

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2015

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

*Miriam Floren, Maja Jupe, Gerald Hüther
und Hilarion G. Petzold:*

**Integrative Perspektiven zu körper-orientierten Ansätzen
in der Jugendhilfe: annotierte Experten-Interviews***

Erschienen in: *Ute Antonia Lammel, Johannes Jungbauer,
Alexander Trost (Hrsg.): Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit,
Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte.*
Verlag Modernes Leben (VML), 2015

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).



Miriam Floren, Maja Jupe, Gerald Hüther und Hilarion G. Petzold

Integrative Perspektiven zu körper-orientierten Ansätzen in der Jugendhilfe: annotierte Experten-Interviews

Zum Kontext „klinischer Sozialarbeit“ – integrative Perspektiven

Die Komplexität spätmoderner Gesellschaften führt zu immer vielschichtiger werdenden psycho-sozialen Problemlagen von Menschen (Keupp, 2006; Petzold, 2012a). Arbeitsansätze verlangen daher nach differentiellen und ganzheitlichen Konzepten und einem klinisch-therapeutischen (Leitner, 2010), einem sozial-therapeutischen (Petzold & Sieper, 2008b; Petzold et al., 2010a) und einem erwachsenenbildnerisch-agogischen Sachverstand (Sieper & Petzold, 1993c). Immer wieder muss eine Haltung „kritischer Kulturarbeit“ hinzukommen (Petzold & Orth, 2013a, 2014). Unter einem solchen Anforderungsprofil hatte sich im Kontext der psycho-sozialen Arbeit Ende der 1960er Jahre die Praxeologie einer „Soziotherapie“ bzw. „Sozialtherapie“ entwickelt (Melchinger, 1999; Petzold, 1974b), besonders in der Betreuung von suchtkranken und alten Menschen. Beispielhaft erwähnt sei eine „g eragogie sociale et th erapie sociale (...) ein Begriff der das Gesamt von biopsychosozialen Interventionen zusammenfasst, die an der Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensqualität alter Menschen beteiligt sind“ (Petzold, 2015). Hier wurde das Konzept moderner Soziotherapie begründet. Später kam dann der Term „klinische Sozialarbeit“ auf (Dorfman, 1996; Gahleitner & Hahn, 2009; Pauls, 2011) oder es finden sich Versuche zu einer „sozialen Psychotherapie“ (Deloie, 2012). Insgesamt findet sich eine junge Disziplin und Praxeologie „in Entwicklung“ (Pauls & Mühlum, 2004; Sieper & Petzold, 2011a; 2011b), die sich mit unterschiedlichen Orientierungen entfaltet und vertieft: sozial-, kultur- und neurowissenschaftlich (Hüther & Petzold, 2012; Petzold, Orth & Sieper, 2014). Hilarion Petzold führt im Rückgriff auf Konzepte des „Integrativen Ansatzes“ dazu aus: „Für uns haben diese verschiedenen Interventionsdisziplinen eine Scharnierfunktion für eine „Doppelperspektive“ von Problemlösung und Kreativierung, Konfliktzentrierung und Lösungsorientierung, kurative Therapie und Agogik/Bildungsbzw. Kulturarbeit.“

Für eine solche Sicht boten das integrative Konzept der „Leibtherapie“ (Petzold, 2009c), „Ko-Kreativität“ (Iljine, Petzold & Sieper, 2012), der „Kreativen Medien“ und einer Praxis der „Intermedialität“ und des „Konflux“ (Petzold, 2015) große Möglichkeiten des Praxishandelns (Petzold, 2014d). Mit dem so genannten „Hard-

to-reach Klientel“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005) und mit Menschen aus benachteiligten Schichten zu arbeiten, ist in der Tat ein Kernbereich der „Klinischen Sozialarbeit“. Kinder und Jugendliche, die in „Minusmilieus“ (Hecht et al., 2014) aufwachsen, gehören häufig zu diesem Personenkreis (Stelling et al., 2009). Eine Weiterentwicklung der Hilfemaßnahmen für diesen Sektor ist daher dringend geboten. Angewandte Praxisforschung, wie sie an der Katholischen Hochschule NRW Abteilung Aachen praktiziert und gelehrt wird, zielt darauf ab, Besonderheiten und Bedarfe der Zielgruppe zu erforschen und adäquate Praxisansätze zu konzipieren. Die folgende Zusammenfassung zweier Experteninterviews unter aktiver konzeptioneller Mitarbeit der Interviewten an der Auswertung und am Gesamttext sind hier ein Beispiel, um zentrale Aspekte von Pubeszenz (Pubertät), Adoleszenz und der Bedeutung körperlicher Erfahrung für die jugendliche Entwicklung zu beleuchten und Konsequenzen für die „Praxeologie“ klinischer Sozialarbeit zu diskutieren. Die Ausführungen schließen mit Impulsen für die Jugendhilfe.

Experten und Mitdenker – Felder der Expertise

Der Experte Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold wurde ausgewählt, um Entwicklungsprozesse im Jugendalter und Möglichkeiten von Körper- und Bewegungsarbeit vor dem Hintergrund integrativer Konzepte zur „klinischen Sozialarbeit“ zu beleuchten. Für den Bereich der Neurowissenschaften wurde der Neurobiologe Univ.-Prof. Dr. med. habil. Gerald Hüther als Experte ausgewählt, der sich schwerpunktmäßig mit dem Einfluss von psychosozialen Erfahrungen auf die Hirnentwicklungen befasst.

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse jüngster Forschungen zur „kulturhistorischen Schule“, die auf dem Boden von Vygotskij (zu Vygotskij vgl. Jantzen, 2008) und Lurija (zu Lurija vgl. Petzold & Michailowa, 2008a; Jantzen, 2004) Neuropsychologie und soziokulturelle Perspektiven verbindet (vgl. insgesamt Akhutina & Pylaeva, 2011; Yasnitcky et al., 2014), bieten theoretisch-konzeptionelle Ansätze für die in der Sozialen Arbeit relevanten Themen, wie zum Beispiel das (soziale) Lernen (Akhutina & Pylaeva, 2012) und die Beziehungsgestaltung (Petzold & Müller, 2007), sowie mit Bernstein (1967, 1988; Bongaard, 1996) wichtige neuromotorische Konzepte mit Relevanz für die Körper- und Bewegungsarbeit (Petzold & Sieper, 2012a).

Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist die erste große Herausforderung in der Arbeit mit schwer zu erreichenden Jugendlichen. Die zweite besteht darin, sie über einen längeren Zeitraum in den Angeboten der ambulanten und stationären Jugendhilfe zu halten. Junge Menschen „die mit schweren, oft chronischen Belastungen und Erkrankungen oder Behinderungen in multiplen Problemlagen leben“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 48), benötigen ganzheitliche und mehrdimensionale pädagogisch-therapeutische Hilfestellungen auf der sicheren Basis einer tragfähigen professionellen Beziehung (Lammel, 2013, 2014), denn ein wesentlicher Wirkfaktor in Behandlungsprozessen ist eine gelingende therapeu-



tische Beziehung (Grawe, 2004). Sie macht 1–30% der Wirksamkeit aus (Asay & Lambert, 1999), kann also auch misslingen, wenn ein Therapeut nur 5% an Beziehungskraft mobilisieren kann. Er wird dann zu einem Risiko (Shimokawa et al., 2010) oder auch einer Schadensursache (Märtens & Petzold, 2002). Die „therapeutische Beziehung“ ist also kein „magischer Druidentrunk“ des Mirakulix und kein Freibrief für Gelingen – so wird sie oft attribuiert. Sie ist ein schwieriges Unterfangen, gelingt oft nicht, gerade bei Risikogruppen, chronifizierten Störungsbildern, aber auch durch dysfunktionale Therapieideologien, die einseitig auf „**Abgrenzen**“ und „**Konfrontation**“ setzen (besonders dysfunktional bei PTBS und BPD-PatientInnen oder Suchtkranken mit diesen Komorbiditäten). Das führt oft zu **Ausgrenzungen** und Abbrüchen/Selbstaussgrenzungen. Stattdessen muss man mit „**Angrenzungen**“ und „gastlichen Räumen“ arbeiten (Petzold, 2012c), zumal Ausgrenzungsstress „traumatisch“ wirken kann.

Körper-orientierte Ansätze als methodische Wege klinischer Sozialarbeit

In Pubeszenz und Adoleszenz erfolgen massive „bio-psycho-sozial-ökologische“ Umstrukturierungen: der Körper verändert sich, die psychischen Befindlichkeiten, das soziale Feld wandeln sich und oft auch der ökologische Raum (Lehrstelle, Arbeitsplatz, Schulwechsel). Das alles bringt Verunsicherungen mit sich, die junge Menschen auf allen Ebenen ihrer Lebenswirklichkeit beeinträchtigen können, aber unter salutogenetischer Betrachtung auch zu bereichern vermögen, weil sie Ressourcen, Chancen und Potentiale mit sich bringen (Petzold, 2007d). Der Körper verändert sich, vor allem die pubertär bedingten neurozerebralen Umstrukturierungen (Lenroot & Giedd, 2006) mit ihren Chancen und Risiken sind hier von besonderem Interesse. Die Sexualität sowie die eigene Geschlechterrolle entwickeln sich, neue Bedürfnisse und Interessen entstehen, eine berufliche Orientierung muss sich entwickeln. Die Adoleszenz ist somit eine Phase neuer Herausforderungen und Auseinandersetzungen mit überkommenen – funktionalen und dysfunktionalen – Orientierungen und Werten bezüglich der eigenen Lebenspläne (Streck-Fischer, 2014). Die Integrative Therapie spricht hier von Veränderungen in den „Fünf Säulen der Identität“, die allesamt in dieser Phase betroffen sind: Leiblichkeit, Soziales Netzwerk, Arbeit/Leistung/Freizeit, Materielle Sicherheit und Wertorientierungen (Petzold, 1993a).

Adoleszente, die sich in der stationären und/oder ambulanten Jugendhilfe befinden, waren oftmals multiplen Traumatisierungen und Defiziterfahrungen ausgesetzt (Lammel & Fischer, 2009), sodass neben der „strukturellen Vulnerabilität“, die eine „sensible Phase“ wie Pubeszenz und Adoleszenz kennzeichnet, auch eine ggf. exogen verursachte Vulnerabilität anzunehmen ist. Gleichmaßen kann immer wieder von einem Mangel an adäquaten Hilfestellungen zum guten Gelingen von Adoleszenz von Seiten der sozialen Systeme ausgegangen werden. Letztlich können diese Herausforderungen, wenn sie die Ressourcenlage und Belastungs-

fähigkeit der Jugendlichen überlasten, die Entstehung (psycho-)pathologischer Störungsbilder begünstigen. Bieten sie indes auch Ressourcen und Potentiale, gilt es diese zu nutzen. Insgesamt hat man es also mit **Problemen, Ressourcen und Potentialen (PRP)** zu tun (Petzold, 2007d), die in der Arbeit mit Jugendlichen zu „managen“ sind.

Das Verfahren der Integrativen Therapie erfasst die relevanten Aspekte dieser bio-psycho-sozio-ökologischen Zusammenhänge, die zur Entstehung von Problemen, Konflikten, Störungen, Defiziten, Traumatisierungen – letztlich Krankheit – führen können, aber auch Anregungen, Chancen, Ressourcen und Potentiale bereitzustellen vermögen, also komplexe Gesundheit fördern (Petzold, 2010g). Das dem Verfahren zugrundeliegende Leibkonzept (Petzold & Sieper, 2012a) und auch die neusten neurowissenschaftlichen Erkenntnisse (Hüther & Petzold, 2012) begründen, wie diese erlebten Erfahrungen auf körperlicher Ebene Niederschlag finden durch „Verkörperungen“, ein „embodiment“ (Petzold, 2002j) der belastenden oder förderlichen Lebenskontexte (embeddedness, vgl. Petzold, 2009c), und zu funktionalen und dysfunktionalen Mustern führen. Sind negative „embodiments“ eingetreten – etwa Depressionen –, können sie ggf. durch „Bündel komplexer Interventionen“ durch körper- und bewegungsorientierte und naturtherapeutische Ansätze positiv verändert werden (Petzold, 2014h). Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (auch Thymopraktik genannt) ist eine Methode der Integrativen Therapie und wurde Mitte der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts von Hilarion G. Petzold und Johanna Sieper entwickelt (Waibel & Jakob-Krieger, 2009), als Out-door-Aktivität in Lauf- und Landschaftstherapie (Mei van der, Petzold & Bosscher, 1997; Waibel & Jakob-Krieger, 2009) nimmt sie auch Elemente der „Neuen Naturtherapien“ auf (Petzold, 2014q; Petzold & Hoemberg, 2014). Sie kann konzeptuell und methodisch Anregungen für die Jugendhilfe bieten. Das Konzept des „informierten Leibes in Kontext und Kontinuum“ (Sieper & Petzold, 2002b) ist dabei ein Kernkonzept der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. Auf der methodologischen Ebene verbindet die Integrative Leib- und Bewegungstherapie atem-, bewegungs- und körpertherapeutische und naturtherapeutische Interventionen, verbale und nonverbale, aktionale und symbolische Kommunikations- und Interaktionsformen (Petzold, 1988d). Dabei beziehen sich Diagnostik, Indikationsstellung, Zielsetzung, Behandlungsplanung und -umsetzung stets auf das aktuelle Lebensumfeld sowie deren lebensgeschichtliche Zusammenhänge und prospektiven Zukunftsrisiken und -chancen. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen sind Zukunftsprojektionen (Petzold, 1979f, 2005o), die Schulung ihrer „antizipatorischen Kompetenz“ und die Öffnung ihres Blickes auf die „Lebensspanne“ wesentlich, denn die Zukunft liegt in neuer Weise vor ihnen, ja „Jugend hat ein Recht auf Zukunft“ (Petzold, 2014t). Der Integrative Ansatz vertritt ja eine „Philosophie des WEGES“ (Petzold, 2006u; Petzold & Orth, 2004b), verbunden mit einer „life span developmental psychology and therapy“ (Petzold, 1992e; Sieper, 2007b). Dies ist eine unverzichtbare Perspektive (Baltes, 2000; Rutter, 2002), in die die **bio-psycho-sozial-ökologische** Einheit des Menschen (Petzold, 2009f, 2014d) gestellt werden muss. Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie kann deshalb in einem



breiten Indikationsspektrum und bei vielschichtigen öko-psycho-somatischen, psychischen und sozialen Problemlagen zur Anwendung kommen (Leitner et al., 2009; Leitner & Sieper, 2008; Orth, Sieper & Petzold, 2014). Zudem orientiert sie sich an den vier Wegen der Heilung und Förderung und „vierzehn Wirkfaktoren“ (Petzold, 1988d, 2012h). Je nach Indikation und Ausrichtung kann ein übungszentriert-funktionaler, erlebniszentriert-stimulierender oder konfliktzentriert-aufdeckender Schwerpunkt gewählt werden (Petzold, Orth & Sieper, 2006).

Die Integrative Therapie selbst ist durch den engen Kontakt mit den Grundlagenwissenschaften, der Psychotherapieforschung und eigener kontinuierlicher Theorie-Forschungs-Praxisarbeit ständig in Entwicklung und hat verschiedene Entwicklungsstadien durchlaufen. Seit 2000 wird von ihrer „Dritten Welle“ gesprochen (Petzold, 2015).

Leibbegriff – integrative Perspektiven

Beginnend mit dem Interview von Hilarion G. Petzold wies dieser dem Leibbegriff (Petzold, 1985g, 2009c) eine enorme Bedeutung zu und erläuterte dessen Wichtigkeit folgendermaßen: Der Leib ist der lebendige, von Personhaftigkeit durchtränkte Organismus und damit überschreitet der phänomenologisch-hermeneutische Leibbegriff ein biologistisches Organismuskonzept, wie es z. B. Friedrich S. Perls und die Gestalttherapie vertritt. Der Organismus bietet die biologische Basis für Personhaftigkeit und Subjektivität, indem er die Welt und die Sozialwelt, die er zuvor interiorisiert hat (Vygotskij, vgl. Petzold, 2012h), auch nach außen verkörpert, was Petzold mit dem Begriff „embodiment“ bezeichnet (Petzold, 2002j). Der **phenomenal body** ist mit Bezug auf Merleau-Ponty (Ponty, 1974) der phänomenologische Wahrnehmungsleib (Petzold, 1985g), das Leibsobjekt, das als ganze Person leibhaftig präsent ist (Petzold & Sieper, 2012a). Petzold äußert sich an Gabriel Marcel anschließend folgendermaßen: „Ich **habe** keinen Körper, sondern ich **bin** der Leib, der ich bin“ und „ich kann allenfalls virtuell so tun als ob ich einen Körper **habe**, aber das Subjekt, das diesen Satz ausspricht *ich habe einen Körper* ist wiederrum der **Leib**, der das als Sprechender sagt“. Petzold beschreibt weiterhin, dass der Körper immer als „Leib in seinem Kontext“ gesehen werden muss und durch diese strukturelle *embeddeness* und *situatedness* nicht vom Kontext abstrahiert werden kann. Der Leib ist als *Zeit-leib* (Petzold, 1981e) eingebunden in ein Zeit-Kontinuum über eine Lebensspanne, eingebunden in ständige Entwicklungs- und Altersprozesse und ist immer durch die propriozeptiven Wahrnehmungen und Empfindungen seiner selbst „informiert“ und durch exterozeptive Eindrücke aus der Lebenswelt beeinflusst (Petzold, 2006p). Aus der Perspektive der Neurobiologie betrachtet bedeutet dies, dass es sich hierbei um Informationen handelt, die der Mensch aufnimmt und speichert. So wird vom Konzept des „informierten Leibes“ gesprochen. Des Weiteren beschreibt der Experte dazu, dass die Leiblich-

keit eines Menschen durch die Verinnerlichung als „Interiorisierung“ (sensu Vygotskij, 1931) von der Welt entsteht. Dies geschieht durch die Enkulturation und Sozialisation der Empfindungen, der Affekte, Emotionen, weiterhin von basalen und komplexen Kognitionen – letztere sind Werte, Wissensstände, Weisheit – (Petzold, 2009f; Petzold, Orth & Sieper, 2010a) aus dem jeweiligen kulturellen Raum, in welchem der Mensch enkulturiert und sozialisiert wird. Der Leib wird als der „Ort des Erlebens und Handelns“ über die ganze „Lebensspanne“ hin verstanden. Die *life-span-developmental psychology* ist charakteristisch für die Integrative Therapie (Sieper, 2007b). Petzold verweist im Gespräch auf die jüngsten Erkenntnisse der postkognitiven Neurowissenschaften (Petzold & Sieper, 2012a), wo von der Dialektik des bereits oben erwähnten *embodied* und *embedded* gesprochen wird. Das heißt, eine Person hat die Welt *embodied*, ist aber gleichzeitig in die Welt eingewurzelt, also *embedded*. *Embedded* beschreibt auch die Situationsgebundenheit (*situatedness*) einer Person (Petzold, 2006p). Lebenssituationen sind mehrperspektivisch zu betrachten. Sie betreffen stets nicht nur das Hier und Jetzt oder das Damals und Einst, sondern immer auch das Dort und Dann. Der Mensch lebt im Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Es geht hier somit um die Kontinuitäten und um eine raum-zeit-perspektivische Sichtweise im Sinne des „Chronotopos“ (Bachtin, 2008). *Kontext und Kontinuum* synthetisieren also im Leib, das Erleben und die Erfahrungen sind im „Leibgedächtnis“ (Petzold, 2002j) abgespeichert und verankert. Das Leibsubjekt bewegt sich „in der Zeit“ und in „Lebensräumen“ (Petzold, 2006p) und entwickelt sich mit seinen Entwicklungsaufgaben. Nach Petzold, Orth und Sieper braucht der Mensch diese Kontinua, da der Leib *sich* und die Umwelt beständig verkörpert und internalisiert, beziehungsweise interiorisiert. Damit ist eine lebenslange Entwicklung gegeben, die bis ins hohe Senium andauert (Petzold, Horn & Müller, 2010).

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse

Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft, die bereits Lurija 1935 in den Anfängen der Neuropsychologie benannte, haben gezeigt, dass es sehr wahrscheinlich zu allen psychischen Vorgängen Entsprechungen in neuronalen und psychophysischen, also somatischen Prozessen, gibt (Schnabel, Sentker & Otten, 1997). Diese Annahme sollte jedoch durchaus kritisch hinterfragt werden (Hüther & Petzold, 2012). Gebräuchliche Methoden zum Messen dieser Prozesse, die derzeit viel Zuspruch in Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie finden, sind insbesondere die Magnetresonanztomographie (Walter & Barth, 2005; Schneider & Fink, 2007), das Biofeedback (Rief et al., 2006) oder andere biophysikalische Methoden, die hier nicht weiter ausgeführt werden können (Schuch, 2008). Für die Jugendhilfe relevante Themen sind: komplexes Lernen (Spitzer, 2006; Blakemore & Frith,

¹ *Ursprünglich äußere Handlungen, die als nicht sichtbare Erkenntnishandlungen ablaufen.*

2012; Sieper & Petzold, 2002a) und die Neuroplastizität (Chalupa et al., 2011), die für den Niederschlag psychosozialer Einflüsse auf den Körper von Bedeutung sind, die therapeutische Beziehung, sowie neurobiologische präfrontal-kognitive und limbisch-emotionale Prozesse (Kornhuber & Deeke, 2009), die in jedem komplexen mentalen Geschehen zusammen spielen – hierbei wird oft von „emotionaler Intelligenz“ oder „reflexiver Sinnlichkeit“ bzw. „sinnlicher Reflexivität“ (Cassady & Eissa, 2008; Goleman, 2011; Heuring & Petzold, 2003) gesprochen.

Von besonderem Interesse für die Soziale Arbeit ist das Faktum, dass bewegungsorientierte Interventionen Spuren im Gehirn hinterlassen (Bernstein, 1967, 1988). Aktuelle Forschungsergebnisse² weisen darauf hin, dass beispielsweise mentales Training und Meditationsübungen messbare Veränderungen der Bahnungen und Vernetzungen hervorrufen können. So wird auch davon ausgegangen, dass sich aufgrund der Neuroplastizität Körper- und Bewegungsarbeit verändernd auf die Hirnstruktur auswirkt (Petzold & Sieper, 2008a). Unter **Neuroplastizität** wird „(...) die Fähigkeit des Zentralnervensystems (...), sich beständig den Erfordernissen des Gebrauchs optimal anzupassen- und dabei können neurale Netzwerke reorganisiert werden, indem neue synaptische Verbindungen zwischen den Neuronen geknüpft und bereits bestehende wieder gelöst werden“, verstanden (Rüegg, 2007, S. 19). Diese Fähigkeit des Gehirns ist für das Lernen (Sieper & Petzold, 2002a; Blakemore & Firth, 2012; Chudy & Petzold, 2011) eine der bedeutsamsten Eigenschaften in therapeutischen Maßnahmen, denn hier geht es um Lernen im Sinne von neuen Erfahrungen und Veränderungen auf verschiedenen Ebenen, zum Beispiel von neuem Verhalten, neuen kognitiven, emotionalen und volitionalen Mustern und bei der Bearbeitung von Traumata. Durch diese Fähigkeit des Gehirns, ständig und immerwährend neue neuronale Bahnungen zu schaffen, sind Veränderungen möglich, über deren Ausmaß und Umfang allerdings noch keine verlässlichen Forschungen vorliegen. Gemäß einer Hypothese Damasio werden alle Erfahrungen, die ein Mensch in seiner Entwicklung erfährt, auch körperlich verankert. Die verankerten Körperempfindungen wiederum haben Einfluss auf die Wahrnehmung des Menschen. Diese **somatischen Marker** sind ein „theoretisch eleganter Erklärungsversuch“, so Petzold, Entscheidungsverläufe und Interpretation von Informationen bei Menschen zu verstehen, die veränderungswirksam sein könnten. Leider wurde diese Erklärung bislang nicht durch belastbare Forschungsergebnisse gestützt, wendet er indes ein. Auf jeden Fall werden durch die Beeinflussung von Bewegung, Mimik und Gestik (Berthoz, 2000) mittels neuer Erfahrungen auch neue „embodiments“ erfolgen, so führt er unter Bezug auf die neue Disziplin der „social neurosciences“ aus (Anderson & Beauchamp, 2012; Decety & Cacioppo, 2011; de Haan & Gunnar, 2009). In der Integrativen Therapie wird schon lange mit emotionaler Mimik zur Emotions- und Befindlichkeitsbeeinflus-

² Weiterführende Informationen zur Meditationsforschung sind online verfügbar unter: <http://dasgehirn.info/handeln/meditation/die-neurowissenschaft-der-meditation-6094/> [Zugriff am 23.02.2015].

sung (Bloch & Lemeignan, 1992; Petzold, 2003a; Freitas-Magalhães, 2009, 2010) oder mit „Green Power-Training“ als Landschafts-out-door-Angebot zur Bewegungsarbeit (Petzold, Ellerbrock & Frank, 2011) gearbeitet.

Auf der neurobiologischen Ebene werden die pubeszenten Veränderungen im Körper am Beispiel der neuroendokrinen Veränderungen und der damit verbundenen neuronalen **Umstrukturierung im Frontalhirn** von Jugendlichen beschrieben (Blakemore & Choudhury, 2006). Nach Hüther geraten in der Pubeszenz die exekutiven Frontalhirnfunktionen, die für die Nutzung der sich nach der Phase der Pubeszenz ausbildenden hochkomplexen Metakompetenzen zuständig sind, in einen sehr unstrukturierten Zustand. Die Reorganisation des Gehirns zieht in der Regel die Ausbildung dieser Metakompetenzen nach sich. Im Frontalhirn liegen Netzwerke, die nach Hüther „hoffentlich bis zur Pubertät relativ gut ausgebaut worden sind“. Hüther führt aus: Die Pubeszenz stellt für alle Kinder durch die Veränderungsprozesse im Frontalhirn eine dramatische Umbruchphase dar. Die damit einhergehenden Zustände von Übererregung werden umso dramatischer, je schwächer das schon in der vorausgehenden Entwicklung ausgebildete Fundament ist. Wenn die exekutiven Frontalhirnfunktionen nur sehr dürftig ausgebildet waren, können sie in der Pubeszenz schneller zusammenbrechen. Das heißt, je drastischer der Übergang von dieser einen Phase in die andere ist, umso geringer ist die Strukturierung im Frontalhirn, so Hüther. Außenstehende erleben diese Phase als sogenanntes **latentes Frontalhirndefizit**. Viele Jugendliche können sich nicht mehr hinreichend in andere hineinversetzen, können Handlungen nicht mehr gut planen, können Impulse nur schlecht steuern und Frustrationen nicht mehr gut aushalten. Nach Hüther ist die Ausbildung dieser Metakompetenzen an Erfahrungen, die für das Kind in seinem Lebensmilieu **bedeutsam** waren, gebunden. Das Frontalhirn entwickelt sich in einer sehr komplexen Weise und ist stark abhängig von psychosozialen und sozioökologischen Einflüssen (Blakemore, 2008; Blakemore & Mills, 2014). In Bezug auf die Neuroplastizität beschreiben Hüther und Petzold, wie sich erlebte Erfahrungen im Kontext und Kontinuum „verfestigen können“. Hüther erklärt eine Erfahrung als ein Geschehen, bei dem in derselben Situation etwas Kognitives und etwas Emotionales erlebt wird. Eine Erfahrung ist nur dann eine Erfahrung, wenn diese körperlich spürbar ist und anschließend auch benannt werden kann, denn was erlebt wurde „das geht einem ja immer unter die Haut“. Der kognitive Anteil eines Netzwerks in der Hirnstruktur ermöglicht die verbale Beschreibung des Erlebnisses. Der emotionale Anteil ist, „wie man sich in dieser Situation gefühlt hat“. Diese beiden Qualitäten der Netzwerke, der kognitive und der emotionale Anteil, sind miteinander verknüpft, womit eine Erfahrung somit auch einen körperlichen Niederschlag findet. An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass wenn nicht genügend stabile Netzwerke im Hirn vorliegen, die Umbruchphase für Adoleszente wesentlich schwieriger zu bewältigen ist und es somit nahe liegt von einer sogenannten Vulnerabilität bzw. Verletzlichkeit zu sprechen. Petzold merkt dazu kritisch an, dass der Begriff der Vulnerabilität, der gerade im psychosozialen Bereich gerne genutzt wird, eine pathologisierende Sichtweise beschreibt. Adoleszenz ist aber auch eine Zeit der Chancen, so betont

er (Dahl, 2004). Er stellt heraus, dass zunächst einmal positiv und aus einer salutogenetischen Perspektive geschaut werden sollte, was die *challenges* (Herausforderungen) des Lebensalters sind und unter welchen Belastungen die Jugendlichen stehen. „Das was ich bin, ist die Gesamtheit aus meinen positiven und negativen Erfahrungen und Defiziterfahrungen“. Der Grad der Vulnerabilität ergibt sich nach Petzold aus der Gesamtheit dieser drei interagierenden Ströme. Gesellen sich Einflüsse belastender Lebensumstände und prekärer Lebenslagen (Petzold, 2006p) hinzu, so weitet sich die Vulnerabilität aus. Werden die in der Pubeszenz „aufgeschalteten“ Potenziale nicht gebraucht, so kommt es zu einer Rückbildung auch auf der neurophysiologischen Ebene, dem sogenannten *pruning*, d. h. dem „Ausjäten bzw. Ausschneiden“ der nicht genutzten neuronalen Bahnungen (Casey et al., 2008). Eine ständige Unterforderung müsste sich demnach ungünstig auf die jugendliche Entwicklung auswirken.

Traumatische Erfahrungen in der Adoleszenz

Petzold definiert ein Trauma als eine Überstimulierung, eine Störung als eine inkonstante Stimulierung, Defizite aber als eine Unterstimulierung. Entscheidend für Traumatisierung sind unkontrollierbare Überstimulierungen. Ein höchst bedrohliches Ausgeliefertsein an Gefahrensituationen, sagt er, sind hierbei das Gewaltklima und die -umstände, also der Kontext, worin sie erlebt wird. Bei der Traumatisierung findet eine Aktivierung des adrenergen Systems in Form von Furcht und Angst in einer Weise statt, dass es zu einer psychophysiologischen Entgleisung kommen kann mit der Gefahr der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (Friedman et al., 2010; van der Kolk et al., 2000). Es kommt dabei zu dysfunktionalen Lernprozessen (Sieper & Petzold, 2002a) auf einem physiologischen und psychologischen Niveau, die – wenn sie chronifizieren – Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung haben. Therapeutische Maßnahmen müssen dann alle diese Ebenen berücksichtigen durch ein neues „Lernen“ in benignen „Erfahrungen von vitaler Evidenz“, in denen „körperliches Erleben, emotionale Erfahrung und kognitive Einsicht im Kontext zwischenmenschlicher Bezogenheit“ stattfinden kann. Es sind inzwischen zahlreiche Modelle der Traumatherapie entwickelt worden (Maerker, 2013; Watts et al., 2013; Bisson et al., 2013); viele fokussieren dabei Expositionsverfahren, also die bewusste Konfrontation mit angstbesetzten Situationen (Shapiro & Forrest, 1998). Sie bieten besonders bei „komplexen PTSD“ (*Post Traumatic Stress Disorder*) oder „DESNOS“ (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) ein Retraumatisierungsrisiko; außerdem ist die Forschungslage bezüglich Wirkungsmechanismen immer noch umstritten (McNally, 2013). Für die Behandlung von Jugendlichen – wie oft für diese Populationen – sind die Befunde noch nicht sonderlich eindeutig. Ohne solide empirische Evaluationen, die auch Risiken und Nebenwirkungen zu erfassen suchen (Märtens & Petzold, 2002), sollte man in der Expositionsbehandlung oder EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bei Kindern und Jugendlichen zurückhaltend sein,

denn viele der angepriesenen Popularisierungen dieser Ansätze sind nicht durch kontrollierte, nebenwirkungssensible Studien abgesichert und die hypothetisierten Einflüsse auf Gedächtnisprozesse sind nicht mit der Neurophysiologie der Pubeszenz und Adoleszenz synchronisiert. Angesichts der pubeszenten bzw. früh-adoleszenten Krise treffen Traumatisierungen, besonders „man made disaster“ (Petzold, 2000a) auf ein vulnerables Milieu, in dem mit sanften, ressourcenorientierten Methoden und im Sinne eines Vygotskijischen Ansatzes durchaus erfolgreich gearbeitet werden kann, wie Petzold betont (Miltenburg & Singer, 1997, 1999a), wobei er ein multimodales Vorgehen mit einem „Bündel von Maßnahmen“ (*bundling*) empfiehlt, wie es die Integrative Drogen- und Suchtkrankentherapie seit ihren Anfängen praktiziert hat (Petzold, 1974b) und bis heute in verbesserter Methodik nutzt – auch in der Behandlung von Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Petzold, 2014i), ähnlich den Behandlungsansätzen von Gunderson und Links (2014). Da die Umgebung von Jugendlichen und ihr Entwicklungsgeschehen so wesentlich sind, ist es sinnvoll, Behandlungen als „Karrierebegleitungen“ anzulegen (Petzold & Hentschel, 1991) und auch hier mit „bundling“, konzertierten Maßnahmen, zu arbeiten unter Einbezug der Familie (Petzold, Ehrhardt & Josić, 2006) und des sozialen Kontextes (Petzold, 2007d; 2009d), wobei spezifisch der „Vierte Weg der Heilung und Förderung“ (4. Weg: Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen) und die sozial orientierten Items der „14 Heilfaktoren“ fokussiert werden (Petzold, 2012h; Erpelding, 2012). Derartige Bündel umfassen im Integrativen Ansatz Psychotherapie, Soziotherapie (Petzold, 1997c), Netzwerktherapie, Familienhilfe, Bewegungs-/Sporttherapie und ggf. personalisierte Medikation (Petzold, 2014i). Ganz ähnlich wird in der „Trauma Systems Therapy“ (TST) vorgegangen, einem modernen, integrativ arbeitenden, karrierebegleitenden Ansatz der Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, der ihre emotionalen, sozialen (Familie, Schule, Nachbarschaft) Bedürfnisse berücksichtigt und auf Verhaltensdimensionen zentriert (Saxe et al., 2005; 2012). Das Programm zeigt evidenzbasiert gute Wirkungen (Saxe et al., 2005; 2012), was insgesamt für multimodale Programme charakteristisch zu sein scheint, weil ja auch multiple Schädigungen vorliegen.

Nach Petzold kann durch eine Traumatisierung bei Adoleszenten eine Abstumpfung (*numbing*) des ohnehin schon desorientierten empathischen Vermögens erfolgen, aber es kann auch zu Hyperarousal-Situationen kommen, wodurch die oft schon schwierige Kommunikation mit der Umgebung erschwert wird. Prekär wird die Situation, wenn in Problemfamilien mit Gewaltpotenzial ein Milieu vorliegt, wo die traumatischen Situationen sich perpetuieren (Michaelis & Petzold, 2010). Das kann Drogenabhängigkeit begünstigen durch Modellernen und kann als Notstrategie eines „evasiven copings“ betäubendes Suchtverhalten fördern, womit immer auch die Gefahr der Devianzentwicklung gegeben ist oder ein Abgleiten in gewaltbereite Szenen bis zu rechtsradikalen Milieus. Auch deshalb sind umfassende Hilfen erforderlich (Petzold, Schay & Ebert, 2004), nicht zuletzt familientherapeutischer Art (Michaelis & Petzold, 2010). Das wird auch notwendig, wenn es



um Familien geht, die insgesamt traumatisiert sind, wie das bei MigrantInnen oft der Fall ist (Petzold, Ehrhardt & Josić, 2006).

Durch solche Sozialisierungen sind die Kinder/Jugendlichen multiplen Schädigungen ausgesetzt. Es kommt immer wieder zu einer Mangelentwicklung oder Abstumpfung des empathischen Vermögens, wenn die Eltern selbst schwach in ihrer Empathiefähigkeit den Kindern gegenüber und untereinander sind. Die Konsequenz daraus ist, betont Petzold, dass den Kindern dadurch wichtige Empathieerfahrungen fehlen, die sie zur Entwicklung von Selbstempathie durch „Interiorisierung“ brauchen (Petzold, 2012h), da sie selber nicht richtig empathisiert worden sind. Leider wird kaum beachtet, dass Kindern von ihren Eltern oft verwehrt wird, sie selbst zu empathisieren, was ebenso schwerwiegend sein kann, wie nicht empathisiert zu werden, denn Empathie in Nahraumbeziehungen muss wechselseitig sein (Petzold & Müller, 2007). Bei der wechselseitigen Empathie übernehmen Menschen – nach dem russischen Psychologen Lev Semënovič Vygotskij – durch Interiorisierung das *empathisiert werden*, mit der Zielsetzung, dass sie sich selbst gegenüber Empathie lernen: Selbstempathie, Selbsttröstung, Selbstliebe gründet also in der Erfahrung und Interiorisierung dieser Qualitäten. Vygotskij (1930) beschreibt, dass demnach die Interiorisierung Grundlage der Sozialisation ist, denn das Kind ist schon ab ovo ein soziales Wesen, das Entfaltungsraum in „Zonen der nächsten Entwicklung“ erhalten muss. Trost zu erfahren im *getröstet werden* dient letztendlich dem Ziel, Selbsttröstung zu erlernen. Petzold meint damit, dass man eine erlebte, entgegengebrachte Erfahrung dann sich selbst entgegenbringen kann.

Hüther betont bei einem Trauma insbesondere die Erfahrung der völligen Ohnmacht. Beispielsweise besteht das empfundene Ohnmachtsgefühl von traumatisierten Personen auch in sensorischen Wahrnehmungen. Dieses Ohnmachtsgefühl wird jedoch erst dann erlebt, wenn die Notfallprogramme „*fight or flight*“ nicht mehr funktionieren. In der Neurobiologie wird dies durch das sogenannte *Hebb'sche-Prinzip* „*cells that fire together, wire together*“ (Zellen, die gleichzeitig feuern, verdrahten sich untereinander) erklärt. Die Anteile sind mit dem Erlebnis fest in einem Netzwerk verankert und die synaptischen Verbindungen entstehen durch die gleichzeitige Aktivierung der Nervenzellen. Das heißt: ein Trauma ist mnestisch also multipel vernetzt – hier beispielsweise das Ohnmachtsgefühl – und kann durch einen Geruch oder das Einnehmen der gleichen Körperhaltung reaktiviert werden. Des Weiteren spielt nach Hüther die **Selbstwirksamkeit** eine wichtige Rolle bei der Traumatisierung und deren Bearbeitung. Er beschreibt, dass eine Traumatisierung in der Adoleszenz (und nicht nur in dieser) umso schneller und dramatischer verläuft, wenn ein/e Adoleszente/r ein geringes Selbstwirksamkeitsgefühl hat und dadurch auch alte Traumata leichter wieder hervorgerufen werden können. In der Adoleszenz ist der Mensch, wie schon erwähnt, besonders empfindlich – *vulnerabel* – und kann, bei bereits vorhandenem traumatischen biographischem Hintergrund, leicht retraumatisiert werden. Zur **sozialen Dimension eines Traumas**, merkt Hüther an, dass es leider meist nicht als lebensbedrohlich betrachtet wird, wenn ein Mensch aus einer Gemeinschaft ausgeschlossen wird

oder wenn er z. B. keine Aufgaben bekommt. In unserer Gesellschaft wird dies radikal akzeptiert, weshalb die Folgen von solchen traumatischen Erfahrungen „nirgendwo dazugehören zu dürfen“ und „nicht frei und autonom werden zu dürfen“, nicht als Trauma bezeichnet werden. Petzold zieht den Begriff der „Souveränität“ dem der Autonomie vor, der suggeriert, dass wir keine Anderen brauchen, aber wir brauchen die anderen angrenzenden „Souveräne“, durch die wir im „Aushandeln von Grenzen und Positionen“ eigene Souveränität gewinnen (Petzold & Orth, 2014), was gerade in der Arbeit mit Jugendlichen zentral ist. Aus neurobiologischer Sicht handelt es sich bei Ausgrenzungen aus einer Gemeinschaft sehr wohl um ein Trauma. Derartige traumatische Erfahrungen verdichten sich im Hirn zu einer Haltung, die wiederum Verhalten steuert, so Hüther. Für die Klinische Sozialarbeit bedeutet dies, dass wenn Verhalten verändert werden soll, auch die dahinterliegende Haltung mitbeachtet werden muss.

Petzold (2007d) erweitert diesen Einfluss der sozialen Faktoren auf Adoleszente um evolutionsbiologische Erklärungsansätze. Demnach können mangelnde passende Umweltantworten auf die evolutionsbedingten Bedürfnisse von Adoleszenten ebenfalls zu schweren Belastungen führen. Petzold stellt diese evolutionsbiologischen Faktoren in einen Zusammenhang mit der gesellschaftsbedingten verlängerten Dauer der Adoleszenz seit der Moderne und zeigt Möglichkeiten auf, wie auf diese passend eingegangen werden könnte. Er hebt in seinem Ansatz immer wieder gegen eine einseitige Pathologieorientierung hervor, dass die massiven neurobiologischen Umstellungen in Pubeszenz und Adoleszenz auch eine Chance sein können, da bei entsprechendem Umweltangebot ja auch neue neuronale Verknüpfungen entstehen. Es besteht in der Adoleszenz die **große Chance** durch das „*new sprouting*“ – die Entwicklung von neuem, neuronalem Material – auch neues Verhalten zu entwickeln. Das bedeutet: es besteht ein massives Potenzial an Chancen bei Adoleszenten, wenn sie adäquate Angebote – passende Umweltantworten – bekommen, um somit ihr Potenzial und das des Kontextes auch ausschöpfen zu können. Dabei brauchen sie Erwachsene und konstruktive Peers: „*One caring Adult*“, wie Jugendstudien zeigen (Murphy et al., 2013). Damit gelten für die Arbeit mit Jugendlichen folgende Leitprinzipien: „Mache dich selbst zum Projekt! – Nutze Gelegenheiten als Chance! – Suche konstruktive Mitmenschen! – Vertraue deinem Gehirn“ (Petzold, 2014t).

Therapeutische Beziehung

Ein weiterer in den Interviews beleuchteter Aspekt ist die *therapeutische Beziehung* als zentraler Wirkfaktor in therapeutischen Settings (Grawe, 2004). Sie macht, wie schon eingangs erwähnt, 1–30% der Wirksamkeit in Therapien aus (Asay & Lambert, 1999; Lambert, 2013); hat also auch ein sattes Potential des Misslingens. Die therapeutische Beziehung wird als eine spezielle intersubjektive, zwischenmenschliche und professionelle Beziehung angesehen (Petzold, 1980g), die überwiegend mit *Angrenzungen* in einem konvivialen Raum arbeitet (Petzold,



2012c) und ist ein wesentlicher Bestandteil der Sozialen Arbeit. Aber Vorsicht, nicht jede Beziehung in der Sozialen Arbeit ist heilsam und hilfreich. Oft sind leider falsche Ideologien mit verdeckt punitiven Kommunikations- und Interaktionsstilen in der Praxis zu finden – besonders in der Suchtarbeit. Nach Petzold haben die Soziale Arbeit, die Psychotherapie und die Pädagogik mindestens zwei „gemeinsame Nenner“, dass nämlich 1. alles über persönlich bedeutsames „Lernen“ läuft (Sieper & Petzold, 2002a), und 2. über Beziehungen, in denen das wichtigste, das interpersonale Lernen in Affiliationsverhältnissen, stattfindet (Petzold & Müller, 2007). Demnach ist in jeder Form der Menschenarbeit das Bedeutendste die Beziehung oder nach Petzold, die „Relationalität“. Die Relationalität ist der wissenschaftliche Oberbegriff für den Kontakt, die Begegnung, die Beziehung, die Bindung, die Abhängigkeit und letztlich auch für pathologische Formen wie die Hörigkeit von Menschen.

Nach Petzold ist in diesen Formen der „Menschenarbeit“ ein wichtiges Moment, dass hier nämlich „Interiorisierung“ geschieht, ein „benignes Embodiment“ eines „*significant caring other*“, das durch die Verinnerlichung einer neuen Beziehungserfahrung möglich wird. Diese Beziehungsarbeit ist grundsätzlich eine Herausforderung, da dysfunktionale Muster kaum Begegnungsmöglichkeiten und kaum Blickdialoge ermöglichen. In der Bewegungsarbeit ist das nicht anders als in der verbalen Beratung, denn es geht auch hierbei immer um ein „Aushandeln von Grenzen und Positionen“, gerade wenn es um Körperkontakt und/oder um Berührung geht. Für Hüther ist Selbstreflexion wesentlich: der/die Behandelnde muss wissen, was er/sie selbst für eine Person ist, damit er/sie in der Lage ist, gerade die *hard-to-reach* KlientInnen einzuladen. Er sagt, dass es dabei nicht darauf ankommt denjenigen/diejenige, den/die man mag, einzuladen, sondern vor allem diejenigen einzuladen „*die fast schon ein bisschen gefährlich sind, vor denen ich selber Angst habe oder die mir so unangenehm sind, dass ich eigentlich einen Ekel kriege. Es ist die Kunst, dass man jemanden einladen kann, den man gar nicht mag*“. Das versteht die Integrative Therapie unter „Konvivialität“, mit Derrida (2001) unter fundamentaler Gastlichkeit (Orth, 2010). Nach Hüther ist eine solche Einladung möglich, aber es erfordert hohe Kompetenzen von Seiten der SozialarbeiterInnen, über die noch forschungsgestützt gearbeitet werden muss, auch darüber, wie sie entwickelt und geschult werden können. KlientInnen zu ermutigen ist der nächste Schritt, aber dieser ist nach Hüther genauso schwer, denn jemanden ermutigen können setzt voraus, dass die SozialarbeiterInnen selbst daran glauben, dass es geht.

Hüther und auch Petzold benennen zudem das Problem der Nähe-Distanz-Regulation im professionellen Kontext. Zu starke Abgrenzung verhindert neue positive Erfahrung. SozialarbeiterInnen und KlientInnen müssten sich *einlassen* und neue Erfahrungen zulassen. Wenn KlientInnen wie Objekte behandelt werden, mit dem Ziel der professionellen Distanzregulierung, wird eine Verbundenheit zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn gar nicht erst entstehen, so Hüther. Petzold merkt ebenso an, dass die Abstumpfung des empathischen Vermögens, als eine Form der Traumatisierung, von TherapeutInnen unbewusst übernommen wird und so-

mit die KlientInnen keine neue Form der Beziehung, der Relationalität, erfahren können.

Interventionen

Befragt nach sinnvollen Interventionen in der Arbeit mit Jugendlichen schlägt Petzold Elemente aus der Leibtherapie vor, denn man setzt hier mit einer „komplexen Achtsamkeit“ an – Achtsamkeit für den Anderen und seine Situation – man beginnt also anders als mit der „Autozentriertheit“, die viele Achtsamkeitsansätze kennzeichnet (Petzold, Moser & Orth, 2012). Erst dann geht es um „multiple sensorische Stimulierungen“ (ebenda) oder um „cardio-vasculo-pulmonäres Ausdauertraining“ wie z. B. das Lauf- oder Walking-Training (Waibel & Jakob-Krieger, 2009). Des Weiteren unterstreicht er, dass Bewegungsangebote benötigt werden, die zunächst funktionale Bewegungen ermöglichen, da sich der Mensch ja zunächst mit dem physikalischen Körper bewegt. Hierbei spielt die funktionierende Bewegungsphysiologie eine zentrale Rolle, damit der Mensch Leistungen bringen kann, aber auch in der Lage ist entspannen zu können. Laut Petzold (2010b) besteht Gesundheit aus den drei folgenden Aspekten: Gesundheit (*health*), Wohlbefinden (*wellness*) und Fitness (*fitness*). *Happiness* mag dann dazu kommen. Petzold erklärt abschließend, dass aus evolutionsbiologischer Sicht der Mensch zum Laufen bestimmt ist, jedoch der Mensch in der heutigen Gesellschaft zunehmend so sozialisiert wird, sich meistens nicht bewegen zu müssen. Unter Berücksichtigung evolutionsspezifischer Aspekte bei Jugendlichen sollte eine Körper- und Bewegungsarbeit **„action-reich“ und aggressionsbändigend** sein. Es soll also das angeboten werden, was auf Jugendliche anziehend wirkt, wie z. B. Kampfkunst (Bloem, Moget & Petzold, 2004), wobei es aber nicht um Vollkontakt-Richtungen gehen soll, sondern um die klassischen Wege, die helfen den **„Willen zu üben und kontrollieren zu lernen“**, insbesondere aggressive Impulse (Bloem, Moget & Petzold, 2004). Das Entscheidende ist jedoch nicht nur bei der „Action“ zu bleiben, sondern dabei in die Beziehung zu gehen. Es ist demnach davon auszugehen, dass die adoleszenten zerebralen Strukturen noch äußerst stark von den originären frühmenschlichen Gesellschaften geprägt sind. Psychosoziale Hilfsangebote müssten so konzipiert sein, dass das Bedürfnis der Adoleszenten nach aktionalem Handeln in der Verbindung mit kognitivem, emotionalem und volitionalem Lernen gedeckt wird. Nach wie vor ist in heutigen Jugendsubkulturen das gemeinsame aktionale Tun extrem bedeutsam (Lammel, 2010), vergleichbar damit, wie früher das gemeinsame Jagen und Kämpfen ein sinnvolles Tun dargestellt hat. Hüther erklärt dazu, dass körperorientierte und therapeutische Verfahren immer die Möglichkeit bieten, dass die KlientInnen ihre Körperlichkeit bzw. Leiblichkeit wiederentdecken. Retrospektiv beschreibt er, dass am Anfang des Menschenlebens Freiheit und Verbundenheit am eigenen Körper erlebt worden ist und der Mensch dadurch bei sich selbst zu Hause war und gleichzeitig über sich hinausgewachsen konnte. Seiner Ansicht nach ist dies das typische Bild für die gesamte

pränatale Erfahrung, die tief in uns verwurzelt ist. Er beschreibt die Körperarbeit am Beispiel des gemeinsamen Schwimmens, was für KlientInnen ein basales Erlebnis werden kann. Das Spüren des Wassers, der Wärme und der Bewegung in der Schwerelosigkeit am eigenen Körper. Diese Erfahrung ermöglicht „Bilder“, aus denen sich erneut eine geistige Haltung entwickeln kann. Hüther merkt weiter an, dass es durchaus sein kann, dass Menschen erst einmal über das gemeinsame Tun mit anderen in eine Beziehung kommen müssen, um dann erst über diese heilende Beziehung wieder zum eigenen Körper zurück zu kommen. Er betont, dass es gerade hierbei darum geht, wieder eine Beziehung zu sich selber herzustellen. Ihm ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass das Schwimmen aber nur der Anfang des Beziehungsaufbaus ist und weitere Beziehungsangebote folgen müssen. Er empfiehlt, den Blick darauf zu richten, wie man Jugendliche mit anderen zusammenbringt und **heilsame Solidaritätserfahrungen** ermöglicht werden. Petzold betont, dass „über die Erfahrung des Anderen und mit dem Anderen zu sich gefunden werden kann“. Hüther spricht ebenfalls davon, dass folgend „zwei miteinander etwas drittes machen wollen“. Wie auch Petzold anmerkt, ist die funktionale Bewegung hier relativ unwichtig. Es geht um Beziehung, das Miteinander-Bewegen zählt (Waibel & Jakob-Krieger, 2009). Bei der Bearbeitung eines Traumas ist nicht nur der bewusste Einsatz körperlicher Interventionen wichtig. Hüther betont, „*dass es am Ende nur darum geht, dass die betreffenden Personen eingeladen, ermutigt und inspiriert werden müssen noch einmal eine neue, eine andere Erfahrung zu machen*“. Petzold setzt mit Vygotskij auf „**alternative Erfahrungen**“ um Retraumatisierungen zu vermeiden.

Bedeutung für die Klinische Sozialarbeit

Eine leibtherapeutisch fundierte „Körper- und Bewegungsarbeit“ nach unserem Verständnis ist mehr, als erlebnispädagogische Methoden bieten, und weniger als die Integrative Bewegungstherapie und/oder Psychotherapie in der klinischen Behandlung anbietet (Petzold, 1988d). Die Klinische Sozialarbeit mit ihrer ganzheitlichen, interdisziplinären Sicht und einem bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnis ist nach entsprechender Schulung in der Lage, körper- und bewegungsorientiert zu arbeiten und derartige Techniken bewusst und gezielt einzusetzen. Dabei ist die Verknüpfung von funktionaler Bewegung und therapeutischen Elementen im In-door- und Out-door-Setting wesentlich und ermöglicht zudem den KlientInnen wieder eine Beziehung zu sich selbst und auch zu ihrer sozialen und ökologischen Umwelt aufzubauen. Dazu sind jedoch die fachliche und theoretische Fundierung von therapeutischen Verfahren, eine **hinreichende Methodenkompetenz**, sowie ein hohes Maß an **Selbstreflexion** von Seiten der behandelnden, begleitenden, fördernden, betreuenden klinischen SozialarbeiterInnen von Nöten. SozialarbeiterInnen mit klinischem Sachverstand können in der Arbeit mit Jugendlichen heilsame Unterstützung bei der Bewältigung von psychosozialen Belastungen und Traumatisierungen leisten. Oft ist die Soziale Arbeit die einzige Berufsgruppe, die

im sozialen Nahraum den hochbelasteten Jugendlichen begegnet, da der Weg in eine Psychotherapie oft erst geebnet werden muss oder aufgrund langer Wartezeiten oft ganz verschlossen bleibt. Wenn es die Aufgabe der Klinischen Sozialarbeit sein will mit Jugendlichen, die in der Regel problematische Bindungs- und Beziehungsmuster aufweisen, effektiv zu arbeiten, dann muss über neue Formen der Nähe-Distanz-Regulierung in der Jugendhilfe nachgedacht werden – auch unter gender- und diversity-theoretischen Perspektiven, um ihre **Integrität** zu sichern (Petzold & Orth, 2011). Nur durch wechselseitige Empathie kann nach Hüther und Petzold eine neue Erfahrung interiorisiert werden. Es ist somit die große Kunst der modernen sozialen Unterstützungsprojekte etwas bedeutsam zu machen: *„Man muss es schaffen, diese Jugendlichen einzuladen, zu ermutigen auch zu inspirieren eine Erfahrung machen zu wollen, die sie bisher noch nicht in dieser Form gemacht haben und von der man sich aber wünscht, dass man sie endlich macht.“* Letztendlich geht es doch um Eines: viele junge Menschen, die noch am Anfang ihres Lebens stehen, benötigen Hilfe, Rat, Zuspruch, Ermutigung und Beistand dabei, *„sich gleichzeitig frei und verbunden fühlen zu können“* so Hüther.

Literatur (Auswahl)³

- Anderson, V. & Beauchamp, M. H. (2012): *Developmental Social Neuroscience and Childhood Brain Insult: Theory and Practice*. New York: Guilford.
- Casey, B. J., Jones, R. M. & Hare, T. A. (2008): *The Adolescent Brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
- Deloie, D. (2012): *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Derrida, J. (2001): *Von der ‚Gastfreundschaft‘, mit einer ‚Einladung‘ von Anne Dufourmantelle* (2. durchges. Auflage 2007). Graz-Wien: Passagen Verlag.
- Dorfman, R. A. (1996): *Clinical Social Work: Definition, Practice und Vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (2009): *Klinische Sozialarbeit. Forschung für die Praxis – Forschung aus der Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 2*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005): *Klinische Sozialarbeit*. München [u. a.]: Reinhardt.
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

³ Eine vollständige Literaturliste steht auf der Homepage des Verlages zum Download bereit unter: http://www.verlag-modernes-lernen.de/pdf/literaturliste/1258_floren.pdf



- Hüther, G. & Petzold, H. G. (2012): Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In: H.G. Petzold, Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen (S. 207–242). Wien: Krammer. Online verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-18-2013-gerald-huether-hilarion-g-petzold.html> [Zugriff am 21.3.2015].
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. & Straus, F. (2006): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rowohlt.
- Lammel, U. A. & Fischer, M. (2009): Jugend und Sucht. Analysen und Auswege. Schriften der Katho NRW, Band 10. Opladen: Barbara Budrich.
- Lammel, U. A. (2010): Jugendkulturen und ihre Suchtmittelaffinität. In: D. Sarrazin (Hrsg.), Jugend zwischen Abstinenz und Abhängigkeit. Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum Suchtmittelkonsum junger Menschen. DG-Sucht 2009. Münster: Druckerei Burlage.
- Lammel, U. A. (2014): Die zweite Chance nutzen! Bindungsorientierte pädagogisch-therapeutische Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen (S. 157–170). In: A. Trost (Hrsg.), Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Dortmund: Borgmann.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (2. überarbeitete Auflage). Weinheim und München: Juventa.
- Petzold, H. G. (1993a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Schay, P. & Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Band I. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G. (2007d): „Mit Jugendlichen auf dem WEG ...“. Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Ausgabe 09/2007.
- Petzold, H. G. & Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.
- Ponty, M. (1974): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Rüegg, J. C. (2007): Gehirn, Psyche und Körper. Stuttgart: Schattauer.
- Schuch, H. W. (2008): Einige kritische Anmerkungen und Fragen zum Geltungsanspruch der Neurobiologie aus Sicht der Integrativen Therapie. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Ausgabe 31/2008.
- Sieper, J. & Petzold, H. G. (2002b): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Ausgabe 11/2002.
- Spitzer, M. (2006): Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Stelling, K., Kuhn, K., Riedel-Heller, S. & Jungbauer, J. (2009): Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 119–124.
- Storch, M., Cantieni, B., Tschacher, W. & Hüther, G. (2006): *Embodiment*. Bern: Huber.
- Streeck-Fischer, A. (2014): *Trauma und Entwicklung*. Stuttgart: Schattauer.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (2000): *Traumatic Stress (Erweiterte deutsche Ausgabe)*. Paderborn: Junfermann.
- Vygotsky, L. S. (1930/1978): *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Waibel, M. J. & Jakob-Krieger, C. (2009): *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Walter, H. & Barth, M. (2005): *Funktionelle Bildgebung in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Zusammenfassung: Integrative Perspektiven zu körper-orientierten Ansätzen in der Jugendhilfe: annotierte Experten-Interviews

Um für eine klinische Sozialarbeit einen fundierenden theoretischen Hintergrund für körper-orientierte Arbeitsformen zu gewinnen wurden G. Hüther und H. Petzold als Experten zum Thema „Leiblichkeit“ und „Gehirn“ interviewt. Dabei wurde deutlich, dass Konzepte der Integrativen Therapie allgemein (etwa im Hinblick auf die „Therapeutische Beziehung“) aber auch spezifisch (etwa im Hinblick auf die Arbeit mit Traumatisierungen) eine hohe praxeologische Relevanz haben.

Eine Langversion dieser Arbeit mit vollständiger Literatur wird in Polyloge 16/2015 eingestellt.

Schlüsselwörter: Klinische Sozialarbeit, Integrative Therapie, Leiblichkeit, Gehirn, Traumatherapie

Summary: Integrative Perspectives concerning body-oriented approaches in youth welfare: annotated expert interviews

In order to provide for clinical social work basic assumptions for body-oriented forms of practice G. Hüther and H. Petzold have been interviewed as experts concerning the topic “Corporeality” and “brain”. By this it became evident, that concepts of Integrative Therapy in general (e.g. concerning the therapeutic relationship) but also specifically (e.g. concerning the work with traumatization) are highly relevant for Praxeology.

A longer version of this text with full literature will be posted in Polyloge 16/2016

Keywords: Clinical Social Work, Integrative Therapy Youth Welfare, Corporeality, Brain, Trauma Therapy