



Daniel Berthold, Jan Gramm, Manfred Gaspar, Ulf Sibelius (Hg.) Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende

1. Auflage 2017
ca. 377 Seiten mit ca. 13 Abb. gebunden
ISBN 978-3-525-40288-7
Vandenhoeck & Ruprecht
Erscheint im September 2017

ca. 45,00 €
Buch

Welches Potenzial bergen psychotherapeutische Ansätze für die Begleitung Sterbender? Ausgewiesene Expertinnen und Experten mit unterschiedlichsten psychotherapeutischen Wurzeln aus dem deutschsprachigen Raum stellen erstmals in komprimierter und gleichermaßen umfassender Darstellung ihre jeweiligen Ansätze und Erfahrungen zu diesem Thema vor. Dadurch entsteht ein facettenreiches Bild von bereits etablierten Erkenntnissen und von noch nicht ausgeschöpften Möglichkeiten. Die Vielfalt der psychotherapeutischen Konzepte birgt einen breiten Fundus an therapeutisch-technischer Methodenkompetenz. Der Fokus liegt jeweils auf praktischen Fragen zum palliativen und hospizlichen Berufsalltag und auf Positionen zur therapeutischen Haltung und dem ihr zugrundeliegenden Bild vom Menschen. Daneben zeigen die Autoren und Autorinnen aber auch Grenzen ihrer jeweiligen Verfahren und benennen neuralgische Punkte noch anstehender Entwicklungsschritte.

Der Band lädt ein zum interdisziplinären Dialog und gibt wertvolle Impulse für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen in palliativer Behandlung. Er richtet sich an Professionen aus dem psychosozialen Bereich in der Palliativ- und Hospizversorgung, an alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams sowie auch an Betroffene und ihre Angehörige.

Weitere Bücher



Prof. Dr. **Jürgen Kriz**, Studium der Psychologie, Pädagogik und Philosophie sowie Astronomie und Astrophysik in Hamburg und Wien; 1967–1970 Institute for Advanced Studies, Wien; 1970–1972 Dozent an der Universität Hamburg; 1972–1974 Professor für Statistik Uni Bielefeld; 1974–2000 Professor für Forschungsmethoden, Statistik und Wissenschaftstheorie Uni Osnabrück sowie (überlappend) 1980–2010 Professor für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück; Gastprofessuren in Wien, Zürich, Riga, Moskau und den USA; Ehrenmitglied mehrerer psychotherapeutischer Fachgesellschaften; 2004 Viktor-Frankl-Preis; 2014 AGHPT-Award (Arbeitsgem. Humanistische Psychotherapie); 2016 Ehrenpreis der GwG (Personenzentrierte Psychotherapie/Beratung).
E-Mail: kriz@uos.de
Website: www.jkriz.de

Jürgen Kriz

Personzentrierte Systemtheorie. Eine metatherapeutische Konzeption oder: Dem Lebensende mit erweitertem Blickfeld begegnen

*»Jeder, der geht,
belehrt uns ein wenig
über uns selber.
Kostbarster Unterricht
an den Sterbebetten.«*

(Hilde Domin, zit. nach Burgheim, 2017, S. 247)

Im Sinne des oben vorangestellten Gedichtanfangs vom Hilde Domin ist der palliative Kontext eine existenzielle Herausforderung für alle Beteiligten – nicht nur für die Sterbenden, sondern auch für deren Angehörige und für professionelle und ehrenamtliche Helfer. Da es für so vielfältige und komplexe Anforderungen keine Standardlösungen geben kann, sind für den Umgang mit terminalen Erkrankungen daher Perspektivenpluralität und Flexibilität ebenso wichtig wie die Berücksichtigung unterschiedlicher Prozessebenen. Denn die Herausforderungen stellen sich auf körperlicher, psychischer und interpersoneller Ebene – und sie betreffen oft sogar die Erschütterung kultureller Selbstverständlichkeiten und Glaubenssysteme.

Ein Ansatz wie die *Personzentrierte Systemtheorie* (PZS) scheint in einem solchen Kontext besonders geeignet zu sein, handelt es sich bei der PZS doch um einen integrativen, schulenübergreifenden Ansatz, in dessen Zentrum die Wechselwirkungen zwischen Prozessen auf unterschiedlichen Ebenen menschlichen Lebens und Erlebens stehen (Kriz, 2004; 2010a, 2010b; 2014a, 2014c; 2015).  Dabei werden mindestens vier Ebenen besonders herausgehoben, nämlich die somatische, die psychische, die interpersonale und die kulturelle Prozessebene. Zwar ist die Vielfalt der sich gegenseitig beeinflussenden Prozesse, die in jedem Moment die (Er-)Lebenswelt eines Menschen als Individuum in Interaktion mit anderen bestimmen, weitaus größer. Denn je nach Interesse und Fragestellung können (und müssen!) sehr feine Teilaspekte betrachtet und unterschieden werden. Doch würde eine solche Feinstruktur ohne eine entsprechend spezifische Fragestellung zu komplex und damit unübersichtlich werden. Andererseits müssen aus Sicht der PZS zumindest die genannten vier Prozessebenen berücksichtigt werden – eine weitere Reduktion oder die Vernachlässigung einer oder mehrerer dieser Ebenen würde essenzielle Lebensprozesse eines Menschen auf unzulässige Weise ausblenden.

Theoretisch geht es in der PZS darum, auf jeder Prozessebene Strukturen (bzw. Muster oder Ordnungen) zu beschreiben, die zwar einerseits Stabilität geben, die aber andererseits notwendige Entwicklungsschritte oder Veränderungen (auch am Lebensende, siehe unten) behindern können. Mit solchen (über-)stabilen Mustern sind zum Beispiel typische Denk- und Verhaltensschemata, Interaktionsmuster in der Familie, im Team oder auch zwischen beiden Systemen gemeint – zudem auch kulturelle Leit- (und Leid-)Ideen, verbunden mit den von ihnen vermittelten Werten und Normen.

Da die Prozesse auf den genannten Ebenen aber gegenseitig aufeinander einwirken, werden sie nicht nur auf den isolierten Ebenen betrachtet, sondern es geht um ihr *Zusammenwirken* beim Entstehen und Stabilisieren dieser Ordnungen bzw. bei deren Veränderung.

Die zentralen Fragen, die mit der PZS angegangen werden, sind (a) wie wir Menschen aus der unfassbaren Komplexität einer physikalisch-chemischen und informationellen Reizwelt eine hinreichend fassbare, sinnhaft geordnete Lebenswelt erschaffen – es geht also neben Sinn um Bedeutung, Verstehen usw. der materiell-objektiven, biosomatischen, sozialen und subjektiven Geschehnisse; (b) wie diese Ordnungen sich typischerweise an stets neue Bedingungen und Herausforderungen (»Entwicklungsaufgaben« – wozu letztlich auch der Umgang mit Tod und Sterben zählt) anpassen, (c) warum diese Adaptation aber auch partiell misslingen kann und die malignen Muster sich dabei insbesondere als überstabil und inadäquat erweisen; und letztlich, (d) wie professionelle Hilfe unter Nutzung von Ressourcen und Potenzialen der Selbstorganisation gestaltet werden kann.

Die Personzentrierte Systemtheorie ist also kein Ansatz mit schulenspezifischen psychotherapeutischen Methoden, sondern will, umgekehrt, eine Konzeption dafür bereitstellen, wie das große Spektrum an bestehenden Vorgehensweisen aus einem ganzheitlichen Verständnis heraus in seiner Wirkung verstanden und eingesetzt werden kann – so dass eine breitgefächerte integrative Nutzung psychotherapeutischer Kompetenzen möglich wird, ohne zu sehr eklektischer Zufälligkeit zu unterliegen.

Vertiefung: Zum Begriff der Personzentrierten Systemtheorie

Mit dem ersten Begriffsteil »Person« betont die PZS ihre humanistische Perspektive auf den Menschen, der als »Person« immer nur und immer schon im Zusammenwirken des Individuums mit seiner sozialen Mitwelt in einem Kontext evolutionärer, bio-psycho-sozialer und soziogenetisch-kultureller Entwicklungsdynamik gesehen werden kann und muss. Zentrale Aspekte wie Sinn, Bedeutung

oder Kohärenz finden auf der Ebene personaler Prozesse statt – auch wenn diese ganz erheblich durch soziale Prozesse in ihrer biografischen und historischen Dynamik beeinflusst werden. Ein Sozialsystem wie die Familie oder gar die Gesellschaft kann etwas als »sinnvoll« definieren oder vorschreiben – aber ob es als etwas Sinnvolles erfahren wird, ist ein Prozess innerhalb der Person. Der humanistische Kernsatz: »Nur am Du kann man zum Ich werden«, erhält hier somit einen umfassenderen Kontext, der unter anderem makro- und mikro-soziale, historische oder evolutionäre Perspektiven auf die aktuelle Du-Ich-Begegnung mit einbezieht (siehe unten).

Mit dem zweiten Begriffsteil »Systemtheorie« verweist die PZS darauf, dass die Beschreibung und Erklärung dieser hoch komplexen Interaktion vor allem Prinzipien folgt, wie sie – ausgehend von der Gestaltpsychologie der Berliner Schule vor rund hundert Jahren – heute für die interdisziplinäre Systemtheorie typisch sind: Im Gegensatz zu klassischen Ursache-Wirkungs-Modellen, die auf unabhängigen versus abhängigen Variablen, linearer Kausalität und instruktivem Interventionismus durch externe Ordnungen beruhen, geht es hier um vernetzte Variable, die selbstorganisiert Strukturen bilden und verändern, wobei nichtlineare Entwicklungssprünge typisch sind. Im Zentrum steht die Förderung inhärenter Möglichkeiten zur Aktualisierung durch Veränderung von Bedingungen, welche die leidvollen Strukturen stabilisiert haben.

Das zugrunde liegende Bild vom Menschen

Obwohl sich die Personenzentrierte Systemtheorie hinsichtlich der Rekonstruktion leidvollen und therapeutischen Geschehens und damit auch hinsichtlich der einsetzbaren Vorgehensweisen schulenübergreifend versteht, ist sie von ihrem Menschenbild her an der Humanistischen Psychologie orientiert. Im Zentrum steht damit – trotz aller theoretisch und methodisch formulierbaren allgemeinen Aussagen – die Einzigartigkeit des jeweiligen Menschen mit seiner ihm je eigenen Weise, sich als Person mit eigenen Werten, Zielen, Vorlieben, Sichtweisen, Werten usw. in dieser Welt zu definieren. Dabei ist das Wort »eigenen« nicht solipsistisch zu verstehen, sondern als Aktualisierung angeborener Möglichkeiten unter den Bedingungen seiner materiellen und sozialen Welt im Laufe seiner Biografie und innerhalb einer Sozialgemeinschaft.

Gerade für die psychotherapeutische Arbeit am Lebensende spielt hier die existenzielle Perspektive der Humanistischen Psychotherapie eine besondere Rolle. Auf existenzielle Fragen (z. B.: Wer kann und will ich sein in dieser Welt?)

Wie ist meine Beziehung zu den Anderen, die zunächst weiterleben? Als Welch ein Mensch kann und will ich gesehen werden? Ist nicht ohnedies alles sinnlos?) stoßen Patienten unweigerlich in der terminalen Phase ihrer Krankheit. Hierzu müssen sie letztlich Stellung nehmen – auch wenn eine solche Stellungnahme zunächst (oder sogar bis zum Ende) in einer Verleugnung oder Verdrängung dieser existenziellen Fragen bestehen kann und darf. Und diese Fragen sind nicht nur für die Patienten von Bedeutung: Wie nochmals mit Verweis auf den o. a. Gedichtanfang von Hilde Domin betont werden soll, werden auch die Angehörigen und die professionellen und ehrenamtlichen Helfer tagtäglich mit denselben Fragen konfrontiert – die ja letztlich auch, mehr oder minder spezifisch modifiziert, die ihren sind.

Die im Rahmen der Humanistischen Psychotherapie entwickelten und ausdifferenzierten Vorstellungen über eine hilfreich therapeutische Beziehung (Rogers, 1961) sind ein essenzieller Bezugspunkt. In der Personzentrierten Systemtheorie ist diese Beziehungsgestaltung – geprägt von Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz (Rogers, 1987) – auch deshalb von großer Wichtigkeit, weil es hier grundsätzlich um Ordnungs-Ordnungs-Übergänge geht (von symptomatisch-leidvollen Strukturen zu neuen, stimmigeren und relativ zu den »Entwicklungsaufgaben« adaptiveren), was stets eine Destabilisierung bisher so vertrauter Strukturen bedeutet. Und dies wiederum ist nur im Rahmen einer sicheren, vertrauensvollen Beziehung möglich. Dieser Aspekt kommt in der Arbeit mit Menschen am Lebensende sogar noch stärker zum Tragen, weil sich hier die Destabilisierung und das Verlassen von vertrauten Lebensmustern in ihrer wohl radikalsten Form darstellen.

Zum Menschenbild Humanistischer Psychotherapie gehört auch die Betonung einer *Selbstaktualisierungstendenz*. Mit diesem Konzept, das ursprünglich auf den Physiologen, Psychiater und Gestaltpsychologen Kurt Goldstein (1939/2012) zurückgeht, wird die selbstorganisierte Gestaltung und Umgestaltung von körperlichen und kognitiven Strukturen in Adaptation auf veränderte Rahmenbedingungen gefasst. Selbstaktualisierung ist somit ein zentrales Erklärungsprinzip essenzieller Phänomene – also weder ein »Axiom« noch eine »Annahme«, wie es bisweilen in der Literatur heißt. Die Orientierung an Ressourcen und die Unterstützung von eigenen Prozessen, Seinsweisen und Vorstellungen des Patienten (statt interventionistischer Anpassung in Form von Belehrungen, Ratschlägen und Zurechtweisungen an »äußere« Vorstellungen von Funktionalität und Normativität) ist eine konkrete praktische Umsetzung, die daraus folgt.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Entsprechend der eben hervorgehobenen Selbstaktualisierungstendenz stehen im Zentrum des Verstehens von Gesundheit und Krankheit die vielfältigen Prozesse der Selbstregulation auf allen Ebenen menschlichen Lebens. Im guten Fall – Gesundheit – sorgt diese Selbstregulation für eine hoch adaptive Anpassung der vielfältigen Prozesse auf zum Beispiel somatischer, psychischer und interpersoneller Ebene **für die hohe Plastizität** an die jeweils äußeren Rahmenbedingungen. 

Letztlich ist sogar die Krankheit der somatischen Primärdiagnose (Krebs, terminale Erkrankung von Niere oder Leber usw.) als ein Selbstregulationsprozess zu sehen. Allerdings haben hier die äußeren Bedingungen (relativ zur betrachteten Prozessebene) – wie u. a. genetisch bedingte Vulnerabilität, toxische Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Immunabwehr – zu malignen Prozessstrukturen geführt, welche einen Selbstregulationsprozess hin zu gesunden Strukturen überfordern.

Das Gleiche gilt analog für psychische und interpersonelle Prozesse, welche der Gegenstand von Psychotherapie in dieser letzten Phase terminaler somatischer Erkrankung sind. Im Laufe des Lebens eines Menschen (aber auch von Paaren, Familien, Teams usw.) konstellieren sich immer wieder bestimmte »Entwicklungsaufgaben«, in denen bisher gegebenenfalls hervorragend funktionierende Prozessstrukturen partiell aufgegeben und andere, an die neuen Herausforderungen besser adaptierte, entwickelt werden müssen. Dies meint übrigens das »Stirb und werde!« der Humanistischen Psychologie – wobei eben nicht der gesamte Mensch gemeint ist, sondern nur bestimmte funktionelle Strukturen. Im Leben des Einzelnen sind besonders markante Entwicklungsaufgaben beispielsweise die jeweils unterschiedlichen Erwartungsstrukturen, die an ein Kleinkind, ein Schulkind, einen Berufstätigen oder einen Rentner gerichtet werden. Ebenso sind die Lebenskontexte für das heranwachsende Kind als Single, als Partner, als ein Elternteil oder als Partner mit erwachsenen Kindern jeweils deutlich anders. Wie wichtig die Übergänge zwischen unterschiedlichen Anforderungsprofilen mit neuen Entwicklungsaufgaben sind, wird oft mit Initiationsriten oder zumindest Festritualen unterstrichen, um die neuen Entwicklungsaufgaben und Anforderungsprofile »feierlich« hervorzuheben: Einschulung, Konfirmation/Kommunion Abitur, Examen, Eheschließung, Pensionierung etc.

Üblicherweise funktioniert eine solche dynamische Adaptation an jeweils neue Entwicklungsaufgaben recht (oder zumindest: hinreichend) gut. In Therapie kommen nun aber genau jene Menschen, bei denen eine solche Adaptation scheinbar nicht klappt. In bestimmten wiederkehrenden Situationen wird dabei

zu Wahrnehmungs-, Verarbeitungs-, Handlungs- oder allgemein: Lösungsmustern gegriffen, die unpassend sind. Zwar waren solche Muster vielleicht früher einmal oder für andere Aufgaben effizient und angemessen. Aber nun sind sie ineffizient, unangemessen und sonderbar.

Warum ein solcher Entwicklungsschritt als Ordnungs-Ordnungs-Übergang (Schiepek, 1999) bisweilen misslingt und psychische Krankheit entsteht, kann aus vielfältigen Einflüssen resultieren – von vulnerabler Prädisposition über biografisch ungünstige oder gar schädliche Entwicklungsbedingungen bis hin zur späteren bzw. aktuellen Traumatisierung.

Eine solche aktuelle Traumatisierung ist für sehr viele Menschen auch die terminale somatische Erkrankung mit der Erwartung, dass das Leben bald enden wird. Doch was dies genau für die Betroffenen bedeutet und wie sich dies auswirkt, hängt mit der bereits angesprochenen Interaktion der unterschiedlichen Prozessebenen ab, die daher hier kurz skizziert werden soll.

Als Ausgangsebene nehmen wir zunächst die somatische tödliche Erkrankung (wobei wir hier nicht die Fragerichtung verfolgen wollen, wie weit psychische, interpersonelle oder andere soziale und materielle Prozesse (z. B. am Arbeitsplatz) die somatischen Prozesse der Immunabwehr so weit und so lange chronisch beeinflusst haben, dass diese geschädigt und somit zur malignen somatischen Primärdiagnose beigetragen haben). Diese realen somatischen Prozesse, zum Beispiel Schmerzen und Beeinträchtigungen, wirken sich natürlich auf die psychische Befindlichkeit aus. Jedoch ist diese stark abhängig von den Bildern, Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich der weiteren somatischen Entwicklung (Wie viel Schmerzen werde ich haben? Wie kann ich diese aushalten bzw. was kann ich zur Linderung tun?). Dies ist beeinflusst von biografischen Erfahrungen mit Schmerz und dessen Verarbeitung sowie von Erinnerungen an andere Leidende (z. B. die Mutter im Kranken- oder am Sterbebett).

Körperliche und psychische Belastung wirken sich aber auch auf das nähere soziale System – Partner, Kinder, enge Angehörige und Freunde – aus. Wie wird und wurde hier mit Krankheit umgegangen? Wie gut sind diese in der Lage, sich dem Sterbenden wirklich zuzuwenden? Wie weit sind sie durch die Situation überfordert? Das Ausmaß der Trag- und Belastungsfähigkeit hängt auch mit dem bisherigen Verlauf und der Qualität bisheriger Beziehungsgestaltung mit diesen Verwandten und Freunden zusammen. Es ist weiterhin relevant, welche Regeln sich in diesen interpersonellen Systemen ausgebildet haben: Wie weit steht man füreinander ein? Wie weit möchte man den Anderen nicht belasten bzw. löst seine Probleme möglichst allein? Darf man sich »gehen lassen« oder ist »Haltung« gefragt?

Mit diesen letzteren Fragen sind wir schon auf der (sub-)kulturellen Ebene: Welche Bilder und Narrationen über Krankheit und Sterben, über Umgang mit

Leid und Schmerzen, über Nähe und Distanz in Krisensituationen sowie über Vertrauen oder Misstrauen in »die Medizin bzw. Ärzteschaft« etc. kennzeichnen diese (Sub-)Kultur?

Obwohl nur wenige Prozessaspekte auf den unterschiedlichen Ebenen exemplarisch skizziert werden konnten, wird deutlich, dass die komplexe Interaktion dieser Prozesse jede nomothetische Voraussage über die Wirkungen unmöglich macht. So ist beispielsweise genauso gut denkbar, dass ein zerstrittenes, lange mangelhaft zusammen interagierendes Familiensystem aufgrund eines starken normativen Leitsatzes, für einen Sterbenden zu sorgen, nicht nur mit dem Fokus auf den Todkranken zusammentrifft, sondern sich sogar dabei und dadurch, gefördert von der gemeinsamen existenzielle Erschütterung, aufeinander zubewegt. Aber auch das andere Extrem tritt ein: Scheinbar gut füreinander sorgende Familienmitglieder sind akut in ihrer Fürsorge oder der traumatisierenden Herausforderung eines Todkranken selbst so überfordert, dass eigene maligne Prozessdynamiken angestoßen werden.

All dies wirkt zumindest auf die psychische Verarbeitung des Sterbenden so oder so zurück. Kurz: Krankheit (wie auch Gesundheit) ist stets in einem komplexen Geflecht aus sinngebenden Interaktionen zu sehen. Niemand ist allein krank – die Bedeutung und Verarbeitung des körperlichen und noch mehr des psychischen und interpersonellen Geschehens des Kranken ist stets ein hochkomplexer dynamischer Prozess, an dem viele Menschen der Umgebung mitwirken (einschließlich der Helfer und der Ideologien der palliativen Einrichtung und ihrer Institution). Daher bedarf es sehr feinmaschiger, am realen Prozessgeschehen (und weniger an groben diagnostischen Kategorien) ausgerichteter Interventionen, Hilfen und Unterstützungen.

Die Rolle der Themen Sterben, Tod und Endlichkeit

Da es in der Personzentrierten Systemtheorie vor allem um die Unterstützung in der Gestaltung von Übergängen aufgrund von Entwicklungsaufgaben geht, welche »das Leben« konstellierte, liegt es nahe, Sterben und Tod als einen solchen letzten Übergang anzusehen. Bei Übergängen steht ja vor allem das Loslassen von bisher vertrauten Ordnungen im Zentrum: das »Stirb und werde!« der menschlichen Wachstumsprozesse aus Sicht Humanistischer Psychologie – etwas, das oft schon bei den kleineren Übergängen im Laufe des Lebens mit Angst vor dem Neuen, Unvorhersagbaren und Chaotischen (Kriz, 2011) verbunden ist. Wie viel mehr gilt dies beim endgültigen Loslassen von allen und allem Liebgewonnenen! In solchen Phasen der Instabilität ist der Mensch aber ganz

besonders für »richtungsweisende Ratschläge« zugänglich, da ihm diese scheinbar Halt zu geben vermögen. Doch damit ist er auch besonders empfänglich für Manipulation – um nicht von Gehirnwäsche zu reden. Aufgabe jeder Psychotherapie ist es daher, sich gerade in Phasen der Instabilität von allen inhaltlichen Direktiven darüber, was richtig oder falsch, gut oder böse, normal oder unnormal, wertvoll oder unwert ist, größtmöglich zurückzuhalten.

Wegen ihrer Verankerung im Menschenbild der humanistischen Psychotherapie ist auch die Personzentrierte Systemtheorie mit ihrer Betonung eines nichtdirektiven, personzentrierten Beziehungsangebotes ganz auf den »inneren Bezugsrahmen« (Rogers 1987, S. 37) des Kranken fokussiert. Die hierfür essenzielle Empathie beschreibt Rogers als »in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden Bedeutungen in dieser Person« und auch »Bedeutungen zu erahnen, deren sie sich selbst kaum gewahr wird«, wozu auch gehört »mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge zu blicken, vor denen sie sich fürchtet« (Rogers 1980, S. 79).

Die mit Humanistischer Psychotherapie ebenfalls verbundene große Offenheit für existenzielle Aspekte und Probleme, die sich den Fragen nach Sterben, Tod und Endlichkeit stellt, erleichtert es auch der Personzentrierten Systemtheorie, diese letzte Phase des Lebens als einen »Übergang« zu sehen. Dabei geht es weniger um den Aspekt eines (wie auch immer gearteten) Glaubens an ein Sein nach dem Tode – auch für diese spirituelle und transzendente Dimension kann gerade die humanistische Grundhaltung mit dem Fokus auf den inneren Bezugsrahmen des Patienten vorurteilsfreie Dialogräume öffnen (Kriz, 2011a). Gemeint ist der Übergang in der phänomenalen (Vorstellungs- und Erlebens-) Welt des Patienten bezüglich einer realen, physischen und sozialen Welt »mit ihm« in eine solche Welt »ohne ihn«. Wem möchte er auf welche Weise in Erinnerung bleiben? Was gibt es weiterzugeben? Was muss noch – zum Beispiel versöhnend – zu Lebzeiten abgeschlossen werden? Diese Fragen können bisweilen mehr Schmerzen verursachen als das physische Krankheitsgeschehen. Und keineswegs können alle diese Fragen vordergründig im Guten beantwortet oder aufgelöst werden. Eine Schuld wäre noch abzutragen, ein Verzeihen noch auszusprechen, ein fast vollendetes Werk noch abzuschließen – ohne dass dies real umsetzbar wäre. Diese unabgeschlossenen Gestalten sind besonders schwer loszulassen. Hier gilt es, hinter dem vordergründigen Offenbleiben gemeinsam an einer größtmöglichen Schließung zu arbeiten (z. B. indem eine Schuld anerkannt und bereut wird – und ggf. sogar über Möglichkeiten einer teilweisen Wiedergutmachung nachgedacht wird).

Das Potenzial für die Begleitung am Lebensende

Entsprechend den bisherigen Ausführungen würde die Personenzentrierte Systemtheorie von dem Potenzial besonders der erfolgreich etablierten Ansätze mit Ausrichtung auf existenzielle Fragen und Aspekte Gebrauch machen (Frankl, 1975, 1981; Yalom 2005, 2008).

Auch innerhalb der Ansätze, deren Konzepte besonders stark die Personenzentrierte Systemtheorie beeinflusst haben – personenzentrierte Therapie und systemische Therapie – sind jeweils Vorgehensweisen speziell für die Arbeit im Palliativbereich entwickelt worden:

Eine Arbeitsgruppe der *Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG)* hat eine Weiterbildung zum *Personenzentrierten Hospiz- und Palliativ-Berater* erarbeitet. Diese ist modularisiert und basiert auf dem GwG-Curriculum *Personenzentrierte Beratung*. Sie vermittelt Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakt und Kommunikation und gibt damit eine konzeptgebundene, handlungsleitende Orientierung für die kommunikative Gestaltung von Beratungsgesprächen mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen. Auch die Gestaltung von Auswahl- und Feedbackgesprächen mit ehrenamtlichen Begleitern sowie deren Praxisbegleitung, ferner für die Moderation und Koordination von Einzelfallhilfeplanung für Sterbende bzw. ihre Angehörigen und für Trauerbegleitungsprozesse werden hier Kompetenzen vermittelt. Heft 4/2013 der Verbandszeitschrift *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* hatte beispielsweise als Schwerpunktthema: »Der Personenzentrierte Ansatz im Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care« (siehe auch Metz, 2002).

Auch die *Internationale Gesellschaft für systemische Therapie (IGST)* bietet für systemisches Arbeiten mit Schwerstkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen spezielle Seminare an, in denen sowohl Grundlagen von Palliative Care vermittelt als auch Einblicke in die systemische Arbeit mit sterbenden und trauernden Menschen gegeben werden. Vermittelt werden auch spezielle systemische Techniken und Haltungen für die Begleitung der betroffenen Patienten und Nahestehenden.

Da die Personenzentrierte Systemtheorie nicht primär neue Techniken entwickelt, sondern vorhandene nutzen und integrieren will, bilden die bestehenden Konzepte und Vorgehensweisen das Potenzial für die praktischen Arbeitsweisen.

Der Einsatz in der Begleitung von Angehörigen

Wie der zweite Begriffsteil der Personzentrierten Systemtheorie zeigt, fließen in diesen Ansatz stark systemtheoretische – und damit in der Praxis vor allem familientherapeutische – Konzepte, Erkenntnisse und Vorgehensweisen mit ein. Das Verständnis von Krankheit als ein Geschehen, zu dem neben den somatischen Vorgängen vor allem die Dynamik des gesamten interpersonellen Feldes mit den vernetzten Rückwirkungen zwischen allen Teilvorgängen beiträgt, macht es geradezu erforderlich, möglichst alle Beteiligte in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen. Denn, nochmals gesagt, die existenziell herausfordernde bis traumatisierende Konfrontation mit einem somatisch wie psychisch gegebenenfalls überaus schwierigen Krankheitsverlauf kann einzelne Angehörige oder die Familie bzw. das System als Ganzes an den Rand der eigenen Ressourcen bringen. Wie auch, andersherum, der Sterbende in hohem Maße von der Qualität seines sozialen Systems abhängig ist.

Gerade in unserer Gesellschaft ist der Umgang mit Tod und Sterben für jene, die noch »mitten im Leben stehen«, oft mehr oder weniger ausgeblendet und an den Rand ihrer Lebenswelt verschoben. Modellvorstellungen und Kompetenzen zur Nutzung von Ressourcen im konkreten Umgang mit solchen Leidzuständen werden daher im üblichen Alltag immer weniger erworben. Der ebenso notwendige wie schmale Grat einer Trennung zwischen empathischem Mitfühlen einerseits und Gefühlsansteckung andererseits ist vielen nicht einmal konzeptionell klar – noch weniger konnten sie dies praktisch erproben.

In der Personzentrierten Systemtheorie spielen die Vermutungen über gegenseitige Erwartungen und Vorstellungen hinsichtlich vieler Aspekte in der Gestaltung des Alltäglichen und – wie bei Todkranken – Nicht-Alltäglichen eine zentrale Rolle. Solche Erwartungen sind, gerade wegen ihrer unausgesprochenen Form, häufig Hindernisse, über die gemeinsame Gestaltung des Miteinanders aller Beteiligten – dem Sterbenden sowie seine Angehörigen – vertrauensvoll und lösungsoffen zu verhandeln. Dazu müssten Fragen geklärt werden wie: Welche Erwartungen und Wünsche bestehen überhaupt? Wie können Unterschiede oder gar Gegensätze dennoch zu konkreten gemeinsamen Handlungen führen? Worauf ist besondere Rücksicht zu nehmen? Was darf zugemutet werden? usw. Stattdessen werden nicht selten auf der Basis ungeprüfter Unterstellungen die Leitlinien für das Tun und Nicht-Tun entwickelt – die dann nicht selten zu Leid-Linien werden. Unangemessene Scham vor Gesprächsthemen, übergriffige Hilfsbereitschaft, belastendes Mit-Fühlen (das eher ein Selbstfühlen angesichts des Schrecklichen ist) – das sind nur wenige Aspekte, die aus einer solchen Dynamik folgen können und leider auch oft konkret folgen.

Gespeist wird dies aus den Narrationen, Geschichten, Prinzipien und Strukturen, die sich im Laufe des gemeinsamen Zusammenlebens entwickelt haben. Sie wirken nun als »Sinn-Attraktoren« (Kriz 2014b, 2014c), das heißt als strukturstabilisierende Deutungen und Sichtweisen, die oft den besonderen Aufgaben des Patienten und seiner Situation nicht gerecht werden können, da sie Muster aus anderen Konstellationen unangemessen auf die jetzige Situation übertragen.

Besonders das Spektrum an Vorgehensweisen aus den humanistischen und systemischen Therapieansätzen kann durch empathische Klärung der gegenseitigen Erwartungen, Bilder, Ressourcen und Möglichkeiten die alten Muster überwinden helfen und neue, an die Herausforderungen angepasste Lösungen entstehen lassen.

Empfehlungen für den professionellen Alltag

Durch die Beachtung der unterschiedlichen Prozessebenen im komplexen Gesamtgeschehen, das auch für die Palliativ- und Hospizversorgung typisch ist, hilft die Personenzentrierte Systemtheorie, dass der Blick nicht zu eng gerät. Denn angesichts der starken Herausforderungen auch des helfenden Personals liegen verengende Ursachenzuschreibungen bei belastenden Situationen und Entwicklungen nahe: Verantwortlich gemacht werden dann »Charaktereigenschaften« oder die »psychische Verarbeitung« des Patienten, ungute Einflüsse oder »unmögliche Verhaltensweisen« seitens der Familie oder anderer Angehöriger usw. – ohne die wechselseitigen Bedingtheiten der Teilprozesse zu berücksichtigen. Mit einem zu engen Fokus auf Probleme wird aber die Kreativität für die Vielfalt an Ressourcen unnötig eingeschränkt. Die Vielfalt an Perspektiven, die in der Personenzentrierten Systemtheorie berücksichtigt werden, und das Verständnis für das stabilisierende bzw. destabilisierende Zusammenwirken von Teildynamiken eröffnen den Raum für vielfältige Interventionsmöglichkeiten.

Implikationen für die palliative Haltung

Der zentrale Aspekt, den die Personenzentrierte Systemtheorie in diesem Zusammenhang als Haltung vermitteln will, ist das Vertrauen in die eigene Kreativität der Helfenden – jenseits aller diagnostischen und therapietechnischen Normativität. Es geht um das sinnhafte Finden und Erfinden von hilfreich-tragenden

Deutungen und Verstehensweisen, die sehr individuell auf die sich oft schnell ändernden Möglichkeiten und Ressourcen des Patienten und seines sozialen Netzwerkes abgestimmt sein müssen. Professionelle können die vielfältigen Fähigkeiten der Beteiligten moderierend nutzen (statt alles selbst lösen, leisten und bewältigen zu wollen).

Schon das personzentrierte Beziehungsangebot nach Rogers (1961) beruht nicht auf therapeutischen Techniken, sondern auf einer Haltung. In dieser sind Einfühlung in den »inneren Bezugsrahmen« (siehe oben) des Patienten, wertschätzende Aufmerksamkeit für ihn als Menschen jenseits aller wie auch immer bedingten Unzulänglichkeiten und Beeinträchtigungen und ein echtes, stimmiges Verhalten, ohne sich hinter eine professionelle Fassade zurückzuziehen, die Grundpfeiler. Allerdings setzt gerade diese Offenheit für echte Begegnungen eine gute Sensibilität der Helfer für den Schutz der eigenen Grenzen vor Überforderung, vor Gefühlsansteckung oder gar vor traumatisierenden Bedingungen voraus. Die Beachtung von Self-Care und Supervisionsangeboten sowie Eingeständnisse eigener Begrenzungen und Schwierigkeiten sind daher unerlässlich.

Die Grenzen des Ansatzes für die Begleitung am Lebensende

Dieses auch der PZS zugrunde liegende personzentrierte Beziehungsangebot ist als ein »Angebot« ernst zu nehmen: Abwehr, Verleugnung der Belastungen und Ablehnung von Therapie und Hilfe seitens des Patienten sind nicht zu »durchbrechen« oder zu »überwinden«, sondern zu achten. Es kann dafür Gründe geben, welche die Möglichkeiten der Begleiter überschreiten. Wird das Angebot trotz angemessener Wiederholung – weder zu zaghaft, was die Ernsthaftigkeit des Angebots fraglich erscheinen ließe, noch zu intrusiv – weiterhin abgelehnt, sind hier die Grenzen der Begleitung erreicht.

Da die Personzentrierte Systemtheorie keine Techniken vorsieht, die im Rahmen eines Programms lege artis angewendet werden müssen, gibt es ansonsten keine Grenzen – es sei denn solche, die in der Überforderung des Helfers bzw. Begleiters bei ungenügender Selfcare begründet liegen. Da aber alles, was geschieht, in seiner Bedeutung und Durchführung zwischen allen ausgehandelt wird, kann gegebenenfalls auch ein bestimmtes Ansinnen des Kranken wertfrei, aber bestimmt abgelehnt werden.

Zur Notwendigkeit zukünftiger Entwicklungen

Da die Personenzentrierte Systemtheorie eine schulenübergreifende, ganzheitliche Konzeption ist, enthält sie eher Anregungen und Hinweise für eine praxisorientierte Arbeit, um den Blick für die selbstregulativen Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen und deren Zusammenwirken zu erweitern. Praktiker wünschen sich aber erfahrungsgemäß, dass dies für ihren jeweiligen Bereich »durchdekliniert« wird. Solche differenziellen Konkretisierungen wurden bisher im Hinblick auf klientenzentrierte (Kriz, 2008; 2010b; 2014d), systemtherapeutische (Kriz, 2010d; 2011b), psychodramatische (Kriz, 2014e) oder gestalttherapeutisch bzw. feldtheoretische (Kriz, 2010c; 2012; 2015a) Vorgehensweisen sowie für Beratung (Kriz, 2013b; 2014b) oder Motologie (Kriz, 2013a) vorgelegt. Speziell für die Behandlungsmöglichkeiten am Lebensende fehlt noch eine Ausarbeitung. Zwar skizziert dieser Beitrag einige wichtige Aspekte, orientiert sich aber vor allem an der Gliederung des Buches. Hier wären fraglos detailliertere Ausführungen wünschenswert.

Fallbeispiel

Herr P., verheiratet, drei Kinder, zwei davon bereits Eltern von Jugendlichen, erhielt die Diagnose Mastdarmkrebs im Alter von 67 Jahren, kurz nach seiner Pensionierung als Techniker. Obwohl er, wie er sagte, sein ganzes bisheriges Leben eher »Psychokram« abgelehnt und sich über andere, die Psychotherapie machten, lustig gemacht hatte, nahm er bald nach der Diagnosestellung ambulante psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Sein Arzt hatte ihm dazu geraten – wohl auch, weil er um die Verzweiflung und einsame Wut von Herrn P. wusste: Dieser hatte sich nämlich sehr auf die Pensionierung gefreut, weil nun endlich »ein Leben nach seinen Vorstellungen beginnen« sollte (viele Kulturreisen, Erstellen eines Werkes über ein altes Denkmal im Nachbarort etc.). Durch die Krankheit – deren tödlicher Verlauf zunächst gar nicht klar war – fühlte er sich nun »betrogen«, da er sich selbst bisher aus »Pflichtbewusstsein« in seinen Wünschen weitgehend zurückgenommen hatte.

Die Beziehung zu seiner Frau schilderte er als »eher schlecht als recht«, sie hätten »keinen Draht mehr füreinander«, blieben aber »selbstverständlich verheiratet«. Auch die Beziehung zu seinen Kindern und Enkeln bezeichnete er als eher schlecht, auch wenn sie »nicht ganz miteinander gebrochen« hatten. Herrn P.s Motto war: »Jeder muss sein Leben selbst regeln.«

Der Schritt in die Therapie – das heißt Inanspruchnahme von Hilfe – war daher für seine Familie ebenso überraschend wie für ihn selbst. Es zeigte sich

aber, dass er zunächst – geschockt durch die Diagnose – alles tun wollte, was der Arzt sagte. Anfänglich ging er von einer Heilung aus, welche dann »durch Psychotherapie irgendwie gefördert« werden könne.

Es zeigte sich aber, dass Herr P. trotz der unklaren bis ablehnenden Haltung zur »Psychotherapie« praktisch von Anbeginn an von den wöchentlichen Sitzungen profitieren konnte. »Endlich jemand, der mir zuhört«, meinte er, und berichtete von seiner Erfahrung, dass seine Frau ihn mit ihren eigenen Gefühlen zu dem, was er zu sagen hätte, »überschwemmt« habe. Deshalb wäre er immer weniger bereit gewesen, über Wichtiges von sich zu sprechen. Die Kinder hätten sowieso »keine Zeit und keinen Kopf« für seine Angelegenheiten, und für Freundschaften sei seine berufliche Anforderung zu hoch gewesen (viel unterwegs, sehr viele unbezahlte Überstunden).

Entsprechend der starken Sachorientiertheit von Herrn P. legte der Therapeut den Fokus zunächst auf ein erstelltes Lebenspanorama, das dann in den Folgestunden immer als biografische Bezugslandkarte peripher am Boden lag (nur hin und wieder wurde etwas markiert oder ergänzt). Mit diesem Hintergrund konnten aber zunehmend auf unterschiedliche Lebensabschnitte bezogene Pläne, Wünsche, Erwartungen, Enttäuschungen usw. fokussiert werden. Dabei wurden auch Beziehungen zu seinen aktuellen Befindlichkeiten deutlich. Zunehmend wurde Herrn Ps Blick auch dafür offener, was er selbst mit zur Entfremdung von seiner Frau, von den Kindern und von anderen beigetragen hatte und welchen Leit- (und Leid-)Ideen er dabei »automatisch« gefolgt war.

Fünf Monate nach der Erstdiagnose wurden Metastasen in der Leber und an der Wirbelsäule festgestellt, und das Tumorstadium mit IV bewertet, also ohne Heilungschancen. Eine Chemotherapie fand Herr. P nach zwei Sitzungen als zu belastend für ihn. Eine OP wurde von den Ärzten des Klinikums als nicht mehr indiziert beurteilt. Herr P. entschied sich nach einem Klinikaufenthalt, das Lebensende zu Hause zu verbringen, medizinisch betreut von einem guten Arzt aus dem Palliativnetzwerk. Dies war insofern erstaunlich, als Herr P. zu Anfang der Therapie noch explizit verkündet hatte, er würde auf keinen Fall zu Hause sterben wollen – »so etwas wolle er weder sich noch seiner Frau und Familie zumuten«. Er bat den Therapeuten um weitere Begleitung, nun zu Hause bei sich, wozu dieser einwilligte. Dadurch lernte dieser nun auch die Frau von Herrn P. kennen. Manche Sitzungen fanden zu dritt statt, manche nur mit Herrn P., manche zeitweise in beiden Settings – so wie es jeweils aktuell als wünschenswert angesehen wurde.

Die anfänglich stark normativ-verkrustete Beziehung des Ehepaares P. konnte dabei zunehmend flüssiger und offener für neue Sichtweisen werden. Herr P. hatte erlaubt, auch in Sitzungen zu dritt das gezeichnete Lebenspano-

rama weiterhin als Referenz zu verwenden – und so seine Frau in biografisch-
innere Erlebnisse einzuweihen, die er ihr bislang verschlossen hatte. Es gelang
der Frau zunehmend, daran mit eigenen Stellungnahmen teilzunehmen – sei
es in Bezug auf die gemeinsam verbrachte Lebenszeit, sei es in Bezug auf die
Jugend von Herrn P. – und ihrerseits manche für sie wichtige Dinge ihres Lebens
mitzuteilen. Vor allem konnte auch über die Erwartungen und Befürchtungen
der gemeinsamen Aufgabe, das Lebensende von Herrn P. zu gestalten, offen
gesprachen werden (unter Moderation des Therapeuten): Wie viel Gefühl darf
ausgedrückt werden, ohne dass es den Anderen belastet? Wie stark muss man
sich in Zurückhaltung üben? Wie viel Hilfe darf, muss oder soll sein, ohne in die
Autonomie einzugreifen oder zu »entmündigen«? Was ist dem Anderen soma-
tisch zumutbar (bei häufiger werdendem Durchfall, Erbrechen etc.)? Wie weit
sollen zusätzlich Hilfskräfte eingesetzt werden? Wie weit sollen und können die
Kinder und Enkel einbezogen werden? Wie steht es dort mit zu viel Belastung
einerseits und Ausschluss von Wichtigem andererseits? Auch hier wurden alle
mutiger, diese Fragen miteinander zu klären – und zu ertragen, dass die drei
Kinder dies sehr unterschiedlich aufgrund ihrer eigenen familiären Situation
gestalteten (von sehr engem, häufigem Kontakt bei einem Kind bis hin zu eher
seltenem Kontakt bei einem anderen).

Auch mit dem Arzt konnte Herr P. eine offene und vertrauensvolle Auslotung
des Spektrums an Möglichkeiten vornehmen und vermitteln, dass ihm weit-
gehende Schmerzfreiheit des Wichtigste sei – und keine Lebensverlängerung.
Entsprechend gelang es, Herrn P. bis zum Tod weitgehend schmerzfrei zu halten.
Einen Tag nach einer »Verabschiedung von der ganzen Familie« verstarb Herr P.

Für den Therapeuten war besonders berührend, dass ihm Herr P. kurz vor
seinem Tode sagte, das knappe Jahr seit der Diagnose (und Therapie) hätte er
endlich ein Stück »gelebt«.

Literatur

- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. R., Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 366–372.
- Burghelm, W. (2017). *Im Stehen sterben: Begleitung zu würdevollem Sterben und heilender Trauer*. Norderstedt: Books on Demand.
- Chochinov, H. M., Breitbart, W. (2000). *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., Mc Clement, 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.
- Csef, H. (1996). Psychotherapeutische Interventionen bei Patienten mit malignen Lymphomen. *Psychotherapieforum*, 4, 73–83.

- Csef, H. (2009). Die Frage nach dem Sinn in der Palliativsituation von Krebskranken. *Existenzanalyse*, 26(1), 12–19.
- Csef, H., Kube, A. (1998). Sinnfindung als Modus der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In H. Csef (Hrsg.), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit* (S. 325–343). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Fegg, M. J. (2006). Sinn von Psychotherapie am Lebensende. *MedReport*, 30(30), 4.
- Fegg, M. J., Sonntag, B. (2007). Psychotherapie in der Palliativmedizin. In C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz (Hrsg.), *Leitfaden Palliativmedizin* (S. 150–161). München u. Jena: Urban & Fischer.
- Frankl, V. E. (1975). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn: Zur Rehumanisierung der Psychotherapie* (4. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Frankl, V. E. (1981). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper
- Goldstein, K. (1939). *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: American Book. (dt.: *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*. München: Fink, 2012)
- Kriz, J. (2004). Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. 
- Kriz, J. (2008). Aktualisierungstendenz – die notwendige systemische Grundlage des personzentrierten Ansatzes. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher, N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie* (S. 135–154). Wien: Krammer.
- Kriz, J. (2010a). Systemtheorie als eine Metatheorie zur Integration psychotherapeutischer Ansätze. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 11(01), 28–34.
- Kriz, J. (2010b). Personzentrierte Systemtheorie. *PERSON*, 14(2), 99–112.
- Kriz, J. (2010c). Über den Nutzen therapeutischer »Spielräume«. *Gestalttherapie*, 24(2), 4–19.
- Kriz, J. (2010d). Weisen in der Welt zu sein. Die Teilhabe des Menschen an der Mitwelt auf körperlicher, psychischer, psychosozialer und kultureller Ebene. *Systeme*, 24(2), 130–153.
- Kriz, J. (2011a). *Chaos, Angst und Ordnung: Wie wir unsere Lebenswelt gestalten* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. (2011b). Spiritualität in der Psychotherapie. *Existenz und Logos*, 19, 8–17.
- Kriz, J. (2011c). Synlogisation: Über das Glück, verstanden zu werden und andere zu verstehen. *Wolfgang Loth zum 60. Geburtstag gewidmet. Systema*, 25(2), 118–131.
- Kriz, J. (2012). Zur Wirkungsweise künstlerischer Therapien – systemisch-integrative Aspekte. In W. Rössler, B. Matter (Hrsg.), *Kunst- und Ausdruckstherapien: Ein Handbuch für die psychiatrische und psychosoziale Praxis. Konzepte, Methoden und Praxis der klinischen Psychiatrie* (S. 115–124). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kriz, J. (2013a). Warum die Psychomotorik sich mit Personzentrierter Systemtheorie beschäftigen sollte. In J. Richter-Mackenstein, A. R. Eckert (Hrsg.), *Schwarze Reihe. Familie und Organisation in Psychomotorik und Motologie* (S. 13–54). Marburg: wvpm.
- Kriz, J. (2013b). Die Personzentrierte Systemtheorie in der Beratung. In S. Gahleitner (Hrsg.), *Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen* (S. 99–130). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kriz, J. (2014a). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kriz, J. (2014b). Prozessebenen in der Beratung. *Vom Nutzen der Personzentrierten Systemtheorie. Blickpunkt Beratung*, 32, 53–64.
- Kriz, J. (2014c). Einladung zu einer Begegnung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 13(S1), 121–135.
- Kriz, J. (2014d). Personzentrierte Systemtheorie. In J. Bergmann, W. Eberwein (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie: Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 283–296). Gießen: Psychozial-Verlag.
- Kriz, J. (2014e). Empathie als personale Begegnung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 151–157.

- Kriz, J. (2015a). Kurt Lewin – ein früher Systemiker. In K. Antons, M. Stützle-Hebel (Hrsg.), *Feldkräfte im Hier und Jetzt. Antworten von Lewins Feldtheorie auf aktuelle Fragestellungen in Führung, Beratung und Therapie* (S. 285–316). Heidelberg: Auer.
- Kriz, J. (2015b). Personenzentrierte Systemtheorie. In M. Galliker, U. Wolfradt (Hrsg.), *Kompodium psychologischer Theorien* (S. 342–345). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kriz, W. C., Schlippe, A. v. (2004). *Personenzentrierung und Systemtheorie: Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meier, P. (1992). *Theorie und Forschung Psychologie. Sinnsuche und Sinnfindung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses. Die Krebserkrankung als Sinnkrise*. Regensburg: S. Roderer.
- Metz, C. (2002). Personenzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. Keil, G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien: Springer.
- Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person. A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin. (Dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett, 1973).
- Rogers, C. R. (1980). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rosenfeld, G., Gibson, C., Breitbart, W. (2004). Hopelessness and terminal illness: the construct of hopelessness in patients with advanced AIDS. *Palliativ Support Care*, 2(1), 43–53.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Yalom, I. (2005). *Existenzielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Yalom, I. (2008). *In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet*. München: Btb-Verlag.

