartungen, Ängste oder Wünsche sichtbar zu machen und neue Handlungsoptionen zu entwickeln. Die Zukunftsprojektion hilft, die eigene Zeitstruktur zu reflektieren, fördert vorausschauendes Denken und unterstützt dabei, sich aktiv und selbstwirksam aufkommende Lebensphasen vorzubereiten (*Petzold* 1971j). Es wird deutlich, dass Zukunftsprojektionen nicht nur als Technik, sondern als existenzieller Zugang zum eigenen Leben verstanden werden, der Orientierung, Sinngebung und Handlungsperspektiven ermöglicht (*Petzold, Orth* 2005a, b). Die Methode verbindet szenisches Arbeiten mit biografischer Reflexion und fördert so die Entwicklung neuer Zukunftsentwürfe (*Petzold & von Ameln* 2014).

In der Thanatotherapie wird der Körper nicht nur als Träger von Symptomen, sondern als aktiv mitsprechenden Teil der Biografie, der zur Heilung beitragen kann, (*Petzold* 1999s). Eine bloß kognitive oder sprachliche Verarbeitung von Trauma sei

oft nicht ausreichend. Vielmehr müssen auch die körperlichen Resonanzen, Bewegungsmuster, Spannungen und Empfindungen in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. In der Tanatotherapie geschieht dies durch gezielte körperliche Achtsamkeit, Berührung, Bewegung und somatische Reflexion. Ziel ist es, den Körper als Ort der Erinnerung ernst zu nehmen und ihn in die narrative Identitätsbildung einzubeziehen. Besonders betont *Petzold* (1999s) die zukunftsgerichtete Dimension seiner Arbeit (*Petzold* 2023e). Nicht nur die Verarbeitung der Vergangenheit steht im Vordergrund, sondern was der Mensch mit dem macht, was ihm geschehen ist. Durch die Integration traumatischer Erfahrungen – auch auf leiblicher Ebene – können neue Perspektiven entstehen, die eine aktive, selbstgestaltete Zukunft ermöglichen. Die Tanatotherapie hilft dabei, blockierte Lebensenergie wieder in Fluss zu bringen und Menschen in ihrer Fähigkeit zu stärken, Lebenssinn, Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit zurückzugewinnen (*Petzold* 1999s). So wird Trauma nicht als lebenslange Last, verstanden sondern als potenziellen Ausgangspunkt für Wandlung. Der Körper wird dabei zum Verbündeten in einem Prozess, in dem das Vergangene nicht vergessen, sondern in eine neue, zukunftsoffene Lebensgeschichte integriert wird. (*Petzold* 1999s).

Ein Paradigmenwechselsin Therapie und Supervision hin zu einer stärkeren Zukunftsorientierung über die gesamte Lebensspanne hinweg sei nach *Petzold* (2005o; *Sieper* 2007b) notwendig. Anstelle eines überwiegenden Rückblicks auf biografische Defizite soll der Fokus auf Ressourcen, Lebensplanung und Gestaltungsmöglichkeiten im Alter gelegt werden. Proaktives Handeln wird dabei als zentrale Haltung verstanden, die Menschen befähigt, aktiv Einfluss auf ihr Altern zu nehmen. Dies erfordert neue therapeutische Ansätze, die Entwicklung, Sinn und Teilhabe auch in späten Lebensphasen in den Mittelpunkt stellen (*Petzold* 2005o).

4.2 Würdekonzept in der Integrativen Therapie

Ein zentrales Element ist das Konzept der Würde, verstanden als unantastbares Prinzip des menschlichen Selbst. Geschlechtliche Vielfalt ist als grundlegendes Menschenrecht anzuerkennen und Menschen sind unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität oder ihrem Geschlechtsausdruck mit voller Anerkennung zu behandeln. Dies bedeutet, dass professionelle Begleitung nicht nur akzeptierende, sondern auch aktive Unterstützung bieten muss, insbesondere für Menschen, die

aufgrund ihrer Geschlechtsidentität Diskriminierung oder sozialen Druck erfahren. Supervision, Coaching und Therapie müssen frei von normativen Interventionen oder pathologisierenden Konzepten bleiben. Fachkräfte sollten nicht nur eine diskriminierungsfreie Praxis gewährleisten, sondern sich auch für die Sichtbarkeit und Gleichberechtigung geschlechtlicher Vielfalt in gesellschaftlichen Strukturen einsetzen (*Petzold & Orth* 2011).

Laut *Petzold* (2010r) wird die Würde einerseits als Wesensmerkmal, andererseits als Gestaltungsauftrag angesehen. Die Würde ist demnach eine Tugend des Menschen, die ihm als existenzielle Qualität seit Geburt inne ist und zugleich eine Aufgabe, an sich selbst zu arbeiten. Die beiden Dimensionen sind unlösbar miteinander verbunden und wirken sich auf die Entwicklung der individuellen Hominität aus (*Petzold* 2010r). Es wird als ethische Verpflichtung angesehen, den Menschen in seiner Verwirklichung der Menschenwürde zu unterstützen, indem ihm die Möglichkeit der Selbstgestaltung gewährt wird. Nicht zu vernachlässigen sind hier insbesondere beeinträchtigte Hochbetagte, die eine Hilfebdürftigkeit aufweisen können, damit sie weiterhin ihre Hominität zu entwickeln und würdevoll zu leben vermögen. Ein wichtiger Punkt scheint die Aufrechterhaltung von Privatsphäre zu sein, welche aufgrund erhöhtem Pflegebedarf und Rahmenbedingungen in Pflegeinstitutionen bedroht ist. Demnach postuliert *Petzold* ein Recht auf würdige Lebensumstände im Alter als Menschenrecht (2010r).

4.3 Recht auf Unversehrtheit

Neben der Würde ist das Recht auf Unversehrtheit ein zentraler Aspekt der geschlechtlichen Integrität. Die Geschlechtsidentität stellt nicht nur ein psychosoziales, sondern auch ein körperlich erfahrbares Selbst dar, das vor normativen und medizinischen Eingriffen geschützt werden muss. Dies umfasst u.a. den Schutz vor gesellschaftlichem Druck zur Anpassung an bestimmte Geschlechternormen, z.B. durch operative oder hormonelle Eingriffe. Ebenso ist vor Diskriminierung und Gewalt aufgrund der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks zu schützen. Eine professionelle Begleitung, die auf dem Prinzip der Genderintegrität basiert, muss daher struktureller Gewalt in Institutionen aktiv entgegentreten und geschlechtliche Vielfalt als unantastbaren Bestandteil individueller Identität anerkennen (*Petzold & Orth* 2011).

Dass die psychische und physische Integrität keineswegs generell gewahrt ist, wird in dem Beitrag von *Petzold* (1985d) deutlich, der sich mit der Verletzung der Würde alter Menschen in Pflegeeinrichtungen im Jahr 1985 befasst und die Bedeutung der Supervision für die Aufdeckung und Prävention von Missständen betont. Anhand aktueller und historischer Fälle von Patiententötungen durch Pflegepersonal wird aufgezeigt, dass solche Vorkommnisse keine Einzelfälle, sondern Ausdruck struktureller Defizite im Pflege- und Betreuungssystem sind. Die systematische Missachtung der Würde alter Menschen, die durch institutionelle Rahmenbedingungen begünstigt wird, konnte aufgedeckt werden. Pflegeheime und Krankenhäuser werden häufig als Orte beschrieben, an denen die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen nicht ausreichend berücksichtigt werden. Strukturelle Gewalt und Vernachlässigung können in diesem Kontext zu physischen und psychischen Misshandlungen bis hin zu Patiententötungen führen. Würde wird nicht nur als philosophischer Begriff, sondern als konkretes Menschenrecht verstanden, das durch unzureichende Supervision, überfordertes Pflegepersonal und fehlende Supervisionsstrukturen gefährdet ist. Anhand mehrerer dokumentierter Fälle wird aufgezeigt, dass institutionelle Bedingungen wie Personalmangel, hohe Arbeitsbelastung und unzureichende Supervision dazu führen können, dass Gewalt gegenüber Patient*innen nicht verhindert wird. Es wird das Konzept des „malignen Burnout“ eingeführt, das beschreibt, wie Pflegende aufgrund extremer Belastungen destruktive Verhaltensweisen entwickeln können. Qualifizierte Supervision wird in diesem Zusammenhang als wesentliches Instrument zur Sicherung der Patientenwürde und der professionellen Qualität in der Pflege verstanden. Das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit wird als zentrales Leitprinzip für die Arbeit in Pflege- und Betreuungseinrichtungen hervorgehoben (*Petzold* 1985d). Sozialgerontologisch informierte Supervision – hier liegen leider gravierende Defizienzen vor, wie Multicenter-Studien zeigen (*Petzold, Müller, König* 2007) –wird als zentrales Instrument zur Qualitätssicherung beschrieben. Ethische und menschenrechtliche Aspekte sowie Feldkompetenz müssen dabei in die Supervisionsarbeit mehr integriert und verankert werden. Es besteht die Notwendigkeit einer ethisch fundierten Supervisionspraxis, die strukturelle Missstände identifiziert und präventiv gegen Gewalt und Vernachlässigung vorgeht (*Petzold* 2016k). Dass Verletzungen der Alterswürde stattfinden und die beteiligten

Fachpersonen mangelhaft supervidiert werden, wird aus mehreren Artikeln deutlich (*Petzold* 2016k; *Petzold, Müller, Horn, Leitner* 2005; *Petzold & Müller* 2005a).

Laut *Petzold* und *Orth* (2005b) besitzt der Mensch wachsende Sinnerfahrungs-, Sinnverarbeitungs- sowie Sinnschöpfungskapazität über die gesamte Lebensspanne. Die Kapazitäten können nur genutzt werden, wenn Möglichkeitsspielraum zur Lebensgestaltung besteht. Deshalb ist es wichtig, dass der Mensch in seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht eingeschränkt wird, da er sich sonst nicht mehr entfalten kann.
Wird der Mensch in seinen Spielräumen beschnitten, tritt eine Art Inaktivitätsatrophie ein, seine Fähigkeiten bilden sich zurück. Menschen im Alter oder in Krankheit sind zum Teil fremdverursachter Beschneidung ihres Spielraums ausgeliefert, was sich negativ auf deren Hominität und das Sinnerleben auswirkt (*Petzold & Orth* 2005b).

Aufgrund der Auseinandersetzung mit der pflegerischen Situation in österreichischen Alterns- und Pflegeheimen, postulierten *Petzold* & *Petzold*(1993b) folgende Definition einer professionellen Pflege:

> »Professionelle Pflege ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Menschen 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,H. & Petzold, Chr.* 1993b, S. 636)

Petzold wirkte daraufhin beratend mit bei der Entwicklung des ersten Landesaltenplans Österreichs. Da sich zeigte, dass die Würde des Menschen

antastbar ist, wurde der Begriff «Patient Dignity» (Patientenwürde) als Leitkonzept in das Feld und in die Literatur eingeführt. Der Term wird als therapieethisches Konstrukt verstanden, welches sowohl in der Therapie wir auch in der Pflege angewendet werden sollte (*Petzold, Petzold* 1993b).

4.4 Lebenspanorama und Lebensbilanz nach *Petzold*

Für viele alte Menschen, Schwerkranke und Sterbende ist das Nachdenken über Vergangenes und deren Bewertung eine wichtige Aktivität. Insbesondere in der Arbeit mit Menschen, die am Ende ihres Lebensweges sind, erhält das bilanzierende Betrachten des eigenen Lebens eine zentrale Rolle. Das eigene Identitätserleben wird durch kritische Lebensereignisse wie Krankheit oder Wohnen in einem Altersheim bedroht, da die leibliche Integrität gemindert ist (*Petzold* 1985a/2005). Bei Menschen im Sterben ist die eigene Identität sogar in Auflösung zu sehen. Das Erinnern hat einerseits die Funktion einer Gegenwartsbewältigung durch Rückgriff auf vergangene Bewältigungsstrategien sowie die Funktion der Identitätssicherung durch Aufrechterhaltung früherer Sinnhaftigkeit (*George*, 1980; *Unruh*, 1983). Nebst der identitätssichernden Wirkung und der adaptiven Leistung bergen Erinnerungen zudem eine Möglichkeit zum Wachstum. Durch das erneute mentale Durchschreiten von Erinnerungen können neue Zusammenhänge und Bewertungen vollzogen werden, welche zuvor noch unentdeckt oder unbewusst waren (*Boylin, Gordon & Nebrke,* 1976). Der Mensch vollzieht in seiner persönlichen Hermeneutik eine Auslegung seiner eigenen Existenz, wodurch das Altern und Sterben in Würde und erlebter Sinnhaftigkeit nachvollzogen werden kann (*Petzold*, 1981f; *Petzold & Bubolz* 1979; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984).

Insbesondere wurde in der *Integrativen Therapie* der „Lebensüberschau“ eine wichtige Rolle beigemessen. Laut *Fritz Perls* (1980) ist das Leben eine unfertige, «offene Gestalt», die erst mit dem Versterben geschlossen oder vollendet wird. *Perls* hat daraus keine Konsequenzen gezogen, außer der, strikt im «Hier-und-Jetzt» zu leben: «Die Vergangenheit ist nicht mehr, die Zukunft noch nicht gekommen, nur das Jetzt existiert» (ebenda) so seine Devise. Der Mensch wird in einem kreativen Prozess gesehen, in welchem bis zum Schluss Wachstum und Veränderung möglich ist, nur wird das in der Gestalttherapie von *Perls* nicht systematisch im Sinne einer Vorbereitung aufgegriffen. Anders geschah das durch *Petzold*, der hier die gestalttherapeutische Jetzt-Zentrierung, ja Fixierung

überschritten hat und die «antizipatorische Kompetenz» des Menschen aufgriff, womit er dem Integrativen Ansatz eine eminent zukunftsgerichtete Ausrichtung gab (*Petzold* 2023e) u.a. unter Rückgriff auf *Morenos* Technik der «Zukunftsprojektion». (*Petzold* 1971j; *Petzold, von Ameln* 2014). Der Mensch schreitet auf dem *LebensWEG* immer voran und gestaltet dabei gemäß der «Integrativen Philosophie des WEGES» Zukunft – leibhaftig (*Petzold* 1999s; *Petzold & Orth* 2004b). *Stefan* und *Petzold* (2019; *Stefan* 2020) sprechen geradezu von den «Zukunftsentwürfen des Leibes». Dabei sind zwei Perspektiven für den Kontext des vorliegenden Textes wichtig: Einmal Bewusstheit für «proaktives Handeln über die Lebensspanne hin» im Sinne der Daseinsvorsorge (auch für das Alter, *Petzold* 2005o), zum Anderen aus einer Bewusstheit für Prozesse der «Lebenskunst», für die Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen «Lebenskunstwerks», wobei das «Selbst Künstler und Kunstwerk» zugleich wird (*Petzold* 1999q), eine Ästhetik der eigenen Existenz (*Foucault* 2008). Beide Perspektiven machen auch Dimensionen der Würde des Menschen aus, nämlich Existenzsicherheit zu haben und weiterhin über Entfaltungs- und Gestaltungsmöglichkeiten verfügen zu können – bis in die terminale Phase des Lebens (*Petzold* 1980a; 1985v). Deshalb wurde in der *Integrativen Therapie* dem letzten Lebensabschnitt von Menschen schon seit den frühen Schriften *Petzolds* bewusste Aufmerksamkeit beigemessen (*Petzold* 1965, 1984c; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984/1919; *Petzold & Bubolz* 1979).
Die Technik des Lebenspanoramas samt Lebensbilanzierung sind Interventionen der *Integrativen Therapie*, um «Erinnerungs- und Integrationsarbeit» zu leisten. Es handelt sich um eine imaginative, kreative Technik, die genuin im Integrativen Ansatz entstanden ist unter Rückgriff auf die «Entwicklungspsychologie der Lebensspanne» und den «life review approach» (*Butler* 1963; *Petzold & Lückel* 1985). Sie ist Teil integrativer Biographiearbeit (*Petzold* 2016f).

Zum Lebenspanorama:
Nach *Petzold* und *Lückel* (1985) wird der Klient beim Lebenspanorama dazu aufgefordert, ein Bild zu malen, in welchem seine Lebensabschnitte aufgemalt werden. Die Lebensgeschichte soll mit bildnerischen Mitteln dargestellt werden. Auch das in der Zukunft liegende Lebensende wird, so wie es sich die Person vorstellt, aufgezeichnet. Ziel ist die Überschau über die Gesamtheit der Erlebnisse. Bevor die Person zu malen beginnt, wird eine mentale Reise durch die

Erinnerungen empfohlen, in welcher der gesamte Lebenweg in aufkommenden Szenen durchschritten wird -- bis hin zum Zeitpunkt der Zeugung. Die Art und Weise, wie das Erlebte aufgemalt bzw. gestaltet wird, liegt im kreativen Ermessen des Zeichnenden (vgl. *Petzold, Orth* 1994a)

Zur Lebensbilanz:

In einem nachfolgenden Gespräch wird das Gemalte besprochen und eine Lebensbilanz gezogen:

> Der Gestalter «erkennt im Nacherleben der einzelnen Szenen und im Nachzeichnen seiner Lebenslinie, was er jeweils aus seiner Zeit gemacht hat, was aus ihm gemacht worden ist und was er hat aus sich machen lassen.» (*Petzold & Lückel* 1985, S. 479)

Sogenannte "Vermächtnisse" im Kontext der Arbeit von *Petzold* und *Lückel* (1985) beziehen sich auf die Weitergabe von Werten, Erfahrungen und Weisheiten, die ältere oder sterbende Menschen an nachfolgende Generationen hinterlassen. Durch die Techniken der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas Menschen ihr Leben reflektieren und identifizieren bedeutende Elemente, die sie als ihr Vermächtnis weitergeben möchten. Dies kann sowohl für die Betroffenen als auch für die Empfänger dieser Vermächtnisse einen tiefen Sinn stiften und das Gefühl der Kontinuität und des Beitrags zum kollektiven Gedächtnis der Gemeinschaft des jeweiligen „Konvoys“, der sozialen Netzwerkgemeinschaft in der Zeitstrecke stärken (*Petzold & Lückel* 1985; *Brülmann*-Jecklin, *Petzold* 2004: *Hass. Petzold* 1999).
Die Vermächtnisse spielen in der Geronto- und Thanatotherapie eine zentrale Rolle im Rahmen der biografischen Arbeit und insbesondere in der letzten Phase solcher thanatotherapeutischen Prozessese, wenn es darum geht, Patient*innen dabei zu begleiten und zu unterstützen, das eigene Leben zu würdigen und zu einen sinnhaften Abschluss zu bringen, wo immer das möglich ist (*Petzold* 1999l; vgl. *Rodríguez-Prat, Monforte-Royo* 2023)).

4.5 Ziel des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

Das Arbeiten mit Farben und Formen ermöglicht es dem Menschen etwas Komplexes nicht nur in sprachlicher Weise darzustellen und zum Ausdruck zu bringen – Gefühle, Stimmungen, Atmosphären, schwer Greifbares. Dies eröffnet ihm Ausdrucks- und Handlungsmöglichkeiten, wodurch er sich wirksam erlebt. Dies ist besonders bei Menschen mit eingeschränkten physischen Möglichkeiten (zum

Beispiel Bettlägerigkeit aufgrund Erkrankung oder Fragilität/frailty) eine stärkende Intervention. Durch die Transformation des Gemalten in gesprochene Worte, wo das möglich wird, kann die Lebensgeschichte umfassender verstanden werden. Somit kann der hermeneutische Prozess des Sich-Selbst-Verstehens unterstützt werden (*Petzold, Lückel* 1985/2017). Das entstandene Bild ist einerseits eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal des Malenden/Gestaltenden und andererseits eine Botschaft an den Betrachter bzw. Begleiter. Da die Zukunft auch in das Bild integriert wird, kann sich die Person mit dem bevorstehenden oder sich vollziehenden Sterbeprozess auseinanderzusetzen. Indem das bevorstehende Sterben bildnerisch gestaltet wird, bekommt es einen Platz, eine Form. Wie die Sterbeszene dargestellt wird, ist der Person selbst überlassen. *Petzold, Lückel* (1985/2017) nennen aus ihrer Praxis als Begleiter Beispiele: eine untergehende Sonne, eine versammelte Familie am Bett, eines einsamen Sterbelagers oder ein dunkles Tor. Im Gespräch kann – wo es möglich ist und gewünscht wird (und nicht alle Patienten sind dafür offen oder dazu in der Lage) – dann auf die Vorstellung des Sterbens eingegangen werden. Das Gespräch hat zum Ziel, die Vorstellung vom Tod so zu gestalten und gegebenenfalls zu verändern, dass der Klient sich nicht davon bedroht und geängstigt fühlt. So kann zum Beispiel Thema sein, dass man beim Sterben nicht allein sein muss (das Symbol des einsamen Sterbelagers wird verändert) oder in der gefürchteten Dunkelheit kann ein Licht angezündet werden (Symbol des dunklen Tores wird gemildert). Wichtig ist, dass der Klient merkt, dass er die Szenen und Atmosphären mitgestalten und verändern kann, wodurch sich der Mensch wirksam erlebt. Das gelingt natürlich nicht jedem Menschen und auch nicht in jeder therapeutischen, seelsorgerlichen, mitmenschlichen Begleitung. Jedes Sterben ist, wie jedes Leben – höchst spezifisch und kontextualisiert. Es ist immer in soziokulturelle Zusammenhänge und Zeitgeistströmungen eingebettet (*Petzold* 2016l), in favorable oder prekäre ökologische und ökonomische Kontexte (*Petzold, Sieper, Mathias-Wiedemann* 2022), sowie in weltpolitische Friedens- oder Kriegsverhältnisse, in Kontexte ökonomischer Prosperität oder in Verelendung eingebettet. Auf die muss sich jede therapeutische und begleitende Arbeit mit „komplexer Achtsamkeit“ (*Wölfle* et al. 2023) einstellen.

Die Lebensbilanz ist deshalb eine anspruchsvolle Arbeit, in oft schwierigen situativen Kontexten. Der Patient/ die Patientin ist in einer höchst vulnerablen Situation und kann stark mit Erfolgen und Misserfolgen konfrontiert werden kann.

Oft fokussiert sich der Klient auf unabgeschlossene, offene Konflikte. Diese überschatten andere Erlebnisse, sind jedoch im Alltag nur schwer greifbar und eher unbewusst vorhanden. So hat der Klient zum Beispiel das Gefühl einer unbestimmten Unruhe oder Schlafproblemen. Der Vorteil des Ziehens einer Lebensbilanz zusammen mit einem kompetenten und empathischen Begleiter ist der, dass ein therapeutisches „Hier-und-Jetzt“ entstehen kann – das Konzept wurde von *J. L. Moreno* (1934) entwickelt, von *F.S. Perls* (1969) bekannt gemacht und in der Zeittheorie der Integrativen Therapie differentiell fundiert zu einem „Hier-und-Heute“ (vgl. *Petzold* 1981e, 1991o/2018), indem der Klient in eine künstlerische Doppelrolle kommt. Er ist zum einen der Betroffene und zum anderen der Erzählende. Dadurch, dass über das eigene Leben erzählt wird, kann eine gewisse Distanz zum sonst erlebten Leben erlangt werden. Würde der Klient sein Leben für sich alleine durchgehen, würde er sich verstärkt als Protagonist seines Lebensfilmes wahrnehmen, seine Rolle als Lebensregisseur jedoch eher vernachlässigen (*Petzold & Lückel* 1985/2017).

> «Die Doppelrolle des Sterbenskranken als der, der sein Leben, so wie es war, gelebt hat- und als der, der nun »distanziert und beteiligt« auf dieses Leben zurückschaut, der es im Nacherleben sich noch einmal vergegenwärtigt als sein Leben -, diese Doppelrolle ist quälend, weil von Abschiedstrauer durchtränkt, sie ist aber gleichzeitig eine Chance, nämlich die Chance, das eigene Leben neu zu sehen und damit eine versöhnlichere Beziehung zu sich selbst zu gewinnen.» (ebenda, S. 488)

4.6 Sozialer Aspekt des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

Insbesondere hochbetagte Menschen haben einen großen Schatz an Lebensweisheiten, die aus ihrer Lebensart heraus resultiert sind. Diese Lebensweisheiten sind wichtige Erkenntnisse aus Überwindungsleistungen, welche die Menschen in ihrem Leben erbracht haben und die jüngere Menschen auf ihrem Weg unterstützen und zur Sinnstiftung beitragen können. Besonders, da der Mensch nicht als einzelnes Individuum, sondern als Teil einer Gemeinschaft angesehen wird, bringen *Lebensweisheiten* nicht nur der betroffenen Person einen Nutzen, sondern auch der sozialen Umwelt (*Petzold* 2010r). Abgesehen vom Mehrwert für den Zuhörer, scheint es allgemein ein Bedürfnis des Erzählers zu sein, dass ihm zugehört wird. Eine verbale Reaktion des Zuhörers ist demnach nicht

unbedingt notwendig, sondern viel mehr die wahrnehmbare Haltung des aufmerksamen, interessierten Zuhörens, das innere «Präsent Sein» (*Petzold* 1982c), das mit «komplexer Empathie Anwesend-Sein» (*Petzold, Mathias-Wiedemann* 2019a). Das teilt sich mit, so dass Menschenwürde als «existenzieller Grund" aller Arbeit mit Menschen erfahrbar wird (*Marcel* 1967; *Petzold* 2000a; *Petzold, Orth* 2011).

4.7 Anwendungsfelder des Lebenspanoramas samt Lebensbilanz

Das Lebenspanorama und die Lebensbilanz, wie sie von *Petzold, Orth, Lückel* in der *Integrativen Therapie* zunächt in der Geronto- und Thanatotherapie (*Leßner-Wittke* 2005; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984) entwickelt worden ist (*Lückel* 181; *Petzold* 1965; *Petzold, Lückel* 1985; *Petzold, Orth* 1994) finden inzwischen in verschiedenen Anwendungsfeldern ihren Einsatz – in der Psychotherapie insgesamt bei bilanzierender Bearbeitung von Lebensthemen. In der Gerontotherapie und Geragogik (*Bubolz* 2005) werden ältere Menschen dabei unterstützt, ihr Leben zu reflektieren und persönliche Erfahrungen zu integrieren. In der Sterbebegleitung (*Lückel* 1981; *Petzold* 1984c) helfen sie Sterbenden, Frieden mit ihrer Vergangenheit zu schließen und ihr Vermächtnis bewusst zu gestalten. Auch in der Psychotherapie, insbesondere innerhalb der *Integrativen Therapie*, dienen sie der Bearbeitung biografischer Themen und der Stärkung der persönlichen Identität (*Petzold* 2012q). Darüber hinaus spielen sie eine wichtige Rolle in der Soziotherapie, indem sie ältere oder kranke Menschen sozial einbinden und ihnen durch biografische Arbeit neue Perspektiven eröffnen. In der Bildungsarbeit werden sie genutzt, um persönliche Entwicklungsprozesse zu reflektieren und individuelle Ressourcen sichtbar zu machen. Besonders in der Hospizarbeit sowie in der Palliativversorgung tragen sie dazu bei, Menschen in ihrer letzten Lebensphase emotional und spirituell zu begleiten. Durch diese Methoden können Identität und Selbstwertgefühl gestärkt, emotionale Belastungen verarbeitet und die eigene Lebensgeschichte in einen sinnstiftenden Zusammenhang gebracht werden (*Petzold, Lückel* 1985/2017).

5 Schlussfolgerung

Im Vergleich der beiden oben genannten Ansätze wird klar, dass gewisse Parallelen sowie Ungleichheiten bestehen. Während *Chochinov* beschrieb, welche Faktoren zur Aufrechterhaltung von Würde wichtig sind und nicht wie sich Würde definiert, hat *Petzold* eine Definition von Würde benannt (*Petzold & Orth* 2011) und Verbindungen mit der Idee der «Integrität» hergestellt, welches sich direkt auf die Würde bezieht und diese stärken soll. Das wurde für den Bereich der Psychotherapie stark aufgenommen, dadurch dass eine handlungsleitende «Grundregel» für die IT erarbeitet und umgesetzt wurde (*Petzold* 2000a). Das Würdemodell von *Chochinov* wurde praxeologisch sehr differenziert ausgearbeitet, wobei die Überlegungen zur Würde von *Petzold* stärker metatheoretisch fundiert ausgearbeitet wurden und durch starke Interventionstechniken des Integrativen Verfahrens wie die Panoramatechnik oder Embodimenttechniken (*Petzold, Orth* 1994a, 2017a) oder Netzwerk-Charts (ebenda) in anderer Weise detailliert beschrieben wurden.
Während *Chochinov* die Faktoren zur Bewahrung von Würde in drei klare Dimensionen einteilt (Krankheitsbezogene Aspekte, Würdebewahrendes Repertoire und Inventar sozialer Würde), beschreibt *Petzold* die Würde eher allgemein einerseits als eine ethische Qualität des Menschen im Sinne des Art. 1 des deutschen Grundgesetzes und andererseits als eine Aufgabe, sie im Leben zu realisieren und zu wahren.
Chochinov befragte in Manier eines bottom-up-Ansatzes betroffene Patienten, welche Faktoren für ein hohes Würdegefühl wichtig sind, wohingegen *Petzold* mit einem top-down-Ansatz an das Thema Würde im Alter oder von PatientInnen oder auch von Genderpositionen (*Petzold, Orth* 2011) heranging, z. B. aus philosophischer, ethischer und humanitärer Sicht und Überlegungen als außenstehender Betrachter von Zuständen in Pflegeinstitutionen fokussierte. In der praktischen Arbeit wird jedoch auch intersubjektiv in personalisierter Weise auf die Würdevorstellungen der Betroffenen (PatientInnen, KlientInnen, Angehörige) eingegangen bzw. auch von diesen immer wieder ausgegangen, wie dies die Grundregel des Integrativen Ansatzes (*Petzold* 2000) und ihre Beziehungstheorie (*Petzold, Müller* 2007). Für beide Autoren scheint die “Würde” eine antastbare, besonders labile Komponente einer hohen Lebensqualität zu sein, welche es zu schützen und stärken gilt. Dazu entwickelten beide eine Methode, um die Menschen zu unterstützen, die am Ende ihres Lebensweges stehen. Die beiden verglichenen

Methoden der würdezentrierten Therapie nach *Chochinov* und dem Lebenspanorama nach *Petzold* zeigen, dass in beiden Ansätzen viele Übereinstimmungen bestehen, es jedoch auch Abweichungen gibt. Die würdezentrierte Therapie sowie das Lebenspanorama lassen die Menschen ihr Leben nochmals rückwirkend betrachten, wobei der Erzählende selbst entscheiden kann, welchen Erinnerungen er mehr oder weniger Gewicht geben will. Das Ziel ist in beiden Fällen, die Erlebnisse nochmals aufleben zu lassen, die dem Klienten wichtig erscheinen. Der Auftrag besteht nicht darin, möglichst alle Erinnerungen und alle Lebensabschnitte gleichermaßen chronologisch aufzuzeigen. Während im Lebenspanorama nach Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin und unter Berücksichtigung seiner/ihrer Belastungsfähigkeit bewusst angeleitet wird, sich der Vorstellung des Todes anzunähern und ggf auch symbolisch zu gestalten, wird in der würdezentrierten Therapie nicht direkt nach der Zukunft gefragt. Viele der Befragten äußern sich zwar zu Überlegungen über ihre Beerdigung oder Sorgen das Sterben betreffend, wonach jedoch nicht direkt gefragt wird. In der Würdezentrierten Therapie liegt der Fokus vielmehr darauf, dem Klienten aufzuzeigen, wer er war und was ihn ausmacht. Das Interview ist stark in die Vergangenheit ausgerichtet. Das Lebenspanorama hingegen schließt die Zukunft und den bevorstehenden Tod in das Bild mit ein, der Klient wird somit stark mit dem bevorstehenden Ableben konfrontiert, wobei ein «informed consent» im Vorab abgeklärt wird, genauso wie die Belastungsfähigkeit sorgfältig in den Blick genommen wird. Nicht mit jedem Patientienten ist eine solche Konkretisierung hilfreich oder sinnvoll. In beiden Methoden wird darauf geachtet, dass die Lebensgeschichten schlussendlich in einem positiven Licht stehen oder die Menschen zumindest eine hinlängliche Akzeptanz belastender Lebensgeschichten gewinnen können und „ihren Frieden“ mit ihrem Leben zu machen vermögen. In der würdezentrierten Therapie wird versucht keine allzu negativen Geschichten an die Angehörigen weiterzugeben, da diese dadurch verletzt werden könnten. Bei der Lebensbilanz sind die Angehörigen weniger involviert, weshalb die negativen Aspekte in Erzählungen in erster Linie den Erzählenden selbst bekümmern. Besonders der Aspekt der miteinbezogenen Angehörigen scheint die Stärke der würdezentrierten Therapie zu sein. Beim Lebenspanorama wird es nach der Erstellung mit dem Patienten/der Patientin besprochen und dabei entschieden, was von der Panoramarbeit mit Angehörigen und ggf. Freunden geteilt werden soll. Oft

kommt es dann zu Familiengesprächen z. T. zu sogenannten Vermächtnisgesprächen, wo die Konzepte der Integrativen Familien- und Netzwerktherapie praxeologische Leitlinien bieten (*Petzold* 2010d).
Während im Lebenspanorama dem Klienten nahegelegt wird, dass er eine Wirkung auf seine Zukunft haben kann, indem er zum Beispiel sein Ableben mitgestalten kann, wird dieser Aspekt in der würdezentrierten Therapie weniger aufgegriffen, da der Interviewer eine eher passive, zuhörende Rolle hat. Dies scheint der größte Nachteil der würdezentrierten Therapie zu sein, denn das Interview stellt zwar eine psychologische Intervention dar, maßt sich jedoch eine therapeutische Auseinandersetzung mit dem Inhalt des Gesagten nicht an. Dadurch erhält der Erzähler zwar eine Bühne, um sich auszudrücken und gehört zu werden, kann jedoch keine großen Umdeutungen machen, da er vom Zuhörer nicht darauf aufmerksam gemacht wird. Demnach geht das Lebenspanorama und die Besprechung der Lebensbilanz mehr in die Tiefe, kann konfrontativer sein, und gegebenenfalls auch konfliktzentrierter als die würdezentrierte Therapie, wobei immer aber vorab geklärt wird, ob eine solche Qualität für die PatientInnen zielführend ist oder eine unbillige Belastung darstellen könnte, weil das «patient well being» oberste Priorität hat (*Petzold* 1999l). Insgesamt kann gesagt werden, dass eine w ü r d e z e n t r i e r t e Therapie, wie sie besonders in der Arbeit mit schwerkranken und terminalen PatientInnen unerlässlich ist, von Seiten der BegleiterInnen und TherapeutInnen einen hohen persönlichen Einsatz verlangt und ohne eine, den Menschen zugewandte Haltung nicht tragfähig ist (*Petzold, Sieper* 2011).

Laut *Müller* und *Petzold* (2002a) kann Psychotherapie unter bestimmten Umständen schädlich sein, insbesondere für ältere Menschen in prekären Lebenslagen. Eine unangemessene Methodenwahl stellt dabei ein zentrales Risiko dar. Werden Therapieansätze genutzt, die nicht auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände älterer Menschen abgestimmt sind, können sie mehr Schaden anrichten als Nutzen bringen. Ebenso problematisch ist die Missachtung der persönlichen Lebensgeschichte. Wenn Therapeutinnen die Biografie ihrer Klientinnen nicht ausreichend berücksichtigen, können Therapieinhalte als irrelevant oder sogar belastend empfunden werden. Ein weiteres Risiko ergibt sich aus der fehlenden Sensibilität für prekäre Lebenslagen. Werden enthnie- oder

kulturspezifische sowie soziale, ökonomische oder gesundheitliche Herausforderungen nicht angemessen einbezogen, kann dies das Wohlbefinden und die Würde der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. In diesem Zusammenhang werden mehrere Therapierisiken aufgeführt, darunter die Verletzung der „Client/Patient Dignity“ – ein Konzept, das *Petzold* in den Diskurs der Psychotherapie einführte (*Petzold* 2000d, 2005h). Das kann geschehen durch respektlosen oder bevormundenden Umgang, die Gefährdung der „Client Safety“ durch unprofessionelles Verhalten oder unzureichende Absicherung sowie die Beeinträchtigung des „Client Wellbeing“ durch ungeeignete therapeutische Interventionen. Um diesen Gefahren entgegenzuwirken, betonen *Müller* und *Petzold* (2002a), dass neben den klassischen Kriterien der Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit auch die Unbedenklichkeit als entscheidendes Prinzip in der Therapie berücksichtigt werden muss. Dazu zählen Nebenwirkungsfreiheit, professionelle Korrektheit, Diskretion und die Einhaltung der Schweigepflicht. Nur durch die Beachtung dieser Aspekte kann sichergestellt werden, dass Therapie nicht nur effektiv, sondern auch sicher und respektvoll gegenüber den Klientinnen gestaltet wird.

Die Haltung des Therapeuten im Lebenspanorama scheint eine aktivere zu sein als in der würdezentrierten Therapie, obwohl natürlich der Klient bestimmt, wie weit er im Gespräch in die Tiefe gehen und von was er erzählen möchte. Ein weiterer Unterschied der beiden Methoden ist, dass das Lebenspanorama klar eine kreativere, wenn auch anspruchsvollere, Aufgabe darstellt mit Farben das Leben zu malen. Beide Techniken haben gemeinsam, dass die Klienten am Ende etwas Handfestes geschaffen haben; beim Lebenspanorama ist dies das gemalte Bild und in der würdezentrierten Therapie das ausgedruckte Generativitätsdokument. Ich sehe darin eine Stärke der beiden Methoden gegenüber reinen Gesprächen, da der Inhalt der Gespräche in eine weitere Form transformiert wurde. Schlussendlich kann gesagt werden, dass es sich bei der würdezentrierten Therapie um eine hoch standardisierte Intervention handelt, wohingegen der *Integrative Ansatz* ein offener, kreativer Prozess anbietet, indem diverse Vorgehensweisen möglich sind. Ein Vergleich der beiden Ansätze ist dementsprechend schwierig, da die integrative Thanatotherapie weit mehr für sich beansprucht und abdeckt als die würdezentrierte Therapie.

6 Zusammenfassung: Die Bewahrung von Würde am Ende des Lebensweges – ein Vergleich würdebewahrender Methoden

Die würdezentrierte Therapie nach *Chochinov* sowie das Lebenspanorama samt Lebensbilanz nach *Petzold* bieten Klienten die Möglichkeit, am Ende ihres Lebensweges in ihrem Würdegefühl gestärkt zu werden, indem sie von ihrem Leben erzählen können. Während das Ziehen einer Lebensbilanz mit Hilfe des Lebenspanoramas therapeutisch kreativer sowie konfrontativer sein kann und der Klient Erlebtes neu zu bewerten vermag, erhalten die Klienten beim würdezentrierten Interview einen aufmerksamen Zuhörer und einen Weg, sich ihren Angehörigen mit Hilfe eines Schriftstücks mitzuteilen. In der *Integrativen Therapie* werden dazu sogenannte «Vermächtnisse» erarbeitet.

Schlüsselwörter: Würde, würdezentriert, palliativ, Sterbeforschung, Lebenspanorama

Summary: The preservation of dignity at the end of life - a comparison of dignity-preserving methods

The dignity-centered therapy according to Chochinov and the life panorama according to Petzold offer patients the opportunity to feel their dignity at the end of life by being able to talk about their life. While taking stock of life with the help of the life panorama is therapeutically more creative and confrontational and the client can re-evaluate what has been experienced, in the dignity-centered interview the patients receive an attentive listener and a way of remembering relatives with the help of a piece of writing. In *Integrative Therapy*, so-called “legacies” are developed.

Keywords: Dignity, dignity-centered, palliative, death research, life panorama

7 Literaturverzeichnis

Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: Springer.

Ando, M., Morita, T., Lee, V., Okamoto, T. (2008). A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. Palliative and Supportive Care. 6(4), 335–340.

Attride-Stirling, J. M. & Heritage, J. (1984). Structures of social action: Studies in conversation analysis. Cambridge: Cambridge University Press.

Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig, G., Forster, M., KaspersElekes, K., Walther, V., Silvia, B., Gian, D. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. Journal of Pain and Symptom Management, 54(4), 514-522.

Bonebright, C. A., Clay, D. L., Ankenmann, R. D. (2000). The relationship of workaholism to work-life conflict, life satisfaction and purpose in life. Journal of Counseling Psychology, 47, 469-477.

Boyatzis, R. E. (1998). Transforming qualitative information: Thematic anlysis and code development. London: SAGE Publications.

Boylin, W., Gordon, S. K., Nebrke, M. F. (1976). Reminiscence and ego integrity in institutionalized elderly male. Gerontologist, 1, 118-124.

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychologie. Qualitative Research in Psychologie, 3(2), 77-101.

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M, Funesti, E., J., Galietta, M. und andere, (2000). Depression, hopelessness and desire for death in terminally ill patients with cancer. JAMA, 284, 2907-2911.

Bubolz-Lutz, E. (2025): Für eine humane Gesellschaft des langen Lebens. Integrative Psychotherapie, Geragogik und Soziale Arbeit mit Älteren. In: Müller.L., Orth, I. (2025): Integrative Therapie heute. Vielfalt und Zukunftsorientierung. Beiträge zum „neuen Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie. Für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Aisthesis Verlag. S. 559-578.

Bundesamt für Statistik. (2019). Gesundheit im Alter | Bundesamt für Statistik (admin.ch). (13.03.2021).

Burr, V. (1995). An introduction to social constructionism. London: Routledge.

Butler, R. N. (1963): The life review: An interpretation of reminiscene in the aged. Psychiatry 1, 65-76; dtsch. Lebensrückschau. Integrative Therapie 2/3 (1980) 200-203.

Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued, Journal of the American Medical Association, 287(17), 2253-2260.

Chochinov, H. M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. Journal of Clinical Oncology, 22(7), 1336-1340.

Chochinov, H. M. (2012). Dignity Therapie: Final Words for final Days. New York: Oxford University Press.

Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, K., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T., Hassard, H. (2012). Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. Palliative and Supportive Care, 10(1), 3-15.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., Harlos, M. (2002a). Dignity in the terminally ill : a cross-sectional cohort study. The Lancet, 360 (9350), 2026-2030.

Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., Harlos, M. (2002b). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Social Science & Medicine, 54 (3), 433-443.

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of Clinical Oncology, 23(24), 5520–5525.

Chochinov, H. M. Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T F., Hassard, T., Harlos, M. (2011). Effect od dignity therapie on distress and endof-life experience in terminally ill patients: A randomized trail. The Lancet Oncology, 12(8), 753-763.

Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. The American Journal of Psychiatry, 152, 1182-1191.

Dose, A. M., Rhudy, L. M. (2018). Perspectives of newly diagnosed advanced cancer patients receiving dignity therapy during cancer treatment. Support Care in Cancer, 26(1), 187-195.

Enes, S. P. D. (2003). An exploration of dignity in palliative care. Journal of Palliative Medicine, 17, 263–269.

Foucault, M. (2008): Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst. Frankfurt: Suhrkamp

Fry, P. S. (2001). The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal losss. The Gerontologist, 41. 69-81.

Gagnon, P., Chochinov, H. M., Cochrante, J., Le Moignan Moreau, J., Fontaine, R., Croteau, L. (2010). Psychothérapie de la Dignité: une intervention pour réduire la détresse psychologique chez les personnes en soins palliatifs. Psycho-Onkologie, 4, 169-175.

George, L. K. (1980). Role transitions in later life. Monterey: Ca Brooks/Cole.

Goddard, C., Speck, P., Martin, P., Hall, S. (2013). Dignity Therapy for older people in care homes: A qualitative study of the views of residents and recipients of ‘generativity’ documents. Journal of Advanced Nursing, 69(1), 122–132.

Hack, T. F., McClement, S. E., Chochinov, H. M., Cann, B. J., Hassard, T. H., Kristjanson, L. J., Harlos, M. (2010). Learning from dying patients during their final days: Life

reflections gleaned from dignity therapy. Jounal of Palliative Medicine, 24(7), 715-723.

Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., Higginson, I. J. (2013). “It makes you feel that somebody is out there caring”: A qualitative study of intervention and control participants’ perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 45(4), 712–725.

Hall, S., Longhurst, S., Higginson, I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. Age and Ageing, 38(4), 411–416.

Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of dignity therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. Journal of Palliative Medicine, 28(5), 448– 458.

Houmann, L. J., Rydahl-Hansen, S, Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Groenvold, M. (2010). Testing the feasibility of the Dignity Therapie interview: Adaptation for the Danish culture. BMC Palliative Care, 9, 21.

Johnston, B., Lawton, S., Pringle, J. (2015). This is my story, how I remember it’: Indepth analysis of Dignity Therapy documents from a study of Dignity Therapy for people with early stage dementia. Dementia, 16(5), 543-555.

Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz Carneiro, A., Barbosa, A. (2014a). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 688-695.

Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz Carneiro, A., Barbosa, A. (2014b). Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: a phase II randomized controlled trial. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 688-695.

Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch (fünfte Auflage). Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.

Leitner, Egon, Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, S. 279 – 366; 2015 Neuaufl. Bielefeld: Aisthesis und Polyloge, Ausgabe 10/2010, http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/leitneri-petzold_dazwischengehen_polyloge_10_2010a.pdf

Leßner-Wittke, I. (2005/2025): Integrative Therapie und ihr Ansatz in der Sterbebegleitung, Graduierungsarbeit Europäische Akademie für bipsychosoziale Gesundheit.*Hückeswagen. In: *Heilkraft der Sprache du Kulturarbeit* Jg. 2025. https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/

Li, H. C., Richardson, A., Speck, P., Armes, J. (2014). Concenptualizations of dignity at the end of life : exploring theoretical and cultural congruence with dignity therpay. Journal of Advanced Nursing, 70(12), 2029-2031.

Lückel, K. (1981): Begegnung mit Sterbenden, München: Kaiser.

Mai, S. S., Goebel, S., Jentschke, E., Oorschot, v. B, Renner, K., Weber, M. (2018). Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: A mixed methods study achieving 360° feedback. BMC Palliative Care, 17, 73.

Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund. Frankfurt: Knecht.

McClain, C., S., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients. Lancet, 261, 1603-1607.

McClement, S. E., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hassard, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M. (2007). Dignitiy therapy : familiy member perspectives. Journal of Palliative Medicine, 10, 5, 1076-1082.

Montross, L. P., Meier, E. A., De Cervantes-Monteith, K., Vashistha, V., Irwin, S. A. (2013). Hospice Staff Perspectives on Dignity Therapy, Journal of Palliative Medicine, 16(9), 1118–1120.

Müller, L. (2008): Engagiert für alte Menschen – Hilarion G. Petzold und die Gerontotherapie. 30 Jahre gerontologischer Weiterbildung, Supervision und Forschung in Österreich. Psychologische medizin (Graz) 1, 29-41. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchivpetzoldmueller-2007-engagiert-fuer-alte-menschen-petzold-und-die-gerontotherapie-30-jahre-weiterbildung.pdf.

Müller.L., Orth, I. (2025): Integrative Therapie heute. Vielfalt und Zukunftsorientierung. Beiträge zum „neuen Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie. Für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“ In: Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden.
Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, S. 293-332.
http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchivpetzold/mueller-petzold-2002a-problematische-riskante-therapie-aelteremenschen-prekaere-lebenslageclient-dignity.pdf

Nelson, C., J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Gelietta, M. (2002). Spirituality, religion and depression in the terminally ill. Psychosomatics, 43, 213-220.

Neuenschwander, B., Sieper, J., Petzold, H. G. (2018): Gerechtigkeit in der Integrativen Therapie - Gerechtigkeit für das Lebendige. Polyloge 25/2018.
http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2018neuenschwander-b-sieper-j-petzold-h-g-gerechtigkeit-in-der-integrativentherapie.html

Oechsle, K., Wais, M. C., Vehling, S., Bokemeyer, C., Mehnert, A. (2014). Relationship between symptom burden, distress and sense of dignity in terminally ill cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 48(3), 313–321.

Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods (zweite Ausgabe). Newbury Park, Ca: Sage.

Perls, F. S. (1980). Gestalt, Wachstum, Integration? Paderborn: Junfermann, Paderborn.

Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-lducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtsch. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studientag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: *Petzold, H.G.,* 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf.

Petzold, H.G. (1971j): Die psychodramatische Technik der Zukunftsprojektion. Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.26. Aug. 71, Proceedings, erweiterte Fassung in: Petzold, H. G. (1979k): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen. "Beihefte zur Integrativen Therapie" 3, Paderborn: Junfermann, S. 198-250. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2019petzold-h-g-1971j-2019-die-technik-der-zukunftsprojektion-zurzeitstrukturierung-im-psychodrama/

Petzold, H. G. (1980a): Integrative Arbeit mit einem Sterbenden mit Gestalttherapie, Ton, Poesietherapie und kreativen Medien. Integrative Therapie 2/3, 181193; engl.: Gestalt Therapy with the dying patient. Death Education 6 (1982) 246-264. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-1980a-integrative-arbeit-mit-einem-sterbenden-mitgestalttherapie-ton.html

Petzold, H. G.(1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf. Gestalt-Bulletin 1/2, S. 54-69; repr. in: Petzold, Stöckler (1988) 47-64. http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-dersprache/17-2018-petzold-h-g-stoeckler-m-1981f-1988h-grundfragen-dermenschlichen-kommunikation-im.html

Petzold, H. G. (1982c). Theater oder das Spiel des Lebens. Frankfurt: Verlag für Humanistische Psychologie.

Petzold, H. G. (1984c): Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In: Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G., 1984 (Hrsg.). Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann, S. 431501.

Petzold, H.G.(1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer.

Petzold, H. G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 553-572, Neuaufl. Stuttgtart: Pfeiffer-Klett-Cotta (2005a)265-283. In: http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2016-petzold-h-g-2016k-patient-dignity-und-supervisionsqualitaet-die-verletzung-der.html

Petzold, H. G. (1985v): Poesie- und Bibliotherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, In: Petzold, H.G., Orth, I.(1985a/2005): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Paderborn: Junfermann. 2005, 3.Aufl. : Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag, S. 249-292.

Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46. Textarchiv 1999; http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1999b-psychotherapie-in-der-lebensspanne-polyloge-23-2016.pdf

Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46. Textarchiv 1999; http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1999b-psychotherapie-in-der-lebensspanne-polyloge-23-2016.pdf

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, Universiät Mainz. Erw. in Psychologische Medizin (Graz) 2(2000) 20-35 und erw. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2004 http://www.fpi-publikation.de/downloads/downloadpolyloge/download-05-2004-1998-update-2004-pezold-h-g.html;

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: Kunst & Therapie 1-2/1999, 105145, Integrative Therapie 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit-Polyloge:07/2001:http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alleausgaben/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-alskunstwerk.html

Petzold, H.G. (1999s): Body Narratives – die Bedeutung von traumatischen Vergangenheitserfahrungen für die persönliche Zukunft. Tonträger. Müllheim: Auditorium-Netzwerk.

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 *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2000a_grundregel_polyloge_01_2000.pdf. - Ergänzt 2006 um weitere Ethik-Texte: Updating 04/2005. http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-01-2006-petzold-h-g-2000a-upd-2006.html und in: *Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J.* (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, 2015 Neuaufl. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2000d-client-dignity-konkret-patientinnen-therapeutinnen-als-partner-kritische-kulturarbeit.pdf

Petzold, H.G. (2000p): Life review (Lebenspanorama). In: Stumm, G., Pritz, A.. (2000) (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien/New York: Springer. 408-409.

Petzold, H.G. (2003d/2006i): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Integrative Therapie 1 (2003) 27 – 64. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 2006i http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2006-petzold-h-g-2003b-updating-2006i-unrecht-und-gerechtigkeit.html.

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 http://www.fpipublikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2003j_hospizgedanke_pol_07_2003.pdf

Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. S. 347-353.

Petzold, H.G. (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 284-292. In: http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2016-petzold-h-g-2016k-patient-dignity-und-supervisionsqualitaet-die-verletzung-der.html

Petzold, H.G. (2005o): Proaktives Handeln für das Alter „über die Lebensspanne hin“ – ein Paradigmenwechsel in Therapie und feldkompetenter Supervision von der Vergangenheits- zur Zukunftsorientierung wird erforderlich. Integrative Therapie 1-2 (2005) 3-6.

Petzold, H. G. (2010d): Integrativ-Systemische Arbeit mit Familien – Quellen und Ausrichtung: Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 2/3, Wien: Krammer Verlag. In: Textarchiv 2010, Familientherapie 2010d: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2010g-hrsg-integrativ-systemische-arbeit-familien-systemische-entwicklungs-netzwerktherapie.pdf und http://www.fpi-publikation.de/artikel/integrative-therapie/2010-2-3-integrativ-systemische-arbeit-mit-familien-integrativ-systemische-entwicklungs-und.html

Petzold, H. G. (2010r): Der Wille für gelingende Hochaltrigkeit. Integrative Perspektiven. In: Petzold, H. G., Horn, E., Müller, L. (2010): Hochaltrigkeit. Wiesbaden: VS Verlag. S. 279-324. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/26-2008-petzold-h-g-der-wille-fuer-eingelingendes-hochbetagtsein.html

Petzold, H. G. (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliotherapie und in

Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 https://www.fpipublikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeitbiographieerarbeitung-in-der/; gekürzt in: Petzold, Leeser, Klempnauer 2018, 339 -370.

Petzold, H. G. (2016k): Patient Dignity und Supervisionsqualität? Die Verletzung der Alterswürde, PatientInnentötung: ein aktueller Anlass und schlimmer Rückblick. In: *Supervision* 6/2016 http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-2016k-patientdignity-supervisionsqualitaet-verletzung-alterswuerde-patiententoetung-062016.pdf

Petzold, H. G. (2023e): Bücher sind Schlüssel zur Welt. Ko-aktive „komplexe Kulturarbeit“ und „differentielle Bewusstseinsarbeit“ für eine „transversale Bewusstseinskultur“ in unserer „unipluralen WELT“ – auch eine Sache von Büchern, Bücherorten, Bibliotopen. Persönliche Bemerkungen. Hückeswagen: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung. Auch: *POLYLOGE* 2572023. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2023e-buecher-sind-schluessel-zur-welt-ko-aktive-komplexe-kulturarbeit-polyloge-25-2023.pdf

Petzold, H.G., Bubolz, E.(1976a) Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett.

Petzold, H.G., Bubolz, E., (1979): Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn: Junfermann. https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-bubolz-e-1979-psychotherapie-mit-alten-menschen-paderborn-junfermann/

Petzold, H. G., Horn, E., Müller, L. (2010): Hochaltrigkeit. Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H.G., Lückel, K. (1985): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer. 467-499; repr. (2005a) 109-139. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/23-2017petzold-h-g-lueckel-k-1985-lebensbilanz-lebenspanorama-alte-menschenkranke/

Petzold, H.G., Müller, L., König, M. (2007): Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung. Hückeswagen: EAG:. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 09/2008 http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/09-2008-petzold-h-g-mueller-l-koenig-m-supervision-in-einrichtungen-der-altenarbeit.html

Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 3/2019, https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf

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, https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=it-2005-1-2-themenschwerpunkt-alterndegesellschaft-herausforderungen-fuer-psychotherapie-supervision.pdf

Petzold, H.G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann und „Integrative Therapie“ Heft 2005, 1-2 Themenschwerpunkt: Alternde Gesellschaft – Herausforderungen für Psychotherapie und Supervision. https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2005-1-2-petzold-h-g-mueller-l-proaktives-handeln-ueber-die-lebensspanne-hin/

Petzold, H.G., Müller, M. (2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von Petzold, Müller, M. (2005), in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl.Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html

Petzold, H.G., Orth, I. (1993a/2012): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171. http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-262012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoenlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html

Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen 2004b, mimeogr. ergänzt in: Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag. S. 689-791. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2009-orth-i-petzoldh-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft.html

Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Petzold, H.G., Orth, I. (2005b): Sinn, Sinnerfahrung, Sinnstiftung als Thema der Psychotherapie heute – einige kritische Reflexionen. In: Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und

Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag, S. 23 – 56. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzoldorth-2005b-sinn-sinnerfahrung-sinnstiftung-thema-der-psychotherapie-heutepolyloge-26-2017.pdf

Petzold, H. G., Orth, I, (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195299. http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuersupervision.html

Petzold, H. G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. *POLYLOGE* 22/2018; http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html.

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, H.G., Sieper, J. (1993a/2019): Integration und Kreation. Der Integrative Ansatz in der Weiterbildung von Angehörigen helfender und psychosozialer Berufe. Festschrift 20 Jahre Bildungsarbeit an FPI und EAG, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996; 2019. Als e-buch: https://www.fpipublikation.de/e-books/petzold-h-g-sieper-j-hrsg-1996-integration-undkreation-modelle-und-konzepte-der-integrativen-therapie-agogik-und-arbeitmit-kreativen-medien-band-1/

Petzold, H.G., Ramin, G.(1987): Schulen der Kindertherapie, Paderborn: Junfermann. Ungar. Übers. (2002): Gyermek-pszichoterápia. Budapest: Osiris Kiadó.

Petzold, H. G., Sieper, J. (2011a): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des Henry Dunant 1828 – 1910. Wien: Krammer. Auch in Integrative Therapie 4/2010: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_2010-4-altruismus-und-friedensarbeit-henry-dunant-1828-1910.pdf

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I., (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ und „Selbsterfahrung“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713, und e-version in POLYLOGE 2/2005, http://www.fpi-publikation.de/downloads/downloadpolyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html

Petzold, H. G., von Ameln, F. (2014): Psychodrama, Integrative Therapie und Zukunftsprojektionen, - ein Interview mit Falko von Ameln. In: Polyloge Textarchiv, Jg. 2014 https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petz old_petzold-2014psychodrama-integrative-therapie-und-zukunftsprojektionen-interview-falkovon-ameln.pdf

Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The residents view. Age and Ageing, 36, 197–202.

Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J, et al. (2016): Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. PLoS One 2016;11:e0151435. 3

Rodríguez-Prat, A., Monforte-Royo, C. (2023): "Human Flourishing Until the End: The Core Values of Palliative Care, in: Mireia Las Heras & Marc Grau Grau & Yasin Rofcanin (ed.), Human Flourishing, S. 133-147, New York: Springer. DOI: 10.1007/978-3-031-09786-7_9.

Roulston, K. (2001). Data analysis and theorizing as ideology. Qualitativ Research, 1(3), 279-302.

Ryan, G. W., Bernard, H. R. (2000): Data management and analysis methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research 2, 769802. Thousand Oaks, CA: Sage.

Saunders, C. (1964). Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph`s Hospice, Hackney, London. Nursing Mirror, 14, 7-10.

Saunders, C. (1988). Spiritual pain. Journal of Palliative Care, 4, 29.32.

Schigl, B. (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?. Wiesbaden: Springer VS.

Schuch, W. (2007): Was bleibt: Leib, Intersubjektivität, Hominität. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007/2019) (Hrsg.): 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. 2019 S. 41-63. - Als e-book: https://www.fpi-publikation.de/e-books/sieper-j-orth-i-schuch-w-hg-2007-neue-wege-integrativer-therapie-klinische-wissenschaft-humantherapie-kulturarbeit-polyloge-25-jahre-eag-festschrift-hilarion-g-petzold/

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy" und "klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit" mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html

Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (1984/2019): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann. Als e-book: EAG (2019): https://www.fpi-publikation.de/e-books/spiegel-roesing-ipetzold-h-g-hrsg-1984-die-begleitung-sterbender-theorie-und-praxis-derthanatotherapie/

Stefan, R., Petzold, H. G. (2019): Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie, Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Polyloge 30/2019. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-stefan-2019moeglichkeitsraeume-zukunftsentwuerfe-kognitive-neurowissenschaftenpolyloge-30-2019.pdf

Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden: Springer. Steinhauser, K. E., Clipp, E.C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L. M., Tulsky, J. A. (2000). In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Annals of internal medicine, 132(10), 825–32.

Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher`s experience. Contemporary Nurse, 19(1-2), 75-87.

Unruh, D. (1983). Death and personal history: Strategies of identity preservation. Beverly Hills: Sage.

Van der Maas, P.J., van Delden, J. J., Pijnenborg, L., Looooman, C. W. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet, 338, 669-674.