

GRÜNE TEXTE

Die NEUEN NATURTHERAPIEN Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik (peer reviewed)

2015 begründet und herausgegeben von
Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold* (EAG) in Verbindung mit:

Gartentherapie:

Konrad Neuberger, MA, D Düsseldorf, *Edith Schlömer-Bracht*, Dipl.–Sup. D Brilon

Tiergestützte Therapie:

Dr. phil. Beate Frank, D Bad Kreuznach, *Ilonka Degenhardt*, Tierärztin, D Neuwied

Landschafts- und Waldtherapie:

Bettina Ellerbrock, Dipl.-Soz.-Päd. D Hückeswagen, *Christine Wosnitza*, Dipl. Biol., D Wiehl

Gesundheitsberatung, Health Care:

Doris Ostermann, Dipl.-Soz.-Päd., D Osnabrück, *Dr. rer. pol. Frank-Otto Pirschel*, D Bremen

Ernährungswissenschaft, Natural Food:

Dr. med. Susanne Orth-Petzold, MSc. Dipl. Sup., D Haan, *Dr. phil. Katharina Pupato*, Ch Zürich

Green Meditation:

Ilse Orth, Dipl.-Sup. MSc., D Erkrath, *Tom Ullrich*, Dipl.-Soz.-Arb. D Ulm

Ökopsychosomatik:

Dr. med. Ralf Hömberg, D Senden, *Dr. mult. Hilarion Petzold*, D Hückeswagen

Naturgestützte Integrative Therapie:

Dr. med. Otto Hofer-Moser, Au Rosegg, *Susanne Heule*, Psychol. Lic. rer. publ. CH Zürich

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Grüne Texte ISSN 2511-2759

Ausgabe 18/2017

Integrative Gartentherapie in der Arbeit mit biographisch belasteten Menschen am Beispiel einer Klientin – ein kommentiertes Behandlungsjournal

Susanne Krüskemper *

Erläuternde Einführung von *Hilarion G. Petzold*

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Mailto: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).
Abschlussarbeit, geschrieben bei Prof. Dr. Hilarion G Petzold



„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ am Beversee, Hückeswagen

Inhaltsverzeichnis

Einführung: Zur Wirkung der Gartentherapie und zur Dokumentation und Qualitätssicherung ihrer Praxis, Hilarion G. Petzold

1. **Einleitung**
 - 1.1 Persönliches
 - 1.2 Vorstellung der Einrichtung
 - 1.3 Grund der Themenauswahl
2. **Gartentherapie**
 - 2.1 Der Begriff Gartentherapie
 - 2.2 Was ist Gartentherapie?
 - 2.3 Seit wann und wo wird Gartentherapie eingesetzt?
 - 2.4 Ziele der Gartentherapie
3. **Theoretische und praxeologische Grundlagen – Perspektiven des „Verfahrens“ der Integrativen Therapie für ihre „Methode“ die Integrative Gartentherapie**
 - 3.1 Die anthropologische Grundposition der Integrativen Therapie
 - 3.2 Die Entwicklung in der Lebensspanne
 - 3.3 Intersubjektive Ko-respondenz
 - 3.4 Die vier Wege der Heilung und Förderung
 - 3.4.1 Erster Weg der Heilung und Förderung
 - 3.4.2 Zweiter Weg der Heilung und Förderung
 - 3.4.3 Dritter Weg der Heilung und Förderung
 - 3.4.4 Vierter Weg der Heilung und Förderung
 - 3.5 Die 14 Heilfaktoren
 - 3.6 Das Tetradische System
 - 3.6.1 Initialphase
 - 3.6.2 Aktionsphase
 - 3.6.3 Integrationsphase
 - 3.6.4 Neuorientierungsphase

- 3.7 Die hermeneutische Spirale
- 4. Expliziter und impliziter Auftrag**
- 5. Initiale Diagnostik (Statusanamnese)**
 - 5.1 Biographische und psychosoziale Anamnese
 - 5.2 Fünf Säulen der Identität
 - 5.2.1 Leiblichkeit
 - 5.2.2 Soziales Netzwerk
 - 5.2.3 Arbeit, Leistung und Freizeit
 - 5.2.4 Materielle Sicherheit
 - 5.2.5 Werte und Normen
 - 5.3 Diagnose nach ICD-10 und ICF
- 6. Prozessuale Diagnostik**
 - 6.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse
 - 6.2 Leibfunktionsanalyse
 - 6.2.1 Perzeptiver Leib
 - 6.2.2 Expressiver Leib
 - 6.2.3 Memorativen Leib
 - 6.3 Problem- und Konfliktdanalyse
 - 6.3.1 Defizite
 - 6.3.2 Störungen
 - 6.3.3 Traumata
 - 6.3.4 Konflikte
 - 6.4 Beziehungsanalyse
 - 6.5 Netzwerk- und Lebensweltanalyse
 - 6.6 Ressourcenanalyse
 - 6.7 Kontinuumanalyse
 - 6.8 Sinnanalyse
 - 6.9 Interaktionsanalyse
 - 6.9.1 Relationen der Bezogenheit
 - 6.9.2 Übertragungen
 - 6.9.3 Widerstand und Reaktanz
 - 6.9.4 Gegenübertragungsresonanzen
 - 6.9.5 Interaktionsverhalten im therapeutischen Setting
- 7. Therapeutisches Rahmencurriculum**
 - 7.1 Therapieplan
 - 7.2 Therapieverlauf
 - 7.3 Therapieziele
 - 7.3.1 Global- und Richtziele
 - 7.3.2 Persönlichkeitsbestimmte Ziele
 - 7.3.3 Lebensweltbestimmte Ziele
 - 7.3.4 Methodenbestimmte Ziele
- 8. Behandlungsverlauf**
 - 8.1 Erstgespräch
 - 8.2 1. Gartentherapieabschnitt April/Mai
 - 8.3 2. Gartentherapieabschnitt Mai/Juni
 - 8.4 3. Gartentherapieabschnitt Juni/Juli
 - 8.5 4. Gartentherapieabschnitt Juli/August
 - 8.6 Praktikum in einer Gärtnerei August-Oktober
 - 8.7 Flankierende Maßnahmen
- 9. Behandlungsergebnis**
 - 9.1 Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung der therapeutischen Interventionen orientiert am Konzept der „vier Wege der Heilung und Förderung“
 - 9.2 Behandlungsergebnis im Hinblick auf die Veränderung im Identitätserleben orientiert am Modell der „5 Säulen der Identität“
- 10. Synergie-Wirkungen in „Bündeln von Maßnahmen“**

Zusammenfassung/Summary

LITERATURVERZEICHNIS I (*Krüskemper*)

LITERATURVERZEICHNIS II (*Petzold*)



Narren hasten, Kluge warten, Weise gehen in den Garten.
Rabindranath Tagore (1861-1941)

Vorwort:
**Zur Wirkung der Gartentherapie und zur Dokumentation und
Qualitätssicherung ihrer Praxis**

Hilarion G. Petzold

Die Gartentherapie ist ein sehr altes und dennoch junges Verfahren im Bereich der Heilkunde. *Jung*, weil sie als klinische Methode seit dem 19. Jahrhundert (*Reil* 1803) und wissenschaftlich erst seit Mitte des 20. Jahrhunderts aufkam und *alt*, weil schon in der Antike die Heilkraft der Gärten und Landschaft genutzt wurde, um Krankheiten zu behandeln – durch Kräuter und Düfte, wie sie die Heilgöttin *Panakeia* (*G. Plinius Secundus*, [Naturalis Historia](#) XXV,30; *Smith* 1867, *Thraemer* 1902), die kräuterkundige Tochter des *Asklepios* und der *Epione* und ihre NachfolgerInnen in den Gärten der Asklepios-Tempel herstellten. Dabei ging es zum einen um Heilung im *Somatischen* und um die Pflege der Gesundheit des *Körpers*, aber auch um ein Heilwerden im *Psychischen* und um das Fördern des Wohlbefindens der *Seele*.

Beides, Behandlung und Gesundheitsförderung, waren Anliegen „asklepiadischer Medizin und Therapeutik“ (Petzold 1988n/1996, 251, 285; Petzold, Moser, Orth 2012; Petzold, Sieper 1990b), an der auch eine andere Äskulap-Tochter, ihre Schwester *Hygieia*, Göttin der Gesundheit und der „rechten Lebensführung“, mitwirkte. Gartenarbeit und Landschafts- und Waldbesuche gehören nämlich zu einer gesunden Lebensführung, weil sie positive *ökopsychosomatische* und *ökosalutogene* Effekte bewirken (Petzold 2017e), die mit *Gesundheit (health)*, *Lebenskraft (fitness)* und *Wohlbefinden (wellbeing, wellness)*, ja mit Glück (*happyness*) verbunden sind (idem 2010b). Man kann hier insgesamt von einem weitgefassten Gesundheitsverständnis ausgehen, bei dem Gesundheit über „Abwesenheit von Krankheit“ hinausgehend eine **Lebensqualität** darstellt, die es zu *g e n i e ß e n* gilt, wofür eine weitere Tochter des *Asklepios* steht: Ἀγλαΐα, *Aglaia*, Göttin der „strahlenden Gesundheit“ und eine der „drei Grazien“ (Grimal 1996; Smith 1867). Wir finden hier einen weitaus breiteren Begriff des Heilens und Heilwerdens in der *ars medicinae* als „Kunst des Heilens/Heilkunst“ θεραπευτική τέχνη (*therapeutikē technē*), als wir ihn heute in der Medizin vorfinden, wo oft nur noch der „Kunstfehler“ an die alte weite Bedeutung erinnert. Da ist sicher etwas verloren gegangen, was in den alten Wegen der *θεραπεία (therapeía)*, des *Pflegens, Förderns, Dienens, Verehrens, Heilens* – das alles bedeutet der Begriff – noch umfassend präsent war. Heute kommen diese Gedanken über das Konzept der „Lebensqualität“ wieder ins Gespräch, die für Menschen mit Behinderungen oder schweren Erkrankungen gefordert wird und gewährleistet werden soll (Hennessey, Mangold 2008, 2012; <http://www.dkfz.de/de/klinepi/Projekte/linde-Studie.html>). Sie wird inzwischen auch als politische Kategorie der Ermöglichung von Partizipation diskutiert (vgl. die Protagonisten der „Quality of Life-Debatte“ Martha Nussbaum und Amartya Sen 1993) und dort als der Rahmen der Möglichkeiten, des Komforts, des Wohlstands, der Mitwirkungsmöglichkeiten angesehen, den eine Gesellschaft ihren Bürgern bietet (Effenberger 2011). Das ist eine breite konzeptuelle Gemengelage, die allerdings auch notwendig ist und als solche in den Blick genommen werden muss, um Lebensqualität nicht nur individualisierend auf persönliches Wohlbefinden zentriert zu betrachten, wie das im therapeutischen Kontext oft geschieht (Frank 2007), denn die Einflüsse stehen in vielfältigen Wechselwirkungen.

Das Thema ist alt und immer noch aktuell. Das wird es auch bleiben. In der griechischen Antike wurde eine „positive Lebensqualität“ unter dem Begriff *Euthymia* (εὐθυμία) diskutiert, mit der Doppelperspektive des „Wohlbefindens“ von Einzelnen, aber auch des „Wohlergehens“ des Gemeinwesens. *Demokrit* hat den Euthymiebegriff mit diesen beiden Dimensionen entfaltet (*Petzold, Moser, Orth* 2012).

„Ziel von beidem war der ‘Eubios’, ein ‘gutes Leben’ ohne Beunruhigung, d. h. in Athambie (ἄθαμβία) und in einem Zustand glücklicher und heiterer Gelassenheit der Euthymie (εὐθυμία, *Demokrit*, fr. *Diels/Kranz* B3, B191, B174; ...), Frucht einer ausgewogenen Lebensführung in rechtem Maß (εὐστάτεια, βίος συμμετρία) mit dem Ziel persönlicher ‘Lebenskunst’“ einerseits und eines „wohlgeordneten Gemeinwesens“ andererseits (*Petzold, Moser, Orth* 2012, 25f.).

Die antike Philosophie hat hier sehr komplexe Überlegungen zu Fragen des *Eubios*, des „Guten Lebens“, des „Glücks“, der *Eudämonie* bzw. des „glückseligen Lebens“ – *De vita beata*, so die berühmte Schrift *Senecas* (vgl. *I. Hadot* 1996) – angestellt, Fragen, mit denen sich die Menschen immer wieder beschäftigt haben (*Horn* 1998, *Hossenfelder* 2013) und die bis in die Gegenwart erörtert werden (*Jost, Shiner* 2002).

Das Wohlbefinden des **Einzelnen** und das Wohlergehen der **Gemeinschaft** bedingen einander und dürfen nicht in Polarisierungen kommen. Deshalb brauchen sie Schnittflächen der Begegnung, Verbindungsräume der „Konvivialität“, des gastlichen Miteinanders. Neben anderen vielfältigen Aktivitäten des Gemeinschaftslebens (Sport, Wettkämpfe, Feiern) waren hierfür „Ereignisse im Naturkontext“ stets wichtig: Gartenfeste, Treffen auf dem Dorfanger oder in öffentlichen Parks und Gärten (Volksgärten), Feiern in der Gartenwirtschaft oder der Waldschänke. Menschen brauchen Orte gemeinschaftlichen Wohlseins, das „gepflegt“ (griech. *therapeuein*) werden muss. Die erlebte Sicherheit und das Wohlwollen von positiver Gemeinschaft, Freude und Wohlgefühl, die geteilt werden können, sind ein eminenter Gesundheitsfaktor, der Stress und Beunruhigung, widrige Zeitgeisteinflüsse durch „*euthyme Atmosphären*“ abpuffern kann (*Petzold* 2016l). Gärten bieten „**euthyme Orte**“ (*Petzold* 2011o), „**Konvivialitätsräume**“ (idem 2002b/2011e, 2004m), in denen eine gemeinschaftliche *therapeia*, eine *Pflege des Miteinanders* von Menschen und von Mensch und Natur, in einzigartiger Weise möglich ist. Diese Funktion, dem psychophysischen Wohlbefinden zu dienen, hatten Gärten zu allen Zeiten und in allen Kulturen. In der **Gartentherapie** kommt dieses

Moment zum Tragen. Gärten wurden im Integrativen Ansatz mit seiner naturtherapeutischen Orientierung in der Drogentherapie seit Ende der 1960er Jahre genutzt. In seiner „Dritten Welle“ (Petzold 2015k) wird diesen Möglichkeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt, zumal therapeutische Gartenarbeit noch vielfältige andere positive Wirkweisen hat.

Wirkweisen von Gartentherapie

Heilung und Gesundheitsförderung in der Gartentherapie soll ermöglicht und wirksam werden: Mit dem Potential der Heilkräuter und des Frischgemüses aus dem **Nutzgarten** für eine gesunde Ernährung – sie ist heute sehr bedroht (Orth, Petzold 2016). Gärten wirken durch *multisensorische* Stimulierung, durch *multiexpressive* Aktivierung, besonders durch Bewegung, den Aufbau von Kraft und Ausdauer, durch Beruhigung und Entspannung, durch anregende und heilsame ästhetische Erfahrungen mit Blumen, Bäumen, Sträuchern und Gartenkunst im **Lustgarten**, der Inspiration der Phantasie, Förderung der Kreativität durch Gestaltungsmöglichkeiten. Der **Meditationsgarten** hat beschauliche Plätze (Petzold 2015b), wo Nachspüren, Nachfühlen, Nachsinnen, Nachdenken möglich wird: über Wachsen und Gedeihen, über Entwicklung und Stagnation, über Werden und Vergehen, Endlichkeit und Tod – denn das alles vermittelt das Gartenerleben im jahreszeitlichen Verlauf. Es bietet damit Anstoß zu analogen Reflexionen über das eigene Leben, die eigenen Entwicklungen und das eigene Verharren, die eigenen sozialen Beziehungen oder Situationen der Isolation. Im **Gemeinschaftsraum Garten** wirken Miteinander in Interaktion, Kommunikation, Kooperation in gemeinsamem Tun, positive Affiliationen. Er regt an, sich mit der TherapeutIn und in der Gruppe über das Leben und das Erleben auszutauschen, Affiliationserfahrungen zu machen, in der praktischen Arbeit Beziehungsgestaltung und Zusammenarbeit zu üben. Der **Lebensraum Garten** hat durch das Fördern von Naturverbundenheit und Naturliebe, von **Ökophilie** (Petzold 2016i) ein heilsames Potential.

All das sind *unspezifische Wirkfaktoren* und *Wirkprozesse* integrativer gartentherapeutischer Praxis, die zu spezifischen werden, wenn sie konzeptuell systematisiert, dann systematisch angewendet und schließlich empirisch auf positive Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen evaluiert worden sind – dieser Standard im Bereich evidenzbasierter Therapie (Steffan, Petzold 2001) ist anzustreben.

Um solche Möglichkeiten wirklich ausschöpfen zu können, ist es wichtig, einen „**optimalen Therapiegarten**“ zur Verfügung zu haben. Je nach Arbeitsbereich und Zielgruppe muss er dann unterschiedliche Bedürfnisse abdecken – im Gerontobereich andere als in der Kinderarbeit oder in forensischen Einrichtungen usw. Idealtypische Konzepte, wie das nachstehende, müssen dann zugespart werden.

1. Einen Bereich **Nutzgarten**, in dem Gemüse, Kräuter, Beerenobst, Obstbäume etc. für den Konsum „gesunder Produkte“ angebaut werden, die *Gartenarbeit* Kraft und Beweglichkeit fördert, positive Leistungserfahrungen möglich werden – und die Freuden des Säens und Erntens.
2. Einen Bereich **Lustgarten**, bei dem die Freude an den Blumen und Sträuchern, die „ästhetische Erfahrung“ der Schönheit des Gartens und seiner Anlage imponiert.
3. Einen **Meditations-Bereich**, wo wettergeschützt Sitzmöglichkeiten Orte der Betrachtung / Kontemplation bieten.
4. Einen **Work-Out-Bereich**, wo Out-Door-Krafttraining möglich ist (überdacht, einige Hanteln und ausgewählte, einfache Übungsgeräte)
5. Eine „**Wilde Ecke**“, eine ungenutzte, wildwachsende Fläche z. B. mit Ruderalvegetation (Hard 1998; <http://www.spiegelacker.ch/content/allgemeine-infos-zu-ruderalfl%C3%A4chen>), wo die „Kraft der Natur“, Qualitäten des Lebens-/Überlebens, der Vergesellschaftung, der Selbstorganisation sichtbar werden.

6. **Funktionsräume:** Lager- / Geräteschuppen, funktionaler Arbeitsraum, Teeküche, gemütlicher Gemeinschaftsraum für Schlechtwetteraufenthalt, Werken, Bastelarbeit in der kalten Jahreszeit etc.

Diese verschiedenen aufgeführten Möglichkeiten theoretisch und praxeologisch – besonders auch störungsspezifisch – zu entwickeln, zu dokumentieren und dann auch durch Forschung zu überprüfen, das sind Aufgaben, die man in der „*horticultural therapy*“ in Angriff nehmen muss, wobei sich breite Forschungsaufgaben stellen: Neben quantitativen Studien, die evidenzbasiert die Wirkung therapeutischer Interventionen allgemein und im Besonderen störungsspezifisch beforschen, ist Ausbildungsforschung notwendig, die überprüft, ob die Ausbildungen tatsächlich gute outcomes haben. Qualitative Studien müssen Feinstrukturen von Behandlungsprozessen, aber auch von Lehr- und Lernprozessen untersuchen. Field studies sollten mit Bedarfsanalysen und Akzeptanzstudien die verschiedenen Aufgaben zu erfassen suchen, die sich für die Gartentherapie stellen. Es fehlt bislang ein Rahmenplan für gartentherapeutische Forschung, wie ich ihn vergleichbar z. B. für das Feld der Suchtkrankentherapie erstellt habe (*Petzold* 1994h, 2006r) und der sehr leicht auf das Feld der Garten- und Landschaftstherapie übertragen werden könnte. Ohne eine solche Übersicht ist eine „Feldentwicklung“ schwierig und kann nicht systematisch betrieben werden.

Im Bereich von **Psychotherapie** und **Soziotherapie** sind neben empirischen Evaluationen von therapeutischen Maßnahmen durch Therapieforschung im quantitativen Paradigma und neben qualitativen Studien Modelle der Prozessdokumentation entstanden, die nach einem strukturierten Raster, Behandlungsprozesse dokumentieren. Dieses Vorgehen schließt an eine alte Tradition an, die sich bis in die ägyptische Tradition verfolgen lässt: den „Fallbericht“, mit dem Mediziner Erfahrungen, die sie in der Behandlung von PatientInnen gemacht haben, dokumentieren und weitergeben, um so medizinisches Erfahrungswissen zu sichern und für die Behandlung weiterer PatientInnen durch andere TherapeutInnen verfügbar zu machen. Damit werden natürlich höchst subjektive Daten, die Sicht eines Behandlers auf einen Menschen / Kranken, zur Grundlage scheinbar „objektivierten“ Wissens gemacht, sie werden zur wichtigen, bei *Freud*, dem Begründer der Psychoanalyse, sogar zur zentralen Quelle der Theorienbildung.

Ein solcher Ansatz birgt natürlich Risiken. Er ist anfällig für a) Fehlerbildung, b) Einseitigkeiten, c) für Fälschungen. Die „Fallgeschichten“ von *Sigmund Freud* bieten, wie die Forschung überzeugend gezeigt hat, ein Beispiel für alle drei Risiken. Die Untersuchungen etwa von *Sulloway* (1979, 1991, 2009) und anderen Psychotherapiehistoriker (*Meyer et al. 2005; Sieper, Petzold 2014*) zu den berühmten „Fallberichten“ *Freuds* – zum Teil anhand der aufgefundenen Originalaufzeichnungen – haben gezeigt, dass diese Kasuistiken von ihm zur Untermauerung seiner Theorien – besser ist es von Mythen zu sprechen –, verfälscht wurden. Keiner dieser Patienten wurde geheilt, was die Psychoanalyse selbst unter Druck brachte (*Leitner, Petzold 2009*) Damit – und es lassen sich viele andere Negativbeispiele finden wie bei *C. G. Jung* oder die berühmte gefälschte Kasuistik von *Hug-Hellmut* (1919) – waren die „Fallberichte“, die sich natürlich nicht nur in der Medizin, sondern auch in Psychotherapie, Sozialarbeit usw. finden, in Verruf geraten (*Jonsen, Toulmin 1990*). Es wurden ethische Fragen aufgeworfen etwa durch die Arbeiten von *Albert R. Johnson* und es wurden die „Zweifel an der psychoanalytischen Wahrheit“, die in anthropologischer, erkenntnistheoretischer, klinischer und neurowissenschaftlicher Sicht angemeldet worden waren (*Sieper, Orth, Petzold 2009; Sieper, Petzold 2014*) durch die „manipulierten Fallberichte“ *Freuds* noch verstärkt. Andererseits gab auch seriösere Traditionen der Fallberichte wie die neurologischen Patientengeschichten von *Alexander R. Lurija* (1991, 1993, vgl. *Petzold, Michailowa 2008*), die nicht nur Lebensgeschichten als psychologische Realität eines Patienten dokumentierten, sondern sie auch in ihrer *physiologischen Dimension* als *zerebral* aufgezeichnete Geschichte zu verstehen suchten (*Jantzen 2004; Métraux 2004*). Dieser Ansatz von *Lurija* hat den Anstoß zu den berühmten „Fallgeschichten“ von *Oliver Sacks* (1993, 1994, 1995) gegeben, bei denen man natürlich auch sehen muss, dass das Gehirn nicht nur objektive „historische Wahrheit“ aufzeichnet, sondern auch immer subjektiv erlebte Geschichte, eine „narrative Wahrheit“ (*Spence 1982*), durch die sich auch persönliche Identität als „narrative Identität“ konstituiert (*Ricoeur 1989, 1990; Petzold 2001p, 2012q*). Damit kommt die *psychologische Dimension* erlebter und – in der Therapie – erzählter Biographie ins Spiel. Im Integrativen Ansatz messen wir ihr große Beachtung bei (*Swanton 2010*), ist sie doch Grundlage der Bearbeitung gelungenen und misslungenen Lebens und seiner Aus- und Nachwirkungen, die wir durch „**Biographiearbeit**“ (*Petzold „et al.“ 2016f*) angehen: im psychotherapeutischen (*Petzold et al. 2016f; Salahshour et al. 2013*),

supervisorischen (*Petzold, Orth-Petzold, Ratz* 2011), soziotherapeutischen (*Scheiblich et al.* 2016), naturtherapeutischen (vgl. die vorliegende Arbeit von *Krüskemper*) und auch im agogischen Kontext (*C. Petzold* 1972).

Die Dokumentation klinischer Behandlungsprozesse ist wichtig, wenn sie in *systematischer* und überprüfbarer Weise erfolgt. Das wurde erkannt und führte zu einem „Revival of Casuistry“ (*Arras* 1991; *Hunter* 1989). Es wurden Versuche unternommen, „Fallgeschichten“ verlässlicher abzufassen (*Düwell, Pethes* 2014) und sie zu einem Instrument der Dokumentation „relevanten Praxiswissens“ zu machen, um das „**wie**“, bei der praxeologische Umsetzung von Theorien fassbarer werden zu lassen. Im psychoanalytischen Bereich sind hier die Arbeiten von *Ulrich Stuhr* (2007) zu nennen. Auch in der neueren Psychotherapie und in der Sozialarbeit / Sozialpädagogik (*Büttner-Yu* 2005; *Schwabe* 2002) wurden Anstrengungen unternommen, PatientInnensituationen und Behandlungsprozesse objektivierend zu dokumentieren durch standardisierte „Fallberichte“. Es entstanden internationale Leitlinien der Falldokumentation für den medizinischen bzw. den Gesundheitsbereich, wie die CARE-Leitlinie (<http://www.care-statement.org> ; *Gagnier et al.* 2013), um Fallberichte in einer evidenzbasierten Medizin als Wissensquelle und Methode der Forschung nutzen zu können (*Jenicek* 2000) und es entstanden eigene Fachorgane wie das „*Journal of Medical Case Reports*“.

Für den Bereich der Psychotherapie hat sich noch kein übergreifender Standard herausgebildet. So finden sich verschiedene Anleitungen im Bereich der Psychotherapieausbildung oder auch der Sozialarbeit, wie man „Fallberichte“ erstellen soll.

Vgl. Psychotherapie, Uni Würzburg: <http://www.ipkj.ch/richtlinien-fuer-fallberichte.html> - Kindertherapie, Uni Basel: http://www.wapp.psychologie.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06020102/downloads/Formblaetter/Gliederung_Fallbericht.pdf , Falldatenbanken: <http://www.dowas.de/Faelle.html>

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass die unterschiedlichen Psychotherapiemethoden theoretisch und methodisch so disparat sind, dass eine übergreifende Basis schwierig zu finden ist. Für Soziotherapie und Supervision gilt das in gleichem Maße, weil in der Dokumentation, die ja theoriegeleitet und theoretisch begründet sein soll, auch ein konsistenter theoretischer Rahmen gegeben sein muss. Und bei dem hapert es auch schon – er ist eben aus inhaltlichen

Gründen bei den Sozialarbeitern anders als bei den Psychotherapeutinnen und wieder anders bei den SupervisorInnen.

Wir haben für die Integrative Therapie einen solchen Rahmen erarbeitet und ihn für die Psychotherapie und Soziotherapie zugeschnitten, um von „arbiträrer Kasuistik“ (Petzold, Orth-Petzold 2013) wegzukommen. Es wurden Instrumente zur Überprüfung der „Verfahrenstreue“ entwickelt, um zu überprüfen: *Arbeite ich nach integrativen Konzepten und mit integrativen Methoden, deren Wirksamkeit dokumentiert ist?*

Petzold, H.G. (2005s): Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung. Ergebnisse einer Auswertung (n = 7068) und Instrumente der Qualitätsdokumentation: EAG-Stundenbegleitbogen, IT-Checkliste, IT-Therapieprozessdokumentation. *Integrative Therapie* 3,294-326. In: http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_qualitaetssicherung_polyloge-22-2008c.pdf

Es bleiben bei diesen Versuchen noch viele methodische und ethische Probleme anzugehen. Zentral ist dabei das Problem der PatientInnen-Integrität, der Respekt vor den persönlichen Daten, die durch die Verschwiegenheitsverpflichtung, die Unzulässigkeit der Weitergabe persönlich anvertrauter Geheimnisse und durch den Datenschutz allgemein und spezifisch von PatientInnendaten rechtlich gewährleistet ist und beachtet werden muss. Das gilt auch und gerade in der Supervision, wo man oft nachlässig und ohne die erforderliche Zustimmung der PatientInnen „Fälle“ in der „Fallsupervision“ präsentiert – in unzulässiger Weise, wenn keine rigorose Anonymisierung erfolgt (Petzold, Rodriguez-Petzold 1996; Eichert, Petzold 2003a). Eine solche behindert indes supervisorische Arbeit massiv. Man gerät in ein „Transparenzdilemma“ – was muss mitgeteilt werden, was darf nicht mitgeteilt werden (Petzold, Orth-Petzold, Sieper 2016) – dem man große Aufmerksamkeit schenken muss und bei dem man die PatientInnen unbedingt einbeziehen muss, indem man sie an den Ergebnissen der Supervision mitbeteiligt und im „*informed consent*“ Therapieziele gemeinsam bearbeitet. Nur dann wird man der rechtlichen Situation und mehr noch dem ethischen Postulat des „Respekts vor der Würde des Anderen“ gerecht, dessen „Integrität“ es zu sichern gilt (Petzold, Orth 2011) und man entgeht der „Verdinglichung des Anderen“, denn „**Menschen sind keine Fälle**“ (Petzold 2016h). Sie sind Mitmenschen, Rechtssubjekte, mündige Mitbürger. Wir haben deshalb die Begriffe „**Fall**“, „Fallbericht“, „Fallsupervision“ etc. rigoros gestrichen – oder möchten Sie, geneigter Leser – „ein Fall“ sein (für die Psychiatrie oder für den Staatsanwalt oder auf dem OP-Tisch)? Der Begriff „Fall“ verstellt

überdies auch das Faktum, dass wir in Therapien und Beratungen mit unseren KlientInnen und PatientInnen „in Beziehungen“ arbeiten, mit ihnen in „Prozessen stehen“. Wir sprechen deshalb von „Prozessberichten“, von „Prozesssupervisionen“, von „Patientinnensituationen“ statt von „Fällen“ (2016h). Für die Dokumentation der Behandlungs- und Beratungspraxis und ihrer supervisorischen Begleitung haben wir deshalb ein standardisiertes Dokumentationsverfahren entwickelt, die „Behandlungsjournale“, die in den Ausbildungszweigen Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision verpflichtend sind und für den Abschluss der Ausbildung vorgelegt und angenommen werden müssen. Diese Journale sollten supervisorisch begleitet werden und im Prozess der Erstellung können sie durchaus, wenn indiziert und möglich, mit den PatientInnen besprochen werden.

Für die naturtherapeutischen Zweige, Garten- und Landschaftstherapie, Waldtherapie, tiergestützte Therapie sind diese Journale bislang nicht verpflichtend. Hier hat sich – es sind ja auch noch „junge“ Gebiete – noch keine Tradition entwickelt. Es können zwar die Modelle der anderen Methoden des Integrativen Ansatzes (Psychotherapie, Soziotherapie; *Salahshour et al. 2013*; *Scheiblich et al. 2016*) übernommen werden, aber sie müssen Adaptierungen erfahren. Dieses hier vorliegende Journal hat *Susanne Kruskemper* als ihre Abschlussarbeit erstellt und damit einen ersten Versuch unternommen, eine solche Anpassung auf der Basis des **Soziotherapiejournals** (Matrix-Journal: *Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010* mit den Ergänzungsmodelljournalen: *Salahshour et al. 2013*, *Scheiblich et al. 2016*) zu erarbeiten – ein sehr nützliches Unterfangen. Es ist zu hoffen, dass noch mehr KollegInnen aus dem Bereich der Naturtherapien diesen Weg der Abschlussarbeit wählen, damit sich ein ähnlicher „*body of knowledge*“ entwickelt wie in den anderen Bereichen der Integrativen Therapie. Erfahrungen aus dokumentierter Praxis können für den gesamten Bereich der Garten- und Landschaftstherapie, der Waldtherapie und tiergestützten Intervention nützlich werden.

LITERATURVERZEICHNIS II (*Petzold*, am Schluss dieses Textes)

Integrative Gartentherapie in der Arbeit mit biographisch belasteten Menschen

Susanne Krüskemper

1. Einleitung

1.1 Persönliches

Mein Name ist *Susanne Krüskemper*. Ich bin 42 Jahre und Mutter von zwei Kindern. Im Erstberuf bin ich Augenoptikerin, habe im Jahr 1999 meine Meisterprüfung absolviert. In meinem erlernten Beruf habe ich bis 2012 gearbeitet. Als meine zweite Tochter im Jahr 2012 geboren wurde, konnte ich diesen Beruf so nicht weiter ausüben. Da ich eine leidenschaftliche Hobbygärtnerin bin, habe ich über eine Freundin meinen jetzigen Arbeitsplatz in einem Heilpädagogischen Zentrum als Gärtnerin bekommen. An diesem Heilpädagogischen Zentrum ist ein Gewächshaus und ein Freilandgarten angegliedert. In diesem geschützten Rahmen leite ich erwachsene KlientInnen, die im Heilpädagogischen Zentrum angebunden sind, in der Arbeit im Garten und Gemüseanbau an. Seit April 2015 nehme ich an der Weiterbildung zur Gartentherapeutin in der EAG Hückeswagen teil.

1.2 Vorstellung der Einrichtung

Das Heilpädagogische Zentrum in Bottrop bietet Kindern, Jugendlichen und deren Familien teil-, vollstationäre und ambulante flexiblen Hilfen. Es steht für einen Hafen der Sicherheit, Orientierung und Stabilität. Seit Mai 1999 wird hier eine ganzheitliche, individuelle und ressourcenorientierte Hilfe angeboten. Dazu gehören eine heilpädagogische-therapeutische vollstationäre Wohngruppe, eine intensiv-therapeutische vollstationäre Wohngruppe, zwei heilpädagogische teilstationäre Tagesgruppen, eine heilpädagogische teilstationäre Diagnose- und Behandlungsgruppe, das Eltern-(Teile-) und Familien-Coachingzentrum, die Ambulanten Flexiblen Hilfen, einen traumazentrierten Fachbereich, die reittherapeutische Ambulanz und die tiergestützte Pädagogik. In diesen unterschiedlichen Bereichen bietet das Heilpädagogische Zentrum individuelle und passgenaue Hilfeformen mit unterschiedlichsten Angeboten und Schwerpunkten an. Das sind Diagnostik (Leistungsdiagnostik und Familiendiagnostik), Elternarbeit, Alltagstraining, heilpädagogische Einzelförderungen, experientielle Reittherapie, heilpädagogisches Voltigieren, Anbindung an einem Facharzt/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie, systemische Familientherapie, Focusing, Musiktherapie, Spieltherapie, LRS-Training, Dyskalkulie-Training, freizeitpädagogische Angebote, tiergestützte Pädagogik, Marte Meo und traumazentrierte Fachberatung/Pädagogik. Durch dieses vielfältige Angebot sollen die Familien individuell befähigt werden, ihr Miteinander im familiären System

selbstständig zu gestalten. Getragen wird die tägliche Arbeit durch eine wertschätzende Haltung gegenüber dem KlientIn. Diese äußert sich in einer Orientierung an persönlichen Ressourcen. Das Familiensystem wird in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen. Daraus entwickelt sich eine individuelle, dem Kind und der Familie angepasste zukunftsorientierte Hilfe, die auf einer systemischen Grundlage basiert. Durch Supervisionen und Intervisionen wird die pädagogische Arbeit regelmäßig qualitativ unterstützt.

Seit Oktober 2012 gibt es das Eltern-(Teile-) und Familien-Coachingzentrum. Es bietet Eltern, Vätern und Müttern, die Möglichkeit einer individuellen psychischen, physischen und sozialen Stabilisierung unter Zuhilfenahme von pädagogischer und therapeutischer Unterstützung. Es wird immer wieder festgestellt, dass es in der Arbeit in den Familien Eltern gibt, die aus unterschiedlichen Gründen und inneren Widerständen eine Unterstützung im klinischen Kontext ablehnen oder mehrfach im klinischen Kontext Unterstützung erfahren haben, die sie als nicht hilfreich empfunden haben. Im Eltern-(Teile-) und Familien-Coachingzentrum wird in einem vertrauten Rahmen ein Klima von Wertschätzung und Annahme geschaffen, welches die Eltern dabei unterstützt, sich relevanten und eventuell belastenden Themen zu widmen. Durch eine kontinuierliche Begleitung auf Augenhöhe, haben die Eltern die Möglichkeit, eine psychische, physische und soziale Stabilisierung zu erfahren. Die Aufenthaltsdauer ist von den jeweiligen Zielen, der an der Hilfe beteiligten Personen, inklusive der Kostenträger, und dem individuellen Coachingverlauf abhängig. In der Regel wird von einer Aufenthaltsdauer der KlientInnen von sechs bis zwölf Monaten ausgegangen.

1.3 Grund der Themenauswahl

Seit Oktober 2012 bin ich im Heilpädagogischen Zentrum als Gärtnerin tätig. Dort bin ich im Eltern-(Teile-) und Familien-Coachingzentrum angegliedert, wo ich KlientInnen im angeschlossenen Garten, die im HPZ angebunden sind und sich gerne im Garten aktiv betätigen, unterstütze. Diese KlientInnen sind über einen gewissen Zeitraum bei uns und sie erhalten die Gelegenheit verschiedenste Arbeiten und Arbeitstechniken im Gartenbereich auszuprobieren. Ich ein gutes halbes Jahr mit einer mir anvertrauten Klientin zweimal die Woche in dem Garten gearbeitet. Die Klientin ist von den Pflanzen und Blumen sehr angetan, woraufhin wir dann ein Praktikum in einer nahegelegenen Gärtnerei gemacht haben, um sich in diesem Arbeitsbereich beruflich weiterentwickeln zu können. Es ging mir also darum, über die eigentliche Therapiephase hinaus Wirkungen zu erzielen und zu verstetigen, um zu einer nachhaltigen Veränderung ihrer Lebenssituation und ihres "Lebensstils" (*Petzold 2012a*) beizutragen, was immer auch mit Rückwirkungen auf die persönliche Identität eines Menschen verbunden ist (*Petzold 2012g*). Ich habe mich entschieden, meine Abschlussarbeit über diese Zeit mit der Klientin zu schreiben und habe dafür, angeregt durch meinen Betreuer, Prof. *Petzold*, die Form eines „Behandlungsjournals“ gewählt, wie sie in Psychotherapie und Soziotherapie üblich sind (vgl. *Kreidner-Salahshour, K., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S. 2012*). Ich hoffe dadurch auch eine Anregung für das Feld der Naturtherapie zu geben, diese nützliche Dokumentationspraxis aufzunehmen.



Am leuchtenden Sommermorgen geh ich im Garten herum.
Es flüstern und sprechen die Blumen, ich aber, ich wandle stumm.
(Heinrich Heine)

2. Gartentherapie

2.1 Der Begriff Gartentherapie

Die Gartentherapie ist laut Definition der Gesellschaft für Gartenbau und Therapie (GGuT) „eine aktivierende Therapieform, bei der kranke oder behinderte Menschen von Fachleuten gärtnerisch und therapeutisch begleitet werden, um Schwierigkeiten und Probleme, Wünsche und Ziele durch Gartentätigkeit zu klären und ein eigenständiges Leben ermöglichen“ (GGuT, 2001)

Das spezifisch festgelegte Behandlungsziel kann in einem adäquaten Außenraum (Parks, Gärten, etc.), aber auch Innenraum (Gewächshäuser, Wintergärten, etc.), erreicht werden.

Nach dieser Definition wäre Gartentherapie den Methoden der Psychotherapie zuzuordnen, doch ist eine Abgrenzung zur physikalischen Therapie nicht so einfach wie z.B. bei der Musiktherapie, da auch motorische Aspekte eine Rolle spielen.

In Anlehnung daran wird die integrative Gartentherapie als Behandlungsverfahren definiert, das körperliche, emotionale, geistige, soziale, umwelt- und pflanzenbezogene Faktoren im Therapieprozess (integrativ) berücksichtigt. (*Die Gartentherapie- Mit der Natur wachsen, GGuT*)

2.2 Was ist Gartentherapie?

In der Gartentherapie werden KlientInnen mit Hilfe gärtnerischer Tätigkeiten befähigt, mit sich selbst wie auch mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten. Durch die unmittelbare körperliche Auseinandersetzung in der Gartenarbeit werden Wachstum, Entwicklung und Veränderung sichtbar und erfahrbar. Neue Erfahrungsprozesse können in Gang

gesetzt werden. Verbale, mehr noch nonverbale Kommunikation spielt eine wichtige Rolle.

Gartentherapie ist ein Prozess, bei dem gärtnerische Tätigkeiten eingesetzt werden, um Körper, Geist und Psyche des Menschen zu fördern und sein Wohlbefinden in seinem direkten Lebensumfeld zu stärken. Sie ist eine effektive Methode für Menschen aller Altersgruppen, unabhängig von ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten und ihrer sozialen Herkunft.

Gartentherapie ist eine unterstützende und ergänzende Behandlungsmethode im Rahmen komplexer Therapieprogramme etwa in der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Suchttherapie, Geriatrie etc., wo sie in einem „*Bündel therapeutischer Maßnahmen*“ (Petzold 2014h, i) ein wichtiges Element der Behandlung darstellen kann, zumal Gartentherapie ein hohes Potential hat, „*dysfunktionale Lebensstile*“ nachhaltig zu verändern – bislang eine Schwachstelle in der Psychotherapie –, besonders wenn es gelingt, Menschen über das therapeutische Geschehen hinaus zu eigener Gartenarbeit und einer Freude am Lebendigen und an der Natur dauerhaft hinzuführen (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013).

Der Garten hat als therapeutisches Mittel eine Sonderstellung unter den therapeutischen Anwendungen, weil dort mit lebenden Wesen gearbeitet wird, deren Bedürfnisse und Reaktionen sich im Menschen widerspiegeln.

Pflanzen ermöglichen es dem Menschen, sein Tempo selbst zu bestimmen und ohne Ängste aktiv zu werden. Die Begleitung durch einen ausgebildeten Therapeuten ist jedoch sinnvoll und notwendig.

(GGuT)

2.3 Seit wann und wo wird Gartentherapie eingesetzt?

Die Gartentherapie gibt es bereits schon seit längerer Zeit. Die gute Beziehung zwischen Mensch und Pflanze hat eine lange Geschichte. Schon aus dem alten Ägypten ist überliefert, dass die dortigen Hof-Ärzte Gartenspaziergänge verordneten. Auch im Mittelalter nutzten Heilkundige den Zauber der Gartenarbeit bei der Behandlung von seelisch kranken Patienten. Ab dem späten 18. Jahrhundert wurden Gärten fester Bestandteil vieler psychiatrischer Einrichtungen. In den 40er und 50er Jahren

des 20. Jahrhunderts wurde Gartentherapie in Amerika bei der Rehabilitation von Kriegsveteranen breit eingesetzt und weiterentwickelt. Heute ist diese Therapieform weltweit, vor allem im angelsächsischen Raum, anerkannt als wirksame Behandlung im therapeutischen wie auch im gesundheitsförderlichen Bereich. (*Acht Fragen zur GT, Thomas Pfister*)

Gartentherapie wird weltweit eingesetzt in Alterseinrichtungen, Spitälern, somatischen und psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationszentren, Kindern- und Jugendheimen, Schulen, Kindergärten, Behinderteneinrichtungen und Gefängnissen (*Acht Fragen zur GT, Thomas Pfister*)

2.4 Ziele in der Gartentherapie

Die Gartentherapie erweitert die motorischen, sensorischen, kognitiven und sozialen Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen (Freizeit, Beruf, etc.) und dient der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung von körperlicher, seelischer und

geistiger Gesundheit. Sie steigert das Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. Niepel, 2010). Die Gartentherapie lehrt Achtsamkeit sich selbst, anderen und der Natur gegenüber. (*Die Gartentherapie-Mit der Natur wachsen, GGuT*)



“Der Garten ist der letzte Luxus unserer Tage, denn er erfordert das, was in unserer Gesellschaft am kostbarsten ist, Zeit, Zuwendung und Raum“
(Dieter Kienast)

3. Theoretische und praxeologische Grundlagen – Perspektiven des „Verfahrens“ der Integrativen Therapie für ihre „Methode“ der Integrativen Gartentherapie

In diesem Abschnitt seien kurz die theoretischen und praxeologischen Grundlagen aufgeführt, die von großer Bedeutung für den folgenden therapeutischen Prozess im Rahmen des „Verfahrens“ der **Integrativen Therapie** sind, der Konzepte in ihrer „Methode“ der **Integrativen Garten und Landschaftstherapie**“ sind. Der Integrative Ansatz hat seit seinen Anfängen Mitte der 1960er Jahre Gartenarbeit, Landschafts- und Walderfahrungen, Tierbezug in Therapien und biographiebezogener Arbeit eingesetzt (C. Petzold 1972c; Petzold), all das, was Petzold später als die „**Neuen Naturtherapien**“ bezeichnet hat (Petzold 2006p, 2013g). Diese Ansätze sind immer wichtiger geworden, zum einen durch das zunehmende Erkennen der ökologischen Heilungspotentiale für Körper und Seele im Sinne einer *Ökopsychosomatik* (Petzold, Hömberg 2017) und ökologischen Gesundheit, *Ökosalutogenese* (Petzold 2017e), zum anderen durch die sich verschärfende Bedrohung der globalen Lebensräume in Richtung einer „Devolution“ (Petzold 1986h/2016). Die Integrative Therapie stellt ein komplexes Menschenbild (Petzold 2003e, 2012f), die Entwicklung in der Lebensspanne (Petzold 2003, 515ff; Sieper 2007b) zur Verfügung, weiterhin das

Konzept der intersubjektiven Ko-respondenz und der therapeutischen Beziehung in „wechselseitiger Empathie“ (Petzold 2003a, 93ff, 2012c; Petzold, Müller 2005/2007). Methodisch sind das Verständnis des „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002; Lukesch, Petzold 2011) und der Prozesse der „Interiorisierung“ (sensu Vygotskij, vgl. Petzold 2013e, h) wesentlich, das Tetradische System (Petzold 1988n, 1996a) und die „vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 1988n/1996a, 2012h), die 14 „Heilfaktoren“ (Petzold 1993p/2003a, 985ff; 1994g). Hinter all diesem steht das komplexe Integrationsmodell der Integrativen Ansatzes (idem 2003a, 25ff; 2003e, 2007a; insgesamt Sieper 2006). Auf all diesem gründet eine reiche Praxeologie (Petzold 2003a, Bd. III; Orth, Petzold 2004) mit vielen originellen, erlebnisaktivierenden und behavioral-übenden **Methoden, Techniken und Medien** (Petzold 1977c, 1993h)

3.1 Die anthropologische Grundposition der Integrativen Therapie

Das Menschenbild der Integrativen Therapie definiert den Menschen intersubjektiv, als miteinander-kreativen (ko-kreativen), schöpferischen Menschen im Lebenszusammenhang und in der Lebenszeit (in Kontext und Kontinuum). In der Sprache der Philosophie ausgedrückt ist der Mensch „Leibsubjekt in der Lebenswelt“- oder anders formuliert: „Der Mensch ist als Mann und Frau Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld, in einer konkreten, historischen Zeit“ (2003e).

Der Mensch als Frau und Mann – die Genderperspektive ist wichtig (Petzold, Orth 2011) – wird also als Leibsubjekt (Körper-Seele-Geist-Subjekt) begriffen: Der Leib ist das totale Sinnes-, Ausdrucks- und Handlungsorgan. Er umfasst die körperliche, seelische und geistige Dimension mit seiner Einbindung in den sozialen und ökologischen Bereich und seiner Fähigkeit, wahrzunehmen (durch Sehen, Riechen, Hören, Schmecken, Spüren) und zu handeln. Gleichzeitig wirkt der „vielschichtige Leib“ auffordernd auf die Umwelt – durch Haltung, Gestik, Bewegung, durch seine ganze „Ausstrahlung“! Die logische Konsequenz sind mehrperspektivische Zugänge, um sich in der zwischen PatientIn und TherapeutIn gemeinsamen „Befunderhebung“ ein möglichst umfassendes Bild von dem konkreten Menschen machen zu können – Zugänge, die zu einer gemeinsamen Diagnosefindung führen. Die logische Folge sind multimethodische, ko-kreativ und konsensuell beschrittene Behandlungswege, die der Komplexität eines Menschen im Rahmen einer Therapie annähernd gerecht werden. (Leitner, 2010)

3.2 Die Entwicklung in der Lebensspanne

Die Persönlichkeitstheorie und Entwicklungstheorie sind nicht voneinander zu trennen, denn Persönlichkeit ist eine sich entwickelnde, wie die anthropologischen Positionen der Integrativen Therapie das Subjekt im Strom der Zeit beschreibt, als Mensch in beständigen Metamorphosen.

Entwicklung wird in der Integrativen Therapie im Sinne des „life span developmental approach“ (Sieper 2007b) – die Entwicklung in der Lebensspanne gesehen.

Sie beginnt mit der Empfängnis, schließt Säuglingszeit und Kindheit ein und endet nicht mit dem Jugendalter. Die schwerwiegenden Veränderungen im hohen Alter machen dieses genauso deutlich, wie die Entwicklung, die ein erwachsener Mensch

durch Freundschaften, Elternschaft, durch Verletzung und Todeserfahrungen, durch berufliche Verantwortung, durch Schicksalsschläge erfährt.

Um menschliche Entwicklung angemessen verstehen zu können, müssen aus Sicht der Integrativen Therapie folgende Strömungen der Entwicklungstheorie – sie zielen gleichzeitig auch auf Bereiche der menschlichen Persönlichkeit – in den Blick genommen werden.

- neuro- und sensomotorische Entwicklung
- emotionale Entwicklung
- kognitive Entwicklungstheorie
- sozial-interaktionale Entwicklungstheorie
- ökologische Entwicklungspsychologie

Allein die Zusammenschau dieser Richtungen im mehrperspektivischen Blick auf die Lebenssituation eines Menschen führt zu einer umfassenderen Einschätzung, was Gesundheit und Krankheit anbelangt, als bei der Wahl einer einzigen Betrachtungsweise.

(Petzold 2003a und: *Grundlagen der Integrativen Therapie, EAG-FPI Ordner*)

3.3 Intersubjektive Ko-respondenz

Die therapeutische Beziehung ist durch intersubjektive Ko-respondenz charakterisiert. Nach dem Intersubjektivitätsprinzip – „Alles Sein ist Mit-sein“ (Petzold 2002b, 35f) – ist der Mensch immer auf den Mitmenschen gerichtet und wird durch den Menschen zum Mitmenschen.

Die therapeutische Beziehung wird beschrieben als ein- oft unbewusstes- Geschehen zwischen zwei Menschen, zwei Subjekten: TherapeutIn und PatientIn befinden sich in einem Prozess der „intersubjektiven Ko-respondenz“. Die spezifische Schreibweise des Begriffes „Ko-respondenz“ soll unterstreichen, dass es hier um den wechselseitigen Austausch von „Geltungsansprüchen“ geht bzw. um ein Miteinander-Antworten auf das, was gerade anfällt: ein Problem, ein Thema, eine Störung, eine Krankheit, die den PatientIn/KlientIn aktuell belastet.

Was kann man unter dem Modell „intersubjektive Ko-respondenz“ verstehen?

- Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene über Sachverhalte oder Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontext/Kontinuums.
- Ziel von intersubjektiven Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen und für diese zur Grundlage von Kooperation werden.
- Voraussetzung für intersubjektive Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Ko-respondenz einzutreten oder konsensuell Dissens festzustellen und als solchen zu respektieren.
- Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Störung, Krankheit, Krieg. (Petzold 2003a, Bd. 2, S. 399-400)

Wechselseitige Empathie ist die Voraussetzung für Begegnungs-, Auseinandersetzungs- und Beziehungsfähigkeit, d.h. für die intersubjektive Ko-

respondenz als Form gesunder Relationalität und klarer Interaktion (*Petzold, Müller 2007*).

3.4 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die vier Wege der Heilung und Förderung sind Zugänge, die in der Integrativen Therapie gewählt werden, um Menschen Wege aufzuzeigen und sie dabei zu begleiten, „heil“ zu werden (*Petzold 2012h, 1988n/1996a*) - im Sinne von „pflegen, fördern, hegen und heilen“ (*idem 2003a, 216*).

Es wurde jeder Weg durch einen „salutogenetischen Leitsatz“ charakterisiert, den man sich auch als integrative Therapeutin und integrativer Therapeut von Zeit zu Zeit vorlegen und ihn meditieren kann, genauso wie man PatientInnen dazu anregt, über diese Leitsätze nachzusinnen. (*Petzold 2012h, 1988n/1996a*)

3.4.1 Erster Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung

„Sich selbst verstehen, die Menschen, das Leben verstehen lernen.“

Bei diesem Weg geht es um Heilung und Persönlichkeitsentwicklung durch den Gewinn „komplexen Bewusstseins“ und die Konstituierung von Sinn durch „Bewusstseinsarbeit“ d.h. durch mehrperspektivische Einsicht, durch Erfahrungen von „vitaler Evidenz“, durch intersubjektive Ko-respondenz.

Ziele des Weges sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (*Petzold 2003a*) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektkonstitution (*Petzold, Orth, Sieper 2000*)

3.4.2 Zweiter Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“

Bei diesem Weg geht es um Nachsozialisation zur Restitution von beeinträchtigtem Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt, bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Es geht um die Vermittlung von „Support“, „alternativer, substitutiver und korrekativer emotionaler Erfahrungen“ und schließlich die Bereitstellung emotional abgestützter Bewältigungsmöglichkeiten, wo Menschen mit irreversiblen Schädigungen fertig werden müssen.

Ziele dieses Weges sind Nach- und Neusozialisation, u.a. durch perzeptive, emotionale, volitionale Differenzierungsarbeit im Beziehungserleben, differentielles Parenting/ Reparenting. Therapie findet im zwischenmenschlichen Raum statt, weil Menschen in guten zwischenmenschlichen Milieus sich positiv entwickeln können, mitmenschlichen, emotional erlebten Sinn (felt sense, perceived meaning) erfahren können, der sie heil werden lässt. In negativen Beziehungserfahrungen sind sie beschädigt worden, haben den Abersinn von Gewalt und Missbrauch erfahren müssen, was Spuren hinterlassen hat, die durch korrigierende kognitive und emotionale Erfahrungen verändert werden müssen.

3.4.3 Dritter Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung

„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“

Bei diesem Weg geht es um die Erschließung und Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale (z.B. Kreativität, Phantasie, Sensibilität etc.). Durch Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten. Mittel hierzu sind „Erlebnisaktivierung“ und „multiple Stimulierung“ in der erlebniszentrierten und übungszentrierten Modalität der kreativen Therapie.

Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln gelten als Grundqualitäten für die Möglichkeiten von Beziehungen und Erleben. Das gesamte Spektrum der Methoden, Techniken und Medien der Integrativen Therapie kann genutzt werden, um den perzeptiven, den memorativen, den expressiven und den reflexiven Leib (Petzold 1988n/1996a,251) anzuregen. Defizite können kompensiert, Anästhesierungen und Analgesierungen des perzeptiven Leibes geweckt, Ressourcen aktiviert werden.

3.4.4 Vierter Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung und Mehrperspektivität und Engagement

„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen.“

Bei diesem Weg geht es um Solidaritätserfahrungen und exzentrischer Überschau. Ziele dieses Weges sind die Förderung von Metareflexivität, einer Überschau über das Leben, die die individualisierende Perspektive übersteigt, die Mitmenschen, das Zwischenmenschliche, die menschliche Gemeinschaften, gesellschaftliche und Weltzusammenhänge in den Blick nimmt und aus dieser Vielperspektivität durch Exzentrizität das Gefühl von „Sinn in den Zusammenhängen“ vermittelt und eine „altruistische Solidaritätsverpflichtung“ in den Raum stellt: in melioristischer Absicht für die Würde von Menschen und die Gewährleistung ihrer Integrität einzutreten – eine Beschädigung verhinderndes und zugleich ein heilsames Tun, denn „Menschenliebe heilt“ (Petzold, Sieper 2011; Petzold, Orth, Sieper 2010, 2012; Sieper, Orth, Petzold 2010).

Synopsis der „vier WEGE“ der Heilung und Förderung

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“</i>	Nach/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“</i>	Erlebnis/Ressourcenaktivierung ► Persönlichkeitsentfaltung/gestaltung, Lebensstiländerung: <i>„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	Exzentrizitäts/Solidaritätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: <i>„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen.“</i>
Inhalte	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische/multiexpressive Performanzen</i>
Methoden/Techniken	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlberatung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netz-Werk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, CaseManagement, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modalitäten	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

I. übungszentriert-funktionale Modalität, II. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, III. Konflikt- und störungszentrierte Modalität, IV. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, V. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI. Medikamentengestützte Modalität.

Aus: *Petzold, Orth, Sieper 2006, 709* in: Petzold, Schay, Scheiblich, Integrative Suchtarbeit, Wiesbaden: VS Verlag

3.5 Die 14 Heilfaktoren

In der Integrativen Therapie wurden auf der Grundlage unterschiedlicher wissenschaftlicher Quellen (Forschungsliteratur, Therapiekasuistik, Behandlungsberichte, Patienteninterviews und entwicklungspsychologische Literatur) 14 Heil- und Wirkfaktoren (Petzold et al. 2006, Ebert, Könnicke-Ebert 2004) entwickelt, die im Behandlungsprozess verwendet werden. Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um Verhaltensweisen, die im Rahmen der therapeutischen Arbeit Anwendung finden. Die 14 Heil- und Wirkfaktoren sollen hier kurz im einzelnen definiert und erläutert werden (Petzold 2003a).

1. Einführendes Verstehen, Empathie (EV):

Damit werden „Mitgefühl, Takt, Wertschätzung“ (Petzold 2003a, 1037f.) gefasst, der Patient fühlt sich in „seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden“ (ebd.) gesehen und verstanden. Vom Therapeuten verlangt dies nicht nur empathisches Verhalten, sondern die Bereitschaft, sich selbst „von seinen Patienten empathieren zu lassen“ (ebd.), was im Integrativen Ansatz unter Begriffe wie „selektive Offenheit“ und „partielle Teilnahme“ subsumiert wird. So werden korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht, die PatientIn vermag „sich selbst besser zu verstehen, Selbstempathie zu entwickeln und Einfühlung für andere Menschen“ (ebd.).

2. Emotionale Annahme und Stütze (ES):

Der zweite Faktor ist mit dem „Einführenden Verstehen“ eng verbunden, doch hier geht es darum, wie der Therapeut seine Empathie und sein Verständnis zum Ausdruck bringt. Indem er „Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung“ (Petzold 2003a, 1038) vermittelt, fördert er „positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen“ (ebd.) dem Patienten, d.h. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, und hilft ihr, negative selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen wie Minderwertigkeitsgefühle, Schuld, Scham und Hilflosigkeit abzubauen.

3. Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH):

Das Erschließen von Ressourcen sowie Rat und praktische Hilfe zur Lösung von Problemen der Lebensrealität sind als „flankierende soziotherapeutische Maßnahmen“ (Petzold 2003a, 1039) unverzichtbar. So kann z.B. durch Anleitung einer Entspannungsübung oder durch pragmatischen Rat bei familiären Schwierigkeiten dem Patienten vermittelt werden, „dass Symptome besser werden und Schwierigkeiten abnehmen, besonders wenn mit dieser Erfahrung die Erkenntnis verbunden ist, dass es Hinter- und Untergründe der persönlichen Biographie sind, die Störzonen bilden“ (ebd.). Solche praktischen Hilfen sind mit psychodynamisch orientierter Arbeit keineswegs unvereinbar, vielmehr festigen und vertiefen sie die therapeutische Beziehung, da sich der Patient mit seinen Problemen vom Therapeuten ernstgenommen und in seinem Realitätssinn gestärkt fühlt.

4. Förderung des emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA):

Die „akzeptierende Präsenz“ (*Petzold 2003a, 1039*) des Therapeuten ermöglicht es dem Patienten, über seine Gefühle und Willensregungen zu sprechen und sich durch ihren Ausdruck zu entlasten. Schmerz, Angst, Wut, auch „verbotene Gefühle“ wie Scham, Schuld, Hass und Rache können aufkommen, „gezeigt und benannt“ (*ebd.*) werden. Vor dem Hintergrund der neueren Emotionsforschung wird Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“ und Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ (*ebd.*) aufgefasst. Therapeutisches Ziel ist es, dass der Patient in seinen Beziehungen eine „positive emotionale Kultur und entscheidungsfreudige Willenskultur“ entwickelt. (*ebd.*)

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE):

Die „Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen“ (*Petzold 2003a, 1040*) wird in der Integrativen Therapie nicht als rein kognitiv aufgefasst, sondern ist im Sinne eines „Aha-Erlebnisses“ oder einer „Evidenzerfahrung“ unmittelbar mit den Gefühlen verbunden. So können dem Patienten Zusammenhänge und Hintergründe in ihrem Sinn- und Bedeutungsgehalt umfassend klarwerden, und er erhält „handlungsleitende Explikationsfolien“ zur Umsetzung in seinem Lebensalltag. Die Erklärungen müssen gemeinsam erarbeitet werden, denn „nicht jede Einsicht ist heilsam“ (*ebd.*), vor allem dann nicht, wenn sie dem Patienten von dem Therapeuten suggeriert oder aufgezwungen wird. Dazu muss der Therapeut bereit und in der Lage sein, „vom Bezugssystem des Patienten ausgehend zu arbeiten“ (*ebd.*) und das eigene zu relativieren.

6. Förderung von kommunikativen Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit (KK):

Psychische Erkrankung ist oft mit Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit, der sozialen Wahrnehmung, der Rollenflexibilität, des Einfühlungsvermögens sowie des verbalen und nonverbalen Ausdrucksvermögens verbunden. Das „Ko-respondieren im berührten therapeutischen Gespräch“ (*Petzold 2003a, 1040*) hilft dem Patienten, diese Kompetenzen wieder zu erschließen und zu erproben, um sie im Alltag als Performanzen umsetzen zu können. Die persönliche Geschichte der Beziehungs- und Kommunikationsstörungen des Patienten ist in der Therapie immer mit angerührt. Der gegenwärtige Fokus darf aber nicht aus dem Blick geraten, damit es nicht zu einer „Reproduktion von Sprachlosigkeit“ kommt, sondern „Kommunikation im sensiblen Bereich des Zwischenmenschlichen“ (*ebd.*) gefördert wird.

7. Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung (LB):

Weitere Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen betreffen das Verhältnis zum eigenen Leib, seinen „Regungen und Empfindungen, die sich in Gefühlen entfalten und leiblich-konkret zeigen können“ (*Petzold 2003a, 1041*). Die Integrative Therapie spricht von einer „Anästhesierung des perzeptiven Leibes“ und einer „Inhibierung des expressiven Leibes“ (*ebd.*), was so viel bedeutet wie Betäubung der Wahrnehmung und Hemmung des Ausdrucks. Sie erschweren körperliche

Selbstregulation und damit Rhythmen von Spannung und Entspannung, von Wachheit und Müdigkeit, von Bewegtheit und Ruhe etc., was zu funktionalen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen führen kann. „Der Leib muss entspannen!“, und der Therapeut hilft dem Patienten dabei, indem er Leibbewusstsein, Regulationshilfen und einen „bewegungsaktiven Lebensstil“ fördert (*ebd.*).

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM):

„Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse. Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext“ (*Petzold 2003a, 1041*). Oft sind bei Patienten Interessen und Lernmöglichkeiten eingeschränkt, wenn nicht sogar sanktioniert worden. Es bestehen Bindungen an Werte und Normen, „aber auch religiöse Einstellungen, Haltungen, Einengungen“ (*ebd.*). In der Therapie gilt es, Erfahrungen mit dem Lernen vor dem Hintergrund der persönlichen Geschichte, aus Familie, Schule und Nachbarschaft sowie konstruktive und dysfunktionale „Lernstile“ (*ebd., 1042*), die sich im aktuellen Lebensalltag finden, zu thematisieren und zu bearbeiten.

9. Förderung von kreativen Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG):

Kreative Medien (Musik, Tanz, Malen, Tonarbeit u.a.) habe im Integrativen Ansatz als „heilende Kraft des Schöpferischen“ einen wichtigen Platz. Auch Natur- und Kunsterleben haben heilende Wirkung. Die Integrative Therapie sieht kreatives Tun durch eine bestimmte Sequenz gekennzeichnet: Dem Wahrnehmen folgt ein Erleben, die „inneren Resonanzen“ (*ebd.*) führen zu einem Sich-Ausdrücken, „Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung“ (*ebd.*). Auch Wahrnehmung selbst kann schon kreativ sein, indem „sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes Realitätserleben fördert“ (*Petzold 2003a, 1042*). Patienten sind in ihrer Wahrnehmung oft „eingeschränkt bis hin zur Anästhesierung“ (*ebd.*), also bis zur Empfindungslosigkeit, und somit auch in ihren Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten. Wenn die Wahrnehmung stumpf ist, verliert auch das Erleben an Intensität. Daher werden die Patienten in der Therapie zu kreativem Tun „als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung“ (*ebd.*) angeregt.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ):

„Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen“ (*Petzold 2003a, 1042*). „Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfasst auch seine Zukunftsentwürfe“ (*ebd.*). Daher gilt es, „Sicherheit und Hoffnungen“ zu stärken und „Befürchtungen und Katastrophenerwartungen“ (*ebd.*) abzubauen.

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW):

Menschen gehören sozialen Kontexten als „wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge“ (*Petzold 2003a, 1043*) an. Für die Entwicklung von Identität „ist die Auseinandersetzung mit Normen und Werten von entscheidender Bedeutung“ (*ebd.*). Auch in der Therapie wird gewertet, durch den Therapeuten, den

Patienten, dessen Angehörige sowie das übrige Umfeld. Therapie hat sich daher mit der „Bewertung der Werte“ zu befassen, und nicht nur, weil „ein positives, gefestigtes Wertesystem ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor ist“ (*ebd.*). Dazu muss der Therapeut auch die eigene ethiktheoretische Position klären. Zu diesen gehören heute auch auf die Natur bezogen „ökologische“ Werte (*Petzold 2015c, k*) neben den humanitären Werten (*Petzold, Orth, Sieper 2010a, 2013a*)

12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität (PI):

Im Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie nehmen Selbst, Ich und Identität „eine zentrale Stellung“ (*Petzold 2003a, 1043*) ein, weshalb ihre Förderung zur Heilung von psychischen Erkrankungen unerlässlich ist. Das Selbst als Grundlage der Persönlichkeit wird als unmittelbar mit dem Leib verbunden, als „Leib-Selbst“ aufgefasst. Das Ich als aktiv handelnder Selbstanteil bildet die Identität heraus, indem es von außen, d.h. von anderen Menschen, gegebene Zuschreibungen und Bewertungen („Du bist...“) mit eigenen, inneren Zuschreibungen und Bewertungen („Ich bin...“) zu einer Synthese verarbeitet und verinnerlicht. Psychische Erkrankungen sind mit Erschütterungen der Identität und Absinken des Selbstwertgefühls verbunden. Sie können entstehen, wenn es zu negativen Zuschreibungen (Attributionen) und Bewertungen (Valuationen) durch andere Menschen kommt. Dies und damit verbundene Rollen gilt es zu erkennen. Durch positive „Internalisierungen“ (*ebd.*), d.h. das Verinnerlichen wohlmeinender Zuschreibungen und Bewertungen, werden Selbstwertgefühl und ein breites „Rollenrepertoire“ (*ebd.*) aufgebaut.

13. Förderung von tragfähigen sozialer Netzwerken (TN):

Die positive Wirkung von „netzwerkzentrierten Interventionen“ (*Petzold 2003a, 1044*) auf die seelische Gesundheit ist kaum zu überschätzen. Therapeuten „arbeiten nicht mit Einzelpersonen, sondern mit sozialen Netzwerken – vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen. Der Patient hat Angehörige, Freunde, Eltern oder Kinder und die Interventionen in der Einzelbehandlung wirken in diese Netzwerke hinein“ (*ebd.*). Diesen Zusammenhang gilt es verständlich zu machen, und der Therapeut sollte sich sorgfältig über „die Zahl der Menschen in der Kernzone, der Mittel- und Randzone, über die Qualität der Beziehungen, über die Werte- und Normensysteme, kollektive Bewertungsmuster“ (*ebd.*) informieren. „Wer stützt den Patienten zwischen den Therapiestunden? Hat er Gesprächspartner?“ (*ebd., 1045*). Voraussetzung für die Netzwerkarbeit ist, dass der Therapeut selbst über seine eigenen Ressourcen, sein eigenes Netzwerk und über den Platz, den seine Patienten darin einnehmen, Bescheid weiß.

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft (SE):

Solidaritätserfahrungen spielen in Therapie- und Selbsthilfegruppen „eine entscheidende Rolle“ (*Petzold 2003a, 1045*). Oft sind Menschen „gescheitert, zusammengebrochen, erkrankt“ (*ebd.*), weil Solidarität und ein „engagiertes Eintreten“ für sie und für ihre Belange gefehlt haben. Zu lernen, wie man sich als Therapeut „solidarisch an die Seite der Betroffenen“ (*ebd.*) stellt, ist ein wichtiges Ziel in der therapeutischen Ausbildung, und „derartige Zielsetzungen dürfen keine leeren

Worte bleiben, sondern müssen als Wirkfaktor handlungskonkret in Therapien zum Tragen kommen“ (*ebd.*).

3.6 Das Tetradische System

In der Integrativen Therapie wird der therapeutische Prozess durch das Tetradische System (*Petzold 1988n/1996a*), in dem vier Phasen unterschieden werden, strukturiert.

Die einzelnen Phasen laufen nicht im Sinne einer strikten Ordnung immer kontinuierlich ab. Es kann auch schnelle, fließende Hin- und Herbewegungen zwischen den Phasen geben.

Das Tetradische System kann sich sowohl auf den Ablauf einzelner Sitzungen als auch auf den gesamten Behandlungsverlauf beziehen.

3.6.1 Initialphase

In der Initialphase ist die Zielsetzung diagnostisch-anamnestisch. Ziele dieser Phase sind „Fallstudie, Anamnese, soziale Diagnose, Erkundung, Kontakt herstellen, Problemdiagnose und Materialsammlung, Verhaltensanalyse, Warm up, Kohäsion in der Gruppe herstellen“ als Grundlage für den weiteren Prozess.

3.6.2 Aktionsphase

In der Aktionsphase ist die Zielsetzung psychokathartisch. Hier als Öffnungs-, Schließungs- und Prägnanzerlebnisse anzusehen: der Patient soll sich für Neues (neue Sichtweisen, emotionales Lernen etc.) öffnen, alte Probleme abschließen und sich über deren Wertigkeit ehrlich klarwerden.

Hier findet Behandlung und Problembearbeitung statt und erhält dadurch Entlastung. Er- und Bearbeitung des Themas, des Problems und der Ressourcen.

Lernmodus: Erfahrungslernen (emotional learning)

3.6.3 Integrationsphase

In der Integrationsphase ist die Zielsetzung analytisch-kommunikativ. Hier werden Verhaltensmuster und Kommunikationsstrukturen mit dem Ziel durchgearbeitet, reflektiert und integriert, die Fähigkeit zur Reflexion zu verbessern und Beziehungsmuster zu erkennen. Der Fokus kann sowohl in die Vergangenheit als auch in die Gegenwart oder Zukunft gerichtet sein.

Hier findet die Ausarbeitung und Vertiefung der Informationen statt.

Lernmodus: Einsichtslernen (insight learning)

3.6.4 Neuorientierungsphase

In der Neuorientierungsphase ist die Zielsetzung verhaltensmodifiziert. Die Phase der Neuorientierung ermöglicht es, Veränderungen zu erarbeiten und neue Handlungsentwürfe zu entwickeln sowie neues Verhalten – durchaus auch experimentell – mit dem Ziel zu erproben und einzuüben, das bisherige Verhalten zu ändern.

Hier findet das Ausprobieren neuen Verhaltens im Alltagsleben statt.

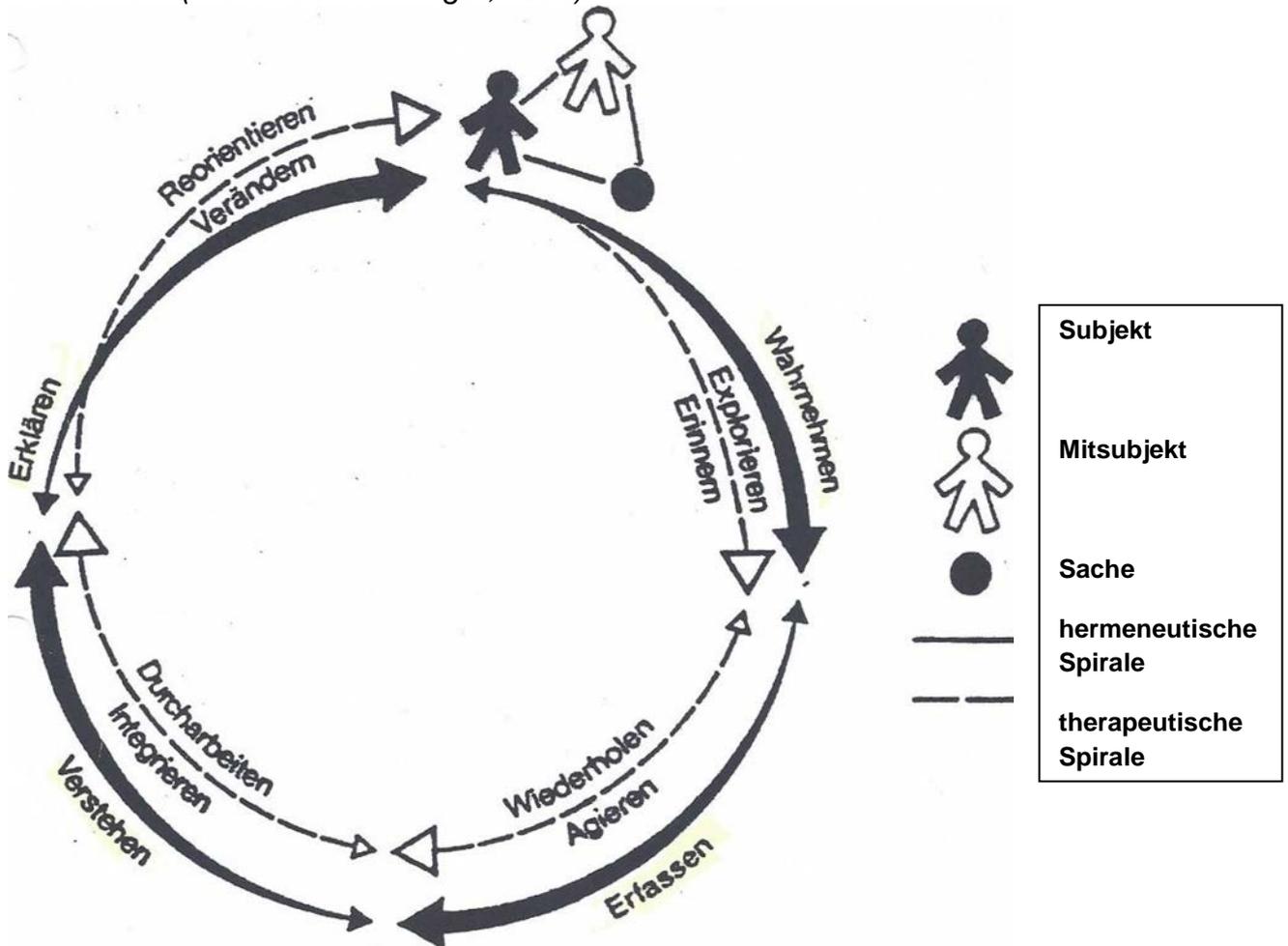
Lernmodus: Verhaltenlernen (behavioral learning)

3.7 Die hermeneutische Spirale

In der Integrativen Therapie an sich ist die hermeneutische Spirale der Weg für Erkenntnisgewinn. Über den Prozess von Wahrnehmen => Erfassen => Verstehen => Erklären kann ein Patient von den Phänomenen seines Verhaltens zu den Strukturen seines Verhaltens, zu den Entwürfen seines Verhaltens finden.

Vom Wahrnehmen zum Erfassen zum Verstehen zum Erklären schreiten Erkenntnisprozesse ko-responierend und ko-kreativ voran als Prozesse zwischen Subjekt und Mitsubjekt (intersubjektiv) im Kontext/Kontinuum über einen Gegenstand (Thema).

Klar Wahrgenommenes öffnet sich zum Erfassen, Verstehen, Erklären hin. Wieder und wieder Erklärtes und Verstandenes schärft das Erfassen, erweitert und vertieft die Fähigkeit des Wahrnehmens. Das heißt, der hermeneutische Prozess bewegt sich in beide Richtungen, vor und zurück. Das erfasste, verstandene, erklärte Wahrgenommene eröffnet neue oder andere Blickwinkel auf die Wirklichkeit, die Lebenswelt, das phänomenale Feld, eröffnet neue Möglichkeiten des Handelns, sodass ein erneutes Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären notwendig wird. Dieses Modell bietet eine strukturierte Möglichkeit, über Differenzierungs-, Strukturierungs- und Integrationsprozesse in intersubjektiver Ko-respondenz Themen, Probleme, Konflikte, Krisen einer Lösung, einer Neuorientierung zuzuführen. (Weibel/Jakob-Krieger, 2009)



Die hermeneutische und die therapeutische Spirale in der Integrativen Therapie (aus: Petzold 1988n, 323)

Erlaubnis von Frau K.

Frau K. ist damit einverstanden, dass ich dieses Behandlungsjournal an der EAG als meine Abschlussarbeit im Kontext „Weiterbildung zum GartentherapeutIn“ einreiche. Alle Daten, die Rückschluss auf die Klientin oder Drittpersonen ermöglichen, wurden anonymisiert. Auch der Familienname der Klientin beginnt nicht mit K.

4. Expliziter und impliziter Auftrag

Als explizite Zielsetzung der therapeutischen Kontaktaufnahme nannte Frau K. folgende Wünsche:

- „Ich wünsche mir Unterstützung bei der Erziehung meiner Tochter.“
- „Ich möchte mehr psychische Stabilisierung für mich selber.“
- „Ich möchte meinen Selbstwert stärken und meine Ressourcen weiter ausbauen.“
- „Ich wünsche mir Unterstützung bei der weiteren Entwicklung meiner beruflichen Perspektive, zum Beispiel im Gartenbereich.“

Der implizierte Auftrag von Frau K. kann als Wunsch nach Hilfe benannt werden, wie zum Beispiel: „Seid für mich da und steht mir bei.“ Eventuell auch den Raum nutzen zu können, für die Reflexion ihrer Partnerschaft und in Bezug auf den nicht vorhandenen Kinderwunsch des Partners. Ein Thema, das im Lauf der Therapie in den Fokus rückte.

5. Initiale Diagnostik (Statusanamnese)

5.1 Biographische und psychosoziale Anamnese

Frau K. wurde 1988 in Oer-Erkenschwick geboren und ist dort mit ihren zwei älteren Schwestern und älterem Bruder bei ihrer Mutter mit ihrem neuen Ehemann groß geworden. Die Mutter von Frau K. war bereits schon vor der Geburt von dem leiblichen Vater getrennt. Der Kontakt zum leiblichen Vater war laut Aussage von Frau K. in der Kindheit bis zum Erwachsenenalter nicht gut gewesen. Der Vater war distanziert und für sie nie da gewesen. Es gab eine Inhaftierung des Vaters wegen sexuellen Missbrauchs an einem Kind, welcher vor der Geburt von Frau K. geschah. Der Vater lebt nun in einer etwas weiter entfernten Stadt und sie kontaktieren sich sporadisch. Das Verhältnis zu ihrem leiblichen Vater wurde im zunehmenden Alter etwas besser, sie kann sich aber jedoch im Kontakt mit ihm schlecht abgrenzen. Es gibt immer wieder Konflikte mit dem Vater, wenn er zu Besuch kommt. Zum einen sind es ständige Ermahnungen, Zurechtweisungen und verbale Abwertungen gegenüber ihrer Tochter bzw. seiner Enkelin und zum anderen die Haftstrafe aufgrund sexuellen Missbrauchs, die Frau K. sehr zu schaffen machen. Sie kann ihren Ärger gegenüber ihrem Vater nur schwer ausdrücken. Die Mutter meiner Klientin zeigte, laut Aussage von Frau K., wenig Interesse an ihr. Bevorzugte immer wieder die jüngere Halbschwester. Sie beschreibt ihre Mutter als gewalttätig ihr

gegenüber und alkoholabhängig. Wo die drei älteren Geschwister zu diesem Zeitpunkt waren, ist nicht nachvollziehbar, da Frau K. sich zu denen nicht mehr geäußert hat. Es seien wohl auch Halbgeschwister gewesen, was Frau K. aber nie verstanden hat. An dieser Stelle ist eine kognitive Einschränkung spürbar. Sie erzählt sehr wenig und nicht detailliert von ihrer Familie, Kindheit und Vergangenheit. Sie habe auch keine Freunde in der Kindheit und Vergangenheit gehabt. Sie meint „Sie sei viel alleine gewesen und habe die Zeit irgendwie rumgebracht.“ Sie beschreibt sich selber als schulschwänzendes, klauendes und Widerworte gebendes Kind, das noch gelacht hat, wenn sie von der Mutter verprügelt wurde. Zu ihrem Stiefvater hatte Frau K. ein ambivalentes Verhältnis, mal mehr mal weniger gut. Über genauere Informationen zu diesem Verhältnis hat sie sich nie geäußert. Als er 2012 starb, betrauerte sie seinen Tod sogar bis heute noch.

Frau K. besuchte die Schule bis zur 9. Klasse, die sie dann freiwillig verlassen hat. Danach machte sie für ein Jahr eine Bildungsmaßnahme bei einem Institut im Bereich Floristik. Seit dem Beginn der Volljährigkeit hat sie eine gesetzliche Betreuerin für ihre Finanzen, da sie zu diesem Zeitpunkt bereits hochverschuldet gewesen ist, was ihre Eltern zu verantworten hatten (laut Aussage von Frau K. hier aber auch keine Details ihrerseits). Sie lernte 2008 ihren damaligen Partner kennen, den sie 2009 geheiratet und von ihm im selben Jahr eine Tochter bekommen hat. Nach der Geburt hat Frau K. mit ihrer Tochter auf Anweisung des ortsansässigen Jugendamtes für 10 Monate in einer Mutter-Kind-Einrichtung gewohnt. Seit dem Auszug aus der Einrichtung hat Frau K. eine sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) an ihre Seite gestellt bekommen. Einige Monate nach der Rückkehr in den gewohnten Haushalt kam die Trennung von dem Kindsvater. Zu ihrem Exmann hat Frau K. so gut wie keinen Kontakt. Sie ist sehr wütend auf ihn, da er sich nur sporadisch um seine Tochter gekümmert hat. Seitdem der Exmann wieder eine neue Partnerin hat, ist der Kontakt noch seltener geworden. Zu ihrer Ex-Schwiegermutter hat sie ein inniges und gutes Verhältnis, was Frau K. sehr guttut.

Aufgrund psychischer Überlastung hat Frau K. im Jahr 2012 einen Suizidversuch gemacht. Sie nahm mehrere verschiedene Medikamente zu sich. Als psychische Überlastung benannte sie, dass ihr Stiefvater gestorben war, sie Stress mit Mutter und Schwester hatte und ihr neuer Partner (Herr L.) immer wieder drohte, sie zu verlassen. Danach folgte ein Klinikaufenthalt in der Psychiatrie mit anschließender Therapie. In dieser Zeit wurde ihre Tochter von den Großeltern väterlicherseits betreut. Nach einer erfolgten Stabilisierung von Frau K. kehrte die Tochter in den mütterlichen Haushalt zurück.

Im Frühjahr 2014 brach sie ihre Ausbildung zur Floristin ab, da sie mit der Ausbildung und dem Haushalt sowie der Erziehung ihrer Tochter überfordert war. Sie bezieht Hartz IV.

Anfang Oktober 2014 zog Frau K. mit ihrer Tochter in eine Mietwohnung in die Stadt, in der ihr Lebensgefährte Herr L. wohnt. Trotz der eigenen Mietwohnung wohnen Mutter und Kind zum größten Teil in dem Haus des Lebenspartners von Frau K., welches sich auf der gleichen Straße befindet.

Ab Anfang Dezember 2014 wurde eine SPFH über das Heilpädagogische Zentrum eingesetzt. Kurz nach einem Hilfeplangespräch mit dem Heilpädagogischen Zentrum und Jugendamt im Februar 2015 offenbarte Frau K., dass sie im Alter von ca. 15-16 Jahren eigene Missbrauchserfahrungen durch den Lebensgefährten ihrer Großmutter mütterlicherseits machen musste. Sie leide unter immer wiederkehrenden Angstzuständen. Das Heilpädagogische Zentrum habe daraufhin eine persönliche Unterstützung über das Elterncoachingzentrum Neuland vorgeschlagen, die dann

auch bewilligt wurde. Hilfebeginn über das Heilpädagogische Zentrum war Mitte April 2015.

5.2 Fünf Säulen der Identität

Das Konzept der Identität umfasst einerseits den individuellen, andererseits den gesellschaftlichen Bereich, wobei beide Bereiche in ihrer zeitlichen Ausprägung wichtig sind. So gewinnt eine Person dadurch Identität, dass sie sich und ihren Leib in ihrer Wahrnehmung als diejenige erkennt, die sie ist, was als Identifikation definiert wird. Zudem wird diese Person durch ihre relevanten Bezugspersonen als diejenige erkannt, als die sie diese sehen, was als Identifizierung gilt. Diese beiden Prozesse erfolgen über die Zeit. Dies führt zur verkürzten Formel, dass Identität als Leistung des Ichs im Zusammenwirken von Leib und sozialen Kontext im Zeitkontinuum entsteht.

Im Folgenden werden die fünf Identitätsbereiche genauer dargestellt, die Petzold als die ‚fünf Säulen der Identität‘ definiert hat (Petzold 1992a, 2003a, 72 ff., 432 ff.; 2012a, 520 ff.)

1. Leiblichkeit
2. Soziales Netzwerk
3. Arbeit, Leistung und Freizeit
4. Materielle Sicherheit
5. Werte und Normen

Bei Frau K. waren zu Beginn der Hilfe alle Säulen beeinträchtigt.

5.2.1 Leiblichkeit

“Das ist mein individueller Leib – das was ich von mir erlebe und nach außen hin verleibliche.“ (sozialer Leib) (Schuch 2000)

Der Leib als Körper-Seele-Geist-Welt-Einheit (Petzold 2009c) verstanden, ist die Grundlage unserer Existenz, die Grundlage allen Wahrnehmens, Handelns, aller Gefühle und Gedanken. Seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind Voraussetzung für ein klares Identitätserleben.

Frau K. ist von mittelgroßer Statur, schlank und zierlich. Sie wirkt mädchenhaft, schüchtern und zurückhaltend. Sie vermeidet zu Beginn des Kontaktes zum größten Teil den Augenkontakt, in der Dyade ist sie viel offener. Beim Blick in die Augen fällt häufig ein „Abdriften“ nach außen von einem Auge auf. Dies wurde noch von keinem vorher als auffällig empfunden. Der Ursprung ist unbekannt. Auf ihre äußerliche Erscheinung legt Frau K. viel wert. Sie ist immer geschminkt, parfümiert, ordentlich frisiert und ihre Kleidung meist sauber und figurbetont. Im Verlaufe der Therapie bezeichnet sie sich öfters als zu dick. Das Körpergewicht von ihr und ihrer Tochter ist wichtig. Ihre Grobmotorik ist eingeschränkt, ist häufig „schlacksig“ unterwegs und sie hat kein gutes Körpergefühl.

Ihr perzeptiver Leib (vgl. Konzept der Leiblichkeit als informierter Leib: Petzold, Sieper, 2012a) wirkt anästhesiert, seine Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt bis eingefroren. Ihr Gesicht ist am Anfang regungslos und sie sagt von sich selber, kein gutes Körperempfinden zu haben.

Regelmäßige Arztbesuch als Prävention oder bei akuten Beschwerden wurden nicht eingehalten bzw nicht durchgeführt. Sportliche Aktivitäten macht Frau K. nicht,

Nikotinkonsum ist vorhanden. Die Fähigkeit sich zu freuen, das Interesse, die Konzentration, der Appetit und der Schlaf sind beeinträchtigt. Sie kann Stress nicht gut aushalten und kommt dadurch schnell in das Gefühl, überlastet zu sein. Zudem klagt sie über ein sehr geringes Selbstwertgefühl und Ängste, z.B. Thema Tod, bei Hitze auf der Autobahn und Panik bei lauten Autogeräuschen.

5.2.2 Soziales Netzwerk

“Das ist der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört, meine Familie, meine Freunde meine Kollegen.“ (Schuch 2000)

Vgl. Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G., 2004

Petzold (Hass, Petzold 1999) definiert ein soziales Netzwerk als „multizentrisches Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen (und ggfls. Institutionen), die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen (Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten in Konvois) und in konkreten oder virtuellen Austauschverhältnissen (z.B. wechselseitige Identitätsattributionen...)“.

Frau K. hat sich mit ihrer Tochter eine Mietwohnung gemietet. Zum größten Teil wohnt sie aber mit ihrer Tochter bei ihrem Partner, der auf derselben Straße ein Haus hat. Sie verbringen meistens ihre Tage und Wochenenden in der Wohnung des Partners und beschäftigen sich mit fernsehen. Auf vorsichtiges Nachfragen nach ihrem sozialen Netz außerhalb der Familie antwortet sie sehr abwertend. Sie habe keine Freundinnen, sie habe ihren Partner und deren Eltern und Schwester. Die familiären Beziehungen sind auf vereinzelte Kontakte mit ihren zwei älteren Schwestern und dem leiblichen Vater, die alle etwas weiter entfernt wohnen, reduziert. Ihre jüngere Schwester wohne zwar in ihrer unmittelbaren Umgebung, habe zu ihr aber keinen guten „Draht“. Eine besondere gute und innige Beziehung hat Frau K. zu ihrer Ex-Schiegermutter. Von ihr fühlt sie sich gut unterstützt. Ihre leibliche Mutter und sie führen eine distanzierte Beziehung. Sie fühlt sich von ihrer Mutter nicht verstanden und nicht gesehen, „sie interessiert sich gar nicht für uns, es ist kein Verlass, Hilfe und Unterstützung ihrerseits da.“

Zu ihrem verstorbenen Stiefvater hatte sie ein ambivalentes Verhältnis, war aber sehr bestürzt, als er gestorben ist.

5.2.3 Arbeit, Leistung und Freizeit

“In der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde.“ (Schuch 2000)

Vgl. Petzold, Heini 1983; Petzold 2014u; Hartz, Petzold 2013

Bereits in ihrer Schulzeit hatte Frau K. große Probleme mit ihren kognitiven Kompetenzen. Ihr fällt der Umgang mit Zahlen sehr schwer und ihre Konzentration ist nicht sehr ausgeprägt. Sie verließ freiwillig die Schule nach der 9. Klasse. Sie bildete sich danach noch ein Jahr in einem Institut im Bereich Floristik weiter. Der Umgang mit Blumen und die dazugehörige Kreativität machte Frau K. sehr viel Spaß. Sie versuchte eine Ausbildung als Floristin zu absolvieren, was aber an ihren kognitiven Kompetenzen und Performanzen gescheitert ist. Auch der Umgang mit den Kunden war ihr zu viel. Sie brach die Ausbildung frühzeitig ab, da sie eine

Überlastung empfunden hatte „alles unter einen Hut zu bekommen“. Sie sagt, „sie sei mit der Ausbildung überfordert und sie kann die Anforderungen des Alltages (Erziehung von der Tochter, Haushalt) nicht mehr in Einklang bringen.“ Frau K. bezieht Hartz IV, was ihr sehr zu schaffen macht. Sie möchte gerne davon wegkommen, will ihr eigenes Geld verdienen, das ist ihr sehr wichtig. Sie fühlt sich so nicht wertgeschätzt, eher minderwertig. Zusätzlich kommt der Druck von ihrem Partner hinzu, der sie immer damit konfrontiert, dass sie endlich arbeiten soll, um von Hartz IV wegzukommen. Die berufliche Perspektive ist zu Beginn unklar und es bestehen große Zweifel bei Frau K. Sie muss zunächst etwas finden, was zeitlich mit der Betreuung ihres Kindes kompatibel ist. Die Freizeitgestaltung ist durch Frau K. mit keinen Aktivitäten, außer zum Spielplatz mit ihrer Tochter zu gehen, ausgefüllt.

5.2.4 Materielle Sicherheit

„Menschen in Armut und Elend sind in ihrer Identität bedroht“ (Petzold 2012a)

Vgl. Lindermann 2016

Für Frau K. ist es sehr wichtig, selbstständig finanziell unabhängig zu sein bzw. zu werden. Sie lebt von Hartz IV und dem Kindergeld. Es hat einen negativen Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl vom Amt und ihrem Partner finanziell abhängig zu sein. Frau K. ist im Besitz eines Bustickets und ist daher eigenständig mobil. Materielles, wie Nahrung, Kleidung und Lebensbedarf, ist vorhanden.

5.2.5 Werte und Normen

“Menschen beziehen aus ihren Werten Sinn und Kraft. Werte werden ,verkörpert, führen zu einer ,Haltung,, die sich im Verhalten zeigt. Hier müssen Überlegungen zur Ethik ansetzen und in identitätstherapeutische Prozesse einbezogen werden. Es stehen u.a. die Themen von Würde, Entwürdigung, Integrität und Integritätsverletzung,... von Wertschätzung und Abwertung im Raum.“ (Petzold, 2012, 524 ff.)

Vgl. Petzold, Orth, Sieper 2010a, 2013a

Durch die Abwertung im Elternhaus hat sie früher nicht die Erfahrung gemacht, notwendige Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Trotzdem ist Frau K. Hilfsangeboten offen und aufgeschlossen gegenüber, um Hilfe und Unterstützung annehmen zu können. Des Weiteren ist sie hilfsbereit, gerne gestalterisch tätig und kreativ.

5.3 Diagnosen nach ICD-10 und ICF

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) dient der Verschlüsselung von Diagnosen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMIDI, 2012) ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit und hat unter anderem die Aufgabe amtliche Klassifikationen wie ICD-10-GM herauszugeben.

Bei Frau K. wurde bis dato keine klinische Diagnostik durchgeführt. Es liegen uns keine Untersuchungen/Unterlagen vor. Daher kann ich nur die Diagnosen vermuten.

- Depression
- Suizidversuch (tatsächlich)

- Dissoziation
- PTBS

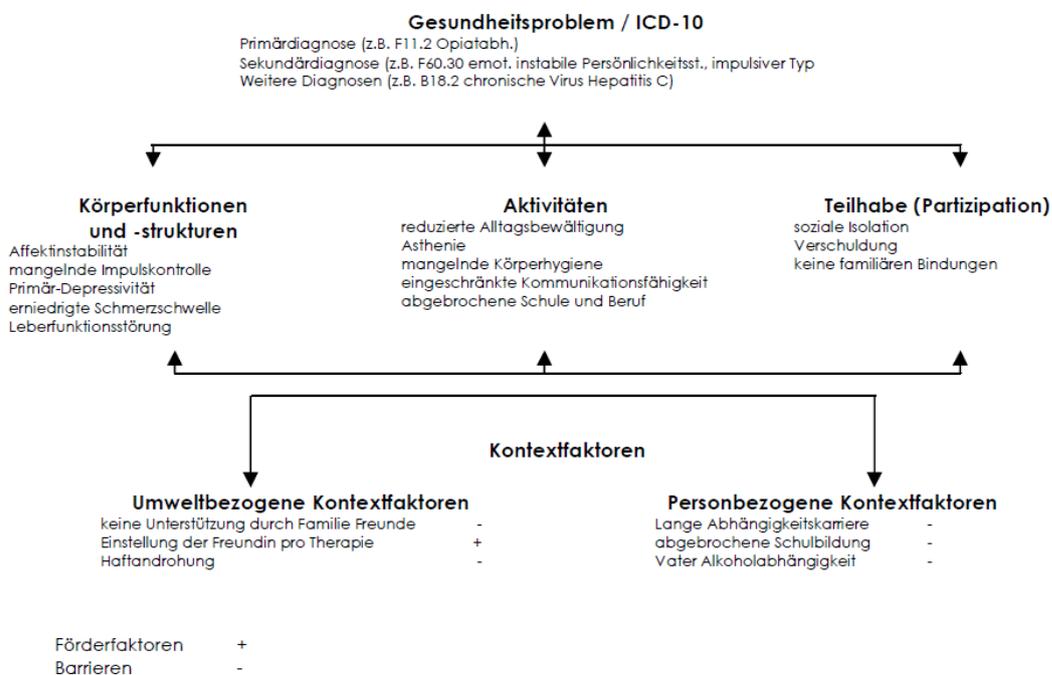
Prinzipiell soll bei den Behandlungen in der Gartentherapie versucht werden in der Kooperation mit behandelnden Psychiatern und PsychotherapeutInnen in die Diskussion über die Diagnostik einbezogen zu werden, um gezielter störungsspezifisch in den Naturtherapien handeln zu können. Das gleiche gilt für die gartentherapeutisch so nützliche ICF-Diagnostik, für die bei Frau K. auch keine Unterlagen vorlagen. Ebenfalls vom DIMDI wird die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) von der WHO 2001 herausgegeben zur Beschreibung des

funktionalen Gesundheitszustandes,
 der Behinderung,
 der sozialen Beeinträchtigung sowie
 der relevanten Umweltfaktoren von Menschen.

Das spezifische Paradigma der Klassifikation wird in den Teilklassifikationen

„Körperfunktionen und Körperstrukturen“,
 „Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe“ sowie
 „Kontextfaktoren“ (sowohl Umwelt- als auch Personen-bezogene) operationalisiert.

ICD-10 und ICF können optimal zusammenspielen, wie es das DIMDI in einer Übersichtsgraphik verdeutlicht:



6. Prozessuale Diagnostik

Anders als in der Statusdiagnostik wie beispielweise im ICD-10-GM orientiert sich die Integrative Therapie am Modell des lebenslangen Lernens, des „life-development-approach“ (Petzold 1993, Leitner 2010). Hier wird davon ausgegangen, dass der Mensch seine Identität in einem fortwährenden leiblich-seelisch-geistig-sozialen Austausch mit seinem sozialen und ökologischen Umfeld und über die gesamte Lebensspanne (Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft) bildet.

Diagnostik in der Integrativen Therapie wird daraus folgend als ein Prozess verstanden, der sich über die gesamte Behandlung erstreckt. Hierbei sind alle wahrnehmbaren Eindrücke und Resonanzen und bekannten Fakten relevant. Diese ergeben ein komplexes, sich in permanenter Wandlung befindendes Bild über Gesundheit und Krankheit. Die Informationen werden in der therapeutischen Beziehung in einem intersubjektiven Ko-respondenzprozess gewonnen. Der Prozess orientiert sich am Modell integrativer prozessualer Diagnostik nach Petzold und Osten (Osten 2004, Jacob-Krieger 2009).

Die prozessuale Diagnostik beinhaltet folgende Bereiche:

- Bedürfnis- und Motivationsanalyse
- Leibfunktionsanalyse
- Problem- und Konfliktdanalyse
- Beziehungsanalyse
- Netzwerk - und Lebensweltanalyse
- Ressourcenanalyse
- Kontinuumanalyse
- Sinnanalyse

6.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse

In der Bedürfnisanalyse geht es um die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des KlientIn

Vgl. Jäkel, B. (2001)

Bedürfnisse/Wünsche

Zu Beginn der Therapie formuliert Frau K. vor allem den Wunsch nach Unterstützung bei Erziehung ihrer Tochter wobei der Fokus auf Regelmäßigkeit und Kontinuität bei Einsatz von Erziehungs- und Verhaltensstrategien und Bindungsverhalten liegt. Des Weiteren möchte sie ihren Selbstwert stärken. Sie möchte sich unter Menschen „leichter, fröhlicher, offener und zuversichtlicher“ fühlen. Zudem braucht sie Unterstützung bei der weiteren Entwicklung ihrer beruflichen Perspektive. Im Verlauf der Therapie wird deutlich, dass Frau K. auch Hilfestellung im Bereich Sicherheit bezüglich ihrer Partnerschaft und den gegenseitigen Erwartungen (unterschiedliche Sichtweisen für die Zukunft z.B. Kinderwunsch) benötigt.

Motivation

Frau K. begibt sich freiwillig in die Therapie. Sie wolle ein gutes Vorbild und eine gute Mutter für ihre Tochter sein. Ihr ist es sehr wichtig von den Ämtern und von Hartz IV wegzukommen.

Ziele

Von der Therapie erhofft sie sich die notwendige Unterstützung, um die oben genannten Bedürfnisse und Wünsche erreichen zu können. Frau K. erkennt auch,

dass eine Strukturierung ihres Tages – und Wochenablauf für sie und ihre Tochter sehr wichtig sind, um relativ entspannt sein zu können. Für die Zukunft wünscht sie sich, mit ihrer Tochter und ihrem Partner harmonisch zusammenleben zu können.

6.2 Leibfunktionsanalyse

In der Leibfunktionsanalyse wird fokussiert auf die Funktionsfähigkeit des perzeptiven (wahrnehmenden), expressiven (ausdrückenden) und memorativen (erinnernden) Leibes.

Vgl. Petzold (1988n, 2009c, Orth, Petzold 1993)

6.2.1 Perzeptiver Leib

Im Bereich des perzeptiven Leibes zeigt Frau K. eine verschwommene Wahrnehmung ihrer Gefühle und ihrer Körperlichkeit. Sie berichtet von einem fehlenden Körpergefühl und fehlenden spürbaren leiblichen Grenzen. Im Verlauf des Therapieprozesses kommt es durch kleinschrittige Förderung und wiederholter Spiegelung ihres Verhaltens zu einer verbesserten Wahrnehmung ihres Leibes.

6.2.2 Expressiver Leib

Zu Beginn zeigt sie sich in der Begegnung zurückhaltend, ruhig und mit leiser unsicherer Stimme, im Gruppensetting durch Unsicherheit aufgrund ihres Wortschatzes wesentlich deutlicher ausgeprägt als in der Dyade. Sie spricht nur bei direkter Ansprache und wirkt oft erschöpft und müde. Aufgrund ihrer biographischen Erfahrungen hat sie gelernt, dass es egal ist, ob sie ihre Bedürfnisse äußert. In der Kindheit hat sich auch niemand darum gekümmert. Ihre kognitiven Fähigkeiten sind deutlich eingeschränkt.

Sie kann angenehme Emotionen wie Freude, Zufriedenheit und Glück schlecht ausdrücken, dafür sind die unangenehmen Emotionen wie Wut, Aggression, Hass und Unzufriedenheit stärker ausgeprägt.

In der Anfangsphase der Therapie fühlt sich Frau K. ihrer Impulsivität ausgeliefert, aber im Verlauf der Therapie übernimmt sie mehr Selbstverantwortung für sich und ihr Verhalten, statt sich in der Opferrolle ihrer Impulsivität zu sehen. Der expressive Leib entwickelt sich zunehmend. Sie findet schnell Zugang zu kreativen Medien z. B. Garten, Kunst, Musik und Bewegungsübungen. Dadurch gewinnt sie neue Erkenntnisse, die ihr bei der Alltagsbewältigung weiterhelfen. Der Transfer in den Alltag gelingt ihr immer häufiger, so dass sie kreative Medien nutzt, um die Erkenntnisse aus den Therapiesitzungen weiterzuentwickeln und zu festigen.

6.2.3 Memorativen Leib

Der memorative Leib von Frau K. hat einige Lücken in der Vergangenheit. Sie hat meist negative Erinnerungen zu berichten, positive sind so gut wie gar nicht vorhanden. Als starke Belastung erlebt sie ihre gewalttätige und alkoholabhängige Mutter, ihren leiblichen Vater, der wegen sexuellen Missbrauchs an einem Kind inhaftiert wurde, die eigene sexuelle Missbrauchserfahrung als sie ca. 15-16 Jahre alt war und der Tod ihres Stiefvaters.

6.3 Problem – und Konfliktanalyse

In der Problem – und Konfliktanalyse geht es um mögliche Defizite, Störungen, Traumata und Konflikte.

Vgl. Petzold 1988n, 2003b

6.3.1 Defizite

Defizite entstehen durch fehlende Stimulierung bzw. „als fehlende Vielseitigkeit und Differenziertheit von Stimulierung“ (Petzold, 2003b,465), insbesondere in den frühen Lernerfahrungen im Mutter-Kind-Dialog, so dass sich entsprechende, emotionale, somatomotorische und kognitive Strukturen nicht oder unzureichend ausbilden können.

Deutlich zeichnet sich in den Schilderungen von Frau K. ein Elternhaus ab, das nur geringe bis gar keine Anregung und Förderung bieten konnte. Es kann von Unterstimulierung ausgegangen werden. Das nicht vorhandene Familienleben, eine gewisse Deprivation in der Kindheit und eine eventuell gewisse Alkoholembryopathie bei ausgeprägter Alkoholgenese der Mutter führen insgesamt zu einer starken kognitiven Einschränkung. Auf der Leibebene ist eine gewisse Erstarrung mit psychosomatischem Unwohlsein festzustellen, die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit ist eingeschränkt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Frau K. nur wenig Resonanz im leiblichen und kommunikativen Dialog mit ihren primären Bezugspersonen oder auf der Ebene von Wertschätzung und Anerkennung erhielt. Das eigenleibliche Spüren, die Kommunikations – und Interaktionsfähigkeit sowie der gesamte Bereich der intersubjektiven Fähigkeiten sind schlecht ausgebildet. Auf der Ebene der Identität zeigen sich Defizite im bereits beschriebenen Leibbezug, Zusammengehörigkeit und Verbindung mit ihrer Tochter, im kaum vorhandenen sozialen Netzwerk und im Bereich einer wenig gestalteten Freizeit.

6.3.2 Störungen

Störungen entstehen durch uneindeutige oder inkonstante Stimulierungen (Rahm, 1993).

Frau K. schildert wiederholt, dass es in ihrer Kindheit kein Erziehungskonzept und Verlass seitens ihrer Mutter gegeben hat, da sie stets betrunken war. Von ihr durfte sie sich keine Hilfe und Unterstützung erhoffen. Ihr jetziges „Verschließen“ scheint eine Reaktion auf negative Erfahrungen zu sein. Es kommt zu Aussagen wie, z.B.: „Mir hört eh keiner zu...“ oder „Wenn ich das sage, bekomme ich sowieso keine Antwort.“ Mit der Zeit hat sich Frau K. selber „alles erlaubt“ und erfuhr im Kontakt zu ihrer Mutter nur Prügel und Schläge. Das verhinderte einen wertschätzenden, respektvollen Bindungsaufbau bzw. Verhältnis. Diese Art „Dauerentwertung“ von der Mutter bewirkte eine pathogene Emotionsentwicklung. Frau K. ist in ihrem Gefühl für Selbstwert deutlich eingeschränkt. Ihr Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühl sind zu Beginn der Therapie stark ausgeprägt und zeichnen sich in Unsicherheit und Überforderung in allen Lebensbereiche aus: auf emotionaler und Persönlichkeitsebene, im sozialen Netzwerk und sozialen Kompetenzen, in ihren intellektuellen/kognitiven Fähigkeiten, im Umgang mit Kind und Erziehung,

Gestaltung der Partnerschaft, Paardynamik und Durchsetzungsfähigkeit. Allgemeine Belastbarkeit ist deutlich reduziert.

Zusätzlich kam es schon zur Rollenumkehr zwischen Frau K. und ihrer Tochter, indem die Tochter Frau K. dominieren wollte oder sich über sie hinwegsetzen wollte. In solchen Sequenzen ist Frau K. überfordert und rutscht von der Mutterrolle auf eine Kindebene mit ihrer Tochter. Frau K. wirkt dann nicht altersentsprechend erwachsen, sondern pubertär gereizt, hilflos und reagiert laut, aufbrausend und nicht mehr empathisch gegenüber ihrem Kind.

6.3.3 Traumata

Traumata entstehen durch extreme Überstimulierung oder Unterstimulierung (z.B. Verlust einer wichtigen Bezugsperson) (Petzold, Wolff, Landgrebe, Josic, Steffan, 2000; Petzold, Wolff, Landgrebe, Josic, 2002)

Der Tod des Stiefvaters im Jahr 2012 war ein Schock für Frau K.. Obwohl, laut Aussage von Frau K., das Verhältnis zu ihrem Stiefvater geteilt war. Dennoch hat das Ereignis ihr den „Boden unter den Füßen“ weggerissen. Danach folgte ihr Suizidversuch durch vermehrter Medikamenteneinnahme.

Weitere einschneidende traumatische Momente fanden bei Frau K. statt, als sie erfuhr, dass ihr leiblicher Vater wegen sexuellen Kindesmissbrauch inhaftiert wurde sowie ihre eigene sexuelle Missbrauchserfahrung durch den Lebensgefährten ihrer Oma mütterlicherseits als ca. 15-16 Jahre alt war.

Die konkrete Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch ihre persönliche Biographie ist aufgrund fehlender Symptomatik nicht gestellt werden. Dennoch macht ihre Vergangenheit Frau K. sehr zu schaffen und belastet sie enorm.

6.3.4 Konflikte

Konflikte sind widerstreitende Stimulierungen. Sie bezeichnen ein gleichzeitiges Aufeinandertreffen von gegensätzlichen Impulsen bzw. von Stimulierung und Hemmung (Rahm, 1993).

Ein Problem ist das Wertgefüge und das Selbstbild, das Frau K. von sich hat. Dieser Konflikt ist sowohl als externer als auch internalisierter Konflikt zu betrachten. Des Weiteren ist ein großer Konflikt während des gesamten Therapiezeit, die Unzufriedenheit der Partnerschaft und das Nicht-verstanden-werden von ihrem Lebenspartner (Kinderwunsch, Arbeit) sowie die große Befürchtung eine schlechte Mutter zu sein.

6.4 Beziehungsanalyse

In der Beziehungsanalyse geht es darum, wie der KlientIn seine primären und sekundären Beziehungen in der Herkunftsfamilie und der aktuellen Lebenssituation gestaltet.

Vgl. Petzold, Müller 2007

Die Beziehungen in der Herkunftsfamilie sind alle nicht intensiv gewesen. Zu den leiblichen Eltern hat Frau K. nur noch sporadischen Kontakt ebenso wie zu ihren drei Halbschwestern. Zu ihrem Halbbruder besteht kein Kontakt, ob es jemals zu einer

Beziehung zwischen den beiden gekommen ist, ist unklar, da sie ihn nur in der Biographie erwähnt hat, aber nie auf ihn eingegangen ist. Zu ihrem verstorbenen Stiefvater hatte sie, wie bereits oben beschrieben ein geteiltes Verhältnis. Zu ihrer Ex-Schwiegermutter pflegt Frau K. ein gutes und inniges Verhältnis. In der aktuellen Lebenssituation befindet sich Frau K. in einer Partnerschaft, die ihr auf einer Art und Weise Halt gibt. Die Eltern von ihrem Lebenspartner und die Schwester mit Kind wohnen in unmittelbarer Nähe und sie hat normalen Kontakt zu ihnen. Frau K. hat früher genauso wie heute keine freundschaftlichen Kontakte, da sie sich im sozialen Netzwerk sehr unsicher fühlt. Während der Therapie bei uns in der Einrichtung hat Frau K. sich langsam aber sicher sich mit den anderen Klientinnen angefreundet. Da entstehen zwischendurch immer wieder einige Kontakte. Die Beziehungen zu ihren Therapeuten wurden während der Therapie immer offener und lockerer. Die Beziehung zu ihrer Tochter ist durch den Status der Tochter stark abhängig.

6.5 Netzwerk – und Lebensweltanalyse

In der Netzwerk – und Lebensweltanalyse wird der Fokus auf die Familien – und Arbeitssituation des KlientIn, sein soziales Umfeld, sein ökologisches Setting und seine Wohnsituation gelegt.

Vgl. Hass, Petzold 1999/2011; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

Frau K. wohnt mit ihrer Tochter in einer Mietwohnung. Da ihr Partner auf derselben Straße ein Haus besitzt, wohnen sie die meiste Zeit bei ihm. Ihre Mietwohnung wird nur noch räumlich genutzt, wenn es zwischen Frau K. und ihrem Partner Streit gibt. Sie bezieht Hartz IV. Sie würde sehr gerne einer Arbeit nachgehen, um endlich unabhängig zu sein. Da Frau K. keine abgeschlossene Ausbildung hat und kognitiv stark eingeschränkt ist, ist es für sie schwer eine geeignete Arbeitsstelle zu finden. Während der Therapie hat sie ein Praktikum in einer benachbarten Gärtnerei gemacht und möchte gerne in dieser Richtung Arbeit finden. Sie hat dann über das Jobcenter einen potentiellen geringfügigen Job bei der Gafög (Arbeitsförderungsgesellschaft) im Gemüseanbau bekommen. Bei diesem Job ist sie sehr ambivalent. Auf der einen Seite wünscht sie sich eine Beschäftigung und Tagesstrukturierung. Auf der anderen Seite ist ihr der Job zu langweilig. Kurz nach dem Beginn dieser Arbeitsstelle treten bei Frau K. körperliche Beschwerden und Beeinträchtigungen auf. Es folgen mehrere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Frau K. beschreibt ihr soziales Netzwerk, wie bereits oben beschrieben, als nicht vorhanden und hat kein aktives Freizeitverhalten. Beim Besprechen von sozialen Netzwerken wird deutlich, wie groß die Schwierigkeiten von Frau K. sind, in Kontakt oder in Beziehung zu gehen. Die Distanz, welche zu überbrücken gilt, ist die Unsicherheit bei wirklicher Begegnung, vor dem Eingestehen der Schwächen und dem geringen Selbstwert.

6.6 Ressourcenanalyse

In der Ressourcenanalyse geht es darum, was dem KlientIn an Eigen – und Fremdressourcen zur Verfügung steht und welche Resilienzen er entwickeln konnte.

Vgl. Petzold 1997p/2007a

Als größte Ressource nennt Frau K. immer wieder ihren Lebenspartner und ihre Ex-Schwiegermutter. Diese beiden Menschen haben sich für sie zu den einzigen Vertrauenspersonen entwickelt. Früher hat Frau K. noch von ihren zwei älteren Halbschwestern, Großeltern väterlicherseits und Großmutter mütterlicherseits als Ressource gesprochen, da ist der Kontakt aber stark zurückgegangen. Gründe dazu sind leider nicht bekannt.

Weitere Ressourcen können vor Beginn unserer Therapie durch eine sozialpädagogische Familienhilfe und anschließend während der Therapie durch das Heilpädagogische Zentrum entwickelt und als folgende Aspekte aufgeführt werden:

Persönliche Ressourcen/Kompetenzen:

- Frau K. hat ein freundliches, zurückhaltendes Wesen
- ist ordentlich und organisiert im Haushalt
- hat Spaß an der Gartenarbeit, gewinnt dadurch an Stärke
- ist ehrlich und kann Hilfe von außen gut annehmen
- Fähigkeit, Kritik gut annehmen zu können
- ist humorvoll
- während des Therapieprozesses entwickelt Frau K. eine hohe Motivation, ihr Leben zu verändern und einen Job zu finden.

Materielle Ressourcen:

- Hartz IV
- Kindergeld
- Leistung aus Bildung und Teilhabe
- eine vollständige eingerichtete Wohnung
- Internetanschluss
- Fahrrad
- Busticket, um mobil unabhängig zu sein

Intrastrukturelle/Institutionelle Ressourcen:

- Kindergarten / Schule für ihre Tochter
- Eltern vom Partner passen mal auf ihre Tochter auf
- bekommt Unterstützung durch das Heilpädagogische Zentrum Gruppe "Neuland"
- hat eine gesetzliche Betreuerin für ihre Finanzen
- bekommt Unterstützung von der Rebeq (Beschäftigungs – und Qualifizierungsgesellschaft)
- bekommt zusätzlich eine Unterstützung für ihre Tochter durch die Tagesgruppe "Büsum" des Heilpädagogischen Zentrums

Als Resilienzen können folgende Aspekte aufgeführt werden:

- Fähigkeit, die Belastungen des Alltags zu bewältigen
- Fähigkeit, sich Hilfe und Unterstützung zu suchen
- Anpassungsfähigkeit
- positive Zukunftserwartung
- Fähigkeit, Achtsamkeit zu praktizieren
- Bereitschaft, Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen
- Bereitschaft, sich nicht als Opfer zu sehen, sondern aktiv zu werden

6.7 Kontinuumanalyse

In der Kontinuumanalyse geht es darum, wie sich das bisherige Leben des KlientIn vollzogen hat, ob es kritische Lebensereignisse gibt und welche Zukunftsperspektiven zur Verfügung stehen, bzw. entwickelt werden können.
Vgl. Petzold 1991o, 2016l

Es wird deutlich, dass es im Leben von Frau K. mehrere einschneidende Ereignisse gegeben hat, von denen sie sich noch nicht komplett erholt hat. Durch die Gewalttätigkeit und Vernachlässigung durch die primären Bezugspersonen in der Kindheit herrschte ein durchgehend schädigendes Milieu vor, welches dazu beitrug, dass Frau K. psychische Probleme/Störungen entwickelte. Der Todesfall ihres Stiefvaters und der Gewissheit, dass ihr leiblicher Vater wegen sexuellem Kindesmissbrauch im Gefängnis war sowie ihre eigene sexuelle Missbrauchserfahrung führten als kritische Lebensereignisse zu weiteren Niederschlägen in ihrem Lebenslauf.

Die Auswirkungen dieser Erlebnisse sind im „Hier und Jetzt“ weiterhin deutlich spürbar in der häufig depressiven Stimmung, im vermindertem Selbstwertgefühl und einem inkonsequenten Erziehungsstil bei ihrer Tochter. Frau K. scheint dies nur zum Teil bewusst zu sein, da sie häufig für das Gefühl der Überforderung und der starken Belastung keine detaillierten Gründe benennen kann. Sie habe einfach oft das Bedürfnis von den anderen verstanden und anerkannt zu werden.

6.8 Sinnanalyse

In der Sinnanalyse geht es darum, was dem betreffenden KlientIn innere Befriedigung verschafft und von ihm als sinnvoll erlebt wird. Normen und Werte, die der betreffende KlientIn wichtig sind, werden eruiert.

Vgl. Petzold 2001k, Petzold, Orth 2004b, 2005a

Frau K. weist eine hohe Haltung zu Werten wie Ehrlichkeit sich selbst und anderen Menschen gegenüber auf. Des Weiteren sind Leistung, Stärke und Sicherheit wichtige Werte, die sie als Mensch wahrnehmen und vermitteln lernen möchte. Die Familie (Partner und Tochter) und deren sozialen Zusammenhalt sind ihr ebenfalls besonders wichtig. Die Beziehungen zu ihrem Lebenspartner und ihrer Tochter möchte sie empathisch, harmonisch und mit viel Respekt gestalten wollen. Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit sind bei ihr von großer Bedeutung, habe aber erheblichen Zweifel, ob diese Ziele für sie tatsächlich erreichbar sind.

6.9 Interaktionsanalyse

Vgl. Petzold, Müller 2007, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994/2016

6.9.1 Relationen der Bezogenheit

Alles therapeutische Geschehen geschieht eingebettet in zwischenmenschliche Beziehung (Petzold, Müller, 2007; Petzold, 2012c). Die Überlegungen der Anthropologie der Integrativen Therapie und ihr Menschenbild besagen: Der Mensch ist wesensmäßig koexistierend, er wird Mensch durch Mitmenschen. Er geht aus der Zwischenleiblichkeit von Mann und Frau hervor, er wächst in der Zwischenleiblichkeit der Mutter-Kind-Dyade, später in der Triade und in erweiterten zwischenleiblichen

Konstellationen auf. Sind diese Konstellationen und ihre Atmosphären nährend und gut, entwickelt sich das Kind gesund, kräftig und lebendig. Im Gegensatz dazu wird es durch Defiziterfahrungen und fehlende gute oder durch gestörte, traumatische, giftige oder bösartige Atmosphären krank. Weil Menschen im zwischenmenschlichen Milieu körperlich und seelisch erkranken, können sie auch nur im zwischenmenschlichen Milieu gesunden – über neue und korrigierende Erfahrung von Bezogenheit, so dass Kontakt, Begegnung und Beziehung in der Lebenswelt besser gelingen. Diese drei Begriffe werden im Folgenden definiert:

Kontakt ist im Wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene vom Fremden scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft. Der Körper berührt und wird berührt. An seiner Grenzfläche (Kontaktfläche), z.B. der Haut, entsteht Kontakt, der dadurch gekennzeichnet ist, dass er zugleich Angrenzung und Abgrenzung ist (*Petzold 2003a; Wolfgang Ebert, Barbara Könnecke-Ebert*).

Begegnung ist ein wechselseitiges empathisches Erfassen im Hier und Jetzt, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinander zugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen (d.h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert; das intuitive, empathische Erfassen, in dem zwei Menschen etwas mehr voneinander erkennen als das, was das offene Verhalten des Augenblicks freigegeben hat (*Petzold 2003a; Wolfgang Ebert, Barbara Könnecke-Ebert*).

Beziehung ist in der Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in *verlässlicher* Bezogenheit zu leben. Begegnung impliziert eine Verheißung, rührt den Wunsch nach Dauer an, der, findet er die Realität eines Miteinanders, sich zur Beziehung verwandelt. Beziehung bedarf des Kontaktes und der Begegnung (*Petzold 2003a; Wolfgang Ebert, Barbara Könnecke-Ebert*).

Bindung ist eine Nahraumbeziehung, die über die Verlässlichkeit hinaus von einer Treuezusage gekennzeichnet ist wie in Verwandtschaften, Wahlverwandtschaften, gelebten Patenschaften, Lebensfreundschaften. In Langzeittherapien mit „Parenting Qualitäten“ oder in Begleitungen von schwerer Krankheit oder Sterbeprozessen können auch in Therapien Bindungsqualitäten aufkommen und können dann auch genutzt werden (*Petzold, Müller 2007*)

Der Kontakt mit Frau K. war anfänglich durch Verschlussenheit, Zurückhaltung und Scheu geprägt. Sie wirkte sehr ruhig und „in sich gekehrt“, doch körperlichen Kontakt wie z.B. Hand geben zur Begrüßung und zur Verabschiedung war für Frau K. kein Problem. Der Augenkontakt dagegen war sehr verschüchtert und unsicher. Sie erzählte sehr wenig von sich selbst z.B. aus der Vergangenheit und sagte im Gespräch oft nur Ja und Nein. Es kam am Anfang zu keiner guten Ko-responzenz. Doch im Verlauf des Behandlungsprozesses durch die immer wiederkehrenden Begegnungen fasste Frau K. immer mehr Vertrauen zu mir und es kam zu einem guten Ko-responzenzprozess mit entstandener Intersubjektivität.

6.9.2 Übertragungen

Übertragungen werden verstanden als „Anwesenheit unsichtbarer Dritter“ oder weiter gefasst als die „unbewusste“ Aktualisierung alter Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart hier und heute davon getrübt und verstellt wird in der Beziehung der Gesprächspartner.

Frau K. fasste nach kurzer Eingewöhnungsphase schnell Vertrauen zu mir und wunderte sich regelmäßig über das Gefühl der Wertschätzung und das Angenommen-Werdens, obwohl sie doch „so dumm“ sei. Sie war es gewohnt, als Kind und Jugendliche beschimpft, geschlagen und abgewertet zu werden und hat dieses Muster für sich übernommen (Selbstattribution und Internalisierung negativer Zuschreibungen). Nachdem dies im Laufe des Behandlungsprozesses deutlich wurde, erwartet sie nicht mehr für ihr „Fehlverhalten“ bestraft zu werden, sondern Unterstützung und Verständnis zu bekommen bzw. zu erhalten.

6.9.3 Widerstand und Reaktanz

Widerstand wird in der Integrativen Therapie als Fähigkeit definiert, sich gegen als bedrohlich empfundene Einflüsse auf das Selbst und die Identität zu schützen. Widerstand ist eine positive Fähigkeit, eine Kraft und ein Schutz, die sich im Laufe des Lebens entwickelt hat und entwickelt. Sie dient der Abwehr von Angst und schmerzlichem Erleben. Wenn Veränderungen nicht mehr möglich sind, dann spricht man von pathogenem Widerstand (*Rahm, 1993*).

Reaktanz wird verstanden als komplexe Abwehrreaktion, die als Reaktion auf äußere und innere Einschränkungen aufgefasst werden kann, ausgelöst z.B. durch Druck (z.B. Nötigung, Drohungen) oder die Einschränkung von Freiheiten, Spielräumen (z.B. Verbote, Zensur, (un)geschriebene Regeln). Als Reaktion bezeichnet man dabei nicht das ausgelöste Verhalten, sondern nur die zugrundeliegende Motivation.

Bei Frau K. waren Widerstandsphänomene vor allem wahrnehmbar in verbaler Aggressivität, Trotzverhalten, innerer Rückzug und Vermeidung. Reaktanzphänomene konnte ich zu Beginn des Prozesses nicht wahrnehmen. Erst im Verlauf der Behandlung konnte ich reaktantes Verhalten beobachten, z.B. Abwehr/ Abgrenzung gegenüber ihrem Vater und Einforderung ihrer eigenen Bedürfnisse.

6.9.4 Gegenübertragungsresonanzen

Unter Gegenübertragung verstehen wir eine bewusstseinsfähige Resonanz der TherapeutIn auf das, was ihr KlientIn entgegenbringt (Äußerungen), eine empathische Reaktion (*Petzold & Ramin 1987*). Es wird unterschieden zwischen konkordanter (empathisches Mitfühlen, in seiner Haut stecken), komplementärer (TherapeutIn fühlt sie wie das frühere Gegenüber) und reziproker Gegenübertragung (TherapeutIn fühlt sich vom KlientIn so behandelt, wie er sich früher in seiner Rolle gefühlt hat und der KlientIn ist in der Komplementärrolle) (*Rahm, 1993; M.Jacobi, 1987*)

Als angehende Gartentherapeutin konnte ich konkordante Gegenübertragungsphänomene wahrnehmen. Ich fühlte mit der unsicheren, zurückhaltenden Frau K., welche nie richtig gesehen wurde von ihrer Familie und sexuell missbraucht wurde, empathisch mit.

Komplementäre und reziproke Gegenübertragungsphänomene nahm ich im Behandlungsprozess nicht wahr.

6.9.5 Interaktionsverhalten im therapeutischen Setting

Frau K. war in dem gesamten Behandlungsprozess kooperativ. Sie hielt vereinbarte Termine pünktlich ein oder sagte diese frühzeitig z.B. bei Erkrankung ihrerseits oder ihrer Tochter, Arztbesuche, Ämtergänge, ab. Sie zeigte sich anfänglich zurückgehalten und verschlossen, wurde aber im Verlauf der Behandlung immer offener, freundlicher und zugewandter. Ihre Bemühungen um das Erreichen ihrer Ziele waren ersichtlich und spürbar. Die therapeutische Beziehung basierte auf Korrespondenz, Ehrlichkeit und Vertrauen. Sie hatte eine hohe Motivation ihr Leben mit ihrer Tochter und Lebenspartner positiv zu verändern und eine berufliche Zukunftsperspektive zu bekommen. Es gab immer wieder Rückschritte aufgrund von depressive Stimmung, Unzufriedenheit und Ungeduld, die sie aber nicht aufgeben lassen haben.

7. Therapeutisches Rahmencurriculum

7.1 Therapieplan

Der Therapiewoche beinhaltet insgesamt 27,5 Stunden Behandlungszeit, verteilt auf fünf Tage die Woche (montags-freitags).

Die Behandlung setzt sich aus einer Kombination aus einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten zusammen.

Um Frau K. im ganzheitlichen Sinne an ihre individuellen Stärken und Ressourcen heranzuführen, nimmt sie an folgenden Angeboten des Eltern- (Teile-) und Familien-Coachingzentrums „Neuland“ teil:

Befindlichkeitsrunde/Tagesreflexion

Jeder Therapietag beginnt mit einer Befindlichkeitsrunde, in der die KlientInnen ein Tagesziel festlegen und Organisatorisches besprochen wird.

Am Ende jeden Therapietages beschließen die KlientInnen mit einer Tagesreflexion, in dem sie den Tag reflektieren.

Die Wochenreflexion am Freitag dient dazu, dass die KlientInnen ihre Woche (auch im Vergleich zur vergangenen Woche) reflektieren, und überprüfen, welche Fortschritte sie erreicht haben und welche Ziele sie für die Folgewoche festlegen wollen.

Bewegungsförderung

Zweimal wöchentlich nehmen die KlientInnen an dem physiotherapeutischen Angebot des Heilpädagogischen Zentrums teil. Das Angebot reicht von spazieren gehen über Nordic Walking bis zur rhythmischen Gruppenarbeit mit Rattanstöcken.

Ganzheitliche Ernährungsberatung/Kochen und Ernährung

Die holistische (ganzheitliche) Gesundheit betrachtet Körper, Geist und Seele als eine Einheit.

Bei der holistischen Beratung geht es um geeigneten Gesundheitsinformationen und Ernährungshinweise.

Zudem gibt es ein wöchentlich stattfindendes Gruppenangebot „Kochen und Ernährung“, hier wird unter Anleitung ein gesundes Mittagessen in der Gruppe zubereitet.

Gartenprojekt „Alles was wachsen kann“

Zweimal wöchentlich können die KlientInnen an der Gartenarbeit „Alles was wachsen kann“ teilnehmen. Innerhalb eines geschützten Rahmens erleben die KlientInnen die eigene Selbstwirksamkeit bei den regelmäßig, wiederholenden Tätigkeiten, die in der Gartenarbeit anfallen. Die Gartenarbeit ermöglicht den KlientInnen das Erleben von innerer Ruhe, Erholung, Ausgeglichenheit und Entspannung.

Kunsttherapie und ressourcenorientierte Kreativarbeit

Die Kunsttherapie ist ein ressourcen- und prozessorientiertes Angebot mit ganzheitlicher Ausrichtung. Hauptaugenmerk der kunsttherapeutischen Arbeit ist es, die Entwicklung unentwickelter Potenziale zu unterstützen, sowie inaktive Wesenszüge zu erleben und sichtbar zu machen. Dabei werden biografische Zusammenhänge und sich wiederholende Muster berücksichtigt und die Suche nach Wegen gefördert, verhärtete Muster zu verändern. Die Kunsttherapie findet einmal wöchentlich mit 90-minütiger Dauer im Gruppenkontext statt.

Entspannungs- und Musikgruppe

Mit Hilfe von Entspannungsübungen, Körperreisen, Atemübungen, Klangschalenterapie in der Entspannungseinheit und dem Einsatz diverser Trommeln in der Musikgruppe werden verschiedenste Möglichkeiten zur aktiven und passiven Entspannung, zur Wahrnehmungsschulung und zur Vertiefung und Findung eigener Kompetenzen entwickelt. Dieses Angebot findet einmal wöchentlich statt.

Psychotherapeutische Einzelgespräche

Einmal wöchentlich finden klinisch-diagnostisch-anamnestische Einzelgespräche für die KlientInnen statt. Die Einzelgespräche dienen als Behandlungsform in einem „dynamischen Setting“ der Bearbeitung von aktuellen Problemen und Schwierigkeiten. Hier werden die angestrebten Ziele differenziert erarbeitet, überprüft und praktizierten Vorgehensweisen reflektiert. Dies geschieht unter Einbeziehung der jeweils vorhandenen Ressourcen- und Potentiallage.

Interpersonellen Gesprächsgruppe

Einmal wöchentlich findet für die KlientInnen eine interpersonelle Gesprächsgruppe statt.

Im Fokus dieser therapeutischen Gesprächsgruppe liegt der Austausch unter den KlientInnen. Verhaltensmuster, die die KlientInnen im Alltag in konflikthafte und problematische Situationen führen, treten im Rahmen der regelmäßigen Einheiten zu Tage und werden reflektiert. Neue Lösungswege und Handlungsalternativen im Kontakt können von den KlientInnen erkannt, erlernt und erprobt werden. Gleichzeitig werden belastende, biografische Inhalte in Gesprächen bearbeitet. Hierbei kommen Techniken aus der systemischen Therapie, der Gestaltherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Ego-State-Therapie zum Einsatz. Aufstellungsarbeiten und Rollenspiele werden im Bedarfsfall eingesetzt.

„Experientielle Reittherapie“

Einmal wöchentlich können die KlientInnen an der „experientiellen Reittherapie“ teilnehmen. Die „experientiellen Reittherapie“ bietet ein Therapiekonzept auf der

Grundlage einer Synthese von Psychotherapie, Körperarbeit, Heilpädagogik und Arbeit mit dem Pferd. Die Abgrenzung zur herkömmlichen Reittherapie liegt im Wesentlichen in dieser Viererkonstellation und insbesondere in der experientiellen (erlebnisorientierten) Ausrichtung.

Begleitete Eltern-Kind-Kontakte (auch durch die Tagesgruppe „Büsum“, in der ihre Tochter angegliedert ist)

Es findet einmal wöchentlich ein Mutter-Kind-Kontakt statt, bei dem gemeinsame Gespräche geführt werden. Inhalte können Reflexionsgespräche zu der vergangenen Woche, aktuelle Konflikte oder auch Wünsche zur Neugestaltung von Absprachen im häuslichen Miteinander sein.

7.2 Therapieverlauf

Da ich die Weiterbildung zur Gartentherapeutin an der EAG/Fritz Perls Institut mache und die KlientInnen im Heilpädagogischen Zentrum Gruppe „Neuland“ in dem Gartenprojekt „Alles was wachsen kann“ betreue, werde ich im Behandlungsverlauf über 5 ausgewählte Einheiten im Garten mit Frau K. berichten. In dem Behandlungsprozess hat Frau K. ein zweimonatiges Praktikum unter Anleitung von mir in einer Gärtnerei absolviert. Frau K. sieht ihre berufliche Zukunftsperspektive im Bereich Garten und Pflanzen. Über den Verlauf des Praktikums schreibe ich auch eine Dokumentation.

Wie bereits oben schon beschrieben, findet das Gartenprojekt zweimal wöchentlich von 120-minütiger Dauer statt. Da zu diesem Zeitpunkt keine anderen KlientInnen Interesse an dem Gartenprojekt haben, finden die Angebote im Einzelkontext mit Frau K. statt.

In der praktischen Gestaltung des therapeutischen Prozesses legt die Integrative Therapie indikationsspezifisch den Schwerpunkt auf verschiedene Modalitäten, vertritt also eine „multimodale Praxeologie“: (Leitner, 2010)

- konfliktzentriert-aufdeckende Modalität
- konservativ-stützende, palliative Modalität
- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert- funktionale Modalität
- netzwerkaktivierende Modalität

Die 3 wichtigsten Modalitäten in der Gartentherapie sind:

1. konservativ-stützende, palliative Modalität, in der Patienten Beistand, Begleitung, Entlastung, Sicherung, Linderung von Schmerzen erfahren, z.B. in Krisenepisoden und Phasen kritischer Lebensereignisse oder anlässlich der Bewältigung bestimmter, überforderter Lebensaufgaben z.B. Umgang mit Verlusten.
Bei Menschen, die krisennah sind; bei stillen, ruhigen und passiven Menschen; bei Menschen, die leise sind und Trost brauchen; bei Menschen, die misstrauisch sind.
2. erlebniszentriert-stimulierende Modalität, in der mit kreativen Medien und Methoden (Garten, IBT, Tanz...) sowie aktiver Imagination an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit mit ihren Strukturgefügen gearbeitet wird.

Bei Menschen, die neugierig sind und Interesse zeigen; um Menschen aus ihrer Selbstbefangenheit zu holen; bei Menschen, die etwas Neues ausprobieren möchten.

3. Übungszentriert-funktionale Modalität, in der z.B. mit Relaxationsmethoden, körpertherapeutischen Übungen, Lauftherapie, Bogenschießen, Gartenarbeit, Biofeedback etc. gearbeitet werden kann.

Um Menschen mehr in ihre Leiblichkeit zu bringen; bei Menschen, die gefördert werden möchten und um Ausdauer und Geduld zu trainieren; die Beweglichkeit der Menschen auszudehnen, um sie mehr in Schwung zu bekommen.

Jeder KlientIn kann täglich unterschiedliche Modalitäten haben, da ihre Verfassung täglich variiert.

Bei der Integrativen Therapie heißt es, sich immer wieder neu einlassen zu können.

7.3 Therapieziele

Vgl. *Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*

Die Entwicklung von Behandlungszielen erfolgen im Rahmen der prozessualen Diagnostik und bezieht sich auf die jeweiligen Probleme (als Schwierigkeiten oder Aufgaben verstanden), Ressourcen (als Mittel der Unterstützung verstanden) und Potentiale (als Möglichkeiten verstanden). *Petzold, Leuenberger und Steffan (1998)* betonen die Wichtigkeit, die Ziele und Schwerpunkte mit den KlientIn in Begegnung und Auseinandersetzung immer wieder neu zu erarbeiten, die den Prozess von Integration und Kreation voranbringen sollen (*Petzold, Leuenberger und Steffan, Ziele in der Integrativen Therapie, 1998*).

Petzold schuf folgende Taxonomie:

1. Metaziele: als Global- oder Richtziele aus der Metatheorie hergeleitet (komplexes Bewusstsein = Selbst- und Weltverständnis)
2. Persönlichkeitsbestimmte Ziele: z.B. Ich-Stärkung, Abgrenzungsfähigkeit
3. Lebensweltbestimmte Ziele: z.B. Wiedergewinn der Arbeitsfähigkeit
4. Methodenbestimmte Ziele: z.B. Ertragen der Gruppe, des körperlichen Kontakts

(*Petzold, Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie*)

Die folgenden Behandlungsziele wurden gemeinsam mit Frau K. in intersubjektiver Ko-responsenz erarbeitet und festgelegt.

7.3.1 Global- oder Richtziele

- Unterstützung bei der Erziehung ihrer Tochter
- Stärkung ihres Selbstwertes
- Förderung von Kompetenzen, um ihre Ressourcen und Handlungsspielräume zu erweitern
- Erarbeitung von beruflicher Zukunftsperspektive im Gartenbereich
- Anwendung von Strategien zur Impulskontrolle, um diese im Alltag bzw. beim Partner und Kind umsetzen zu können

7.3.2 Persönlichkeitsbestimmte Ziele

- Förderung von Kompetenzen im Umgang mit Alltagsbelastungen, die Stress und Unsicherheit auslösen
- Förderung des Zugangs zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen
- Verstehen von Angst- und Schuldgefühlen

- Förderung von Stressbewältigung und Entspannungskompetenz
- Bewusst werden ihrer Stärken und Kompetenzen
- Stärkung des Selbstvertrauens, des Selbstwertes und der Selbstachtung
- Förderung der Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit
- Entwicklung von sprachlichem Ausdruck, Aufbau von Sprach- und Auftrittskompetenz
- eine gute Mutter für die Tochter zu sein
- Förderung von konstruktiver Erziehungsfähigkeit

7.3.3 Lebensweltbestimmte Ziele

- Förderung der Strategien zur Stärkung eines konstruktiven Bindungsverhaltens mit ihrer Tochter
- Unterstützung bei der Suche einer leichten ungelerten Tätigkeit im Gartenbereich
- Verminderung und Abbau von Angst- und Versagensgefühlen im Arbeits- und Leistungsbereich
- Überwindung von Blockaden im Arbeitsbereich
- Stärkung ihrer wichtigen sozialen Beziehungen in der Partnerschaft und Mutter-Kind-Beziehung
- Unterstützung und Förderung bei der Verbesserung des sozialen Netzwerks
- Fördern von Ressourcen für ein lebendiges Freizeitverhalten

7.3.4 Methodenbestimmte Ziele

- Verbesserung der Ko-respondenzfähigkeit durch Ermöglichen positiver Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung und im Gruppenkontext
- Erfahrung von Ko-kreativität im Einzel- und Gruppenkontext
- Erfahrung von Solidarität im Einzel- und Gruppenkontext
- Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeit im gartentherapeutischen Kontext
- Einblick in Theorie und Praxis in der Gartenarbeit

8. Behandlungsverlauf

Die Integrative Gartentherapie mit Frau K. vollzog sich in dem Zeitraum vom 13.04.2015 bis 24.11.2015. Der Garten, in dem wir die gärtnerischen Tätigkeiten ausführen, befindet sich direkt an dem Haus, in dem die Gruppe „Neuland“ vom Heilpädagogischen Zentrum angegliedert ist. Der Garten besteht aus einer großen Rasenfläche mit kleinem Obstbaumbestand, Blumenbeeten, ein Nutzgarten, Kräuterspirale und ein kleines Gewächshaus. Das Gartenprojekt „Alles was wachsen kann“ wurde mit dem zweimonatigen Praktikum in der Gärtnerei beendet. Im Anschluss habe ich Frau K. noch beim Erstellen der Bewerbungsunterlagen für die in der Umgebung liegenden Gärtnereien unterstützt.

8.1 Erstgespräch

Themen: Erstgespräch, Kennenlernen, Klärung von Wünsche und Ziele von Frau K.

Gesprächsverlauf:

Das Erstgespräch mit Frau K. und mir findet am zweiten Therapietag im Heilpädagogischen Zentrum statt. Es ist mir wichtig, einen gelungenen und schönen Erstkontakt zu schaffen, um die Basis für den Aufbau einer guten gartentherapeutischen Beziehung herzustellen. Sie begegnet mir freundlich, mit sanftem Händedruck, der Blickkontakt ist anfänglich gehemmt. Obwohl Frau K. am Anfang sehr ruhig und zurückhaltend wirkt, gibt sie mir die Rückmeldung, dass sie gut in der Gruppe „Neuland“ von den MitarbeiterInnen des Heilpädagogischen Zentrums und von den anderen KlientInnen aufgenommen wurde. Ich bestärke sie darin, sich Zeit zu nehmen und in Ruhe anzukommen.

Frau K. ist eine schlanke Person von mittlerer Größe, da sie aber einen verschüchterten Eindruck auf mich macht, wirkt ihre Größe durch die etwas gebeugte Haltung kleiner. Ihr äußeres Erscheinungsbild ist durch saubere Kleidung, frisierte Haare, geschminktes Gesicht und ordentliche Hände, gepflegt. Sie benutzt gerne Parfüm, aber nicht um irgendwelche anderen Körpergerüche zu überspielen. Frau K. zeigt in ihrer Mimik harte Gesichtszüge, lacht bzw. kichert recht viel, wenn sie sich unsicher fühlt.

Auf die Frage, wie sie sich fühle, antwortet sie knapp, dass es ihr einigermaßen gut geht und sie das Gefühl hat, hier gut aufgehoben zu sein. Sie erhofft sich bei uns Unterstützung bei der Erziehung und im Umgang mit ihrer Tochter, Erlernen von Selbstfürsorge und eine positive berufliche Zukunftsperspektive zu erlangen.

Ich bitte Frau K. mir zu schildern, was sie sich unter Selbstfürsorge und beruflicher Zukunftsperspektive vorstellt. Sie berichtet mir offen, dass sie eine psychische Überlastung in ihrem Alltag mit Partner, Kind, Haushalt und dem zunehmenden Druck, von Hartz IV wegzukommen, empfindet. Sie möchte gerne ihre eigenen Bedürfnisse mehr in den Vordergrund stellen und durch Entspannung und innere Ruhe sich selbst bei Stress und Belastung runterregulieren zu können.

Sie berichtet mir über ihre abgebrochene Ausbildung beim Floristen. Der Abbruch kam durch die zunehmende psychische Belastung im Alltag, „alles unter einem Hut zu bekommen“, zustande. Sie berichtet auch über die Problematik ihrer kognitiven Einschränkung während der Ausbildung. Sie hatte mit dem Rechnen, Berufsschule, Kasse bedienen, Kundenkontakt und mit der Arbeitsgeschwindigkeit große Schwierigkeiten. Da dieser Druck zu groß für sie war und die Betreuung ihrer Tochter sehr unzuverlässig wurde, bricht Frau K. ihre Ausbildung nach 2 Jahren ab.

Sie teilt mir mit, dass sie in diesem Bereich mit Blumen und Pflanzen wieder beruflich tätig sein möchte und würde sich darum sehr über mein Gartenangebot freuen.

Ich bestärke sie, dass ich gerne bereit bin mit ihr in den Bereichen Mathematik, sich Namen von Blumen und Pflanzen zu merken und auszusprechen zu üben. Auch an der Offenheit und Sicherheit zu den Mitmenschen können wir in kleinen Schritten arbeiten. Das Arbeitstempo nimmt mit zunehmender Arbeit und Routine von alleine zu.

Zum Schluss unseren Erstkontaktes machen wir noch einen Rundgang durch den Garten. Mit großer Begeisterung sieht sie sich die Blumen- und Gemüsebeete und das Gewächshaus an.

Ich gebe ihr am Ende das Gefühl, dass sie sich hier gut aufgehoben fühlen kann und hier ihre gewünschte Entspannung und innere Ruhe finden kann.

Ich teile ihr mit, dass wir gute Kontakte zu einer benachbarten Gärtnerei haben und wenn sie zum späteren Zeitpunkt Interesse hat, könnte sie dort ein Berufspraktikum absolvieren.

Frau K. zeigt großes Interesse und ihre Augen fangen an zu strahlen.

Interventionen:

- konservativ-stützende Modalität
- 1. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung
- 2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 4. Heilfaktor: Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 10. Heilfaktor: Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (PZ)
- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Frau K. ist ein Mensch voller Unsicherheiten und Ängsten
- Die Schaffung von Grundvertrauen wird wichtigster Schlüssel für den therapeutischen Erfolg
- Durch viele Gemeinsamkeiten (Partner, Kind, Haushalt, Liebe zum Garten und Natur, Arbeit), die wir uns gegenseitig mitbringen, kann es eine gute therapeutische Beziehung mit Intersubjektivität werden

Phänomene:

Frau K. ist zu Beginn eher ruhig und abwartend, formuliert dann aber klar ihre Wünsche und Ziele. Sie sitzt etwas abgewandt zu mir, was sich aber im Laufe des Gespräches ändert und der gehemmte Blickkontakt wird mit der Zeit stabiler.

8.2 1. Gartentherapieabschnitt April/Mai

Themen: Pflanzenaussaat, Pflanzen aufziehen und die möglichen Wirkungsweisen

Prozess:

Im ersten Gartentherapieabschnitt richte ich unsere Aufmerksamkeit auf die Pflanzenaussaat und Pflanzenvermehrung aus Stecklingen.

Frau K. ist hochmotiviert und hat großes Interesse an der bevorstehenden Arbeit. Bevor wir mit der Arbeit anfangen, werde ich mit Frau K. die Aufgabe, die wir in diesem Abschnitt erledigen, mit der hermeneutischen Spirale betrachten.

Die Aufgaben, die zu verrichten sind, wahrnehmen, erfassen, verstehen und dann erklären/handeln,

d.h. von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen.

Dieser Erkenntnisprozess ist methodologisch sehr wichtig, da in der Integrativen Gartentherapie die Pflanzen und die tätige Frau K. im Bewusstsein mit mir als Gartentherapeutin in besonderer Weise miteinander verbunden werden.

Aus wahrnehmbaren Phänomenen lassen sich die zugrundeliegenden Strukturen körperlich- seelisch- geistiger Zusammenhänge mit der Umwelt als komplexem,

miteinander verwobenem Geschehen aufspüren und beschreiben: Bestimmte gärtnerische Tätigkeiten können auf der körperlich-seelisch-geistigen Ebene bei Frau K. Prozesse auslösen, die zu einem neu empfundenen Gleichgewicht führen. (Neuberger, 1988) Beim Kontakt mit der Umwelt gebraucht Frau K. ihre Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen/Tasten), und diese übersetzen die Wahrnehmung dieses Kontaktes in persönliche Erfahrung und Bedeutung.

Die Ausführung der Aussaat für die Vorkultur einiger Pflanzen nehmen wir im Gewächshaus vor. Die Direktsaat findet im Nutzgarten (Freiland) statt.

Wir beginnen mit der Wahrnehmung der Pflanzensamen und der Betrachtung der unterschiedlichen Erdarten. Ich sage Frau K., dass sie sich die Pflanzensamen, die vor ihr liegen in Ruhe betrachten, kennenlernen, ertasten, vergleichen und wenn es geht erraten soll, welche Samen zu welcher Pflanze gehören. Hier wird Frau K. visuelle Wahrnehmung gefördert, indem sie mir beschreiben kann, dass die Samen unterschiedliche Größen, Formen und Farben haben. Mit dem Erraten der Pflanzensamen tut sie sich schwer. Ich gebe ihr die Rückmeldung, dass es überhaupt nicht schlimm sei und verständlich ist, da es auch eine schwere Aufgabe ist. Bei unterschiedlichen Erdarten (Gartenboden, Blumenerde und Aussaaterde) kann sie mir benennen, dass die Struktur der einzelnen Arten unterschiedlich ist. Sie erkennt, dass die Aussaaterde viel feiner ist und sie fühlt sich in der Hand viel zarter und weicher als die anderen an (taktile Wahrnehmung).

Wir beginnen gemeinsam die Aussaaterde mit den Händen ohne Handschuhe, um eine bessere haptische und taktile Wahrnehmung zu bekommen, fein zu zerkrümeln. Die Erde verteilen wir gleichmässig in Aussaatgefäßen und –kisten, glätten und drücken sie leicht an.

Frau K. feuchtet die Erde mit einem Blumenzerstäuber etwas an und erlebt eine olfaktorische Wahrnehmung, denn sie benennt mir, dass die Erde jetzt riecht. Wir verteilen die Samen auf die vorbereitete Erde, beginnend mit den größeren Samen, da bei den sehr feinen Samen Frau K. über eine gute Feinmotorik verfügen sollte. Dies fällt ihr noch sehr schwer, da sie sich unsicher fühlt und noch kein richtiges Vertrauen in sich und ihre Arbeit hat. Ich bestärke sie weiterhin, alles in Ruhe und mit Geduld zu machen. Samen aussäen ist ein konzentriertes, genaues Arbeiten, dass eine hohe Aufmerksamkeit fordert und fördert. Diese Aussage kann Frau K. gut annehmen und wird zunehmend ruhiger. Frau K. übt sich dann an den feinen Samen, indem sie sie flächig, aber nicht zu dicht in die Aussaatkisten streut. Hier wird ihre Achtsamkeit und Fürsorge für die Samen gefördert. Ich ziehe einen Vergleich im Umgang mit ihrer Tochter, dass man achtsam und fürsorglich mit dem Gegenüber sein muss, ob es eine Pflanze oder Mensch ist, damit derjenige wachsen und gedeihen kann. Diesen Vergleich findet Frau K. sehr passend.

Je nach Pflanzenart (Licht- oder Dunkelkeimer) wird etwas Aussaaterde über die Samen gestreut und leicht mit der Hand angedrückt. Dies macht Frau K. sehr gewissenhaft und ordentlich. Zur besseren Keimung setzen wir eine Kunststoffabdeckung für mehr Luftfeuchtigkeit auf, die aber täglich zum Lüften aufgemacht werden muss. Hier kommt die Nachsorge und gewissenhafte Betreuung zum Tragen, damit die Pflanzen groß und stark werden können, wie im alltäglichen Leben in einer Beziehung.

Im Laufe des Angebotsabschnittes machen wir die gleiche Arbeit im Freiland, nur dort wird direkt in den Boden ausgesät. Bei der Bodenvorbereitung wird grundsätzlich Erleben angesprochen. Ich frage Frau K., was nun geschehen muss bzw. sollte, damit man in den Boden Samen aussäen kann. Nach kurzem Überlegen antwortet sie, dass wir den Boden vorbereiten müssen mit Umgraben und Geradeziehen, damit der Boden lockerer wird. Ich bestätige sie in ihrer Aussage und sage ihr auch, dass

sie bereits einiges über die Gartenarbeit wisse. An ihrem Gesichtsausdruck erkenne ich, dass sie sichtlich stolz ist. Ich nehme bei Frau K. beim Umgraben wahr, dass sie körperlich und konditionell nicht belastbar ist und sie gibt mir zu verstehen, dass sie das Umgraben als unruhig und aufwühlend empfindet. Beim Geradeziehen des Bodens mit dem Rechen empfindet Frau K. eine Beruhigung.

Mir fällt auf, dass Frau K. in einem angemessenen Tempo arbeitet, was aber auch noch ausbaufähig ist. Die Arbeit im Freiland fordert die körperlichen Fähigkeiten mehr, als am Pflanztisch im Gewächshaus zu arbeiten, was bei Frau K. sichtlich erkennbar ist. Ich weise sie darauf hin, dass sie achtsam und fürsorglich mit sich selbst umgehen soll, z.B. regelmäßige Pausen machen und viel trinken.

Nach dem Aussäen der Samen wird der Boden leicht befeuchtet und da sich Frau K. Namen bzw. Pflanzennamen schwer merken kann, gehen wir alle Pflanzen, die wir gesät haben, noch einmal Schritt für Schritt durch, damit Frau K. sie erneut hört, kennenlernt und sich einprägen kann. Um dies zu verbessern, gebe ich Frau K. die Aufgabe, die Namen aufzuschreiben und sie an den passenden Platz im Freiland, aber auch in den Aussaatkästen zu stecken. Dies ist ein gutes kognitives Training, lesen und schreiben zu üben, was ihr große Probleme bereitet.

Während der unterschiedlichen Keimdauer kann Frau K. sich in Geduld üben, da jede Pflanze zeitlich anders keimt und sie sieht den Erfolg erst später. Das hat große Auswirkungen auf ihr Durchhaltevermögen, denn die Motivation über positive Erfolgsergebnisse können Durchhaltevermögen und Zuverlässigkeit steigern, Umgang mit Misserfolg und Frustration, denn nicht jedes Samenkorn keimt. Aber mit dem Erscheinen der Keimblätter und dem nachfolgenden Pflanzenwachstum bestätigt sich die erfolgreiche Arbeit von Frau K. und nährt die Vorfreude auf Neues. Im Wachsen der Pflanzen kann sie ihre eigene Fähigkeit zur Entwicklung und Veränderung wahrnehmen, erkennen und fördern.

Bei meiner abschließenden Reflexion sagt Frau K., dass sie sich sehr wohl und geborgen bei mir gefühlt habe und dass sie sichtlich berührt ist, dass durch „ihre“ Tätigkeit junge Pflanzen entstanden sind. Dies gibt ihr mehr Motivation, Energie und Antrieb für die nächsten gärtnerischen Tätigkeiten.

Sie empfindet Entspannung und innere Ruhe bei der Gartenarbeit. Ich teile ihr mit, wie sehr ich mich freue, dass sie gut in dem Gartenangebot angekommen ist.

Interventionen:

- konservativ-stützende Modalität
- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert-funktionale Modalität
- 2.Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 3.Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- 4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Mehrperspektivität und Engagement
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3. Heilfaktor: Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
- 5. Heilfaktor: Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (EE)
- 6. Heilfaktor: Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)

- 7. Heilfaktor: Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 9. Heilfaktor: Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 12. Heilfaktor: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ (PI)
- 13. Heilfaktor: Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Frau K. ist ein naturbezogener Mensch und über den Garten bekomme ich ein „guten Draht“ zu ihr
- Sie wird viele nützliche Ressourcen über die Gartenarbeit entwickeln
- Im Umgang mit Zweifel und Ängsten hat Frau K. wenige Regulationskompetenzen und -performanzen entwickelt
- Entstehende Schwierigkeiten/ Konflikte werden schnell mit Rückzug bzw. „einiglen“ kompensiert

Phänomene:

Frau K. ist hochmotiviert und zeigt großes Interesse an dem Gartenangebot. Lockere, entspannte Atmosphäre. An der Durchführung der einzelnen Aufgaben ist sie stets interessiert, man merkt aber, dass sie größere kognitive Einschränkung hat und kein gutes Körpergefühl besitzt. Es ist deutlich spürbar, dass sie im Garten eine tiefe Entspannung und innere Ruhe erhält. Mehr Augenkontakt.

8.3 2. Gartentherapieabschnitt Mai/Juni

Themen: Pflanzen pflegen und Unkraut jäten und die möglichen Wirkungsweisen

Prozess:

Die Hauptaufgabe im zweiten Therapieabschnitt ist das Vereinzeln und Einpflanzen der selbstgezogenen Pflanzen, diese zu pflegen und die Beete von Unkraut frei zu halten.

Wir beginnen im Freiland auf dem Gemüsefeld. Frau K. zeigt weiterhin Interesse an der Gartenarbeit und ist auch sehr zufrieden, dass die meisten Samen gekeimt und sich prächtig entwickelt haben. Aber irgendwie ist ihre Stimmung zurückhaltend und zieht sich des Öfteren in ihr „Schneckenhaus“ zurück. Ich frage nach, ob alles in Ordnung sei oder ob sie etwas bedrückt. Es kommt von Frau K. ein schnelles „Nein, nein, alles in Ordnung“. Ich lasse die Aussage erstmal so stehen, da mir auffällt, dass sie nicht darüber reden möchte. Ich biete ihr schließlich mit dem Garten einen geschützten Rahmen an, indem sie sich entspannen und zur Ruhe kommen kann. Damit sich die ausgesäten Pflanzen im Freiland gut und frei von Behinderung wachsen und entwickeln können, müssen wir die Pflanzabstände der einzelnen

Pflanzen vergrößern. Frau K. äußert schnell ihre Bedenken, dass sie die jungen Pflanzen verletzen könnte, da sie noch so zart und zierlich sind. Sie wirkt sofort unsicher und angespannt. Ich versuche ihre Ängste zu nehmen, indem ich ihr sage, dass die Pflänzchen obwohl sie so klein und zart wirken, schon genügend Kraft und Stärke für die Umpflanzung besitzen. Sie müsse sich nur ein bisschen verantwortlich für die Pflanzen fühlen, dann wäre das gar kein Problem. Ich merke, dass ich ihr damit nicht die komplette Sorge und Unsicherheit nehmen konnte. Deshalb biete ich ihr eine Atemübung aus dem Yoga an, um sich noch mehr entspannen zu können. Frau K. nimmt die Übung dankend an und versichert mir, dass sie diese Übung nun auch häufiger in ihrem Alltag einbauen werde, da sie ihr sehr gut getan habe. Frau K. wirkt nun beim Umpflanzen viel ruhiger und konzentrierter, ich muss ihr aber die genauen Abstände aufzeigen, da sie sich selbstständig diese Aufgabe nicht zutraut. Ihre sensomotorische Fähigkeit bei dieser Arbeit wird zunehmend besser. Ich versuche ihr aufzuzeigen, dass sie mit dieser Tätigkeit an den Pflanzen potentiell das praktiziere, was ihr selber guttun würde und was sie sich auch wünsche, nämlich Freiräume schaffen. Da stimmt sie mir zu, denn sie verspüre bei dieser Arbeit eine Art von Freiheit und Selbstständigkeit. Ich sage Frau K., dass es wichtig ist, „die eigene Hand als Werkzeug der Veränderung zu erkennen“ und diese Gefühle wahrnehmen, entdecken und verändern zu lernen.

Wir säubern das Gemüsebeet von Unkraut. Dabei fällt mir auf, dass Frau K. hier wieder sehr ordentlich und gewissenhaft arbeitet, der Boden sieht aus, als ob die Erde durch ein Sieb gegangen wäre. Ihr Arbeitstempo ist angemessen. Ich frage nach, wie sich das Beet auf sie auswirkt? Sie beschreibt das Unkraut jäten als eine entspannte Tätigkeit, die sie Zufriedenheit und Sauberkeit/Ordentlichkeit erleben lässt. Während der gesamten Arbeitszeit arbeitet Frau K. ohne Handschuhe, was auch löblich ist, denn dadurch werden die sensomotorischen Fähigkeiten gefördert. Auch beim Haken des Feldes möchte sie keine Handschuhe tragen. Es stellt sich schnell heraus, dass das Haken ihr Blasen an den Fingern verursacht. Auf meine Bitte hin, etwas mehr auf ihre Selbstfürsorge, wie z.B. sich nicht zu überarbeiten, auf ihren Körper zu hören und zwischendurch Pause zu machen, zu achten, gib sie mir zur Antwort „ist nicht so schlimm, sie mache das immer schon so!“ Ich gebe ihr zurück, da es ja mit ihr größter Wunsch und Ziel sei, Selbstfürsorge zu erlernen und auf eigene Bedürfnisse zu achten, wäre das hier schon mal ein guter Anfang, dies in die Tat umzusetzen. Diesen Hinweis kann Frau K. gut annehmen und gibt mir Recht. Im Gewächshaus pflanzen wir die vorgezogenen Tomaten und Gurken in den Erdboden. Ich erkläre Frau K., dass bei der Einpflanzung der Tomaten auf Gewissenhaftigkeit und Fürsorge geachtet werden muss, denn die Pflanzen brauchen Halt für ihre Wurzeln. Die Pflanzen können sich nicht richtig entwickeln, wenn ihre Wurzeln keinen richtigen Halt haben. Ich frage Frau K., ob sie sich noch irgendwo anders dieses Phänomen (also keine gute Entwicklung, wenn die Wurzeln keinen Halt bekommen) vorstellen kann. Nach kurzer Überlegung teilt sie mir mit, dass es so auch bei den menschlichen Beziehungen sein könnte, also in der Partnerschaft und in der Mutter-Kind-Beziehung. Ich gebe ihr da vollkommend recht, ohne ein gutes Fundament kann sich keine sichere und vertrauensvolle Beziehung entwickeln. Sie sagt mir, dass sie mit diesen inneren Bildern, die im Garten und mit den Pflanzen entstehen, viel anfangen kann und sie sich viele Sachen und Situation besser vorstellen kann.

Wir geben den Tomatenpflanzen eine Stützhilfe in Form einer Stange und den Gurkenpflanzen ein Stangengerüst als Rankhilfe. Ich erkläre Frau K., dass wir den Pflanzen eine Möglichkeit bieten, um gerade und aufrecht wachsen zu können, damit sie groß und stattlich werden.

Hier ziehe ich wieder einen Vergleich zu uns Menschen, wenn wir gut von unserer Umwelt, Umfeld und Beziehungen gestützt und unterstützt werden, dann sind wir auch gut gestärkt und zeigen dabei eine souveräne, aufrechte Haltung in der Mimik, Gestik, Haptik und Gehweise. In diesem Zusammenhang erzählt mir Frau K., dass sie keine Liebe und Unterstützung von ihren Eltern und Familie erhalten habe. Auch jetzt noch ist ihr soziales Netzwerk stark eingeschränkt. Sie sagt, dass sie drei Menschen hat, die ihr sehr wichtig sind. Das wäre der Partner, ihre Tochter und ihre Ex-Schwiegermutter. Sie berichtet mir auch, dass sie oft Schwierigkeiten mit ihrem Partner hat, da sie große Meinungsverschiedenheiten in vielen Belangen haben und ihr Partner hat viel an ihr auszusetzen. Daher entsteht bei ihr viel Selbstzweifel und die Angst zu versagen ist sehr groß. Ich zeige ihr mein Mitgefühl für ihre Lebensgeschichte und bedanke mich für ihr Vertrauen, dass sie mir das erzählt hat. Sie zeigt mir in diesem Moment viel Ehrlichkeit und Offenheit. Ich bestärke sie nochmal in der Hinsicht, dass sie sich freiwillig Hilfe geholt hat, um ihre Lebensart und –weise zu verändern, und das ist ein Riesenschritt für ihre Selbstfürsorge und ihrem Selbstwertgefühl.

In einer anderen Gartensitzung in diesem Gartentherapieabschnitt pflanzen wir noch Ableger von Grünstilben in Töpfe ein. Diese Aufgabe macht Frau K. mit Ruhe und Fürsorglichkeit, anhand ihrer Haltung kann ich erkennen, dass sie mit viel Freude und Spaß bei der Arbeit ist. Diese Tätigkeit wird diesmal ohne verbale Kommunikation ausgeführt. Die Stille scheint Frau K. zu gefallen. Diese Aufgabe soll die Aufmerksamkeit von Frau K. fördern. Im Anschluss schenke ich ihr eine von ihr eingetopfte Grünstilbe mit dem Hinweis, dass sie gut auf die Pflanze aufpassen soll. Denn wenn sie die Grünstilbe gut hegt und pflegt, wird ihr die Pflanze mit einem schönen Wachstum bedanken. Sie freut sich über das Geschenk, bedankt sich bei mir und verspricht mir gut auf die Pflanze aufzupassen.

Um ihre kognitiven Fähigkeiten weiter zu schulen, lernen wir immer wieder zwischendurch die Pflanzen-, Blumen- und Kräuternamen, die bei uns im Garten zu finden sind. Dies fällt Frau K. immer leichter und die Namen bleiben immer mehr im Gedächtnis hängen.

Interventionen:

- konfliktzentriert-aufdeckende Modalität
- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert-funktionale Modalität
- 2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 3. Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- 4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Mehrperspektivität und Engagement
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3. Heilfaktor: Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
- 4. Heilfaktor: Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 6. Heilfaktor: Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- 7. Heilfaktor: Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)

- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 9. Heilfaktor: Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 12. Heilfaktor: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ (PI)
- 13. Heilfaktor: Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Die zurückhaltende und getrübe Stimmung, die während des zweiten Gartentherapieabschnitt zum größten Teil vorhanden war, kommt von den immer wiederkehrenden Schwierigkeiten mit dem Partner
- Das Gefühl der Minderwertigkeit und die nie erfahrende Liebe scheinen sie schwer zu belasten
- Die Arbeit im Garten scheint für sie eine große Ressource zu sein, um bei sich selber anzukommen

Phänomene:

Im Allgemeinen stille und gedrückte Atmosphäre. Frau K. wird mir gegenüber offener und erzählt von sich aus unangenehme Erfahrungen aus ihrer Vergangenheit. Der Garten spiegelt ihr viele innere Bilder, die sie mit ihrem eigenen Leben verbindet.

8.4 3. Gartentherapieabschnitt Juni/Juli

Themen: Kräuter- und Heilpflanzen ernten und trocknen, Kräutersalz und Ringelblumensalbe herstellen und die möglichen Wirkungsweisen

Prozess:

Im dritten Gartentherapieabschnitt widme ich mich mit Frau K. den Heilpflanzen und Kräutern.

Ich erkläre Frau K., dass ich mit ihr die Ringelblumen und diverse Kräuter ernten möchte, um diese für ihren Verwendungszweck zu trocknen. Wir beginnen wieder mit der bewussten sinnlichen Wahrnehmung der einzelnen Pflanzen und Kräuter. Bei den Heilpflanzen hat sie das Problem, dass sie die Ringelblume nicht kennt. Als ich ihr die Pflanze zeige, ist sie erstaunt, dass die Ringelblume eine so schöne Blume ist. Ich frage sie, ob sie wisse, was man mit der Ringelblume alles machen kann, außer sie in die Blumenvase zu stellen. Sie kann es mir nicht beantworten. Ich gebe ihr den Tipp, dass sie mit lateinischen Name Calendula heißt. Dieser Name sagt ihr was, dass würde oft auf Salben stehen, z.B. Handcreme und Babywundcreme. Ich bestätige ihre Aussage und erkläre ihr, dass die Ringelblume eine vielseitig eingesetzte Pflanze ist, da ihre Wirkstoffe entzündungshemmend sind und die Wundheilung fördern. Daher wird sie als Salben, Öle, Tinkturen für Umschläge,

Verbände, Kompressen und als Tee zum Trinken und Gurgeln verwendet. Ich teile ihr mit, dass ich mit ihr die Ringelblumen ernten und trocknen möchte um sie dann im getrockneten Zustand mit ihr als Ringelblumensalbe verarbeiten möchte. Frau K. findet die Idee super und freut sich auf die Herstellung. Sie würde die Salbe dann in ihrem Alltag für sich und ihrer Tochter einsetzen wollen, da selbstgemachte Salben viel besser sind ohne Zusätze von anderen Stoffen als gekaufte. Ich bestätige sie in ihrer Aussage und dass es auch eine Art von Selbstfürsorge ist.

Ich leite Frau K. bei der Blüterernte der Ringelblumen an, dabei ist sie voller Vorfreude und es entsteht ein schöner, harmonischer Kontakt/Begegnung.

Bei der Blüterernte, wo die ganzen Blütenköpfe mit den Fingern abgeknipst werden, ist Frau K. konzentriert und aufmerksam. Hier ist es wichtig braune und verwelkte Blüten auszusortieren, damit am Ende die Qualität der getrockneten Blütenblätter stimmt.

Die abgeknipsten Blüten werden in einem Erntekorb gesammelt und anschließend am Tisch weiterverarbeitet. Das Arbeitstempo wird von Frau K. immer weiter angezogen, sie wird in ihrer Arbeit sicherer und selbstständiger. Meine Eindrücke über ihre Arbeitseinstellung und Arbeitstempo gebe ich an sie weiter. Sie freut sich, jedoch ich habe das Gefühl, dass sie für so viel Anerkennung und Lob noch nicht offen genug und bereit ist.

Ich frage Frau K., ob sie irgendetwas wahrnimmt, beim Berühren und Abzupfen der Blätter. Sie verspüre eine Zartheit (Flauschigkeit) beim Ertasten des pflanzlichen Materials und dass die Blätter eine klebrige Substanz absondern. Durch gezielten, bewussten und koordinierten Handgebrauch fördert Frau K. ihre feinmotorischen Fähigkeiten. Wie fest muss Frau K. an den Blättern ziehen damit sie sich von dem Blütenkopf lösen. Sie verspüre bei dieser Arbeit eine schöne Entspannung und innere Ruhe. Ich merke bei Frau K., dass nach 30 Minuten die Konzentration nachlässt. Bei Nachfrage bestätigt sie das und weiß auch von ihren eigenen Defiziten. Ich lobe sie in ihrer Aussage, dass sie so ehrlich ist und dass sie viel Motivation mitbringt dieses ändern zu wollen.

Die abgezupften Ringelblumenblätter werden von uns in einem Holzrahmen, der mit Fliegengitter bespannt ist, gelegt und zum Trocknen in einen Raum mit guter Luftzirkulation gestellt. Nach der Trocknungszeit werden diese in saubere, gut verschließbare Gläser abgefüllt und dann trocken und dunkel lagert. Frau K. schreibt selbstständig den Pflanzennamen und Erntedatum auf das Etikett.

Es entstehen viele interpersonelle Interaktionen: wir tauschen unsere Erfahrungen aus, wir führen einen Umgang mit Anerkennung und Kritik, Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz.

Bei der Kräuternernte beginne ich ebenfalls mit der bewussten Wahrnehmung der einzelnen Kräuter. Hier kann Frau K. mir vereinzelt die Kräuter benennen, Ich gebe ihr den Tipp an den Blättern der Kräuter zu reiben und dann zu riechen. Die Kräuter haben beim Reiben ein intensiveres Duftaroma. Schnittlauch und Petersilie kann sie mir nach längerer Denkpause richtig benennen. Rosmarin benennt sie als Salbei und bei Minze kommt sie auf die richtige Antwort durch gezielte Tipps von mir. Ich gebe ihr ein paar Fragen, die sie in Ruhe beantworten soll: Warum werden Kräuter getrocknet? Welche lassen sich leicht trocken? Welche behalten besonders gut ihr Aroma? Welche lassen sich in Öl, Essig oder Salz einlegen?

Bei der Auswertung konnte Frau K. die erste und letzte Frage beantworten! Ich gebe ihr einen kleinen Kräuterexkurs, damit sie von allem etwas gehört hat.

Die vorhandenen Kräuter möchte ich gerne in Büscheln trocknen, dabei werden die ganzen Triebe mit den Blättern ca. eine Handbreite über dem Boden abgeschnitten. Hier lernt Frau K. einen sorgfältigen Umgang mit der Gartenschere. Die Kräutertriebe

werden zu kleinen Sträußen geformt und kopfüber in einem trockenen Raum aufgehängt. Dabei wird die Mobilisation des Bewegungsapparates trainiert. Das Seil wird von mir absichtlich etwas höher gehängt, damit sich Frau K. mehr recken und strecken muss. Die Motivation bei dieser Aufgabe ist, dass ich mir etwas Gutes tue für die Zukunft => getrocknete Kräuter für die spätere Herstellung eines leckeren Kräutersalzes.

Die Blätter der Kräuter werden erst später, im getrockneten Zustand von den Trieben abgerebelt bzw. abgezupft. Dann auch in saubere Gläser gefüllt, beschriftet, dunkel und trocken gelagert. Diese Arbeitsschritte macht Frau K. ohne Anleitung von selbst. Bestimmte Arbeitsabläufe kann sich Frau K. gut merken.

Auf die Herstellung von Ringelblumensalbe und Kräutersalz möchte ich hier gar nicht weiter eingehen. Nur ein paar wichtige Fakten. Ich biete hierbei Frau K. an, sich Fertigkeiten anzueignen, um in der Lage zu sein, für sich ihr eigenes Kräutersalz und Ringelblumensalbe herzustellen und somit ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Bei der Herstellung wird eine Verbesserung von Kommunikation und Kreativität gefördert: Ideen, Konzepte und Vorstellungen äußern und handzuhaben. Zum Beispiel zuerst formulieren, welche Kräuter am liebsten mit dem Salz gemischt werden möchten, dieses Vorhaben so ausführen und dadurch Selbstvertrauen gewinnen. Ich stelle Frau K. noch folgende Fragen zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung:

Wonach riechen die würzigen Kräuter? Woran erinnert sie dieser Geruch/Geschmack? Welchen Kräuterduft empfinden sie als angenehm? Welche Kräuter schmecken ihnen?

Mit der Herstellung von Salzen und Salben ermögliche ich Frau K. ihre kreativen Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte zu fördern, um im Alltag mit ihrer Tochter auch so sinnvolle und interessante Experimente durchführen zu können.

Interventionen:

- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert-funktionale Modalität
- netzwerkaktivierende Modalität
- 2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 3. Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- 4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Mehrperspektivität und Engagement
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3. Heilfaktor: Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
- 4. Heilfaktor: Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 6. Heilfaktor: Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- 7. Heilfaktor: Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 9. Heilfaktor: Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)

- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 12. Heilfaktor: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ (PI)
- 13. Heilfaktor: Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Sie zeigt sich selbstreflexiv und ehrlich um Verbesserung der Probleme bemüht
- Gleichzeitig zeigt sie sich distanziert im Umgang bzw. der Kommunikation ihrer Gefühlssituation
- Es wäre möglich, dass sie in Beziehungen immer wieder an ihre emotionalen und kommunikativen Grenzen gerät

Phänomene:

Eine lockere und lebendige Atmosphäre. Ihr Arbeitstempo wird schneller und ihr Auftreten wird sicherer. Lob und Anerkennung kann Frau K. schlecht annehmen. Ehrlichkeit und Motivation, an sich zu arbeiten, ist eine große Ressource von ihr. Es stellt sich immer mehr heraus, dass ich eine vertrauensvolle Person für sie bin, die ihr guttut.

8.5 4. Gartentherapieabschnitt Juli/August

Themen: Sommerstrauß binden und die möglichen Wirkungsweisen und Kompost umsetzen

Prozess:

Im vierten Gartentherapieabschnitt möchte ich Frau K. etwas Gutes tun, und zwar möchte ich mit ihr einen schönen Sommerblumenstrauß binden. Frau K. erzählte mir, dass sie vor ein paar Jahren eine Ausbildung als Floristin begonnen hat, aber diese leider abbrechen musste, aufgrund ihrer psychischen Überlastung. Ich merke an ihrem Gesichtsausdruck und Körperhaltung, dass sie viel Spaß und Freude an der Arbeit mit Blumen hat. Wenn da nicht das Rechnen, Schule, die Kommunikation mit anderen Menschen und der Druck vom schnellen Arbeiten wäre, dann wäre es für sie der perfekte Job. In ihrer Freizeit bastelt sie sehr gerne und macht für die Adventszeit für jeden Bekannten einen Adventskranz.

Ich bestärke sie weiterhin darin, dass sie hier die Möglichkeit hat schrittweise Kompetenzen, Belastbarkeit und Tagesstruktur weiter zu stärken, Konzentration, Merkfähigkeit und kognitive Kompetenzen weiter aufzubauen. Darüber ist Frau K. sehr froh und nimmt die Hilfe gerne an. Ich merke, dass sie sich selbst stark unter Druck setzt, einen Job zu finden. Ich spiegele ihr meine Empfindung und sie bestätigt es mir. Sie möchte gerne einen Arbeitsplatz finden, den sie bewältigen kann und dadurch nicht mehr von Hartz IV abhängig sein zu müssen.

Ich biete ihr einen Praktikumsplatz in einer benachbarten gut bekannten Gärtnerei an, um dort in einem geschützten Rahmen sich an den Tätigkeiten in einer Gärtnerei auszuprobieren. Der Vorteil ist, dass es dort keinen Kundenverkehr gibt, da diese Gärtnerei auf Anzucht von Pflanzen/Blumen spezialisiert ist. Ich sehe, dass ich Frau K. mit meinem Angebot verunsichere, da ich ihr was Konkretes anbiete, aber sie möchte es gerne ausprobieren, da es sich interessant anhört und für sie eine neue Möglichkeit bietet, einen Job zu finden, um selbstständiger zu werden. Ich verspreche ihr, mit dem Gärtnereibesitzer ins Gespräch zu gehen, um einen Praktikumsplatz zu vereinbaren.

In dem gartentherapeutischen Setting mit dem Sommerstrauß geht es darum, in aller Ruhe im Garten spazieren zu gehen und die Natur auf sich wirken zu lassen, um dann zu schauen, welche Materialien vor Ort sind und was Frau K. anspricht. Der Garten mit den Blumen, die Bäume, die Wiese bieten eine Vielzahl an Gräsern, Äste und Pflanzen, aus denen sich Sträuße binden lassen. Hier sind offene Augen und die Liebe zur Natur gefragt. Frau K. kann dabei viel Selbstvertrauen gewinnen, indem sie aus den ausgewählten Materialien einen schönen Strauß entstehen lässt.

Wir legen die gesammelten pflanzlichen Materialien vor dem Binden auf dem Tisch aus. Wir stellen fest, dass es eine „Gute-Laune-bringende“ bunte Mischung ist. Die Blüten werden auf Schadstellen überprüft, es wird geschaut, ob z.B. die Form der Blüten und deren Farbe zum gestalterischen Vorhaben des Straußes passen, unerwünschte Verzweigungen oder Nebentriebe müssen entfernt werden, da man während des Bindens nur eine Hand frei hat. Dabei ist Frau K.

Entscheidungsfähigkeit und Selbstvertrauen gefragt. Nach anfänglichem Zögern schafft es Frau K., eine gewisse Ordnung in die Materialien zu bringen.

Beim Binden werden ihre feinmotorischen Fähigkeiten in Anspruch genommen. Ich kann erkennen, dass sie schon mal Sträuße gebunden hat, es fällt ihr aber trotzdem sehr schwer, sich locker und entspannt zu verhalten. Sie möchte auf Anhieb einen perfekten Sommerstrauß kreieren, dabei ist ihre Frustrationstoleranz sehr niedrig. Sie meckert viel über ihren entstehenden Strauß und sobald etwas nicht stimmt, wird wieder von vorne angefangen. Ich muntere sie auf, sich einfach mal auf das entstandene Ergebnis einzulassen. Es ist eine gute Schulung für die Kritikfähigkeit gegenüber ihrer eigenen Arbeit. Sie kann meine Idee nicht gut annehmen, versucht es aber trotzdem, den Strauß mit einem Versuch zu binden. Es entsteht ein schöner Sommerstrauß, den Frau K. mit nach Hause nehmen darf, um sich dort an ihrer Arbeit zu erfreuen und sich in ihren Fähigkeiten bestätigt fühlen soll.

Im zweiten Teil des vierten Gartentherapieabschnittes arbeiten wir an der Umschichtung des Kompostes. Wir benötigen folgendes Handwerkzeug: große Metallschaufel und Spaten.

Hier wird die Mobilität des gesamten Bewegungsapparates von Frau K. gefördert.

Wir beginnen mit der Wahrnehmung des Kompostplatzes. Was kann Frau K. hier wahrnehmen. Sie empfindet diesen Ort als unangenehm, da viel Dreck und Abfall zu sehen ist. Es riecht sehr streng.

Hier befinden sich drei Lagerboxen mit unterschiedlichen Verrottungsprozessen vom Kompost. Ich erkläre Frau K., welche Aufgaben der Kompost hat und den Sinn des Umschichtens.

Wir beginnen gemeinsam mit dem Umschichten. Dafür nehmen wir eine große Metallschaufel und holen mit dieser die frischen Essenreste aus der ersten überdachten Lagerbox und verteilen diese auf den davorliegenden Weg. Dabei korrigiere ich immer wieder ihre Körperhaltung, damit sie keine körperlichen Beschwerden davonträgt. Ihr fehlt es sehr schwer in einer aufrechten Haltung zu bleiben. Wir zerkleinern nun die groben Essenreste mit dem Spaten, um den

Verrottungsprozess zu beschleunigen, dabei teile ich Frau K. wertschätzend mit, dass sie bei der Arbeit mit dem Spaten auf ihre Füße achten soll, also in die Selbstfürsorge gehen. Zu den zerkleinerten Essensresten fügen wir noch Sägemehl hinzu und schaufeln dann gemeinsam das Gemisch in die darauffolgende Lagerbox. Ich frage nach, was sie bei der Arbeit empfindet. Am Anfang beim Herausholen der Essensreste aus der Lagerbox, hat sie einen gewissen Druck verspürt, schnell fertig werden zu wollen, wegen des üblen Geruchs. Anschließend beim Zerkleinern der groben Essensreste empfindet sie immer mehr innere Ruhe, da die Struktur und das Bild des Haufens gleichmäßiger und feiner wird. Dieser Anblick führt bei ihr zu einer Entspannung, im Gegensatz dazu haben die groben Essensreste sie sehr aufgewühlt. Ich bestätige sie in ihrem Empfinden, da ich dasselbe bei dieser Arbeit verspüre. Da die Kraft von Frau K. nicht groß genug ist, biete ich ihr an, dass sie den zerkleinerten Kompost vor den Kompost in der zweiten Lagerbox legt und ich schaufel ihn dann nach oben auf den Kompost. Dies wäre ihr sehr recht, da sie schon Rückenbeschwerden habe. Ich weise wieder darauf hin, dass sie gut auf sich achten soll und gegebenenfalls Pausen einlegt, Eigenverantwortung übernimmt. Es entsteht eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Ich frage sie nach der Arbeit, ob für sie der Kompost eine übertragende Bedeutung haben könnte. Ihr würde nichts einfallen. Ich gebe ihr den Denkanstoß, dass man den Kompostplatz als ein Ort, an dem alle Probleme versammelt sind, sehen kann. An diesem Ort wirft man seine Probleme/Sorgen auf einen Haufen, zerkleinert sie, wirft sie auf den nächsten Haufen, man wartet ab, wendet sie dann noch mal und wirft sie in die dritte Lagerbox. Und so entsteht aus Müll neuer Humus (Nahrung für den Boden), neues Leben. Mit der Zeit werden die Probleme/Sorgen, wenn man daran arbeitet, immer kleiner und lösen sich zum Schluss dann auf und Neues kann entstehen. Ich sage ihr, dass ich das so empfinde, wenn ich am Kompost arbeite. Mit meiner Empfindung kann sie gut mitgehen.

Interventionen:

- konfliktzentriert-aufdeckende Modalität
- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert-funktionale Modalität
- 2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 3. Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- 4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Mehrperspektivität und Engagement
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3. Heilfaktor: Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
- 4. Heilfaktor: Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 6. Heilfaktor: Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- 7. Heilfaktor: Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)

- 9. Heilfaktor: Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 12. Heilfaktor: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ (PI)
- 13. Heilfaktor: Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Sie möchte anderen gerne gefallen, indem sie für andere Adventskränze bastelt
- Es entsteht der Eindruck, dass Frau K. einen Job psychisch und physisch nicht aushält
- Kompetenzen und Performanzen können durch das anstehende Praktikum gefördert werden

Phänomene:

Anfänglich eine lockere Atmosphäre. Frau K. bringt viel Gute Laune mit. Beim Binden des Sommerstraußes kippt die Stimmung etwas, da die Arbeit nicht so klappt, wie sie sich das vorstellt. Frau K. wirkt wie ein kleines, trotziges Kind, welches schnell eingeschnappt ist, wenn mal was nicht klappt. Sie zeigt ein schlechtes Körpergefühl.

8.6 Praktikum in einer Gärtnerei August-Oktober

Themen: Kennenlernen des Tätigkeitsbereiches in einer Gärtnerei und der möglichen Wirkungsweisen und der Neuorientierung in der beruflichen Zukunftsperspektive

Prozess:

Bevor wir mit dem Praktikum in der Gärtnerei beginnen, setze ich mich mit Frau K. zusammen und frage ihre Erwartungen und Ziele an das Praktikum ab. Sie erhoffe sich einen Einblick in die gärtnerischen Tätigkeiten in einer Anzuchtgärtnerei zu erhalten und sie wünscht sich, dass ihr die Aufgaben Spaß machen und dass sie dann daraus eine neue berufliche Zukunftsperspektive ziehen kann.

Weitere Ziele von Frau K.:

- freundlich sein
- zugänglich, offen sein
- Interesse zeigen
- sorgfältig, ordentlich sein
- Tempo im Blick haben
- zuverlässig sein
- pünktlich sein

Ich werde Frau K. während der gesamten Praktikumszeit betreuen und an ihrer Seite mitarbeiten, damit sie den geschützten Rahmen hat. Das Praktikum findet an 2 Tagen die Woche mit jeweils einer Dauer von 90 min statt. Wenn es von Frau K. gewünscht wird, haben wir auch die Möglichkeit die Dauer zu erhöhen, um ihre Ausdauer zu trainieren. Am ersten Praktikumstag frage ich während der Autofahrt, ob sie nervös und aufgeregt ist. Dies verneint sie mit einem Lächeln.

In der Gärtnerei angekommen, begrüßt sie Herrn G. höflich und freundlich mit Handschlag! Herr G. führt uns zu unserem Arbeitsplatz, wo bereits mit Erde vorgefüllte Töpfe und eine Palette mit Stiefmütterchen-Setzlingen stehen. Nach kurzer Einweisung beginnen wir mit den Händen die Setzlinge in die vorgefüllten Töpfe einzutopfen. Frau K. beginnt spontan und zügig mit der Arbeit. Ich merke schnell, dass sie mit meinem Arbeitstempo mithalten kann. Ich frage sie, wie sie auf die Aussage kommt, dass sie langsam wäre, ob das ihre Meinung wäre oder ob sie von Mitmenschen das bestätigt bekommt. Die Meinung habe sie überwiegend selber, aber auch die Chefin vom Floristenladen sagte ihr, dass sie beim Binden langsam gewesen wäre. Ich versuche ihr zu erklären, dass das am Anfang völlig normal ist, weil Sträuße binden auch was mit präziser Fingerfertigkeit zu tun hat und man sich unter Druck gesetzt fühlt, wenn einer immer über die Schulter schaut. Ich versichere Frau K., dass ihr Arbeitstempo in dieser Arbeit überdurchschnittlich sei. Denn die vorbereiteten Töpfe sind nach 30 Minuten fertig. Herr G. staunt nicht schlecht, als wir Töpfe nachordern, ich meinte, wir würden dafür 90 min. benötigen. Es ist schön, dass Frau K. die Bestätigung zu ihrem flotten Arbeitstempo auch von einer außenstehenden fremden Person bekommt. Dies macht sie sichtlich stolz und sie wirkt direkt in ihrer Körperhaltung viel größer. Da nach kurzer Zeit uns auch die Setzlinge ausgingen, fragte ich Frau K., ob sie wohl zum Herrn G. gehen könnte, um neue Paletten zu holen. Dies macht sie auf Anhieb und fragte ihn freundlich und selbstbewusst. Frau K. ist mit viel Freude und Engagement bei der Arbeit und wir führen eine lockere und offene Kommunikation. Zwischendurch versuche ich mit ihr, die Anzahl der schon eingetopften Stiefmütterchen zu zählen, was sich bei Frau K. noch sehr schwierig gestaltet. Nach 90 Minuten haben wir die vierfache Menge an Setzlingen geschafft, als Herr G. uns vorgegeben hat. Der erste Praktikumstag war für Frau K. und ihrem Selbstwertgefühl in jeder Hinsicht ein voller Erfolg.

An den nächsten Praktikumsstagen topfen wir weiter Setzlinge ein. Es entsteht ein routinierter Arbeitsablauf, dabei ist Frau K. zu mir sehr aufgeschlossen und erzählt mir von ihrer Tochter und der Familie ihres Partners. Die Familie würde ihre Tochter immer schlecht und ungerecht behandeln, im Gegensatz zu den leiblichen Nichten. Ihre Tochter wäre immer der „Buhmann“. Das lässt Frau K. sich nicht mehr gefallen und setzt ihre neugewonnene Durchsetzungsfähigkeit für ihre Tochter ein. Sie hält immer mehr zu ihrer Tochter und beschützt sie, was sie früher nicht getan hat, sie zeigt Empathie für ihr Kind. Das ist ein großer Schritt für Frau K. in die richtige Richtung.

Nach dem Eintopfen gibt Herr G. uns eine neue Aufgabe. Wir sollen die vorhandenen älteren Geranienpflanzen von Blüten und verwelkten Blätter ausputzen. Frau K. zeigt großes Interesse an dieser Arbeit und arbeitet ruhig, ausgeglichen und ordentlich. Ich gebe auch hier wieder die Aufgabe, die Geranienpflanzen, die sie geputzt hat, zu zählen. Das klappt weiterhin nicht so gut. Ihr fällt nur getaner Arbeit sofort auf, dass sie viel weniger Pflanzen geschafft hat, als ich. Ich gebe ihr eine wertschätzende Rückmeldung, dass es in diesem Job gar nicht darum geht, wer schneller oder langsamer ist. Sie sollte lieber sich die Anzahl von ihren geschafften Pflanzen anschauen (bei sich bleiben) und darüber sehr stolz sein.

Ich gebe ihr als Tipp, ein Tagebuch über ihr Praktikum zu führen, um später genau sehen zu können, was sie alles gemacht und geschafft und was ihr die Arbeit gebracht hat. Großes Interesse zeigt sie dazu nicht.

Je öfter wir eine Arbeit über mehrere Tage wiederholen wie z.B. Geranien ausputzen, desto ruhiger wird Frau K. in der Kommunikation. Bei der Nachfrage, ob alles in Ordnung sei, bekomme ich immer die gleichen Antworten, „ja, alles in Ordnung, ich konzentriere mich nur.“

Da ich mir aber denke, dass sie die ganze Zeit ihre geputzten Pflanzen im Kopf mitzählt, um mir hinterher eine Zahl sagen zu können, möchte ich ihr den Druck nehmen und sage am Ende der Arbeit, dass sie mit dem Zählen aufhören soll. Ich denke dabei an ihr Selbstwertgefühl und dass ich ihr das auf keinen Fall nehmen möchte.

In der dritten Praktikumswoche wird Frau K. etwas nervöser und fragt mich, wie lange das Praktikum noch gehen würde, da sie ja auch gerne irgendwann mal Geld verdienen möchte. Ich teile ihr mit, dass wir die Dauer auf 2 Monate gesetzt haben, um dann eine realistische Aussage über das absolvierte Praktikum machen zu können. Ich erkundige mich bei Frau K., ob sie keine Lust oder Interesse an dem Praktikum habe. „Doch, doch möchte sie gerne weitermachen, hatte aber die Dauer nicht mehr im Kopf gehabt,“ teilt sie mir mit.

Unser Tätigkeitsbereich erweitert sich von Tag zu Tag. Nun dürfen wir unsere eingetopften Pflanzen in den Gewächshäusern selber ausstellen auf dem Boden. Dabei müssen wir die Reihenfolge und Abstände richtig einhalten, damit man noch mit den Wagen durchkommen kann. Nach kurzer Eingewöhnung klappt das auch sehr gut bei Frau K. Herr G. und ich geben Frau K. immer wieder ein positives Feedback, welches sie mit der Zeit als völlig selbstverständlich annimmt.

Am nächsten Praktikumstag dürfen wir an der Topfmaschine mithelfen, indem wir die Blumenschilder in die Töpfe stecken. Dies ist eine schnelle und hektische Arbeit, da die Topfmaschine nicht stillt steht. Wir müssen in dem Tempo arbeiten, wie es uns die Maschine vorgibt. Frau K. wird dabei von Herrn G. und einem Mitarbeiter für ihr Tempo und Arbeit gelobt. Sie teilt mir im Auto freiwillig mit, wie sehr sie heute Spaß an bzw bei der Arbeit hatte.

An dem darauffolgenden Praktikumstag dürfen wir Primeln von Hand eintopfen, mit Verkaufsschildern versehen und auf dem Tisch ausstellen. Auch diese Arbeit führt sie ordentlich und konzentriert aus. Beschwert sich sogar dass nicht alle Schilder in die gleiche Richtung ausgerichtet sind, dies wird von ihr sofort geändert. Sie sagt von sich aus, dass sie hochmotiviert wäre und diese Arbeit bis abends ausführen könnte. In diesem Zusammenhang biete ich ihr nochmal die Möglichkeit an, die Dauer der Arbeitszeit zu erhöhen um an ihrer Ausdauer zu arbeiten. Darauf gibt sie mir keine klare Antwort.

Bei der nächsten Hinfahrt fragt sie mich, wie es nach dem Praktikum für sie weitergeht und ob Herr G. eine Aushilfe einstellen würde. Ich sage ihr, dass wir da ruhig mit Herrn G. in Klärung gehen könnten. Weil einen besseren Aushilfsjob, wo sie sich bereits wohlfühlt und angekommen ist, gibt es für sie nicht.

Dort angekommen, topfen wir weiter Stiefmütterchen ein und stellen diese aus. Das Gewächshaus, indem wir arbeiten, wärmt sich bei dem schönen Wetter immer mehr auf und ich spüre bei Frau K. deutlich, dass sie die Wärme nicht gut verträgt. Sie wird langsamer, macht mehr Pausen und bei der Nachfrage, ob sie erschöpft ist, kann sie es deutlich mit „Ja“ beantworten. Die Hitze macht ihr zu schaffen und sie würde gerne die Arbeit frühzeitig beenden wollen. Ich teile ihr aber auf diesem Wege auch mit, dass, wenn sie in einem Gewächshaus arbeiten möchte, muss sie sich mit der

Hitze arrangieren, da es im Sommer ganz heiß im Gewächshaus werden kann. Dies nimmt sie aber auf die „leichte Schulter“ und geht nicht weiter darauf ein.

Beim nächsten Mal ist es im Gewächshaus wieder sehr warm, diesmal macht es Frau K. nichts aus.

In der letzten Praktikumseinheit merkt man, dass Frau K. viel von dem Praktikum mitnehmen kann. Sie möchte definitiv in einer Gärtnerei arbeiten, weil ihr die Arbeit sehr viel Spaß macht und sie sich auch gut vorstellen kann, solche Tätigkeiten dauerhaft auszuführen. Es wird nun richtig deutlich, dass sie Geld verdienen möchte, um unabhängiger zu werden.

Beim Abschlussgespräch mit Herrn G. stellt sich heraus, dass Herr G. Frau K. gerne für die Saisonarbeit als Aushilfe eingestellt hätte, aber da er entschieden hat, sich selber beruflich weiterzuentwickeln und die Gärtnerei bereits verpachtet hat, ist dies leider nicht mehr möglich. Herr G. händigt Frau K. eine Praktikumsbescheinigung aus. Herr G. gibt Frau K. nochmal die Rückmeldung, dass er sehr zufrieden mit ihrer Arbeit und Leistung gewesen ist und dass sie für diese Arbeit geeignet ist.

Nach dem Praktikum unterstütze ich Frau K. noch bei der Suche nach geeigneten Gärtnereien in der Umgebung und bei ihren Initiativbewerbungsunterlagen. Ich biete ihr an, sie zu den einzelnen Gärtnereien zu fahren, um die Unterlagen persönlich abgeben zu können, das macht immer einen besseren Eindruck. Das Angebot nimmt sie gerne an.

Bis jetzt hat Frau K. noch nichts von den Gärtnereien gehört. Sie ist kurz nach unserer Zusammenarbeit innerhalb unserer Einrichtung von der teil-stationären Betreuung in die ambulant flexible Hilfe gewechselt.

Interventionen:

- erlebniszentriert-stimulierende Modalität
- übungszentriert-funktionale Modalität
- 1. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung
- 2. Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation und Grundvertrauen
- 3. Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
- 4. Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Mehrperspektivität und Engagement
- 1. Heilfaktor: einführendes Verstehen (EV)
- 2. Heilfaktor: emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3. Heilfaktor: Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
- 4. Heilfaktor: Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 6. Heilfaktor: Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- 7. Heilfaktor: Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
- 8. Heilfaktor: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 9. Heilfaktor: Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- 10. Heilfaktor: Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (PZ)

- 11. Heilfaktor: Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
- 12. Heilfaktor: Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ (PI)
- 13. Heilfaktor: Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- 14. Heilfaktor: Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung (SE)

Hypothesen:

- Versucht sie ihre Unsicherheit zu überspielen
- Da das Arbeitstempo von Frau K. gut ist, stellt sich die Frage, ob sie die Aussage der Chefin (Floristenladen) auf sich selbst überträgt
- Möchte sie sich immer mit anderen vergleichen wollen, um den Kürzeren zu ziehen müssen
- Fällt sie immer wieder in ihre alten Muster zurück, da sie Lob und Anerkennung schlecht annehmen kann. Dies trifft im Verlauf des Praktikums nicht mehr zu, da sie später Lob und Anerkennung von Außenstehenden annehmen kann
- Möchte sie sich überhaupt mit ihrem Erfolg und Leistung auseinandersetzen
- Tritt bei Frau K. Langeweile auf und verliert dabei die Lust, wenn die Arbeiten sich zu oft wiederholen
- Oder ist sie bei der Arbeit so hochkonzentriert, da sie die Anzahl der Pflanzen versucht zu zählen
- Setzt sie sich nach kurzer Zeit wieder unter Druck, weil sie endlich Geld verdienen möchte

Phänomene:

Die Atmosphäre während des Praktikums, war überwiegend locker, losgelöst und freundlich, nur als Frau K. leichte Zweifel an sich und an ihrer Arbeit hatte, wurde die Stimmung etwas gedrückt. Mit der Zeit lässt Frau K. langsam zu, an ihre entwickelten Fähigkeiten zu glauben. Sie kann auch endlich Lob und Anerkennung von anderen annehmen. Sie ist fest entschlossen in diesem Bereich arbeiten zu wollen.

8.7 Flankierende Maßnahmen

Befindlichkeitsrunde/Tagesreflexion

Während der Befindlichkeitsrunde bzw. Tagesreflexion ist Frau K. zum größten Teil ruhig und in sich gekehrt. Sie kann sich nur schwer über ihre Befindlichkeit äußern und wenn dann doch, ist die Aussage kurz und knapp. Ein Tages- bzw. Wochenziel kann Frau K. auch nur schwer benennen, dabei benötigt sie häufig Unterstützung von den begleiteten Therapeuten.

Bewegungsförderung

Hier zeigt sich Frau K. offen für Bewegung. Sie ist leicht zu motivieren und gibt sich große Mühe, die verschiedenen Übungen richtig auszuführen. Zu Anfang benötigt Frau K. mehr Zeit, um sich den Bewegungsablauf anzueignen, es fehlt ihr dabei noch der richtige Bezug zu ihrem Körper. Ihr Körpergefühl ist noch nicht gut ausgeprägt.

Mit zunehmenden Bewegungseinheiten macht sie deutliche Fortschritte und wird beweglicher und bekommt dadurch ein besseres Körpergefühl.

Ganzheitliche Ernährungsberatung/Kochen und Ernährung

Zu Beginn zeigt sich Frau K. zurückhaltend, aber interessiert. Sie berichtet, dass sie in der Vergangenheit nicht gut auf ihre Ernährung geachtet hat, da es keine Regelmäßigkeit in ihrem Alltag gegeben hat. Dies wird nun verändert durch die Essenstruktur (Frühstück und Mittagessen) in der Gruppe „Neuland“. Bei der Zubereitung verschiedener Gerichte wird sie immer selbstbewusster und nimmt die Tipps von unserer Ernährungsberaterin gerne an. Sie zeigt zunehmend mehr Motivation und möchte die Gerichte selbstständig zuhause nachkochen, um ihrer Familie etwas Gutes zu tun.

Kunsttherapie und ressourcenorientierte Kreativarbeit

Frau K. nimmt einmal wöchentlich an einer kunsttherapeutischen Einheit von 90-minütiger Dauer im Gruppenkontext teil. Frau K. bringt eigene Themen, die sie momentan belasten, in die Therapiestunde mit ein und versucht beim Gestalten von Bildern ein Gespür für ihre eigenen Wünsche und Grenzen zu bekommen. In den regelmäßig stattfindenden Besprechungen der eigenen Werke versucht Frau K. das Erlebte in Worte zu fassen. Das fällt Frau K. von Mal zu Mal leichter.

Entspannungs- und Musikgruppe

Frau K. ist zunächst sehr zurückhaltend im Entspannungsangebot, sie kann sich langsam öffnen, das Angebot, die Hilfestellungen und das korrigierende Feedback zaghaft annehmen. Sie reflektiert die gemachten Erfahrungen, kann Unsicherheiten benennen. Hier benötigt sie viel Unterstützung. Sie ist in der Lage, sich der neuen Herausforderung zunehmend zu öffnen.

Frau K. nimmt das musikalische Trommelangebot an, ist zunächst sehr skeptisch, lässt sich aber darauf ein. Sie bleibt in ihrer Rückmeldung zurückhaltend. Sie benennt, dass sie es schaffe, während dieser Zeit die Gedanken auszuschalten. Hier fügt sie sich in den Gruppenverlauf ein ohne selbst in den Vordergrund zu treten. Auch mit Motivation mag sie keine dominierende Rolle über einen kurzen Zeitraum einnehmen. Das Lob und positive Rückmeldungen der anderen Teilnehmer hingegen nimmt sie sehr gerne an. Nach den ersten Terminen taut sie auf und kann sich stärker einbringen. Sie ist in der Lage eigene Rhythmen vorzugeben und diese Anderen zu vermitteln.

Psychotherapeutische Einzelgespräche

In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen ist Frau K. im Kontakt zunächst zurückhaltend und in sich gekehrt. Gleichzeitig wird sie hilfesuchend und motiviert, die angebotenen Hilfen anzunehmen und sich dadurch zu stabilisieren und weiterentwickeln zu können. Es wirkt oft wie ein „aufsaugen“ von guter konstruktiver Unterstützung. Im Verlauf der einzelnen Gespräche wirkt Frau K. immer offener und sehr ehrlich, wie sie die Themen und Dinge beschreibt. Sie berichtet von Unsicherheit und Überforderung in allen Lebensbereichen: auf emotionaler und Persönlichkeitsebene, im sozialen Gefüge und in sozialen Kompetenzen, in ihren intellektuellen/kognitiven Fähigkeiten, im Umgang mit ihrer Tochter und der Erziehung, und in der Gestaltung der Partnerschaft, Paardynamik und Durchsetzungsfähigkeit. Die allgemeine Belastbarkeit ist am Anfang deutlich reduziert.

Im Verlauf des Behandlungszeitraumes beschreibt Frau K., von den Strukturen der teilstationären Hilfe in „Neuland“ profitiert zu haben. Wichtig waren für sie beispielsweise die Regelmäßigkeiten von Mahlzeiten und wiederkehrenden Strukturen von Angeboten. Dies stabilisiert ihre Stimmung, erhöht die Motivation und die Umsetzung des Gelernten erhöht ihren Selbstwert und Erleben von Selbstwirksamkeit, dass sie dann souveräner und entspannter mit ihrer Tochter zusammen sein kann. So gelingt es ihr, Strukturen auf zu Hause zu übertragen und diese mit ihrer Tochter und dem Partner umzusetzen.

Interpersonellen Gesprächsgruppe

Frau K. nimmt regelmäßig an der wöchentlich stattfindenden interpersonellen Gesprächsgruppe teil. Zu Beginn bringt sie sich wenig in die Gespräche ein. Auf Rückfragen und Einbezug in das Gruppengeschehen reagiert sie zurückhaltend und ausweichend. Über eigene biografische oder aktuelle Themen berichtet sie nicht. Zunehmend lässt sich Frau K. etwas auf die Gesprächsgruppe ein. Sie berichtet in den Gesprächen über persönliche Belange aus den Themenbereichen Partnerschaft, Erziehung und biografische Inhalte. Dabei ist auffällig, dass sie diese Themen sehr oberflächlich behandelt. Sie reflektiert eigenes Verhalten selten. Emotional grenzt sie sich ab. Gefühlsmäßige Reaktionen werden ausschließlich über Lachen ausgedrückt. Differenziertere Gefühlsäußerungen kann sie im Gruppenkontext nicht zulassen.

Experientielle Reittherapie

Frau K. geht gerne zum Stall. Sie begegnet den Mitarbeitern freundlich und mit entsprechender Zurückhaltung. In der Gruppeninteraktion, nimmt sie die Beobachterrolle ein. Damit sie sich in das Geschehen einbringt, bedarf es einer Begleitung seitens der Reittherapeutin.

Am Pferd ist Frau K. zurückhaltend bis ängstlich. Trotz ihrer Ängste kann sie sich auf die Angebote einlassen. Zu Beginn der Einheiten zeigte sie wenig Körperspannung, sodass es ihr nicht leicht fiel, mit dem Pferd zu kommunizieren. Lösungsvorschläge hierzu konnte sie gut annehmen und umsetzen.

Frau K. nutzt den wertfreien Raum der Reittherapie, um über ihre aktuellen Befindlichkeiten zu sprechen. Weiterhin erhält sie die Möglichkeit, mit sich selbst in Kontakt zu treten, um sich positiv erleben zu können. Sie erlebt nach eigenen Aussagen, den Umgang mit dem Pferd als entspannend.

Begleitete Eltern-Kind-Kontakte

Frau K. nimmt regelmäßig und mit großer Erwartung an den begleiteten Eltern-Kind-Kontakten teil. Ihr ist es sehr wichtig mit ihrer Tochter klarkommen zu können. Hier nutzen Mutter und Tochter die Zeit, über aktuelle Themen zu sprechen.

Frau K. erlernt vertiefend Strategien, die der Selbstregulation dienen. Sie erhöht die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber der Tochter. Durch die Erweiterung von Unternehmungen, Aktivitäten, als auch emotionaler Zuwendung, kann sie die Bindung vertiefen und positiv verstärken.

9. Behandlungsergebnis

9.1 Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung der therapeutischen Interventionen orientiert am Konzept der „Vier Wege der Heilung und Förderung“

1. Weg: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung

„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“

Der erste Weg der Heilung und Förderung kommt in vielen unterschiedlichen Behandlungsangeboten zum Tragen.

Frau K. lernte wesentliche funktionale Zusammenhänge in Bezug auf die Probleme und deren Entstehungsgeschichten im Laufe ihres Lebens zu erkennen und zu verstehen. Insbesondere hat Frau K. eine angemessene Motivation für die Zukunft entwickelt. Ihr ist im Verlauf der Behandlung sehr klar geworden, wie wichtig ihr ist, die Beziehung zu ihrer Tochter und zu ihrem Partner zu verbessern und für sich ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben zu haben.

2. Weg: Nachsozialisation und Grundvertrauen

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“

Der zweite Weg der Heilung und Förderung kam vor allem im Rahmen der therapeutischen Beziehung im dyadischen Setting, aber auch im Gruppenkontext zum Tragen.

Frau K. konnte positive alternative Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung machen. Sie nutzte die dyadische Therapie, um neues Beziehungsverhalten auszuprobieren und einzuüben. Hierbei stärkte sie das erfahrene positive Feedback und machte sie sicherer. So konnte sie neues Kommunikations- und Konfliktverhalten erwerben. Sie lernte, sich selber wieder wertzuschätzen.

Insgesamt erweiterte Frau K. deutlich ihre Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit und damit einhergehend ihre Fähigkeit zu intersubjektiver Korrespondenz.

3. Weg: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung

„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“

Der dritte Weg der Heilung und Förderung wurde in unterschiedlichen Therapiebereichen besonders angesprochen.

Frau K. profitierte hier insbesondere in dem Gartenprojekt, aber auch in den anderen Therapieangeboten z. B. Kunst-, Entspannungs-, Reittherapie usw.

Sie lernte, ihre begrenzten Möglichkeiten einer beruflichen Neuorientierung zu aktivieren und für sich nutzbar zu machen.

Sie (re)aktivierte insgesamt eine lebendige und gemeinschaftliche Freizeitgestaltung, die sie gerne zuhause mit ihrer Tochter und Partner fortsetzen möchte. Darüber hinaus sammelte sie neue Erfahrungen von Ruhe und Entspannung und entdeckte dabei, dass ihr Spaziergänge, alleine in der Natur, sehr gut tun und ihrem seelischen Gleichgewicht förderlich sind.

4. Weg: Solidaritätserfahrung und Mehrperspektivität und Engagement

„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen.“

Der vierte Weg der Heilung und Förderung wurde für Frau K. in unterschiedlichen Bereichen erfahrbar.

Solidaritätserfahrungen machte Frau K. vor allem im Rahmen der dyadischen Therapie aber auch im Gruppenkontext. Insbesondere in Krisen machte sie mehrfach die positive Erfahrung, dass sie nicht alleine ist, was eine sehr wichtige Erfahrung für Frau K. war. Die Mehrperspektivität in der dyadischen Therapie und in der Gruppe verhalf ihr, Reaktionen von anderen Menschen und ihr eigenes Verhalten besser einzuordnen, zu verstehen und neu zu bewerten.

9.2 Behandlungsergebnis im Hinblick auf die Veränderung im Identitätsleben orientiert am Modell der „Fünf Säulen der Identität“

Leiblichkeit

„Das ist mein individueller Leib-das was ich von mir erlebe und nach außen hin verbleibe.“ (Schuch 2000)

Vgl. Petzold 2009c, Petzold, Sieper 2012a

Zu Beginn der Behandlung zeigt sich Frau K. körperlich in einem wenig trainierten Zustand. Während der teilstationären Aufenthaltes reaktivierte Frau K. ihre sportlichen Aktivitäten, was insgesamt ihre körperliche Fitness, Belastbarkeit und Kondition verbesserte. Sie machte darüber hinaus die Erfahrung, dass die Bewegung ihr hilft, Spannungen abzubauen und emotionale Belastungen besser zu bewältigen. Frau K. entdeckte auch, wie wohltuend sich Spaziergänge in der Natur, in der sie sich schon immer wohlfühlt hat, auf ihr körperliches wie seelisches Wohlbefinden auswirken.

Die Leibfunktionen von Frau K. zeigten sich zu Beginn der Behandlung deutlich gehemmt. Sie lernte in der Therapie zunehmend auch negativ bewertete Zustände und Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten. Frau K. entwickelte eine differenzierte Selbstwahrnehmung und erweiterte ihre Kompetenzen im Umgang mit ihren Gefühlen. Dies half ihr in der Therapie, auch Möglichkeiten zu finden und zu erproben, diese auch im Gegenüber mit anderen Menschen auszudrücken. In dyadischen Beziehungen (Therapeutische Beziehung, Partnerschaft, Mutter-Kind-Beziehung) konnte Frau K. die neu erworbenen Kompetenzen regelmäßig in die Performanz bringen. In einzelnen Situationen gelang ihr dies auch im Gruppenkontext.

Das Ziel von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit ist bei Frau K. noch nicht erreicht, aber der Weg dorthin ist geebnet. Die Unterstützung durch psychoedukative Maßnahmen muss bei Frau K. noch weiter gewährleistet sein.

Soziales Netzwerk

„Das ist der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört, meine Familie, meine Freunde, meine Kollegen.“ (Schuch 2000)

Vgl. Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin 2004

Im Laufe des Therapieprozesses konnte Frau K. ihre sensiblen Seiten in Form von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Unverständnis besser zulassen. Sie entwickelte eine differenzierte Selbstwahrnehmung und erweiterte ihre Kompetenzen im Umgang mit ihren Gefühlen. Frau K. lernte ihre emotionale Beteiligung auch in der Begegnung mit anderen Menschen zuzulassen und zu kommunizieren. In dyadischen Beziehungen praktizierte sie dies häufig. Im Gruppenkontext war ihr das in einzelnen Situationen möglich. Obwohl sie dabei regelmäßig positive Erfahrungen machte, blieb dies für sie bis zum Ende der teilstationären Therapie schwierig.

Frau K. setzte sich außerdem intensiv mit ihren nahen sozialen Beziehungen auseinander. Sie zeigt großes Engagement, die Beziehungen zu ihrer Tochter und ihrem Partner zu verbessern. Im Rahmen von Gesprächen und begleiteten Mutter-Kind-Kontakten konnte eine positive Entwicklung initiiert werden.

Frau K. hat in der Therapie gelernt, Hintergründe von Verunsicherungen, Enttäuschungen oder erlebter Hilflosigkeit in Beziehungssituationen aufzuspüren, auszuhalten und mit ihnen umzugehen. Sie hat erfahren, dass es für sie notwendig ist, mit jemandem darüber zu sprechen, um nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen.

Darüber hinaus reflektierte Frau K. ihre Haltung und Rolle in sozialen Beziehungen z.B. zu ihrem leiblichen Vater und lernte zunehmend, sich abzugrenzen und auch „Nein“ zu sagen und nicht allen, an sie gerichteten Erwartungen zu entsprechen. Ihr soziales Netzwerk hat Frau K. etwas erweitern können, da sie sich mit den anderen Teilnehmern gut verstanden hat und sich daraus Freundschaften gebildet haben.

Arbeit, Leistung und Freizeit

„In der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde.“ (Schuch 2000)

Diese Säule der Identität war recht stark beschädigt. Bezüglich des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben wird Frau K. auch weiterhin auf die Unterstützung durch das Jobcenter angewiesen sein. Die Initiativbewerbungen an die benachbarten Gärtnereien habe zu keinem Erfolg geführt. Dies macht Frau K. immer noch sehr zu schaffen.

Ihre Freizeitgestaltung ist, außer zum Spielplatz mit ihrer Tochter gehen, weiterhin stark eingeschränkt. Sie erlernte bei den Spaziergängen in der Natur, dass es sie beruhigt und entspannt, trotzdem macht sie nicht mehr daraus.

Materielle Sicherheit

Die Säule der materiellen Sicherheit war zu Beginn der Therapie nur sehr schwach ausgeprägt. Dies hat sich während ihrer Therapie nicht verbessert. Frau K. möchte den Einstieg in das Berufsleben schaffen. Damit wäre ein regelmäßiges Einkommen verbunden, womit sie sich auch in Richtung Unabhängigkeit und Selbstständigkeit begeben kann. Dies ist für sie enorm wichtig.

Werte und Normen

„Menschen beziehen aus ihren Werten Sinn und Kraft. Werte werden „verkörpert“, führen zu einer „Haltung“, die sich im Verhalten zeigt.“ (Petzold, 2012)

Vgl. *Petzold, Orth, Sieper 2010, 2013a, Petzold, Sieper 2011*

Frau K. zeigt eine starke Haltung zu Werten wie Ehrlichkeit und Offenheit sich selbst und anderen gegenüber. Ihre entwickelte Stärke und Durchsetzungsvermögen sind für sie zu hohen Werten geworden. Vor allem ist ihr wichtig, ihrem Partner wieder näher zu kommen und die Partnerschaft zu verbessern und das Verhältnis zu ihrer Tochter deutlich zu intensivieren, indem sie die Beziehung mit mehr Interesse/Bedürfnisse für die Tochter gestaltet.

Diese zu Beginn der Therapie in Teilen nur mäßig ausgeprägten identitätsbestimmenden Quellen, konnten mehr und mehr wirksam gemacht werden, durch die Verbindung von Kognition und Bewertung in der Arbeit mit diesem Identitätsbereich und als solche gelebt werden.

10. Synergie-Wirkungen

Ob als eigenständiger Ansatz oder als Element im „**Bündel von Maßnahmen**“ (*Petzold 2014h, i*) eingesetzt, ist Integrative Gartentherapie – flankiert von „Kreativtherapie“ und/oder „tiergestützten Interventionen“ eine sehr nützliche therapeutische Arbeitsform, in der viele der von der Integrativen Therapie erarbeiteten „Wege der Heilung und Förderung“ und der „14 Heil- und Wirkfaktoren“ synergetisch zusammenspielen und das „Ganze der Wirkung mehr und etwas anderes wird, als die Summe der Teilwirkungen“, wobei aber auch spezifische Teilwirkungen wie Beruhigung und Entspannung aber auch motorische Aktivierung oder psychische Aufhellung erreicht werden können. Von besonderer Bedeutung ist die Möglichkeit, zu einer nachhaltigen Veränderung eines dysfunktionalen Lebensstil (z. B. mit depressiver, isolationistischer, inaktiver Qualität) beizutragen, indem PatientInnen motiviert werden, selbst im Alltagsleben gärtnerisch tätig zu werden und sich z. B. Gemeinschaftsinitiativen wie „Stadtacker“ oder „Prinzessinen-Garten“ anzuschließen. Darauf sollen auch klinische Gartentherapieprogramme hinwirken, also auf Wirkungen, die über die Behandlungszeit hinaus mit salutogenen Effekten anhalten (*Petzold, Moser, Orth 2012; Linden, Weig 2009*).

Zusammenfassung: Integrative Gartentherapie in der Arbeit mit biographisch belasteter Klientin – ein dokumentiertes Behandlungsjournal

Es wird der Behandlungsprozess einer 28-jährigen biographisch belasteten Frau beschrieben. Die Behandlung erfolgte im Rahmen des „Verfahrens“ der **Integrativen Therapie**, unter Einbeziehung der „Methode“ **Integrative Gartentherapie** in einem teilstationären Therapieprozess eines heilpädagogischen Zentrums. Das hier vorgelegt „Behandlungsjournal“ beinhaltet eine initiale und prozessuale Diagnostik, Behandlungsverlauf sowie die kommentierte Dokumentation von fünf Gartentherapieabschnitten.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Gartentherapie, 4 Wege der Heilung und Förderung, 5 Säulen der Identität, 14 Wirk- und Heilfaktoren, biographische Belastung

Summary: Integrative horticultural therapy in working with a biographical burdened client – A documented treatment journal

The therapy process of a 28 year old, biographical burdened woman is described. The treatment took place in the frame of **Integrative Therapy**, an “approach” using the “method” of **Integrative horticultural Therapy** in an outpatient hospital treatment program of an orthopedagogic center.

The “treatment journal” presented here includes initial and procedural diagnostics, the therapy process as well as the commented documentation of five horticultural therapy phases.

Keywords: Integrative Therapy, horticultural Therapy, Four Ways of Healing and Fostering, Five Pillars of Identity, 14 factors of healing, biographical burden

LITERATURVERZEICHNIS I

Brinker, P. (2016): „Die ökologische Dimension in der Supervision – Beiträge der ökologischen Psychologie und Ökotheorie“. Supervision.Theorie – Praxis – Forschung, Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 13/2016; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-13-2016-petra-brinker.html>

Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H. G. (2004): Die Konzepte „social network“ und „social world“ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre InternetZeitschrift - 5/2005; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>

Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. (2004): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Sucht-Therapie – Theorien, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Galas, M. (2013): Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2013-marcus-die-14-heil-und-wirkfaktoren-des-integrativen-ansatzes-in-der-supervision.html>.

Hartz, P., Petzold, H. G. (2013): Wege aus der Arbeitslosigkeit. MINIPRENEURE - Chancen für Menschen, die ihr Leben neu gestalten wollen. Wiesbaden: Springer VS. <http://www.springer.com/978-3-658-03707-9>

Hass, W., Petzold, H.G. (1999/2011): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.* Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>.

Haubenhofner (2013): Gartentherapie, Theorie-Wissenschaft-Praxis, European Union (PDF)

Jäkel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. Integrative Therapie 1-2, 145-172. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-13-2012-brigitte-jaekel.html>

Kreidner-Salahshour, K., Petzold,H.G., Orth-Petzold, S. (2012): Langzeittherapeutische Psychosebehandlung – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/behandlungsjournale/behandlungsjournal-kreidner-salahshour-klara-10-2012.pdf>

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer-Verlag

Linden, M., Weig, W. (2009): Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lindermann, N. (2016): Globalisierung, Gewissen und Supervision Perspektiven Jean Zieglers und des Integrativen Ansatzes. Supervision Ausgabe 05/2016; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/05-2016-lindermann-n-globalisierung-gewissen-und-supervision-perspektiven-jean-zieglers.html>

Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.fpi-publikation.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011
<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>

Neuberger, K. (2011): Ansätze zuneiner Integrativen Gaertentherapie-Zur Gescvhichte, Verbreitung, integrativen Gedankengut, Methoden, Praxis und Literatin: Integrative Therapie No. 37/2011, Kapitel 5.5-5.11 und 7.3-8 aus dem uns ausgehändigten EAG FPI-Ordner

Orth, I., Petzold, H.G. (1993c/2015): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 93-116.
<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2015-orth-i-petzold-h-g-1993c-zur-anthropologie-des-schoepferischen-menschen.html>

Orth, I.; Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. Band I.

Osten, P. (2004): Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen in: Petzold et al. 2004

Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Hrsg.: Petzold, H.G.; Lammel, A.; Leitner, A., Wiesbaden, 1. Auflage VS-Verlag

Patel, A., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis / Prozessdokumentation
http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_orth_patel-von_der_abhaengigkeit_in_die_souveraenitaet-17-2010a.pdf

Petzold, H.G. (1977c): Die Medien in der integrativen Pädagogik
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1977c-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie.html>

Petzold, H.G. (1986h/2016): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101; *POLYLOGE* 1/2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H.G. (1988n/1996a, 3. revidierte und überarbeitete Auflage): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, Integrative Therapie **Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395; (2003a) S. 299 - 340.**

Petzold, H.G. (1993a/2003a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für die schulübergreifende Psychotherapie. 3 Bde, überarb. und erg. Neuauflage, 2003. Paderborn: Junfermann

Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2012-petzold-hilariongrundorientierungen-verfahren-methoden.html>

Petzold, H.G. (1994g): Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: "Integrative Therapie" und ihre Heuristik der "14 healing factors" - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Petzold, H.G. (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold, H. G. (1998a/2007a): Integrative Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>

Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Collagierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2001 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-2001k-03-2001-petzold-h-g.html>. Erg. in: *Petzold, Orth (2005a)* 265-374. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2012-petzold-h-g-2005b-sinnfindung-ueber-die-lebensspanne-collagierte-gedanken-ueber-sinn.html>.

Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www. FPI-Publikationen. de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02-2002.

Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-2003b-01-2003-petzold-h-g.html>

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

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“. Updating 2006k als: *Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie*. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 2/2011 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H.G. (2007a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [1998a].

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seelegeist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html> .

Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H.G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1, <http://www.fpipublikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapiearbeitsbuendnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und-3.html> .

Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer

Petzold, H.G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. Bei [www.FPIpublikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 15/2012. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/downloadpolyloge/download-nr-15-2012-hilarion-g-petzold.html> .

Petzold, H. G. (2013e): „Die heilende Kraft der Natur: Natur-, Garten-, Wilderness-Therapie“ Vortrag auf der Fachtagung „Natur heilt Sucht - Naturnahe Therapie in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken“ 12. Sept. 2013, Fachkrankenhaus Vielbach in Kooperation mit der Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit EAG, Vielbach / Westerwald.

Petzold, H. G. (2013g): Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie – ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen. [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 25/2012; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2013-petzold-h-g-2013g-naturtherapie-in-der-dritten-welle-integrativer-therapie-ein.html> . Auch *Integrative Therapie* 4, 2012, 409-424.

Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die “neuen Naturtherapien”. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. *Green Care* 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf> .

Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> .

Petzold, H.G. (2014u): Jugend hat ein „Recht auf Zukunft“. Referat europatriates – Kongress gegen Jugendarbeitslosigkeit vom 23. bis 25. Juni 2014 in Saarbrücken. In: Hartz, P., Petzold, H. G. (2015):

Gegen Jugendarbeitslosigkeit Innovative Ideen, Modelle, Strategien. Bielefeld: Aisthesis. Auch in Polyloge <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2014u-jugend-hat-ein-recht-auf-zukunft-polyloge-15-2015.pdf> ; <http://www.europatriates.eu/index.php/home-de-de/20-kategorie-de-de/programm-2014-de/referenten-2014-de/57-prof-dr-mult-hilarion-g-petzold>

Petzold, H. G. (2015c): Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit Z. *Psychologische Medizin* 2, 2015, 56-68. Textarchiv. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit-transdisziplinaer.pdf>

Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>

Petzold, H.G. (2016i): Die „Neuen Naturtherapien“, engagiertes „Green Care“, waldtherapeutische Praxis - „Komplexe Achtsamkeit“ und „konkrete Ökophilie“ für eine extrem bedrohte Biosphäre. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/petzold-2016i-neue-naturtherapien-engagiertes-green-care-waldtherapeutische-praxis-gruene-texte-25-2016.pdf>

Petzold, H. G., (2016l): Zeitgeist und kollektive Beunruhigung als Krankheitsursache – therapeutische Arbeit mit Atmosphären und Zeitgeisteinflüssen, POLYLOGE Jg. 2016, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2016l-1989f-zeitgeist-kollektive-beunruhigung-krankheitsursachen-sozialisationsklima-polylog-30-2016.pdf>

Petzold, H. G. (2017e): WALDTHERAPIE: eine ökopyschosomatische, salutoökologische und humanökologische Methode der „Neuen Naturtherapien“ – Perspektiven Integrativer Therapie. *Grüne Texte* Jg. 2017; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/2.html>

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a/196): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung* Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H., Hömberg, R. (2017): Ökopyschosomatik – ein integratives Kernkonzept in den „Neuen Naturtherapien“ *Grüne Texte* 07/2017, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/07-2017-petzold-h-g-hoemberg-r-kopsychosomatik-ein-integratives-kernkonzept-in-den-neuen.html>

Petzold, H.G., Heini, H.(1983): Psychotherapie und Arbeitswelt, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hg.): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung*. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen; <http://www.fpipublikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/-h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-inder-integrativen-therapie.html> .

Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>

Petzold, H. G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie, Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Auflage Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen 2004b, mimeogr. ergänzt in: *Petzold, Orth* (2004/2005a) 689-791. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2009-orth-i-petzold-h-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft.html>

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

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S.* (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html> und <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/139284/1a13e1be241ccadc33b5974071dc6504.pdf?sequence=1>

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen I - das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2000-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2000a-transgressionen-i-das-prinzip-narrativer.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ in: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit: Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, Wiesbaden 2006

Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2012a): Einführung zu: „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. In: Textarchiv Jg. 2012: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: *Petzold, Orth, Sieper* (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. S. 671-688.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. 840 Seiten

Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, VS Verlag, 2. Auflage, Wiesbaden 2007

Petzold, H. G., Sieper, J. (2011a): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/integrative%20therapie/2010-4-altruismus-und-friedensarbeit-henry-dunant-1828-1910.pdf>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der

Therapieschulen. Wien: Krammer

Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
Ausgabe 04/2016

Scheiblich, A., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Sieper, J. (2016): Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution
<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/scheiblich-andrea-petzold-h-orth-petzold-mehrfachabhaengig-prozesstransparenz-polyloge-04-2016.pdf>

Schneiter-Ulmann, R. (2010): Lehrbuch Gartentherapie, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Schuch W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells "Integrativer Psychotherapie". In: Petzold, H.G. (2000), Zeitschrift "Integrative Therapie". Jubiläumsausgabe. Paderborn: Junfermann

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu korrespondierendem Diskurs. Integrative Therapie, Heft 3/4 (2006) und erg. in: Sieper, Orth, Schuch (2007). In: POLYLOGE 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alleausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativetherapie.html>.

Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, in: .www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/downloadpolyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexeslernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>.

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2010): Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist - Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer
http://www.fpipublikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold_sorge-umintegritaet_2010.pdf

Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Internethinweise:

- Die Gartentherapie – Mit der Natur wachsen <http://www.der-querschnitt.de/archive/18373>
- Gesellschaft für Gartenbau und Therapie, Horticultural Therapy
<http://www.ggut.org/deutsch/therapie-1.html>

- Pfister, T.: Acht Fragen zur Gartentherapie. Online verfügbar unter: <http://www.gartentherapie.ch/pdf/acht.fragen.pdf> [27.12.2009]
- **Petzold, H.G.** : Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/lexikon_der_it.pdf

LITERATURVERZEICHNIS II (*Petzold*)

Arras, John D. (1991): "Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics." *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 16, 29–51.

Büttner-Yu, B. (2005): Diagnostisches Fallverstehen in der Jugendhilfe.

http://archiv.dissens.de/de/dokumente/pubs/buettner-yu-fallverstehen_in_der_jugendhilfe.pdf (aufgerufen 1.4.2017)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, dimdi.de: ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. („Stand Oktober 2005“, zuletzt aufgerufen: 1.4.2017)

Düwell, S., Pethes, N. (2014): *Fall - Fallgeschichte - Fallstudie*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Effenberger, M. (2011): *Lebensqualität und Wohlstand auf dem Prüfstand: Warum die Deutschen so reich und dennoch so arm sind*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003a): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der Bewegingswetenschappen - Postgradualer Studiengang Supervision Amsterdam. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 11/2003 - <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2003-2003a-eichert-h-c-petzold-h-g-supervision-und-innerinstitutionelle-schweigepflicht.html>

Frank, R. (2007): *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*, Heidelberg: Springer

Gagnier, J. J., Riley, D., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H. (2013): The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. In: *Deutsches Ärzteblatt International*. Band 110, Nr. 37, 1. September 2013, S. 603–608, [doi: 10.3238/arztebl.2013.0603](https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0603), [PMID 24078847](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078847/), [PMC 3784031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3784031/).

Grimal, P. (1996): *The Dictionary of Classical Mythology*, London: Wiley-Blackwell.

Hadot, I. (1969): *Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung*. Berlin: de Gruyter.

Hadot, P. (1991): *Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike*. Berlin: Gatzka.

Hadot, P. (1995): *Philosophy as a Way of Life: Spiritual Exercises from Socrates to Foucault*. Malden: Blackwell.

Hadot, P. (2002): *La Philosophie comme manière de vivre*. Paris: Albin Michel.

Hard, G. (1998): Ruderalvegetation: Ökologie und Ethnoökologie, Ästhetik und "Schutz". In: *Notizbuch der Kassler Schule*. Band 49, Kassel.

- Hennessey, R., Mangold, R. (2008): Der Qualität Leben geben, *NOVA, Das Fachmagazin für Pflege und Betreuung*, S. 44–45.
- Hennessey, R., Mangold, R. (2012): Das Konzept Lebensqualität, Der Arbeit mit Menschen mit Behinderung Leben geben, *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 3, S. 27–33
- Hug-Hellmuth, H (1919): Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Hunter, K. M. (1989): "A Science of Individuals: Medicine and Casuistry." *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 14, pp. 193–220
- Jantzen, W. (2004) : Gehirn, Geschichte und Gesellschaft: Die Neuropsychologie Alexander R. Lurijas (1902-1977). Reihe: International Cultural-historical Human Sciences. Band 9. Berlin: Lehmanns Media.
- Jenicek, M. (2000): Clinical Case Reporting in Evidence-Based Medicine. 2. Auflage. Hodder Arnold Publication, Hamilton (Ontario) und Montreal (Quebec) Canada 2001.
- Jonsen, A. t R. (1986): "Casuistry and Clinical Ethics." *Theoretical Medicine*, Vol. 7, pp. 65–74.
- Jonsen, A. R. (1991): "Casuistry as Methodology in Clinical Ethics." *Theoretical Medicine*, pp. 295–307.
- Jonsen; A. R., Toulmin, S. (1990): The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning. Berkeley: Univ. California Press (1990)
- Jost, L. J., Shiner, R.A. (2002): Eudaimonia and Well-Being. Ancient and Modern Conceptions (*Apeiron*, Bd. 35, Nr. 4). Kelowna: Academic Printing & Publishing.
- Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.
- Linz, S., Ostermann, D., Petzold, H.G. (2008): „Qualitätssicherung und Dokumentation von Supervisionsprozessen“ – Metahermeneutisch fundiertes Erfassen von Supervisionsverläufen mit einem strukturierten „Supervisionsjournal“ in der „Integrativen Supervision“. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 11/2008 – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-11-2008-linz-s-ostermann-d-petzold-h-g.html>
- Lurija, A.R. (1991): Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten. Reinbek: Rowohlt.
- Lurija, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A.R. (1993): Romantische Wissenschaft. Reinbek: Rowohlt.
- Métraux, A. (2004): Die Lebensgeschichte im Hirn: Einige Gedanken über den pathographischen Zugang zur Neuropsychologie. In: Jantzen, W. (2004) (Hrsg.): Gehirn, Geschichte und Gesellschaft: Die Neuropsychologie Alexander R. Lurijas (1902-1977). Reihe: International Cultural-historical Human Sciences. Band 9. Berlin: Lehmanns Media. 53-66.
- Meyer, C., Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D., van Rillaer, J. (2005): „Le Livre Noir de la Psychanalyse. Vivre, Penser et Aller Mieux sans Freud“ [Das Schwarzbuch der Psychoanalyse. Wie man ohne Freud besser lebt, denkt und gesund ist]. Paris: Édition des Arènes.
- Nussbaum, M., Sen, A. (1993): .The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press.

Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis. In: *Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010a):* Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, 245-278.

Petzold, Christa (1972b): Lebendige Geschichte – alte Menschen berichten. Anleitung zur Arbeit mit Biographie und biographischen Erfahrungen nach *Hilarion G. Petzold*. Büttgen: VHS Büttgen. Textarchiv Jg. 1972
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, Hilarion. G. (1994h): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen. *Drogalkohol* 3, 144-158.

Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2001-2001p-petzold-h-g-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit.html>, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397. Erw. in *Petzold, H.G. (2012q)*.

Petzold, H.G. (2002b/2006/2011e): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf>. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006 und 2011e <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-01-2011-petzold-h-g-upd-2011e.html>. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-2002b-update-2006-02-2002-petzold-h-g.html>

Petzold, H.G. (2004m): KERNKONZEPTE UND ZENTRALE MODELLE DER „INTEGRATIVEN THERAPIE“ II - Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Überarbeitete Neueinstellung: *POLYLOGE* 4/2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H.G. (2006r): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006):* Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 357-391.

Petzold, H. G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: *Ostermann, D., Gesundheitscoaching*. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und *POLYLOGE* 11/2010. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010b-gesundheit-frische-leistungsfahigkeit.html>

Petzold, H. G. (2011g, Hrsg.): Going Green: Die heilende Kraft der Landschaft. Integrative Naturtherapie, *Integrative Therapie* 3, Wien: Krammer.

Petzold, H.G. (2011h, Hrsg.): Heilende Gärten. Integrative Gartentherapie und Euthyme Praxis – Heilkunst und Gesundheitsförderung. Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 4, Wien: Krammer.

Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In *Petzold, H.G. (2012a):* Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012q-transversale-identitaet-integrative-identitaetstheorie-persoenlichkeitstheorie.pdf>

Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. *Green Care* 2, 2-5; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> und erw. *POLYLOGE* Ausgabe 05/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>.

Petzold, H. G. (2015c): Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit Z. Psychologische Medizin 2, 2015, 56-68. Textarchiv. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit-transdisziplinaer.pdf>

Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>

Petzold, H. G. „et al.“ (2016f): BIOGRAPHIEARBEIT und BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der INTEGRATIVEN THERAPIE (IT), der Integrativen Poesie- und Bibliothherapie (IPBT) und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 <http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-der-sprache/index.php>

Petzold G. H. (2016h): Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs. „Systemmagazin“ Online-Journal für systemische Entwicklungen, 02/2016; <http://systemmagazin.com/menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den-systemischen-diskurs/> und Textarchiv: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-2016h-menschen-sind-keine-faelle-prekaere-implikationen-fuer-den.html>

Petzold, H.G. (2016i): Die „Neuen Naturtherapien“, engagiertes „Green Care“, waldtherapeutische Praxis - „Komplexe Achtsamkeit“ und „konkrete Ökophilie“ für eine extrem bedrohte Biosphäre. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/petzold-2016i-neue-naturtherapien-engagiertes-green-care-waldtherapeutische-praxis-gruene-texte-25-2016.pdf>

Petzold, H. G. (2017e): WALDTHERAPIE: eine ökopyschosomatische, salutoökologische und humanökologische Methode der „Neuen Naturtherapien“ – Perspektiven Integrativer Therapie. Grüne Texte Jg. 2017; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/2.html>

Petzold, H., Hömberg, R. (2017): Ökopyschosomatik – ein integratives Kernkonzept in den „Neuen Naturtherapien“ Grüne Texte 07/2017, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/07-2017-petzold-h-g-hoemberg-r-kopsychosomatik-ein-integratives-kernkonzept-in-den-neuen.html>

Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.

Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik. In: *Salahshour et al.* (2013) 2-17. *POLYLOGE* <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/kreidner-salahshour-petzold-orth-petzold-2012-langzeittherapeutische-psychosebehandlung.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Orth, I. (2013): Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – Naturtherapeutische Gedanken, „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. *POLYLOGE* 20/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2013-petzold-h-orth-petzold-s-orth-i-2013a-freude-am-lebendigen-umgang-mit-natur.html>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - 3POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 17/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/17-2010-petzold-h-g-orth-p-s-i-patel-a-ii-souveraenitaet-profession-prozessdokumentation.html>

Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Sieper, J. (2016): Theoriegeleitete Arbeit und Prozesstransparenz im „biopsychosozialökologischen“ Ansatz der „Integrativen Supervision“ – Perspektiven für SupervisorInnen zum „Transparenzdilemma“ (nicht nur) im Kontext „Sozialtherapie Sucht“ SUPERVISION Jg. 1/2016 <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-orth-petzold-sieper-theoriegeleitete-arbeit-prozesstransparenz-transparenzdilemma-sup-01-2016.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): DAS SUPERVISIONS JOURNAL - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit. .: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html>.

Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC)* 3, 277-288. Erw. in *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311 und Petzold 1998a, 191-211 und 2007a.

Reil, J.Ch. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung, Halle: Curt'sche Buchhandlung.

Ricoeur, P. (1989): Zeit und Erzählung. Band II. Zeit und literarische Erzählung. München: Fink.

Ricoeur, P. (1990a): *Soi-même comme en autre*. Paris: Seuil.

Sacks, O. (1993): Lurija und die romantische Wissenschaft. In: *Lurija* (1993)7 - 22

Sacks, O. (1994): Folgen von Lurijas Konzeption für eine veränderte Rehabilitationspraxis bei Hirnschädigungen. In: *Jantzen* (1994) 108-124.

Sacks, O. (1995): *Der Tag, an dem mein Bein fortging*. Reinbek: Rowohlt.

Salahshour, K., Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Einleitung: Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik (Petzold/Orth-Petzold). *Kreidner-Salahshour: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung. Integrative Therapie* 3-4 (2013) und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html>

Scheiblich, A., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Sieper, J. (2016): Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/scheiblich-andrea-petzold-h-orth-petzold-mehrfachabhaeangig-prozesstransparenz-polyloge-04-2016.pdf>

Schwabe, M. (2002): Hilfeplanung in Fällen von Selbst- und Fremdgefährdung. Vermutungen über Zusammenhänge und fachliche Spielräume bei der Konstruktion von Settings – zugleich ein Nachdenken über die (Nicht-)Notwendigkeit von geschlossener Unterbringung. In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (Hrsg. 2002): *Wenn Pädagogik an Grenzen stößt. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Jugendhilfe und die Rechte von Kindern und Jugendlichen*. Hannover. Linden-Druck

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2009): Zweifel an der „psychoanalytischen Wahrheit“- Psychoanalyse zwischen Wissenschaft, Ideologie und Mythologie, in: *Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater*

der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien. S. 573-635. Textarchiv 2009: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/sieper-orth-petzold-2009-nachgedanken-zweifel-psychoanalytische-wahrheit-wissenschaft-ideologie.pdf>

Sieper, J., Petzold, H.G. et al. (2014): FREUDIANA – Materialien, Überlegungen, Buchbesprechungen zu Freud und seiner Psychoanalyse aus der Sicht der „Integrativen Humantherapie“ in der „Dritten Welle“ moderner Psychotherapie. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 12/2014 . <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/sieper-petzold-et-al-freudiana-freud-psychoanalyseintegrative-humantherapie-dritte-welle-12-2014.pdf>

Smith, W. (1867): «Panacea». A Dictionary of Greek and Roman biography and mythology. Boston: Little, Brown & Co, S. 107.

Spence, D.P. (1982): Narrative truth and historical truth. New York: Norton

Stuhr, U., Friedrich-Wilhelm D. (1983): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument, Heidelberg: Asanger.

Sulloway, F.J. (1979): Freud: Biologist of the Mind. Beyond the psychoanalytic Legend. Boston: Harvard University; franz. Übers. (1998): Freud, Biologiste de l'Esprit. Paris: Fayard; dtsch. (1979): Freud, Biologe der Seele. Köln. Hohenheim.

Sulloway, F.J. (1991): Freud's Cases Histories: the social Construction of Psychoanalysis. *Isis*. 82, 245-275.

Sulloway, F.J. (2009): Geschichte der Wissenschaft und Freuds Psychoanalyse. In: *Leitner, Petzold* (2009).

Swanton, H. (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm In: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>

Stuhr, U. (2007). Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlußfolgerungen. *Psyche*, 61(9-10), 943-965.

Thraemer, E. (1902): Panakeia. In: *Wilhelm Heinrich Roscher* (Hrsg.): Ausführliches Lexikon der griechischen und römischen Mythologie. Band 3,1, Leipzig 1902, Sp. 1482–1491