

GRÜNE TEXTE

Die NEUEN NATURTHERAPIEN

Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie,
Tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation,
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 Rast-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 11/2020

Empowerment durch Gartentherapie Förderung von Eigenermächtigung, Selbstwirksamkeit und Selbstwert bei rezidivierenden Depressionen im ambulant psychiatrischen Setting *

Yvonne Ammar, Wien **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (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>) und der „Deutschen Gesellschaft für Naturtherapie, Waldtherapie/Waldmedizin und Green Care – DGN e.V.“ <https://www.eag-fpi.com/deutsche-gesellschaft-fuer-naturtherapie-waldmedizin-und-green-care-dgn/>

** Dieser Artikel wurde als Projektarbeit im Rahmen des Lehrganges Akad. ExpertIn für Gartentherapie am Department für Gesundheitswissenschaften, Medizin und Forschung der Donau-Universität Krems in Kooperation der Agrarpädagogischen Hochschule Wien verfasst.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	4
	Ziel, zentrale Fragestellungen	7
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Rezidivierende Depressionen in Österreich	8
2.2	Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert	11
2.2.1	Empowerment	11
2.2.2	Selbstwirksamkeit	13
2.2.3	Selbstwert	14
2.3	Psychotherapie, ein ambulant psychiatrisches Setting	15
2.3.1	Finanzierung der Psychotherapie von Krankenversicherungsträgern	15
2.3.2	Setting	16
2.3.3	Methode/ Interventionen	16
2.4	Gartentherapie	17
2.4.1	Definitionen der Gartentherapie im psychiatrischen Kontext	18
2.4.2	Die Praxeologie der Gartentherapie	19
2.5	Kriterien der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting	20
2.5.1	Soziale Ebene	20
2.5.1.1	Teilnehmer/innen	21
2.5.1.2	Experten/innen	21
2.5.2	Die Ebene der Medien	22
2.5.2.1	Ort/Setting	22
2.5.2.2	Gartentherapeutische Aktivitäten und Interventionen	23
2.5.2.3	Ziele	24
2.5.3	Wirkebene	24
2.5.3.1	Wirknachweise	25
2.5.3.2	Effekte	26
2.6	Entwicklung von Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert durch Gartentherapie	26
2.6.1	Entwicklung von sozialen Kompetenzen durch Gartentherapie	28

2.6.2	Entwicklung der Achtsamkeit und der Sinneswahrnehmung durch Gartentherapie	29
2.6.3	Regulierung von Emotionen und Stimmungen durch Gartentherapie	32
2.6.4	Förderung des Denkens und der Orientierung durch Gartentherapie	33
2.6.5	Förderung von physischer Fitness durch Gartentherapie	35
3	Methodische Auseinandersetzung	36
3.1	Auswahl der qualitativen Forschungsmethode	37
3.2	Datenerhebung	37
3.3	Experteninterviews	38
3.4	Auswahl des Personensampling	39
3.5	Datenanalyse in der qualitativen Forschung	39
3.6	Kategoriebildung	40
4	Ergebnisse: Empowerment, Selbstwirksamkeitserhöhung und Selbstwerterhöhung in der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting bei rezidivierenden Depressionen	45
4.1	Definitionen für die Gartentherapie	45
4.1.1	Rezidivierende Depressionen	45
4.1.2	Empowerment	46
4.1.3	Selbstwert	47
4.1.4	Selbstwirksamkeit	47
4.2	Interventionen in der Gartentherapie – Methodisches Setting	48
4.2.1	Erfüllen von Aufgaben	48
4.2.2	Eigenleibliche Aktivitäten	50
4.2.3	Nachsozialisation – Erleben von Wertschätzung, Zuwendung, Freundlichkeit und Begegnung	52
4.2.4	Rezeptive Erfahrungen	54
4.2.5	Psychoedukation	57
4.2.6	Solidarität und Einbezogen sein	58
4.2.7	Resonanzen – innere Bilder und äußere Realitäten	60
4.2.8	Arbeiten mit Biografien	60
4.2.9	Übungszentriertes Arbeiten	61

4.2.10	Arbeiten mit mentalen Repräsentationen	62
4.2.11	Arbeiten mit Emotionen	63
4.2.12	Arbeiten mit Pflanzen als Symbol in der Netzwerkarbeit	65
4.3	Kriterien in der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting	65
4.3.1	Rahmenbedingungen – Setting	66
4.3.2	Methodisches Setting	68
4.3.3	Bildung von neuen Beziehungen	69
4.3.4	Der/ Die Gartentherapeut/ in	74
4.3.5	Phänomenale Kriterien	76
4.3.6	Handlungsergebnisse	77
4.3.7	Erfolgserlebnisse	78
4.3.8	Zurück ins Leben	81
5	Diskussion	83
6	Ausblick	85
	Zusammenfassung/ Summary	85
	Literaturverzeichnis	
	Abbildungsverzeichnis	
	Datenschutzbestimmungen	
	Informationsblatt	
	Leitfaden	

1 Einleitung

Depressionen und psychische Erkrankungen nehmen besonders in Europa stetig zu und damit auch in Österreich.

Die Weltgesundheitsorganisation Europa (vgl. Weltgesundheitsorganisation Europa [Euro WHO], 2017) nennt Depressionen die neue Volkskrankheit Österreichs.

Deutlich wird dies bereits bei den aktuellen Zahlen bei Jugendlichen. Gemäß dem österreichischen Gesundheitsportal (vgl. Österreichisches Gesundheitsportal, [ÖGP], 2013) zeigen sich die Erkrankungen der rezidivierenden Depressionen, jedoch das erste Mal zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr. Die Begründung der WHO lautet, dass 50% der Depressionen niemals behandelt wurden. Signifikant sind die Zahlen der unbehandelten psychischen Erkrankungen die sich häufig durch Erkrankungen der Immunsystemaktivität, wie z.B. bei wiederholten grippalen Infekte zeigen. Wiederholte Krankenstände und lange unerkannte Krankheitsverläufe werden durch Statistiken aufgezeigt (vgl. Euro WHO, 2017).

Menschen mit Depressionen weisen sogenannte negative psychologische Faktoren, wie fehlende Selbstwirksamkeit oder Selbstwert. Diese treten bereits im Jugendalter auf (vgl. Nes & Segerstrom, 2015, S. 168). Im Kapitel 2.1 wird der theoretische Hintergrund von rezidivierenden Depressionen und deren Folgen erläutert.

Schwarzer & Jerusalem (vgl. 2002, S. 42) setzen das Fehlen von Selbsthilfe gleich mit dem Fehlen von Gestaltungsspielräumen. Sich selbst mächtig fühlen und Einfluss in wichtigen Bereichen zu haben, sind damit wesentlicher Indikator für Empowerment und Selbstwirksamkeit. Durch Empowerment der Gartentherapie soll dies durchbrochen werden und der Prozess, der Selbstbemächtigung möglich werden. Professionelle Unterstützung ist nur ein Teil um gefühlte Einflusslosigkeit zu überwinden. Daraus folgend, fehlt diesen Menschen die Selbstwirksamkeit. Erwartungen welche nicht erfüllt werden, Handlungen, welche nicht ausgeführt werden und fehlende Erfolge zeigen die Hilflosigkeit und die Ohnmächtigkeit und den immer geringeren Selbstwert dieser Patientengruppe. Geringe Autonomie, Selbstbestimmung und die fehlenden positiven Rollmodels sind elementare Faktoren für die Erkrankung an Depressionen im Sinne dieser Konzepte, welche im Kapitel 2.2 thematisiert werden.

Das Kapitel 2.3 widmet sich der Psychotherapie, bzw. genauer dem Verfahren der Integrativen Therapie, welche schon seit mehr als 40 Jahren klinisch-kurativ und gesundheitsfördernd arbeitet und für die Behandlung von Depressionen ein breites Instrumentarium an therapeutischen und agogischen Methoden entwickelt hat, welche zur Förderung von Selbstwirksamkeit und der Stärkung des Selbstwertes herangezogen werden kann (vgl. Petzold, Hömberg & Ellerbrock, 2019, S.35f).

Durch die zunehmende Industrialisierung gerät das „*Salutogentische Potenzial der Natur*“ (Petzold et al., 2019, S. 32) verloren. In Österreich, ein Land der Berge, ein Land der Äcker, in dem Ackerbau und Viehzucht immer noch hoch im Kurs sind, schreitet der Städtebau immer mehr voran und besonders in den Städten können immer mehr Menschen durch das Fehlen der Natur und dem Grün erkranken. Daher macht es Sinn einen Weg zur „...*sinnvollen Rückbesinnung...auf unsere Natur..., für die Natur... und ...in unsere Natur...*“ (Petzold et al., 2019, S. 35) zu beginnen und Gartentherapie als Methode der Psychotherapie könnte eine Möglichkeit sein. Die theoretische Auseinandersetzung zu diesen Themen wird in den Kapiteln 2.4 bis 2.6 erfolgen.

Derzeit wird dies in Österreich die Gartentherapie ausschließlich im stationär psychiatrischen Kontext als Teil der Ergotherapie, Gärtnerei oder im Rahmen von sozialökonomischen Organisationen angeboten. Gartentherapie auch in einem ambulant psychiatrischen Setting zu etablieren und Überlegungen zu Kriterien und Interventionen anzustellen ist Ziel dieser Projektarbeit.

Aufgrund dieser Problematik möchte die Verfasserin im empirischen Teil mittels leitfadengestützten Experteninterviews Kriterien erarbeiten, welche erforderlich sind das Empowerment durch Gartentherapie bei Patienten/innen mit rezidivierenden Depressionen auch in einem ambulant psychiatrischen Setting, also in einer freien psychotherapeutischen Praxis zu etablieren. Darüber hinaus sollen Interventionen erhoben werden, welche die Rückbesinnung zur eigenen Natur ermöglicht, diese zu empower und so die Eigenermächtigung, die Selbstwirksamkeit und den Selbstwert zu stärken, damit ein depressionsfreier Lebensstil möglich wird. Damit verbunden verbessert sich die psychische Gesundheit und lange Krankenstände bleiben im besten Fall aus. Ergebnisse aus diesen Interviews werden nach dem Methodenteil (Kapitel 3), im Kapitel 4 dargestellt. Die Diskussion im Kapitel 5 rundet diese

Projektarbeit ab und visualisiert im Kapitel 6 einen Ausblick für weitere wissenschaftliche Arbeiten im Feld von Garten- und Psychotherapie.

ZIEL, zentrale Fragestellungen

Ein gesunder Mensch ist sich seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten bewusst. Der gesunde Mensch verfügt über einen gesunden Selbstwert und hat Vertrauen in sich. Dieser kann Probleme selbständig handhaben und bewältigen oder sich hierfür eigenverantwortlich Hilfe holen. Menschen mit rezidivierenden Depressionen dagegen haben das Vertrauen in sich verloren und schränken sich ein. Auch wenn die Behandlung von Depressionen durch Psychotherapie gut etabliert ist, ist zu erkennen, dass diese Lücken aufweisen. Im Rahmen dieser Arbeit möchte die Verfasserin die Psychotherapie mit der Gartentherapie verbinden und den Krankenkassen im ambulant psychiatrischen Setting zugänglich machen. Um die Fragestellung zu beantworten, sollen Kriterien der Gartentherapie des psychiatrischen stationären Settings erhoben und für das ambulant psychiatrische Setting zur Verfügung gestellt werden, die sich auch in Anlehnung an das Psychotherapiegesetz bewähren. Neben den Kriterien werden Interventionen der Gartentherapie mittels leitfadengestütztem Experteninterviews erhoben und Überlegungen angestrebt ob und in wie fern diese zur Förderung von Eigenermächtigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeit bei rezidivierenden Depressionen in einem ambulant psychiatrischen Setting dienlich sind.

Hypothese

Durch Festlegen von Kriterien kann Gartentherapie die Eigenermächtigung, die Selbstwirksamkeit und den Selbstwert bei rezidivierenden Depressionen im ambulant psychiatrischen Setting fördern.

Forschungsfragen

Wie wird das Empowerment bei rezidivierenden Depressionen durch einbringen der Gartentherapie in das ambulant psychiatrische Setting erhöht?

Welche Kriterien und Interventionen der Gartentherapie sind maßgeblich bei der Verbesserung der Eigenermächtigung, der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertes?

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Teil kommt es zur theoretischen Auseinandersetzung mit den Konzepten der Garten- und Psychotherapie und dem Empowerment in Hinblick auf die Forschungsfragen zu diesem Thema.

2.1 Rezidivierende Depressionen in Österreich

Zur Diagnostik aller psychischen Erkrankungen wird in Österreich der ICD10 zur Abrechnung mit den österreichischen Krankenkassen verwendet. Alternativ steht in der Psychotherapie auch das DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) auf das aber in diesem Text nicht weiter eingegangen wird, zur Verfügung, da sich die Krankenkassen nicht darauf beziehen.

Nach Dilling & Freyberger (vgl. 2014, S. 140) werden rezidivierende depressive Störungen im ICD10 unter F33 geführt und als wiederholte depressive Episoden (F32.-) gesehen. Prinzipiell spricht man von Haupt- und Zusatzsymptome, wobei die Anzahl der Symptome den Schweregrad einteilen. Damit kann eine wiederholte depressive Episode, ein Rezidiv, leicht, mittelgradig und schwer sein. Die Haupt- und Zusatzsymptome können der Tabelle 1 entnommen werden.

Depressive Episode (F32)
A) Gleichzeitig während eines Zeitraumes von mindestens 2 Wochen
B) Weder eine hypomane noch eine manische Episode sind vorangegangen
1) Depressive Verstimmung
2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3) Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
4) Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles
5) Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte Schuldgefühle
6) Todeswunsch, Suizidideen
7) Verminderte Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
8) Unruhe, Hemmung, Verlangsamung
9) Schlafstörungen aller Art

	10) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit
C) Halluzinationen oder Wahn fehlen	
D) Die Episode wurde nicht durch Missbrauch von psychotropen Substanzen ausgelöst oder ist auf eine organische psychische Störung zurück zuführen.	

Tabelle 1: Merkmale einer depressiven Episode. (Quelle: vgl. Dilling & Freyberger, 2014, S. 140; vgl. Hautzinger, 1998)

Rezeptive gehen in Wellen und dauern von 2 Wochen bis mehreren Monaten. Nach einem Rezidiv erfolgt eine Phase der Beschwerdefreiheit, wobei die Menschen als klinisch gesund gesehen werden. Wenn von einer rezidivierenden Depression gesprochen werden soll, muss dem ICD10 zufolge ein Mindestabstand zwischen den Episoden von 2 Monaten sein, ansonsten wird dieser neuerliche Ausbruch zur ersten Episode gezählt und ist keine rezidivierende Depression. Dies ist in der Abbildung 1 gut zu erkennen.

In der Anamnese finden sich dabei keine Episoden von gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb, da dies eine Manie wäre. Die erste Episode kann bereits in der Kindheit diagnostiziert werden. Depressionen, treten bis ins hohe Senium auf und entwickeln sich meist schleichend. (vgl. Paulitsch, 2009, S. 136pp; vgl. Brakemeier, Schramm & Hautzinger, 2012, S. 6p).

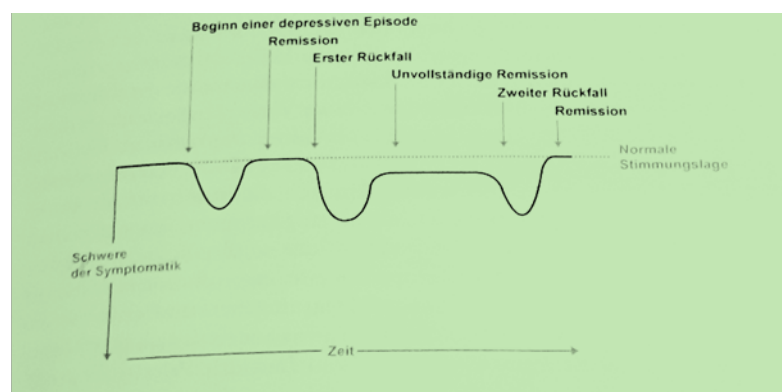


Abbildung 1: Möglicher Verlauf einer rezidivierenden (unipolaren) depressiven Störung. Quelle: (Paulitsch, 2009, S.137)

Trotz guter Evaluation von Psychotherapie konnte die Wissenschaft in den letzten Jahren erkennen, dass sobald man von rezidivierenden Depressionen spricht, die Behandlung mit Psychotherapie alleine nicht ausreichend ist (vgl. Petzold, 2014i, S.12).

Gesunde Menschen fühlen sich eigenmächtig, fühlen sich selbst-wert und denken, fühlen und handeln selbstwirksam. Diese relevanten Positivfaktoren sind Indikatoren für seelische Gesundheit und dies weisen Menschen mit rezidivierenden Depressionen nicht auf (vgl. Nes & Segerstrom 2015, S. 168pp).

Mit den Depressionen verschlimmert sich auch die gesamte Lebenslage, Hilflosigkeit tritt ein und Stresserfahrungen steigen. Hirnphysiologische Prozesse, welche den Verlust des Hippocampus begünstigen und das dysfunktionale Lernen fördern, verschlechtern unbehandelt die Situation des Menschen. Durch die Überaktivität der funktionalen Ebene und die Unterfunktion des limbischen Systems entsteht eine Dysfunktion im Gehirn auf allen Ebenen. Dabei erkrankt der Mensch nicht nur an Depressionen, sondern auch an anderen Krankheiten wie, Diabetes, Übergewicht und weiteren multimorbiden Störungen, welche immer mit einer Reduktion des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit einhergehen. Da Depressionen wie gesagt kaum behandelt wurden, bzw. nicht ausreichend versorgt worden sind, ist wahrscheinlich, dass ein weiteres Rezidiv die Folge ist (vgl. Petzold, 2014i, S. 13pp). Die Europäische Kommission (vgl. 2014, S.22) nennt in der Maßnahme gegen Depressionen den Verlust von Menschenleben, die erhöhten Risiken körperlicher Gesundheitsprobleme und die damit verbundenen erhöhten Gesamtkosten für die Volkswirtschaft wegen des Entfalls an Arbeitsproduktivität sowie die finanzielle Not der Menschen aber auch die Erwerbsunfähigkeit sowie den Vorruhestand als soziale und wirtschaftliche Folgen dieser Erkrankungen.

Knümann (vgl. 2019, S. 56) beruft sich auf den amerikanischen Journalist Richard Louv (2012; 2016), der Depressionen als eine neue Störung nämlich, als ein Natur-Defizit-Syndrom bezeichnet.

2.2 Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert

Dieses Kapitel setzt sich mit den Konzepten Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert auseinander. Es werden Definitionen behandelt, welche in Bezug mit einer Depressionsbehandlung im ambulant psychiatrischen Setting stehen.

2.2.1 Empowerment

Zunächst ist das Wort Power aus dem englischen stammend und steht für Gewalt, Macht, aber auch für Stärke, Kraft, Kompetenz, Alltagsvermögen und Energie (vgl. Pilz, Brock & Thiemann, 2014 S. 9).

Der Begriff Empowerment bedeutet Selbstbefähigung bzw. Selbstermächtigung und hat der Literatur zu Folge unterschiedliche Wurzeln. So ist dies ein Begriff der amerikanischen Emanzipationsbewegung und der Befreiungsbewegung der Schwarzkamerikaner/innen. Dabei ging es um Veränderungsprozesse gegen Unterdrückung und Machtlosigkeit und Wiedergewinnung von Stärke und Kraft (vgl. Knuf, 2003, S.17).

Einer anderen Literatur zu Folge geht das Konzept des Empowerment auf den amerikanischen Sozialwissenschaftler Julian Rappaport (1985) zurück. Ebenso wird hier ein Prozess der Selbstbemächtigung beschrieben. Durch professionelle Unterstützung wird das Gefühl von Einflusslosigkeit überwunden, Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrgenommen um diese zu nutzen (vgl. Pilz et al., 2014 S. 9).

Das Konzept Empowerment ist in der psychiatrischen und damit auch in der psychotherapeutischen Arbeit noch kaum realisiert. Kritiker sehen es als neue Verpackung. Schlagworte wie Selbsthilfe und ressourcenorientiert zu arbeiten werden hierfür häufig gebraucht (vgl. Knuf, 2003, S.17).

Pilz et al. (vgl. 2014, S. 11) nennen Meinrad Armbruster, der sich zur Aufgabe macht die Idee des Empowerment auch in den psychosozialen Kontext zu integrieren. Seiner Ansicht nach ist dieses Konzept ein handlungstheoretisches, positiv-normativ und auf alle Lebensbereiche zu übertragendes, in die Grundbedürfnisse wie Selbstverwirklichung und Kooperation zusammenspielen. Angesetzt wird beim

Individuum indem persönliche Ressourcen durch andere Menschen verstärkt und gefördert werden, die bereits empowerd worden sind. Dadurch werden persönliche Einstellungen, Denkweisen und Fähigkeiten aktiviert und bekräftigt, Haltungen und Handlungsbereitschaften gefördert und darüber hinaus im selbstbestimmten Tun ermutigt. Diese Veränderung der Person wirkt schlussendlich auch in ihren Lebenskontext hinein und führt zur psychischen Gesundheit.

Im psychiatrischen Bereich wird der Begriff hierfür verwendet, um die Einflussnahme auf das eigene Leben zurückzugewinnen und die psychische Erkrankung zu bewältigen. Die Wissenschaft hat erkannt, dass Patienten/innen, welche bei der Behandlung mitwirken schneller gesundwerden und so auch nachhaltigere Behandlungserfolge erzielen.

Damit ist das Konzept des Empowerment ein Konzept der Selbsthilfe. In Europa gibt es eine Unzahl an Selbsthilfeorganisationen, welche auch Erkrankungen wie Depressionen abdecken. Selbsthilfe ist ein wesentlicher Faktor für Erfolg in diesem Konzept und die Abwesenheit von Fachpersonal wird der Literatur zur Folge ebenso als Erfolgsfaktor beschrieben. Nicht die Menge an Methoden lassen die sogenannte Selbstbefähigung forcieren, vielmehr die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbsthilfemöglichkeit. Das bedeutet, dass professionelle Hilfe lediglich unterstützen, begleiten und fördern kann. Damit ist es eine Leistung des Erkrankten. Unterschieden wird vom Empowerment des Betroffenen von dem der Fachkraft. In der professionellen Arbeit und der Nutzung des Konzepts sind das Bewusst werden, erhalten, kontrollieren und das Erweitern von ungenutzten oder auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen ohne Vorgaben des/der Experten/in wesentliche Kriterien (vgl. Knuf, 2003, S. 17p).

Das bedeutet, dass Gestaltungsspielräume geschaffen werden müssen, damit Ressourcen bewusst wahrgenommen und gelebt werden können. Die Folge daraus ist, sich selbstwirksam zu fühlen, und dies stärkt wiederum den Selbstwert (vgl. Pilz et al., 2014 S. 9).

Damit wird erkennbar, dass Menschen welche ihr Potenzial, also ihre Ressourcen wahrnehmen, kennen, fühlen und erleben, dass diese daraus als Folge sich als

selbstwirksam betrachten. Dies erfordert die Differenzierung des Konzepts und führt zur nächsten Definition.

2.2.2 Selbstwirksamkeit

Dieses Konzept ist ein Teil der sozialen Lerntheorie und geht auf Albert Bandura (1997) zurück. Die Selbstwirksamkeit (self-efficacy) ist die individuelle unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeit beeinflusst ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung auf vielerlei Weise. Prinzipiell denkt der Mensch, dass wenn ein Projekt nicht erfolgversprechend scheint, dieser es auch nicht in die Tat umsetzen würde. Aufgaben werden nicht in Angriff genommen, wenn wir uns den Anforderungen der Mensch nicht gewachsen fühlen. Selbst wenn die eigenen Fähigkeiten bekannt sind und der Wunsch groß genug, wenden wir uns diesen Aufgaben nicht zu. Selbstwirksamkeit als Gefühl für das eigene Können wird vom Gefühl des Selbstvertrauens unterschieden. Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten ist eine spezifische Bewertung und eine Summe aus komplexem Wissen und Bewertungen, die Menschen über sich selbst haben. Darüber hinaus wird die Selbstwirksamkeitsleistung auch von weiteren Faktoren wie der Beobachtung von Leistungen anderer, der Überzeugungen die wir von anderen übernommen haben oder von uns selbst, sowie vom emotionalen Zustand beim Herangehen an eine Aufgabe gebildet (vgl. Zimbardo, 2003, S. 543).

Zimbardo (vgl. S.544) führt weiter aus, dass Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit auch die Bedeutung der Umwelt einbezieht, welche genauso über Erfolge und Misserfolge entscheidet. Damit beeinflusst die Umwelt mit, ob der Mensch etwas schafft oder aufgibt. Das bedeutet, dass in Hinblick auf das Gelingen eines Unternehmens nicht nur das eigene Denken und die eigene Wahrnehmung der Fähigkeiten entscheidend sind, sondern ebenso die ergebnisorientierte Erwartung und Wahrnehmung der Umwelt einbezieht. Das bedeutet für die Auswirkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen neben Aktivitäten, Aufgaben, Situationen, dass der Erfolg ganz besonders von der Auswahl der/der Lehrer/innen, Psychotherapeuten/innen oder Gartentherapeuten/innen abhängig ist.

Schwarzer & Jerusalem (vgl. 2002, S. 42) nennen vier Quellen wie den Erwerb von Kompetenzerwartungen und Handlungsergebnissen, welche sich durch eigenen Erfolg und Misserfolg zeigen, stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen, sprachliche Überzeugungen und das Wahrnehmen von eigenen Gefühlserregungen. Geringe Autonomie und Selbstbestimmung sind Indikatoren der Volkserkrankung Depression. Die Autoren weisen hin, dass Studien belegen würden, dass Patienten/innen mit Angst oder Depressionen ihre Kompetenzerwartung weniger hoch einschätzen als gesunde Menschen, gehen aber auf diese nicht näher.

2.2.3 Selbstwert

Unter Selbstwert versteht die Psychologie die Bewertung über sich selbst und dies wird auch als Selbstwertgefühl, Selbstwertschätzung, Selbstachtung verstanden. Der Psychotherapeut Nathaniel Branden nennt sechs Säulen des Selbstwertgefühls als Basis: Bewusstes Leben, Selbstannahme, eigenverantwortliches Leben, selbstsicheres Behaupten der eigenen Person, zielgerichtetes Leben und die persönliche Integrität. Im integrativen Verständnis wird vom Begriff der Souveränität (vgl. Petzold & Orth, 2014, S. 2pp; Petzold, 2014h; Petzold, 2015) als Selbstwert gesprochen. Dabei ist ein souveräner Mensch, eine Person, die die eigene Selbstwirksamkeit einschätzen kann und diese auch einsetzt. Dieser Mensch konnte seine persönliche Geschichte und Biografien, reflektieren und hat Verständnis für sein biografisches Geworden sein, hat diese angenommen und kann in der Gegenwart, die Möglichkeiten und Grenzen einschätzen. Die Person ist in der Lage, seine persönlichen Aufgaben zu bewältigen. Ein erlebter innerer Standort, der leiblich spürbar ist, wird erkannt. In der Literatur wird auch von einem inneren Ort der Souveränität gesprochen aus dem ein besonnenes und kreatives Handeln in den zwischenmenschlichen Beziehungen und im beruflichen Alltag möglich ist. Der Selbstwert wird durch Interiorisierung von significant caring others gewonnen.

2.3 Psychotherapie, ein ambulant psychiatrisches Setting

Gemäß dem Österreichischer Psychotherapeuten Verband (vgl. Österreichischer Psychotherapeuten Verband [ÖBVP], 2019) ist Psychotherapie ein wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren. Diese Wissenschaft geht davon aus, dass Körper und Seele eine Einheit sind. Krankheiten, Symptome oder Leidenszustände sind demnach entweder Ursache oder Ausdruck von seelischem Ungleichgewicht. Bei der Ausübung spielt die persönliche Eignung eine zentrale Rolle. Bei diversen Themen und Problemen der Patienten/innen werden verschiedene psychotherapeutische Interventionsmethoden und Techniken zur Krankenbehandlung eingesetzt. Die Ausübung von Psychotherapie ist seit 1991 gesetzlich geregelt (vgl. Psychotherapiegesetz, BGBl 1990/361, inkl. Änderungen, 2019). Psychotherapie findet in der Beziehung zwischen dem/der Psychotherapeuten/in und dem/der Patienten/in statt. Der Begriff Psychotherapie stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet ursprünglich, den ganzen Menschen, das heißt seine Seele, sein Gemüt, seinen Verstand, seine Lebenskraft, zu unterstützen, zu heilen, zu pflegen und auszubilden. Der Ablauf einer Psychotherapie ist nicht festgelegt. Wie sie verläuft, hängt von der jeweiligen Persönlichkeit und vom Miteinander des/der Psychotherapeuten/in und der Depressiven ab. Der/Die Psychotherapeuten/in geben die Lösung eines Problems nicht vor. Mit Wissen über seelische Störungen begleitet der/die Psychotherapeuten/in die Depressiven bei der Entwicklung und bei der Suche einer passenden Problemlösung und Veränderung. Über das Verstanden werden in einer vertrauensvollen Beziehung können die Depressiven sich selbst verstehen und sich helfen lernen, sich selbst anzunehmen. Das konkrete Ziel einer Psychotherapie ist daher auch nicht vorgegeben, sondern wird zu Beginn der Behandlung zwischen dem/der Psychotherapeuten/in und dem/der Patienten/in besprochen. Im Laufe der Psychotherapie kann sich dieses Ziel wieder verändern.

2.3.1 Finanzierung der Psychotherapie von Krankenversicherungsträgern

Psychotherapie ist prinzipiell freiwillig. Gem. dem Verein für ambulante Psychotherapie (vgl. Verein für ambulante Psychotherapie [VAP], 2019) können die Kosten für Psychotherapie einerseits frei finanziert aus eigener Kasse der Depressiven oder

andererseits als Teil bzw. zur Gänze nach Antragsbewilligung, von den Gebietskrankenkassen getragen werden.

2.3.2 Setting

Der Verein für ambulante Psychotherapie (vgl. VAP, 2019) nennt Möglichkeiten des Settings wie Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paartherapie oder Familientherapie, welche meist in Räumen stattfinden.

Der Ort des Geschehens ist prinzipiell frei wählbar und kann als zielgruppenorientiert betrachtet werden. Möglich ist die psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis, in einer Einrichtung, in Beratungsstellen, Ambulatorien, Ambulanzen und psychosozialen Dienststellen.

Wohlfühlen ist in erster Linie ein Entscheidungsfaktor für die Wahl der Arbeitsform. Der Vorteil des Gruppensettings im Gegensatz zum Einzelsettings sind die Rückmeldungen der anderen Gruppenmitglieder und nicht nur vom/von dem/der Psychotherapeuten/in. Einzel- und Gruppentherapien finden wöchentlich oder vierzehntägig und laufen über ein Jahr. In vielen Therapiegruppen ist ein Einstieg jederzeit möglich, in anderen nur wenn ein Gruppenmitglied ausscheidet. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, an mehrtägigen Gruppen teilzunehmen. Zur Umgebung sind keine Kriterien vorgeben, ausgenommen in der Integrativen Therapie, diese nennt in der Grundregel, einen konvivialen Raum als sinnvoll. (vgl. Petzold, 2000a, S. 1p).

2.3.3 Methoden/ Interventionen

Der ÖBVP (vgl. ÖBVP, 2019) zählt aktuell 23 verschiedene anerkannte psychotherapeutische Methoden. Es gibt vier Grobeinteilungen welche tiefenpsychologisch-psychodynamisch, humanistisch, systemisch und verhaltenstherapeutisch sind. Unterschiede sind hauptsächlich in der Betrachtung des Menschenbildes und in der Entstehung psychischer Störungen der jeweiligen Methode zu sehen. Diese Methoden wurden vom Psychotherapiebeirat im Gesundheitsministerium unter anderem auf ihre wissenschaftliche Fundierung hin überprüft. Sie sind umfassend, theoretisch begründet und wissenschaftlich mit

Theorien untermauert. Im Zentrum stehen aber in allen Psychotherapieschulen das Gespräch und der Austausch mit dem/r Psychotherapeuten/in. Je nach psychotherapeutischer Methode kann der verbale Austausch durch Übungen ergänzt werden.

In der Integrativen Therapie werden mittels kreativen Mitteln (z. B. Malen, Darstellen, Tanz, Bewegung, etc.) oder über das eigenleibliche Erleben innere Konflikte bewusstgemacht und können so verändert werden. Zur physischen wie auch psychischen Genesung sind daher auch im Kontext der Psychotherapie das Einbeziehen von Natur und Garten vorstellbar. Anreize werden durch Hinausgehen, dem Nachgehen einer Aufgabe zur Aktivierung und Bewegung für rezidivierenden Depressionen genannt (vgl. Flade, 2010, S.8p).

Der Verein für ambulante Psychotherapie (vgl. VAP, 2019) nennt die therapeutische Beziehung als einen wesentlichen Faktor in diesem Prozess. Denn um Gefühle zu zeigen und diese auszudrücken wird Mut zur Überwindung von Scheu gefordert. Die therapeutische Beziehung wird durch Sympathie und Vertrauen generiert und wird ebenso als therapeutischer Methode gesehen.

2.4 Gartentherapie

Petzold (vgl. 2017, S.1) deutet an, dass das Potenzial der Natur bereits in der Antike erkannt wurde und das Wissen der asklepiadischen Medizin und Therapeutik bereits damals genutzt wurde. Die Kräfte der Natur helfen nicht nur dem Körper, sondern auch der Psyche. Allerdings fand die Gartentherapie erst im 19. Jahrhundert Einzug in die Psychiatrien. Als erster amerikanischer Psychiater schrieb Dr. Benjamin Rush (1745 - 1813) über die Wirkung und den Nutzen von gärtnerischer Aktivität, wie z. B. der Feldarbeit (vgl. Schneiter-Ulmann, 2010, S. 26). Etwa zur gleichen Zeit in Europa verfasste Johannes Christian Reil die Rhapsodien und schrieb in diesen: „*Anfangs beschäftigt (sic) man bloß den Körper, nachher auch die Seele*“ (Enzenhofer, 2013, S. 27 zitiert nach Reil, 1986).

Um diese Kräfte zu nutzen und das Potenzial zu aktivieren sind Definitionen zum Verständnis hilfreich. In der Praxis ist die Gartentherapie vom Blickwinkel des/der Professionisten/in der verschiedenen möglichen Berufssparte abhängig und daher gibt

es unzählige Definitionen. Wenn auch die Herangehensweisen durch Berufssparten wie Psychotherapie, Ergotherapie, Gärtnerei, etc. geprägt sind, steht im Mittelpunkt der Gartentherapie der geplante und zielgerichtete Prozess der Teilnehmer/innen, mit konkreten Bedürfnissen oder auch diagnostizierten Therapie- oder Rehabilitationsbedürfnissen (vgl. Haubenhof, 2019, S. 160).

2.4.1 Definitionen der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Kontext der Psychotherapie

„Gartentherapie ist ein teilnehmerzentrierter Prozess, bei dem ausgebildete Experten/innen individuelle Ziele definieren und überprüfen und garten- oder pflanzenbezogene Aktivitäten und als therapeutische Mittel planen und einsetzen, um gesundheitsrelevante Aspekte der Teilnehmenden zu fördern“ (Enzenhofer, 2013, S.19).

Gartentherapie wird aber auch als Programm mit standardisierter Planungsgrundlage der Aktivitäten verstanden. Wobei der gesamte Gartentherapieprozess fünf Schritte beinhaltet (vgl. Enzenhofer, 2013, S. 17).

- Gartentherapeutisches Assessment
- Definition von gartentherapeutischen Zielen
- Planung des gartentherapeutischen Prozesses
- Durchführung des gartentherapeutischen Prozesses
- Evaluierung und Dokumentation.

Die Integrative Therapie ein Verfahren der Psychotherapie sieht die Gartentherapie als eine kreative Methode und nennt sie Integrative Gartentherapie (vgl. Neuberger, 2011, S. 10; Petzold, 2019 et al., S. 45p).

Konrad Neuberger (vgl. 2011, S. 4) verweist in der Zeitschrift der Integrativen Therapie im Rahmen des Artikels über die Ansätze der Integrativen Gartentherapie, dass Sempik et al. (2003) die Gartentherapie auch als den Gebrauch von Pflanzen durch ausgebildete Fachleute betrachtet und verschiedene Ziele damit erreichen möchte. Sie

integriert gartentherapeutische Aktivitäten und die Möglichkeit des Naturerlebens um psychische, psychosomatische oder psychosoziale Störungen zu behandeln. Dieses Konzept beinhaltet auch salutogene Aspekte nach Aron Antonovsky (vgl. 1997, S. 1pp), welche zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und der Persönlichkeitsentwicklung dienen.

Damit ist die Gartentherapie, als methodische Herangehensweise der Integrativen Therapie zu sehen, welche Basisstrategien- und Konzepte aus dieser heranzieht (vgl. Neuberger, 2019, S. 463; Petzold et al., 2019, S. 45p). Zu verorten wäre dann die Methode Gartentherapie im Tree of Science dieser psychotherapeutischen Schule. Dieser Baum des Wissens weist in der Baumkrone die Ebenen der Metatheorien, darunter die Ebene der realexplikativen Theorien auf. In der dritten von vier Ebenen findet sich die Praxeologie, welche auch das Methodenuniversum ist und schließt als unterstes mit der Ebene der konkreten Praxis ab (vgl. Petzold, 2003a, S. 1pp).

2.4.2 Die Praxeologie der Gartentherapie

Haubenhofer (vgl. 2019, S. 160) nennt als Mittelpunkt des Prozesses, die sogenannten Teilnehmer/innen welche im Rahmen dessen mit drei Ebenen in Verbindung treten.

Diese Ebenen sind:

- Die Sozialebene
- die Medienebene und
- die Wirkebene.

Alle Ebenen sind Elemente der Gartentherapie wobei der Garten alle Ebenen umschließt und Therapieraum und gleichzeitig Therapiemedium ist. Der Prozess läuft im Vordergrund des Gartens ab. Damit wird die Gartentherapie in ihrer Gesamtheit in der Abbildung 2 sichtbar.



Abbildung 2: Die Ebenen der Gartentherapie. (Quelle: Enzenhofer, 2013, S. 19)

Gartentherapie erfordert genauso wie andere Therapie einen Rahmen oder auch Kriterien um Sicherheit, Stabilität und Zuversicht vermitteln. Im nächsten Kapitel erfolgt die Auseinandersetzung mit den Kriterien der Gartentherapie.

2.5 Kriterien der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting

Haubenhofer (vgl. 2019, S. 160) nennt folgende Faktoren als Kriterien der Gartentherapie, welche in die drei zuvor genannten Ebenen der Praxeologie eingebettet werden können.

- Teilnehmer/innen
- Experten/innen
- Ort/Setting
- Gartentherapeutische Aktivitäten und Interventionen mit dem Medium Garten
- Ziele
- Wirkebene

2.5.1 Soziale Ebene

Die Sozialebene umfasst das Betreuungspersonal, die Angehörigen und die Teilnehmer/innen.

2.5.1.1 Teilnehmer/innen

Durch die Bezeichnung Teilnehmer/innen wird das interdisziplinäre Feld der Gartentherapie prinzipiell sehr allgemein und weit gehalten. So können Menschen allen Alters und Geschlecht im Rahmen von Gartentherapie teilnehmen. In dieser Arbeit werden aber Depressive mit mehr als einer Episode einer Depression unter die Lupe genommen, die an Gartentherapie teilnehmen und daher sind diese Patienten/innen.

Petzold (vgl. 2014i, S. 1) weist auf das Menschenbild der Integrativen Therapie hin, in dem die Patienten/innen als komplexes Wesen gesehen werden und eine Multidimensionalität aufweisen. Sie brauchen daher einer Multiperspektivität der Betrachtung und damit eine multimodale Behandlung. Die Integrative Gartentherapie bedient sich daher der aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse, der Lernkapazität und Neuroplastizität des Gehirns.

2.5.1.2 Experten/innen

Bewusst oder unbewusst weist jedes Therapiekonzept ein Menschenbild auf. Das Menschenbild der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Kontext kann ebenso, wie bei Patienten/innen aus der Integrativen Therapie bezogen werden. Es wird im Sinne der anthropologischen Grundformel betrachtet und lautet: *„Der Mensch als Mann und Frau ist Leibsubjekt, d. h. Körper-Seele-Geist-Wesen in einer sozialen und ökologischen Lebenswelt“* (Petzold et al., 2019, S. 38). Das eingebettete Leibsubjekt (embedded) verkörpert (embodied) die Welt und ist eine zentrale Perspektive.

Jedoch können in der Integrativen Therapie nicht nur humantherapeutische und psychotherapeutische Dimensionen gelebt werden, sondern auch naturtherapeutische Aspekte. Da jedoch in der Gartentherapie der Prozess des/der Patienten/in im Mittelpunkt steht und nicht des/der Gartentherapeuten/in erweitert die Integrative Gartentherapie die Haltung um landschaftsästhetische Erfahrungen und aber auch um zwischenleibliche Wärme und Zuwendung von Tieren. Es ist ein polyzentrisches Geflecht aus Empathie des/der Therapeut/in zum/zur Depressiven aber auch umgekehrt zum/zur Therapeuten/in zurück. Das heißt, dass auch im Garten das Prinzip der prinzipiellen Wechselseitigkeit um die Dimension der Zwischenleiblichkeit

wie auch die Rückkopplung der Natur und aller Beteiligten gelebt bzw. zur Anwendung kommen. Auch wenn Natur die Menschen nicht imitieren kann, werden die Depressiven mit allen Sinnen angesprochen und dies löst sogenannte Resonanzen aus. Daher wird im psychotherapeutischen Kontext auch von Naturempathie gesprochen (vgl. Petzold et al., 2019, S. 39).

2.5.2 Die Ebene der Medien

Die Medienebene beschreibt Mittel, Methoden und definiert Ziele und impliziert auch den Ort des Geschehens damit.

2.5.2.1 Ort/ Setting

Die Planung des Therapiegartens kann anhand des Konzeptes Maßnahmen - Struktur - Ziel von Andreas Niepl vorgenommen werden. Dieses Modell hat sich bewährt um einen geeigneten Therapiegarten auch für Depressive zu realisieren.

Da der Therapiegarten vom Therapieziel und von der Zielgruppe abhängig ist, dass Sozialverhalten der Depressiven eingeschränkt ist, muss dieser Garten zur Stärkung von sozialen Interaktionen Raum bieten. Dieser Garten soll Sitzgelegenheiten anbieten und die Möglichkeit für Spaziergänge. Es muss reichlich Platz für Bewegung, zum Verweilen und für sensorische Übungen sein.

Ziele und Interventionen geben die Strukturen des Gartens vor und damit auch das Setting des Therapiegartens. Neben der Gehweglänge oder den Abständen von Sitzgelegenheiten muss überlegt werden welche Pflanzen verwendet werden sollen und wie häufig der Garten genutzt werden kann. Überlegungen zum Platzangebot sind vor der Umsetzung anzustellen. Unterschiedliche Angebote, wie Gruppenarbeiten aber auch Einzelarbeiten in Gruppen brauchen ausreichend Platz und sind einzuplanen (vgl. Enzenhofer 2013, S. 20).

5.2.2.2 Gartentherapeutische Aktivitäten und Interventionen

Hilarion Petzold (vgl. 2011h, S. 368) teilt in seinen Grünen Texten, die Gartentherapie in eine rezeptive und in eine aktiv-produktive Gartentherapie ein. Rezeptiv meint, das Wohlfühlen, Besuchen, Aufhalten und Genießen von Gärten und Parks. Aktiv-produktive Gartentherapie dagegen ist das Bearbeiten und Gestalten unter gartentherapeutischer Leitung. Allerdings konnte nachgewiesen werden, dass bereits das Verweilen in der Natur sich auf die Gesundheit auswirkt und das Wohlbefinden steigert. Arvay (vgl. 2017, S. 17) schreibt, dass Wilson mit seiner Biophilia-Hypothese dies nachweisen konnte. So ist bereits jeder Kontakt mit der Natur ein Gewinn für Menschen.

Neuberger (vgl. 2011, S. 9; Petzold, 1993a/2003a) schreibt, dass im psychotherapeutischen Kontext der Gartentherapie, also der Integrativen Gartentherapie als Methode der epistemologische Ansatz einen wichtigen Platz in Hinblick auf die Verwendung von Interventionen einnimmt. Er bezieht sich auf die hermeneutische Spirale der Integrativen Therapie, wobei der Erkenntnisprozess vom Wahrnehmen zum Erfassen und Erkennen, zum Verstehen, Erklären und bis zum Handeln reicht und ebenso auch in der Gartentherapie einen Platz einnimmt. Er schreibt weiter, dass Pflanzen, Tiere und die Menschen durch diese besondere Methode, des Blickes auf den Garten im Außen durch das Sehen, sondern auch im Inneren durch Empfindungen, Emotionen, Gefühle und im Bewusstsein lebendig wird.

Durch die Betrachtung des Menschen als bio-psycho-sozial-ökologisches Wesen mit dem Blick auf Fähigkeiten und Defizite und auf Ressourcen werden bereits beim Erstgespräch in der Anamnese Fragen gestellt, welche für die Wahl der Interventionen in der Gartentherapie relevant werden. Neuberger (2011, S. 9pp) zählt Fragen, wie z. B. *„Was ist gesund und funktionsfähig und muss erhalten werden?“* auf. Als Behandlungsstrategie wäre hier die präventive Strategie zu nennen. Er bezieht sich auf Petzold (2003a) und nennt darüber hinaus konservierendes, reparatives und substitutives Coping und ausgleichende Stärkung durch rechtliche und politische Vertretung als wesentlich. Diese Strategie, mit dem Hintergrund einer sogenannten Folie sind quasi Handlungsanweisungen für gartentherapeutische Maßnahmen. In der Integrativen Gartentherapie kommt in erster Linie der 3. Weg der Heilung und Förderung, der Erlebnisaktivierung zur Entfaltung der Persönlichkeit zur Anwendung.

Allerdings sind auch die übrigen Aspekte der anderen Wege, nämlich die Bewusstseinsarbeit mit dem Ziel der Sinnfindung, der Nachsozialisation und Stärkung des Grundvertrauens und als vierter Weg der Heilung, die Solidaritätserfahrung zur Gewinnung von Metaperspektiven und Engagement zur Anwendung im Garten nicht zu vergessen. Wesentlich bei der Wahl der Interventionen ist, dass Kenntnisse darüber vorhanden sind und dass die Anwendung passend ist anstatt dass es zu einer Therapie im Garten kommt (vgl. Neuberger, 2011 S. 11).

2.5.2.3 Ziele

Ziele erfordern eine prozessuale Diagnostik, welche auf das Ziel gerichtet wird. Es führt Fokus zu Fokus in immer neuen Variationen durch den therapeutischen Prozess des/der Depressiven. Inhalte und Ziele werden in Gemeinschaft und Kooperation erarbeitet und benannt. Diese werden in Global, Grob-, Feinziele, Nahziele, Fernziele zerlegt und vereinbart und durch die Wahl der Mittel in einem informed consent gemeinschaftlich zusammengestellt (vgl. Petzold, 2014i, S. 12).

„Die Ziele bestimmen die Methoden, nicht umgekehrt“ (Petzold, 2014i, S. 11).

Sie können in den motorischen, sensorisch-perzeptiven, geistig-kognitiven, psychisch-emotional, sozialen, kulturellen, ökologischen und/oder interaktiven Bereichen liegen. Meist werden Schlagworte wie Erhaltung bzw. Förderung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens und der sozialen Interaktion genannt (vgl. Haubenhofer, 2019, S. 161).

2.5.3 Wirkebene

Obwohl das Wissen über Gartentherapie weit zurückreicht, steckt die Wissenschaft noch in den Kinderschuhen. Sie richtet sich nach den Effekten und es gibt bereits zahlreiche Nachweise zur Wirkung, welche im folgenden Kapitel erarbeitet werden.

2.5.3.1 Wirknachweise

Haubehofer, Demattio & Geber (vgl. 2012, S. 30pp) sind führende Wissenschaftler/innen der Gartentherapie und nennen gartentherapeutische Studien, welche die Wirkung bei der Behandlung von Depressionen deutlich machen und verweisen, dass diese vor allem aus Amerika, Asien und Nordeuropa stammen.

Die Wirkung von Gartentherapie bei der Behandlung von Depressionen wird durch die Evaluation von Kam und seinen Mitarbeitern eines Gartenbauprogramms bestätigt. Wahrnehmung setzt Entspannung und Ruhe voraus schreibt Haubehofer (vgl. 2013, S. 80p) und nennt die psychoevolutionäre Theorie von Roger Ulrich (1991), welche die stressreduzierenden Wirkungen auf den Ebenen der emotionalen, physiologischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen der visuellen Wahrnehmung der Natur ebenso in Bezug auf Depressionen bestätigt. So können auch Studien aus Nacadia (vgl. Dupuis, 2018; University of Copenhagen, 2019), welche ein achtwöchiges Projekt zur Behandlung von Stress bei Depressionen initiierten oder der Therapiegarten in Alnarp der Universität Malmö (vgl. ,SLU University of Alnarp, 2019), welche ebenso für die Behandlung von Depressionen bekannt sind, genannt werden. Zu nennen sind auch die Biophilia Hypothese nach Edward O. Wilson (vgl. Arvay, 2017, S. 17) und die Attention Restoration Theory nach Rachel und Stephen Kaplan sowie die Studie A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression aus 2008 von Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen und Kirkevold.

Haubehofer (vgl. 2013, S. 80p) nennt die Studie, The beneficial effects of horticultural activities on patients' community skill and motivation in a public psychiatric center von Wu, Chang, Hsu, Lin und Tsao aus 2008, welche sogar die Verbesserung der Kommunikation und die der Motivation weit über die Dauer des Programms hinaus bestätigen.

Knümann (vgl. 2019, S. 46) weist darüber hinaus auf die Evaluation von Clatworthy, Hinds und Camic (2013) aus den Jahren 2004-2011 hin. Diese zeigen innerhalb dieser zehn Veröffentlichungen den Nutzen und die positive Auswirkung, sowie reduzierte Symptome durch Gartenarbeit als psychotherapeutische Intervention bei Depressionen und Ängsten. Sie bezieht sich aber auch auf Recherchen von Kamioka, Tsutani, Yamada, Park, Okuizumi, Honda, Okada, Park, Kitayuguchi, Abe, Handa und

Mutoh (2014), die tatsächlich nur vier Studien mit den Kriterien von RCT-Studien erfassten, welche u. a. bei schweren Depressionen wirken würden.

Haubehofer (vgl. 2019, S. 167) hebt in diesem Zusammenhang noch die Bewegungstheorien u. a. nach Pretty (2004); Waibl (2013), Petzold (2009) und andere hervor, die moderate Bewegung in der Natur neben Angstzuständen, Unruhe auch Depressionen reduzieren soll und sich dadurch negative Gemütszustände verringern würden und positive Stimmungen verstärken.

2.5.3.2 Effekte

Gartentherapie, setzt prinzipiell auf zwei Perspektiven in der Arbeit mit Depressionserkrankten. Entweder wird bei den Schwierigkeiten oder bei den Kompetenzen und Fähigkeiten angesetzt (vgl. Haubehofer, 2013, S. 118).

Die Gartentherapie bedient sich des Occupational Performance Model (OPMA) von Chapparo und Ranka einem ergotherapeutischen Manual zur Klassifizierung von Handlungskompetenzen. Aus dem wurden fünf Komponenten festgelegt und folgende gartentherapeutischen Bereiche für Interventionen abgeleitet, um entsprechende Effekte zu erzielen (vgl. Kellner, 2010, Seite 143; vgl. Putz 2010). Im folgenden Kapitel erfolgt daher eine Auseinandersetzung mit den Interventionen auf der Grundlage der fünf Komponenten in Bezug auf das Thema dieser Arbeit.

2.6 Entwicklung von Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert durch Gartentherapie

„Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg in den Garten“ vermerkt Gabriele Kellner (2010, S.143). Sandra Knümann (vgl. 2019, S. 149) meint, dass Natur- und Gartentherapie viele Möglichkeiten bieten würde, durch diese die Selbstwirksamkeit steigt und damit auch der Selbstwert. D.h. Gartenarbeit ist bereits eine Arbeit mit therapeutischem Zweck. Petzold et al. (vgl. 2019, S. 36) teilen im Gegensatz zum OPMA gartentherapeutische Bereiche gemäß den aktuellen Entwicklungen in eine rezeptive und in eine aktive Gartenarbeit ein.

Ein Merkmal von Menschen mit rezidivierenden Depressionen ist, dass sie sich nur mehr teilweise oder überhaupt nicht dem Arbeitsprozess hingeben. Dies ist auch ein Indiz für schwere Krankheiten in einem Gesundheits- und Arbeitssystem. Sie sind meistens nur teilweise arbeitsfähig, auch wenn gerade diese Klientel, von Arbeit in der Rehabilitation profitieren würden. Damit begegnet man unweigerlich einem Zwang, Aggressionen und einem Widerstand. Allerdings wurde festgestellt, dass körperliche Arbeit Aggressionen reduzieren würden. Die Arbeitsfähigkeit ist ein Moment in dem sich Menschen geistig, physisch und psychisch ausdrücken können.

Gartentherapie stellt damit für Depressive eine gute Möglichkeit dar, sich zu bewegen, Tätigkeiten auszuführen, sich auszudrücken sowie die Kontakt- und Beziehungsarmut zu beenden (vgl. Neuberger, 2010, S. 91).

In der Untersuchung von Michael Brater Rehabilitation von psychisch kranken durch Arbeit (vgl. 1988, S.39) wird der Aspekt des Lernens betont. Dabei wird beschrieben, dass Arbeiten nur durch Arbeiten gelernt wird und dass damit auch Fördern durch Fordern verbunden ist. Brater (1988, S. 41), schreibt weiter, dass „*Arbeitssituationen zugleich mögliche Lernsituationen für die Kräfte und Fähigkeiten, die in ihnen gefordert werden*“ sind.

Damit ist bereits bekannt, dass Depressive sich in der Gartenarbeit sinnvoll selbsterleben können und so auch Teil eines sozialen Geschehens sind. Daher wird Gartenarbeit bereits seit dem Altertum in Kliniken therapeutisch eingesetzt (vgl. Neuberger, 2010, S. 93).

Petzold et al. (2019, S. 36) heben hervor „*Psychotherapie alleine greift zu kurz*“ und bestätigen damit, dass die Ökopsychosomatik und die ökologische Neurowissenschaft als neues Paradigma zu sehen sind.

Die Zusammenstellung im Rahmen des theorieleitenden und indikationsspezifischen Programmes, einem „...*Bündel von Maßnahmen... bundling*...“ (Petzold et al., 2019, S. 36) wird dieses diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt. Petzold et al. (2019, S. 36) heben hervor, dass dies auch bei der Behandlung von rezidivierenden Depressionen greift.

Die Basis ist der biopsychosoziale Ansatz der um die Komponente der Ökologie erweitert wurde, denn Gesundheit und Krankheit sind auch im Defizit der Natur bzw.

eines Gartens zu finden und Ursache für Krankheiten. Sofern ein gutes bundling auf dem Hintergrund aktueller klinisch-theoretischen Wissens und einem modernen neurobiologischen und neuropsychiatrischen Kenntnisstand etabliert werden kann, ist die Gartentherapie psychotherapeutisch genutzt bei der Behandlung von rezidivierenden Depressionen Erfolg versprechend (vgl. Petzold, 2014i, S. 12).

2.6.1 Entwicklung von sozialen Kompetenzen durch Gartentherapie

Dabei wird zunächst auf die Gesprächstherapeutische Praxis gesetzt. Der Blick in den Garten oder auf die Pflanzen fördert das sehen des positiven Umfelds und erleichtert die gemeinsamen Tätigkeit. Neuberger (vgl. 2011, S. 15) erklärt, dass das gemeinsame Tätig-Sein bereits Kommunikation ist, da jeweils die Haltung, Mimik, Gestik, Haptik des Anderen wahrgenommen werden kann und dies einen nonverbalen Austausch darstellt.

Auf der interpersonalen Ebene des OPMA wird auf die verbesserte Kommunikations- und Kontaktfähigkeit mittels aktiver Gartenarbeit gesetzt. Depressive ziehen sich normalerweise zurück. Dadurch entstehen in der Regel soziale Probleme. Die Gartengruppe einer Psychiatrie lässt dies jedoch nur bedingt zu und stärkt den Gemeinschaftssinn von Menschen mit rezidivierenden Depressionen (vgl. Kellner, 2010, S.148p). Haubenhofer et.al (vgl. 2012, S. 30pp) verweisen auf Studien von Wu, Gonzales und Kam samt Mitarbeitern, welche bei Depressiven im psychiatrischen Kontext erhoben wurden. Erhoben wurde, dass Gartentherapie den Widerstand etwas zu tun reduziert und damit mehr Motivation zugelassen werden kann. Dies ermöglicht ein Durchhalten und eine Verbesserung der Kommunikation in der Gruppe und zwar nachhaltig. Anhaltende positive Effekte im Miteinander und in der Gestaltung von Beziehungen konnten ebenso nachgewiesen werden, wobei sich dies auf die Selbstwirksamkeit auswirkt und den Selbstwert stärkt.

In besonderen schwierigen Situationen wird auf die Kooperation des Hilffsystems der Triade gesetzt. Autoritätskonflikte oder Verständigungsprobleme werden laut Neuberger (vgl. 2011, S. 17) gemeinsam mit den Bezugstherapeuten gelöst. In dem Gespräch werden Themen mit hohem Konfliktpotenzial mittels zirkulären Fragen besprochen, es werden Pausen im Garten gemacht oder eine Pflanze als Symbol für

das Unaussprechliche gesucht. Bei der Arbeit im Garten können auch klärende Aufgaben vergeben werden, wie das Aussieben oder das Rächen des Laubes.

Petzold (vgl. 2014i, S. 23) nennt weitere netzwerktherapeutische Maßnahmen mit unterschiedlichen sozialen Schwerpunkten, welche ein Teil des bundling bei rezidivierenden Depressionen sein sollten.

- Ermutigung sich ein Haustier anzuschaffen zur Stärkung des Familiennetzwerkes
- Relativierung, Aufbau und Pflege eines amikalen Netzwerkes mit Erzählkultur und einer wechselseitigen Empathie, ein Netzwerkenrichtment
- Aufbau von kollegialen Netzwerken in Um- und Wiedereinstiegsmaßnahmen, ein Netzwerkenlargment
- Aufbau eines sportiven oder erwachsenbildnerischen Netzwerkes, Netzwerkempowerment
- Veränderung des sozio-kommunikativen Stils, durch Training von Kompetenzen und Performanz

Neuberger (vgl. 2010, S. 92) erwähnt Gartenarbeit hätte individuelle und gesellschaftliche Aspekte inne und neben einem sozialen Kontaktfeld, Arbeit für andere, Orientierung, Perspektiven der finanziellen Selbstständigkeit auch Raum für Selbstbehauptung. Sich bei der gelingenden Arbeitsaufteilung auszutauschen ermöglicht eine Eigenermächtigung zu erleben. Er führt weiter an, dass Selbstbehauptung eine Säule der menschlichen Identität sei.

2.6.2 Entwicklung der Achtsamkeit und der Sinneswahrnehmungen durch Gartentherapie

Kellner (vgl. 2010, S. 145pp) schreibt das bei Patienten/innen mit rezidivierenden Depressionen die Kommunikation zwischen Reizen und dem körperlichen Ausdruck gestört ist. Es zeigen sich Bewegungsarmut, psychomotorische Unruhe bzw. Konzentrationsstörungen, welche bei diesem Krankheitsbild ein diagnostisches Kriterium darstellen, wobei sie auf den ICD-10 hinweist. Zur Anregung als auch zur

Beruhigung können gartentherapeutische Maßnahmen oder Umgebungsreize genutzt werden. Sie schreibt weiter, dass in dieser Komponente des OPMA, Tätigkeiten wie das Ernten, Verarbeiten oder Riechen von frischen Kräutern und die Bearbeitung von entfernten Beeten für ein Empowerment in Hinblick auf die Regulation von Spannung und Entspannung förderlich sind. Sie hebt dabei hervor, dass eine mögliche Intervention darin besteht, diese Menschen von optischen und akustischen Reizen abzuschirmen. Rasenmähen oder Umstechen erhöht die Muskelspannung und so kann innerliche Ruhe gefördert und Stress abgebaut werden und das Spüren mit allen Sinnen gefördert werden. Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen, Angreifen stehen dabei im Zentrum. Haubenhofner et al. (vgl. 2012, S.30) ergänzt das Thema mit der Studie von Gonzales und seinen Mitarbeitern welche feststellten, dass Natur die Variablen der psychischen Gesundheit signifikant verändert und Gartentherapie den Schweregrad von Depressionen reduziert, sowie innere Unruhe und Angstzustände ausgleichen kann.

Neuberger (vgl. 2011, S. 11) vermerkt, dass Achtsamkeit seit einigen Jahren in aller Munde und aus dem Bereich der Therapie nicht wegzudenken ist. Es gibt einige Konzepte der Achtsamkeitspraxis welche auch bei Depressionen zur Anwendung kommen. Er schreibt, dass Depressive durch eine eingeschränkte Sicht auf Problemlagen gekennzeichnet sind und die Wahrnehmung immer nur auf das Problem gerichtet, sowie die Gedanken sich unentwegt um das Problem drehen. Bekannte Konzepte sind: Sensory Awareness von Elsa Gindler oder aus dem klinischen Bereich Saki Santorelli, sowie das Konzept von Jon Kabat Zinn, wobei die beiden letztgenannten im klinischen Bereich in den USA zur Stressreduktion entwickelt wurden und gut evaluiert wurden.

Neuberger (vgl. 2011, S.12) hebt das Konzept der komplexen Achtsamkeit der Integrativen Gartentherapie hervor, dass auch Aspekte aus dem Alltag, wie atmen, gehen, kochen, reinigen zuhören, etc. einschließt. Genauso ist das achtsame Erkennen von Empfindungen, Gefühlen, Gedanken und die Wahrnehmung während der Verrichtung des Alltäglichen, Teil dieser Arbeit. Er vermerkt weiter, dass bestimmte gärtnerische Tätigkeiten auf der körperlich-seelisch-geistigen Ebene Prozesse auslösen können, um die inneren psychischen Prozesse zu stimulieren und Auseinandersetzungen mit der Umwelt zu stimulieren. Die Umwelt und die Tätigkeiten

regen zu Inneren und Äußeren erleben an. Bei diesem Kontakt werden alle Sinne benutzt und der Depressive übersetzt die Wahrnehmung dieses Kontakts in persönliche Erfahrung und innerer Bedeutung. So ist es möglich, dass bei Depressiven durch die Bodenvorbereitung in der Gartentherapie grundsätzliches Erleben angesprochen und Ziele erarbeitet werden können. Durch diese Arbeit erkennen Depressive wieder ihre Kraft und das eigene Geschick sich auch nach und nach schweren oder schwierigen Herausforderungen zu stellen. Das stärkt die Selbstwirksamkeit und das Erleben dieser stärkt den Selbstwert. Da das Innenleben von Depressiven entweder aufgewühlt oder erstarrt ist, kann das Umgraben des Bodens aus dem Erstarren führen und Rächen des Bodens zur Beruhigung beitragen. Säen ist der Beginn für etwas Neues auf der gärtnerischen und auch auf der psychischen Ebene. Neuberger (vgl. 2011, S. 13) schreibt dazu, dass das *„Pflanzenwachstum den Menschen bestätigt in seinem Tun... und seine ...Vorfreude für Neues nährt...sowie er im Wachsen der Pflanzen seine Fähigkeiten entwickeln und verändert wahrnehmen kann...“* (2011, S. 13). Dieses Erkennen stärkt das Empowerment. Das ist der Schritt vor der Selbstfürsorge und dieser führt unweigerlich zum nächsten gartentherapeutischen Schritt, der Pflege welcher ein Schutz für Pflanzen und für Depressive ist, ein Schritt der dorthin führt zu erkennen, *„was ihm selber gut tut“* (2011, S. 13). Dabei erlernen sie sich emotional und rational den eigenen Wünschen und Vorstellungen anzupassen und mit der eigenen Lebenssituation zu verbinden, gegebenenfalls zu verändern, zu versachlichen und neu zu verankern. Neuberger nennt in diesem Zusammenhang die erste Gartentherapeutin der USA, Alice Burlingame, welche in ihrer Tätigkeit eine Aufstellung in Hoe for Health (1974) erstellt, welche Impulse für Einzel- und Gruppengeschehen ausdrückt. Damit sind Unkraut entfernen auch Entscheidungsfindung, einen Blumenstrauß zusammenstellen eine Selbstwertförderung, Pflanzflächen einebnen eine Möglichkeit zur Beruhigung beizutragen und Flächen neu zu gestalten zur Zufriedenheit beizutragen.

Diese Aufgaben führen unweigerlich zu einer Veränderung der persönlichen Einstellung schreibt Neuberger und dass folgender Satz auch für die Gartentherapie gelten würde.

„Erst wo Arbeit als eine für die Selbstverwirklichung des Menschen bedeutsame Situation erlebnisfähig gemacht wird, kann man mit einigem Recht von Arbeitstherapie reden“ (Dörner, 1978, S. 476).

Petzold (vgl. 2014i, S. 3) ergänzt, dass Reflexivität auch im Garten stattfindet und das Berühren auch den Berührer berühren würde. Durch „*die phänomenologische Realität des Pflanzens, Hackens und Rechens wirkt über das eigene Sinnessystem (sehen, hören, riechen, spüren und weitere Sinnesmodalitäten) auf den Körper des Handelnden zurück*“ (Neuberger, 2011, S. 17). Neuberger bezieht sich dabei auf die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse, welche die Auffassung (Kandel, Schwartz & Jessel, 1923) bestätigen, welche use it or lose it, auch auf die Funktionsverluste zurückführen welche bereits bei Hippokrates bekannt waren. Klaus Grawe stellte die neusten wissenschaftlichen Forschungen vor. Er gab bekannt, dass das Gehirn einem ständigen Wandel unterliegt und nennt diese Neuroplastizität (Grawe, 2014, S. 1pp). Petzold nennt die Konsequenz für die Behandlung von Menschen mit rezidivierenden Depressionen die „*multiplen sensorischen Stimulierungen*“ (Petzold, 2014i, S.3).

2.6.3 Regulierung von Emotionen und Stimmungen durch Gartentherapie

Der Abschnitt intrapsychische Komponente des OPMA wendet sich nach innen zur eigenen Natur und soll mittels aktiver Gartenarbeit den Umgang mit Emotionen, Ängsten schulen, sowie das vertraut werden mit Themen wie Selbstwert oder Widerständen ermöglichen (vgl. Kellner, 2010, S. 148p).

Hacken, jäten, pflücken, streichen und andere gärtnerische Tätigkeiten sind gute Möglichkeiten Emotionen und Erfahrungen zu verarbeiten. Diese Tätigkeiten lösen positive Emotionen aus. Glücksgefühle werden geweckt und regen an wieder bei sich anzukommen. Durch das Gestalten im Garten können Gefühle und die verbundenen Gedanken reduziert und verändert werden. Im Rahmen der Tätigkeit, welche aufgabenverbunden ist können Gefühle wahrgenommen, ausgedrückt und verarbeitet werden (vgl. Neuberger, 2011, S. 29).

Beim Unkraut zupfen, können Ärger oder andere Gefühle, Unwille mit Gedanken leicht verbunden und damit angenommen werden. Auf der Ebene der Phänomene betrachtet, werden dazu Fragen gestellt. Einerseits auf das neue Erscheinungsbild bezogen nach

dem Zupfen aber auch Fragen bezüglich der Auswirkungen auf sich selbst als Teil einer Gruppe oder alleine. Damit haben Pflanzen unterschiedliche Aufgaben und Bedeutungen (vgl. Neuberger, 2011, S. 32p).

Haubenhofer (vgl. 2013, S. 80pp) nennt dabei die Attention Restoration Theory nach Kaplan, welche drei wichtig Faktoren für die psychische Gesundheit hervorgebracht hat. Diese können als Faszination, Wegsein und Weite benannt werden. Die durch diese Faktoren erhöhte willkürliche Aufmerksamkeit fördert die fehlende Konzentration der Depressiven und reguliert auch heftige Emotionen. Damit kann das Grübeln abklingen wobei die Aufmerksamkeit sich dabei erhöht und das alleine durch das Betreten des Gartens.

Nach Petzold (vgl. 2014i, S. 23; Petzold & Orth, 2017a) sollen die negativen Emotionen, Resignation und die erlernte Hilflosigkeit (Seligmann, 1975) durch emotionales modeling verändert werden.

2.6.4 Förderung des Denkens und der Orientierung durch Gartentherapie

Im Rahmen dieser Ebene des OPMA ist die kognitive Ebene gemeint. Tagesstruktur, diagnostische Einordnung, das Wissen über die eingesetzte Methode bieten Zielformulierungen und damit Orientierung an. Klare Strukturen, kleine Arbeitsschritte, Pausen und Ziele sind wichtig um Orientierung zu bieten, aber auch die Konzentration sowie die Motivation bei Depressionen zu verbessern. Tätigkeiten wie, alleine im Glashaus umtopfen, aussähen oder pikieren tragen zur Reduktion von Ablenkungsreizen bei (vgl. Kellner, 2010, S. 146). Neuberger spricht den „*Mut zur Lücke*“ (2011, S. 18) des Wissens des/der Gartentherapeuten/in an. Damit besteht die Möglichkeit auf das Wissen der Depressiven zurückzugreifen damit die sich ggf. fachkundig einbringen können. Damit wird verdecktes Wissen aktiviert und eine Umkehrung von Hilfeleistungen ermöglicht und den Selbstwert stärkt.

Neuberger (vgl. 2011, S. 29) hebt hervor, dass die Gartenarbeit somit auch eine psychische Arbeit ist. Die Arbeit im Garten lässt innere gedankliche Bilder, sogenannte Metaphern wie, Steine aus dem Weg räumen, Kompost und unerwünschte Kräuter, etc. entstehen. Damit wird der Garten ein Ort von symbolischen Handlungen mit Pflanzen und ist eine gute Möglichkeit spätere Entwicklungen zu ermöglichen. Das

Auszupfen von Unkräutern, etwas an der Wurzel packen, oder Früchte der eigenen Arbeit ernten sind auch schöne Sinnbilder in der Arbeit mit Depressiven. Da diese Bilder Persönliches freilegen, stellen diese Aufgaben Verbindungen zum Inneren dar und sind daher persönlich wertvolle Bilder. Er schreibt, dass diese Metaphern die Motivation stärken. Durch eine/n Gartentherapeuten/in können Aufgaben, wie Tomaten entfernen, das Beet von Unkraut befreien oder Karotten ernten, vergeben werden. Durch diese Arbeit mit Pflanzen lernen die Depressiven ihre Probleme anzusprechen und in Folge emotional auszudrücken. Genauso ist ein Teil des Lernprozesses zu erkennen, was ihnen fehlt. *„Das Ernten selbst kann gedanklich-emotionale Prozesse unterstützen und den Weg für weitere Entwicklungsschritte ebnen“* (Neuberger, 2011, S. 29).

Gedankenkreisen aus wiederholenden, unproduktiven und selbstschädigenden Gedanken, Beziehungslosigkeit und Isolation sind Begleiterscheinungen bei Depressionen. Wachsen und Verändern sind zwei besonders wertvolle, gartentherapeutische *„Bewegungen, die aus krankheitsbezogenem und problemzentriertem Denken herausführen können“* (Neuberger, 2011, S. 27). Als Beispiele können Wiederholungen im Tagesablauf oder im Jahresverlauf genannt werden. Bei der Arbeit im Garten und bei der Behandlung der Pflanzen, lernt der/die Depressive bei Wiederholungen von Tätigkeiten und den veränderten Bedingungen einen sicheren Umgang mit Pflanzen. Dabei assoziiert der Mensch das Wachstum der Pflanze mit dem eigenen Wachstum und der eigenen Sicherheit und erlebt dabei die eigene Selbstwirksamkeit (vgl. Neuberger, 2011, S. 27).

Wahrnehmen, sich erinnern, denken und aufmerksam sein sind u. a. Defizite bei schweren Depressionen. Für die Lerneffekte dieser Ebene werden Pflanzen mit Aufforderungscharakter gewählt, hält Kellner fest (vgl. 2010, S. 146pp).

Es wird empfohlen, mittels einer intermittierenden Fokaltherapie eine Mittel-, oder langfristig Therapie anzubieten. Auf der kognitiven Ebene der Gartentherapie soll ein kognitives modellieren erfolgen, um dysfunktionale Kontrollüberzeugungen aber auch die ineffizienten Volitionen zu verändern, damit ein Willensempowerment zur Folge sein kann (vgl. Petzold, 2014i, S. 23).

2.6.5 Förderung von physischer Fitness durch Gartentherapie

Neuberger (2011, S. 13) erwähnt, dass Depressionen so auch rezidivierende Depressionen Erkrankungen des Leibes sind und diese sich über Gedanken, Gefühle und über ihr Verhalten als Einschränkungen zeigen. Diese drücken sich auf der körperlichen Ebene als körperliche Einschränkung und korrelieren stark mit Ängsten. Neuberger zieht die stockenden Arbeitsbewegungen bereits bei der Diagnostik heran. Das wachsende Vertrauen in die eigene körperliche Leistung reduziert bei der gartentherapeutischen Arbeit zunehmend Ängste. Da der gesamte Körper bei der Gartenarbeit einbezogen ist, wird damit der gesamte Körper gefestigt und der/die Depressive fühlt sich stärker als zuvor. Neuberger verweist dabei, dass dies aus ergonomischer Sicht bei allen Aufgaben zu beachten ist.

Im OPMA findet sich die Bewegung auf der biomechanischen Ebene wieder. Haubenhofer (2013, S. 84) propagiert: „*Natur und Bewegung sind zwei eng miteinander verbundene Themen*“. Dabei meint Kellner (vgl. 2010, S. 144), dass Bewegung in der Natur eine hohe Wirkung hat. Alle gärtnerischen Tätigkeiten, u. a. das Rechen von Laub, Rasenmähen und das Arbeiten am Boden wie das Setzen von Pflanzen sind Teil der Biomechanik. Sogar Spaziergänge, aber auch Fußballspielen fördern die Lust an der Bewegung und stärken die Ausdauer und das Durchhaltevermögen.

Martin Waibel (2013, S. 381pp) nennt die Technik Nordic Walking als eine Methode zur psychischen Regeneration, welche bereits in vielen psychiatrischen Kliniken zum Einsatz kommt.

Petzold (vgl. 2014i, S. 24) empfiehlt folgende Schwerpunkte im Rahmen der Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen:

- Ausdauersport und Konditionsaufbau im Sinne der Running therapy also ein Body- enrichment speziell für Depressive.
- Entspannungstechnik durch komplexe Achtsamkeit zur Unterstützung bei Schlafstörungen.
- Beginn eines sportlichen Weges, wie z. B. Eurosport

Darüber hinaus werden, folgende Maßnahmen nach Petzold (vgl. 2014i, S. 23p) empfohlen.

- Antidepressive Medikamente
- Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils (Ernährung, Landschaftserfahrungen, Green-Exercises (vgl. Petzold, 2014h; Petzold, Orth & Orth-Petzold, 2009, S. 24pp) u.v.m.
- Berufliche Integration
- Förderung der Motivation für Bildung (enlargement)
- Förderung des kreativen Ausdrucks
- Förderung von Interessen, Freizeitgestaltung, z. B. Naturerleben
- Verarbeitung der Krankheitserfahrung
- Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfeagenturen aufgrund von gesunkener Motivation, da Therapie nicht gegriffen hat
- Empowerment, Bewusstwerdung was im Leben zählt und im Sinne persönlicher, gemeinschaftlicher und altruistischer Haltung und Gemeinwohlorientierung nachgehen.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass es tatsächlich unzählige Interventionen in und mit der Natur und dem Garten für den Kontext des ambulant psychiatrischen über die genannten hinaus gibt. Daher verweist die Verfasserin an dieser Stelle u.a. auf die Integrative Bewegungstherapie und die Naturtherapie (vgl. Braunbarth, 2009, S. 65p; Knümann, 2019; Petzold et al., 2019, S.4pp; Petzold & Orth, 2017a; 2017b; 2018).

3 Methodische Auseinandersetzung

Das nachstehende Kapitel beschreibt den Vorgang hinsichtlich der Findung und der Analyse von Daten im Rahmen dieser Arbeit und damit die Beschreibung der Forschungsmethode. Zu Beginn wurde eine ausgiebige Literaturrecherche durchgeführt, welche per 5.4.2019 endete. Es wurden Auswahlkriterien in Hinblick auf das Forschungsthema festgelegt und auf Relevanz geprüft. Für diese Projektarbeit wurde Literatur aus dem psychosozialen und psychotherapeutischen Kontext der Gartentherapie und der Horticultural Therapie aus Europa und Asien herangezogen. Literatur aus Amerika wurde bewusst ausgeschlossen. Pädagogische und sozialtherapeutische Literatur der Gartentherapie, sowie Literatur der Gerontotherapie

und der pflanzengestützten Gesundheits- und Krankenpflege wurden ebenso nicht herangezogen.

3.1 Auswahl der qualitativen Forschungsmethode

Bei dieser Projektarbeit handelte es sich um eine qualitative Forschungsarbeit mit dem Berufsfeldbezug Gartentherapie im Kontext der Psychotherapie. In einer qualitativen Forschung wurden Daten erhoben, welche nicht-standardisiert sind und über keine Statistiken ausgewertet wurden. Im Rahmen dieser Arbeit wird auf ein leitfadengestütztes Experten/innen-Interview zurückgegriffen (vgl. Flick, 2010, S. 12pp). Das Ziel eines solchen Prozesses ist, Neues zu finden, wobei die persönliche Einstellung der Befragten und der Interviewerin als Bestandteil des Forschungsprozesses betrachtet wird (vgl. Flick, 2010, S.29). Nach Flick (vgl. 2010, S.26) sind die Kennzeichen einer qualifizierten Forschung folgende drei Merkmale. Zunächst steht der Untersuchungsgegenstand im Zentrum der Auswahl von passenden Methoden. Annäherungen zum wissenschaftlichen Thema erfolgen über die Beschaffenheit des Untersuchungsfeldes und über eine Analyse der verschiedenen Perspektiven der Befragten in Richtung Untersuchungsgegenstand. Im Rahmen des Erkenntnisprozesses ist die Reflexivität der Forschenden ein letztes wichtiges Kriterium. Durch den Kontext der Gartentherapie und der gewählten Forschungsfragen wird die Erhebungs- und Analysenmethode bestimmt.

3.2 Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde die Erhebungsmethode Experteninterview gewählt.

Durch diese Methode wurde Wissen, Verhaltensweisen und Einstellungen zum gewählten Thema erhoben. Es wurde angenommen, dass die Befragten vier Psychotherapeuten mit psychiatrischen Background im Kontext der Gartentherapie als Experten gesehen werden können, da diese nicht als Einzelpersonen oder Einzelfälle, sondern als Repräsentanten der Gartentherapie befragt wurden

(vgl. Flick, 2010, S. 214). Als Instrument zur zeitlichen und strukturellen Steuerung wurde ein Leitfaden mit 16 Fragen eingesetzt. Fragen zur Person, wie aktuelle

berufliche Funktionen, einer Tätigkeitsbeschreibung des aktuellen beruflichen Einsatzgebietes, der Erfahrungsdauer und der Motivation für Gartentherapie sowie die Frage wie Gartentherapie das eigene Empowerment stärkt, rundeten die Gespräche ab. Mit diesen leitfadengestützten Experteninterviews erfolgte die Erhebung von thematisch relevanten Aspekten aus dem beruflichen Erfahrungskontext (vgl. Flick, 2010, S. 216).

3.3 Experteninterviews

Zunächst wurden alle Experten telefonisch vorab befragt, ob sie an einer Teilnahme interessiert wären. Teilweise konnten noch in diesem Telefonat Termine für Gespräche vereinbart werden. Nach einer Zusage wurde der Leitfaden an alle schriftlich per Mail zugesandt und der entsprechende Gesprächstermin bestätigt. Aufgrund des umfangreichen Leitfadens dauerten die einzelnen Gespräche zwischen 80 und 150 Minuten. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 3.1.2019 bis 2.3.2019. Trotz Terminvereinbarung mit allen Teilnehmern für Gespräche kamen nur drei Gespräche tatsächlich zustande. Diese Gespräche wurden in unterschiedlichen Settings durchgeführt.

Eines der Gespräche erfolgte Face-to-Face in den Privaträumen des Befragten in Wien. Die beiden anderen Gespräche erfolgten am Telefon, wobei die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung in Deutschland und Spanien weilten. Alle drei Gespräche wurden mittels Diktiergerät aufgenommen. Gemäß der DSGVO vom 25.5.2018 wurden die Einwilligungen mündlich und auch schriftlich eingeholt. Wobei einer der Experten sich gegen die Anonymisierung aussprach und namentlich genannt werden wollte.

3.4 Auswahl des Personensamplings

Das Sampling bezieht sich auf den Auswahlprozess (vgl. Flick 2010, S. 154). Die Herausforderung lag vordergründig im Untersuchungssampling. Zur Befragung qualifizierten sich Experten/innen, welche eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung im In- oder Ausland und im psychiatrischen Kontext der Gartentherapie

berufliche Erfahrung haben. Zur größeren Streuung wurden keine Einschränkungen in Hinblick auf das psychotherapeutische Verfahren gemacht. Diese Personen werden weniger als Einzelpersonen gesehen, sondern als Repräsentanten/innen mit Expertenstatus (vgl. Flick, 2010, S. 214). Trotz gründlicher Recherche über die Literatur, Recherche mittels Internet und durch Befragung an der Agrarpädagogischen Hochschule, diversere Personen im Feld der Gartentherapie in Österreich und die Kontaktaufnahme mit der IGGT (Internationaler Gesellschaft Gartentherapie) qualifizierten sich ausschließlich männliche Experten, welche den Ausgangskriterien entsprachen. Daher wurde in Folge auch nur von Experten geschrieben.

3.5 Datenanalyse in der qualitativen Forschung

Die anschließende Transkription erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2002, S. 114). „*Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleiteten am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet*“ (Mayring, 2002, S. 114).

Durch die inhaltliche Strukturierung wurde das „*Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst*“ (Mayring, 2008, S. 59). In Anlehnung an den bisherigen Forschungsstand wurden Kategorien im Rahmen dieses Operationalisierungsprozesses entwickelt (vgl. Mayring, 2008, S.74p). Im Rahmen der Untersuchung der Interviews wurde jede Zeile nach den Kategorien paraphrasiert und zugeordnet. Die Themen wie, Empowerment, Selbstwirksamkeit, Selbstwert, rezidivierende Depressionen, Gartentherapie, Interventionen und Kriterien wurden vorab als Oberkategorie festgelegt und daraus die Kategorien abgeleitet. Sofern eine Kategorie vor dem Paraphrasieren noch nicht definiert war, wurde eine neue Kategorie der Liste hinzugeführt. Kategorien und Kernaussagen wurden in Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert (vgl. Flick, 2010, S. 409pp).

Die Ergebnisanalysen wurden im Rahmen dieses Forschungsprozesses beschrieben, Daten analysiert, strukturiert und geordnet und in die Projektarbeit integriert (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 30).

3.6 Kategorieentwicklung

Es wurden folgenden Themen, Kategorien und Unterkategorien durch induktive Kategorienbildung entwickelt und in der Tabelle 2 dargestellt.

Thema/ Oberkategorie	Kategorie	Unterkategorie
Definitionen für die Gartentherapie	Rezidivierende Depressionen Empowerment Selbstwert Selbstwirksamkeit	
Interventionen in der Gartentherapie - Methodisches Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Erfüllen von Aufgaben • Eigenleibliche Aktivitäten • Nachsozialisation – Erleben von Wertschätzung, Zuwendung, Freundlichkeit und Begegnung • Rezeptive Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Harte Arbeit • Bewegung, Bewegung, Bewegung • Hinausgehen • Herzgeföhle-Samtgeföhle • Der wohlwollende Blick • Wertschätzung, Zuwendung und Freundlichkeit • Lächeln wieder erlernen • Multisensorische Erfahrungen • Awariness • Naturästhetische Erfahrungen

	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation • Solidarität und Einbezogen sein • Resonanzen – innere Bilder und äußere Realitäten • Arbeiten mit Biografien • Übungszentriertes Arbeiten • Arbeiten mit mentalen Repräsentationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung • Ernährung • Hilfsmitteln: Handout • Initiierung von Selbsthilfegruppen • Mit-Gestaltung • Aktivierung von Potenzialen und Ressourcen • Konzept • Wiederholen, üben, üben, üben • Reflexion von sprachlichen Überzeugungen
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeiten mit Emotionen • Arbeit mit der Pflanze als Symbol in der Netzwerkarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulierung von Gefühlen • Denkprozesse
Kriterien für die Gartentherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen - Setting • Methodisches Setting • Bildung von neuen Beziehungen • Der/Die Gartentherapeuten/in 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Garten ein offenes Labor • Kontextveränderung • Der Therapiegarten • Dauer und Frequenz • Einzel- und/ oder Gruppengartentherapie • Das Prinzip der Gruppe • Team • Beziehung zum/r Gartentherapeuten/in

	<ul style="list-style-type: none"> • Phänomenale Kriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation und Haltung des/der Gartentherapeuten/in • Selbstfürsorge des/der Gartentherapeuten/in • Eigene Motivation • Die gute Passung • Normalität • Freiwilligkeit • Transparenz
	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsergebnisse • Erfolgserlebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik • Biografische Erlebnisse mit Natur und Garten • Behandlungserfolge • Erfolgsfaktoren • Misserfolge
Nach einem stationären Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> • Zurück ins Leben 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach einem klinischen Aufenthalt • Zukunftsperspektiven im ambulant psychiatrischen Setting

Tabelle 2: Kategoriebildung. (Quelle: Eigene Darstellung).

4 Ergebnisse: Empowerment, Selbstwirksamkeitserhöhung, und Selbstwertserhöhung in der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting bei rezidivierenden Depressionen

Die Experten greifen auf die Erfahrungen von bis zu 20 Jahren in Psychotherapie, Psychiatrie und der Gartentherapie zurück. Die Interviews wurden mit einleitenden Gedanken wie Körperlichkeit, Atem, Kraft, Erholung, gestufter Aufbau mit Erfolgserlebnissen, Sonnenschein, frische Luft, sich spüren, Aktivierung, Erfolg, Sensibilisierung und Lustgewinn begonnen.

Schrittweise arbeiteten sich die Experten an das Thema dieser Arbeit und differenzierten zunächst zwischen den Konzepten des Empowerment, der Selbstwirksamkeit und dem Konzept des Selbstwertes. Im Rahmen dieser Auseinandersetzung wurde ebenso geklärt, wie, wann und ob überhaupt das Konzept Empowerment bei einer Diagnose wie rezidivierende Depressionen zu tragen kommen könnte und dies im Kontext der Psychotherapie, dem ambulant psychiatrischen Setting.

Dieses Kapitel macht die Ergebnisse der Interviews sichtbar. Themenbereiche und Kategorien wurden gebildet und ausgewertet.

4.1 Definitionen für die Gartentherapie

Dieses Kapitel bezieht sich konkret auf die Inhalte der Interviews klärt zunächst das Verständnis der Definitionen von rezidivierenden Depressionen und den möglichen Behandlungserfolgen, klärt Definitionen wie Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert.

4.1.1 Rezidivierende Depressionen

Den Experteninterviews zu Folge haben rezidivierende Depressionen viele Gesichter und werden nach Arbeitsschwerpunkten von diesen eingeteilt. Zwei der Experten finden sie auf der Gerontostation im Hintergrund einer Demenz. Diese Menschen zeichnen sich durch mehrfache Verluste aus. Diese Verluste können der Wohnung,

des Gartens, von Angehörigen und Nachbarschaft und von Verantwortung sein. Verantwortung wird generell abgelehnt, so auch im Garten. Hilflosigkeit, Überforderungsängste und Ablehnung anderer Menschen stehen im Vordergrund.

Anders ist das Bild der Depressionen mit dem Hintergrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, so die drei anderen Experten, welche u.a. das Erkennungsmerkmal der Selbstverletzungen nennen. Menschen mit diesen Erkrankungen streben von alleine in den Garten und nutzen diesen zur Beruhigung. Ihr Interesse liegt in der Veränderung des Gartens, denn sie sind von selbst aktiv und nutzen meist das Angebot an von sich aus.

Zwei der Experten nennen Defiziterfahrungen von Naturerleben als gemeinsamer Nenner.

Ein Experte spricht über die Menschen mit Migrationshintergrund welche zwischen 16 bis 25 Jahren sind. Diese haben besondere Bedürfnisse in einer Psychiatrie und damit auch in der Gartentherapie. Er nennt die sogenannte Transitionspsychiatrie mit transkulturellen Ansätzen, welche auch seit Juni 2019 in Wien ins Leben gerufen wurde. Jugendliche weisen zwar noch keine rezidivierenden Depressionen vor, sind dem Experten nach jedoch Erkrankte in spe. Psychische Erkrankungen beginnen im Kindes- bzw. Jugendalter bis zum 25. Lebensjahr. Diese spezielle Menschengruppe speziell kann nur auf wenig gute altersspezifische soziale Erfahrungen zurückgreifen. Diese besonderen Bedürfnisse müssen damit auch in der Gartentherapie beachten werden.

4.1.2 Empowerment

In den Experteninterviews wurden hierzu Begriffe wie „*reinforcement*“ (Petzold/3/10) oder „*Bekräftigung*“ (2/1/14), also die „*Stärkung des Selbstwertgefühls im Rahmen eines Lernprozesses*“ als Erklärung für Empowerment genannt. Damit kann der Begriff des Empowerment in Stärkung des Selbstwertgefühls und in Empowerment der Selbstwirksamkeit eingeteilt werden.

Damit Empowerment erfolgen kann, ist „*eine innere Beteiligung, ein gefühlter Sinn, ein felt meaning*“ (Petzold/3/18) erforderlich und muss gespürt werden.

4.1.3 Selbstwert

Das Selbstwertkonzept wird als ein entwicklungspsychotherapeutisches Konzept der Entwicklung im Prozess gesehen. Die Selbstwerterhöhung erfolgt über positive Beziehungen mit kräftigen Menschen als Vorbild und durch deren bestärkende Wertschätzung. Diese Erfahrungen werden erlebt, aufgenommen und können bei Erfolg in Folge auch sich selbst gegenüber zur Anwendung gebracht werden.

Abweichend des Mainstreams der Experteninterviews wird der Ursprung des Selbstwertes auch als „*Interiorisierung nach Lew Semjonowitsch Wygotsky*“ (Petzold/2/21) bezeichnet. Das Selbstwertgefühl entwickelt sich bereits zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr und hat damit die Wurzeln in der Kindheit. Für die Entwicklung eines positiven und starken Selbstwertgefühles sind Erfahrungen mit einem liebevoll wertschätzenden Menschen, mit dem sich das Kind identifizieren kann wesentlich. Durch diese Erfahrungen kann sich das Ich positiv entwickeln und das Kind lernt sich selbst anzunehmen. Wesentlich für diese Entwicklung ist ein starker Selbstwert des Vaters und der Mutter. Die Selbsttröstung erfolgt nach demselben Prinzip. Nach der Erfahrung von Trost, Selbstannahme und dem guten Zuspruch kann das Selbstwertgefühl aufgebaut werden und der Mensch kann sich auch in anderen ähnlichen Situationen einen positiven Selbstzuspruch erteilen.

Erfährt dagegen der Mensch Abwertung, Hass und Ablehnung wird nicht nur der Aufbau von Selbstwertgefühl, sondern auch von negativen Sichtweisen über sich selbst einverleibt und bestätigt.

4.1.4 Selbstwirksamkeit

Die Experten sind sich einig, dass das Konzept der Selbstwirksamkeit „self – efficacy“ ein neobehaviorales Konzept von Albert Bandura für die Gartentherapie gut geeignet ist. Einer der Experten nennt in diesem Zusammenhang „*Jürgen von der Lippe und Kückelhaus..., welcher von ...Selbstwirksamkeit, als eine Bewusstseinswirksame Leistung oder Erfahrung*“ (2/8/38) spricht.

4.2 Interventionen in der Gartentherapie – Methodisches Setting

Im Rahmen der Experteninterviews wird deutlich, dass die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Erhöhung des Selbstwertes in der Gartentherapie durch folgende Interventionsbereiche ermöglicht werden.

- Erfüllen von Aufgaben
- Eigenleibliche Aktivitäten
- Nachsozialisation - Erleben von Wertschätzung, Zuwendung, Freundlichkeit und Begegnungen
- Rezeptive Erfahrungen
- Psychoedukation
- Solidarität und Einbezogen sein
- Resonanzen – innere Bilder und äußere Realitäten
- Arbeiten mit Biografien
- Übungszentriertes Arbeiten
- Arbeiten mit mentalen Repräsentationen
- Arbeiten mit Emotionen
- Arbeiten mit Pflanzen als Symbol in der Netzwerkarbeit

Das erfüllen von Aufgaben, eigenleibliche Aktivitäten und das Erleben von Wertschätzung, Zuwendung, Freundlichkeit und Beziehung tragen wesentlich zur Stärkung der Psyche vom Leibe her bei.

4.2.1 Erfüllen von Aufgaben

Als erste Hauptintervention wird das Sehen der Größe des Gartens und dessen Aufgaben genannt. Erkennen lernen, welche Arbeiten und vor allem zu welchem Zeitpunkt die Aufgaben zu erfüllen sind, steht damit an oberster Stelle.

Dabei ist das Erfüllen von Aufgaben zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert ein wesentliches Faktum in der Gartentherapie. Je nach körperlicher Verfassung sind es sensomotorische oder auch grobmotorische Aufgaben. Aufgaben bei denen sich der/die Depressive körperlich betätigt, aktiviert und sich leibhaft nämlich

auf der körperlichen Ebene spürt. Das Lenken der Aufmerksamkeit auf diesen Prozess und die damit verbundene Propriozeption und Interozeption werden in der Arbeit mit Depressiven in der Gartentherapie postuliert.

Das Anforderungsprofil ist an den/die Depressive anzupassen und nicht umgekehrt, damit ein mögliches Versagen vermieden wird. Das Credo eines Experten lautet, *„Interventionen werden nach Sinnhaftigkeit gesetzt“* (2/3/15).

Die ersten Tätigkeiten können auch am Ende einer Aufgabe begonnen werden, da das Ergebnis meist Zeit braucht. Diese Intervention aus Großbritannien wird angewendet, um Erfolge schneller sichtbar zu machen. Diese Aufgaben können auch einzelne Teile aus ganzen Zyklen sein, welche Aufgaben abschließen. Aufgaben welche dagegen vom Beginn bis zum Ende erledigt werden *„...sind individuell auf sich selbst konzentrierende Aufgaben, die mit einem persönlichen Sinn verbunden sind“* (2/3/22).

Prinzipiell ist jede Aufgabe heranzuziehen, da sie alle geeignet sind, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Selbstwert zu entwickeln! Aufgaben welche ohne Überforderung erlebt werden können und regelmäßig über längere Zeit wiederholt werden, sind prinzipiell sinnvolle Maßnahmen. Bei der Aufgabenverteilung wird daher geachtet, dass die Depressiven zwar immer etwas zu tun haben, aber immer nur kleine Aufgaben erledigen, welche nur gering aufwendig sind. Da die Leistungsfähigkeit gering ist, sind Arbeitszeiten am Anfang mit 30 Minuten Arbeitszeit maximiert. Arbeitszeiten werden nach und nach in kleinen Schritten langsam gesteigert, wie bei einem Intervalltraining im Sport. Der Anspruch und vor allem die Akzeptanz für die geringe Belastung aber auch *„Mut zur Lücke“* (2/2/24) sind wichtig bei der Arbeit, denn Hilfestellungen von anderen Depressiven gewährleisten, ebenso eine Stärkung des Selbstwerts darüber hinaus. Nach getaner Arbeit wird von allen Experten einheitlich eine gemeinsame Reflexion zur persönlichen Strukturierung und Zielerreichung empfohlen.

In den Interviews werden folgende Aufgaben erwähnt, welche zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertes beitragen können.

- Ein Beet umgraben
- das Holzhacken

- das Umgraben von Zaunpfählen
- kehren eines Weges mit einem Besen
- kleine Abschnitte im Beet saubermachen
- Schlechtes absamen
- verblühte Blüten entfernen
- Verantwortung für abhängige Gewächse übernehmen
- Erde mischen
- eintopfen
- Samen aussähen
- Kresse ernten
- Bilder mit Saatgut gestalten
- Aufgaben abschließen, z.B. fertige Blumensträuße abgeben oder Blumentöpfe bringen.

4.2.2 Eigenleibliche Aktivitäten

Durch die körperliche Betätigung powert sich der/die Depressive aus und lenkt unweigerlich den Fokus auf die Körperlichkeit. Diese Erfahrung ermöglicht sich selbst und das Leben in sich wieder zu spüren. Durch das eigenleibliche Spüren können Veränderungen der Muskulatur, des Herzschlages und des Atems sowie der Kardiozeptionen bewusstwerden. Das Verbalisieren des Erlebten rundet den therapeutischen Prozess ab. Im Rahmen von eigenleiblichen Aktivitäten sind harte Arbeit, viel Bewegung und die Veränderung des Kontextes durch hinausgehen wesentliche Interventionen.

Harte Arbeit

Harte Arbeit bietet ein kardiovaskulär-pulmologisches Ausdauertraining zur Stärkung von Herz, Lunge und Gefäßen wie in einem Fitnesscenter und wirkt sich positiv auf die Kondition der Depressiven aus. Ein Experte bezieht sich auf die „*Amsterdamer Forschung...welche zeigt, dass ... Konditionsaufbau bei der Behandlung von Depressionen... wesentlich ist und bezieht sich auf ...Petzold/Waibel (1987)*“ (2/15/33). Neben harter Arbeit sind zusätzliche Bewegungsaktivität und eine multiple

Stimulierung erforderlich, um den Hirnstoffwechsel des präfrontalen Stoffwechsels bei Depressiven anzuregen, da dieser wie auch der Stoffwechsel des Hippocampus eingeschränkt ist. Dadurch ist auch die Orientierung im Garten eingeschränkt. Dies stellt einen wichtigen ökologischen Faktor im Gesundheitswesen dar.

Bewegung, Bewegung, Bewegung

... nennen alle Experten einheitlich als wichtiges Credo in der Gartentherapie bei der Behandlung von depressiven Störungen, da diese durch Lähmung und Bewegungsarmut gekennzeichnet sind.

Äußere wie auch innere Bewegungen, der Gedanken und Gefühle sind zunächst bei Depressiven eingeschränkt. In der Gartentherapie ist jedoch das Erheben der vorhandenen Bewegung bei Menschen und Pflanzen zu erkennen, denn Pflanzen bewegen sich nicht nur durch den Wind, sondern auch in sich. Ein Sinnbild für Bewegungen ist daher die Morphologie und die Wachstumsbewegungen der Pflanzen. Dies wird beim Entwickeln eines sogenannten Spürbewusstseins verwendet, um Depressive wieder in Bewegung zu bringen, um den Gegenimpuls und die Schwere zu überwinden. Da die Gartentherapie noch zu wenig erforscht ist, wird empfohlen sich auf andere Disziplinen wie die Supervision oder die Lauftherapie zu beziehen. Sinnvoll wäre es natürlich auch weitere Feldstudien im Rahmen der Gartentherapie zu ermöglichen. In einem Interview empfiehlt ein Experte die sogenannte *„Runningtherapie bei der Behandlung von Depressionen“* (Petzold/5/25), welche bereits Studien hervorbrachte.

In diesem Zuge wird folgendes Beispiel genannt: „Ein junger Atomphysiker mit Gehirnschlag und Blutung. Dieser Mann musste alles wieder lernen. Ihm wurde es wichtig, wieder einen Gartenschlauch zu halten. Er hat wiedergelernt Dinge beim Namen zu nennen und hat gesehen, dass er auch etwas leisten kann. Als die Blutung resorbiert wurde war er ein ganz geordneter toller Mensch. Er hätte das drinnen auch gelernt, aber die Freude, die er dabei hatte, die hat er nur draußen gehabt.“ Dabei hat der Experte für sich festgestellt, *„dass Freude draußen eher generiert werden kann als drinnen (1/5/23).“*

Hinausgehen

Das bewusste Hinausgehen ist neben einem wichtigen Kriterium auch eine Intervention. Es ist eine Einladung den bekannten Problemraum zu verlassen und in

einen anderen Raum neue Erfahrungen wie das Erleben von Gemeinschaft, das Pflegen von Freundschaften usw. zu erfahren.

Die Experten sind sich dabei uneinig, ob die Gartentherapie tatsächlich als solches bezeichnet werden soll oder einfach als Einladung hinauszukommen gesehen werden kann.

4.2.3 Nachsozialisation - Erleben von Wertschätzung, Zuwendung, Freundlichkeit und Begegnungen

Dabei wird auf Berührung durch Mitmenschlichkeit im Kontext der Gartentherapie gesetzt. In den Interviews wurden folgende Interventionen genannt.

- Herzgefühle - Samtgefühle
- Der wohlwollende Blick
- Wertschätzung, Zuwendung und Freundlichkeit
- Lächeln wieder erlernen

Herzgefühle - Samtgefühle

In der Gartentherapie spielen Herz- und Samtgefühle eine wichtige Rolle und können mit Heiterkeit, Freundlichkeit, Frieden, Ruhe, Gelassenheit und Sanftheit benannt werden.

Der wohlwollende Blick

Zur Erhöhung des Selbstwertgefühles wird der wohlwollenden Blick des/ der Gartentherapeut/in prüfend auf das Tun und vor allem auf die Leistung des/der Depressiven zum Einsatz gebracht.

Die Selbstwirksamkeitspraxis wird daher als Performanz und als Kompetenzentwicklung in der Gartentherapie betrachte.

Wertschätzung, Zuwendung und Freundlichkeit

Der Mensch ist von Sozialisierungen bewohnt. Positive Wertschätzung und Zuwendung ist Menschen mit rezidivierenden Depressionen meist unbekannt bzw. können daher nicht angenommen werden. Kritik und Abwertung sind dagegen gut bekannte zwischenmenschliche Phänomene der Kommunikation. Gespräche der Ankerkennung, Wertschätzung und zur positiven Verstärkung sollen erfolgen damit der/die Depressive empowerd wird. Die Experten setzen dabei auf Freundlichkeit, welche als Erfahrung bereitgestellt werden soll. Der/ Die Depressive soll die Freundlichkeit spüren und aufnehmen lernen.

Sowie in der Psychotherapie als auch in der Gartentherapie ist die positive Wertschätzung glaubhaft zu machen und den/der Patienten/innen zu erklären, dass so der Aufbau von Selbstwertgefühl erfolgen kann.

Die Selbstwerttherapie der Gartentherapie kann auch bei einem Waldspaziergang „*on gard*“ (Petzold/10/9) erfolgen.

Lächeln wieder erlernen

Hauptsymptome bei Depressionen sind u.a. eine depressive Stimmung und werden von begleitenden Gefühlen von Trauer, Zorn, Angst, etc. begleitet. Da Menschen sich von Stimmungen anstecken lassen können wird dieses Können von einem Experten genutzt. Depressive sehen den Leuten irgendwann nicht mehr ins Gesicht und daher sehen Gesunde den Depressiven auch nicht mehr ins Gesicht. Lächeln soll daher wieder gelernt werden und vom/von freundliche/n und lächelnde/n Gartentherapeuten/in bereitgestellt werden, damit die Depressiven sich zum Lachen anstecken lassen können. „*Deswegen gehört das mit zum Üben. Lächeln üben. Und das andere, wenn ihnen nicht zum Lächeln ist, dann setzten sie als Gartentherapeut/in die Neugierdemimik auf...*“ (Petzold/3/27).

Wieder zu lachen soll damit ein Lerneffekt der Gartentherapie sein und Teil der Arbeit im Garten sein. Gelehrt wird damit in der Gartentherapie die Veränderung der inneren Meinungen und Interiorisierungen damit die Stimmung der Depressiven verändert wird. Zwei der Experten nennen an dieser Stelle das Konzept „*Movement – Produktion*

– *Information Konzept, MPI*“ (Petzold/10/15; 2/6/25), welches auch in der psychotherapeutischen Methode der Integrativen Therapie im Konzept der Leibtherapie integriert ist.

4.2.4. Rezeptive Erfahrungen

Seit jeher sind in psychiatrischen Krankenhäusern Gärten und Parks zum Spaziergang angelegt um die heilsame Wirkung durch genießen aufzunehmen so die Experten. Um diese zu empfangen, setzt die Gartentherapie auf multisensorische Erfahrungen, Bewusstseinsbildung durch Awareness und naturästhetische Erfahrungen.

Multisensorische Erfahrungen

„Modalität heißt eben sich im Tun erleben, sich multisensorisch erleben, d. h. also mit einer starken Schärfung der Bewusstheit“. (Petzold/7/17). Wahrnehmung setzt Bewusstheit voraus. Mit unterschiedlichen Modalitäten wird die Bewusstheit für multisensorische Erfahrungen bereitet, um diese zu stärken und kann wie folgt eingeteilt werden.

- nach Außen (Exzeptionen)
- nach Innen (Interozeptionen) gerichtete Erfahrungen.

Exzeptionen sind multisensorische Erfahrungen der Raumsinne. Diese sind das mehrfache Hinhören, der Wechsel der Positionen, Nähe, Weite, der Wechsel der Perspektiven von oben und unten.

Interozeptionen dagegen sind multisensorischen Erfahrungen nach innen, wie die Mimik, die Gestik und des Atmens.

Durch wiederholtes ausprobieren werden diese wieder aktiviert. Typische Beispiele sind einen Sack mit Dünger anheben oder das Gehackte hochheben und darauf achten wie sich dies auf den Körper auswirkt. Multisensorische Erfahrungen sind jedoch mehr als das Arbeiten mit Metaphern. Zwei der Experten verweisen auf die Integrative Therapie, welche Theorien zu multisensorische Erfahrungen und komplexer Bewusstheit gesammelt haben.

Awareness

Die innere Haltung der gerichteten Aufmerksamkeit auf die Phänomene der Wahrnehmung, ist eine biologische Grundvoraussetzung des menschlichen Leibes.

Unterschiede lassen sich nicht bei der Wahrnehmung erkennen, sondern bei der Aufmerksamkeit welche im Gegensatz zur Wahrnehmung auch geschult werden kann. Daher unterscheidet die Wissenschaft zwischen Wahrnehmung mit schlechter Aufmerksamkeit oder Wahrnehmung mit hoher Aufmerksamkeit.

„Awareness heißt das eigenleibliche Spüren, das gewahr sein dessen, was in mir an Empfindungen ist.“ (Petzold/16/19). Diese wird auch in der Gartentherapie trainiert.

Zunächst gilt es beim eigenleiblichen Spüren das Erkennen der Empfindungen zu trainieren. Infolge werden die Gefühle bemerkt. Dies ist ein bewusstseinsbildender Prozess, welcher immer auch kognitiv erfolgt. Die Wahrnehmung braucht multisensorische Stimulation um diese Erfahrungen zu machen, wobei diese am subliminalen Rande des Bewusstseins eingegangen werden. Ist das nicht möglich, kann es nicht bewusst werden. Das Nachfragen ermöglicht Bewusstmachung und dies wird durch das folgende Beispiel veranschaulicht:

Wir sitzen auf Stühlen. Sie haben den Arm grad auf der Lehne, wie ist denn die Lehne? Hart? Haben sie es vorher auch wahrgenommen? Er sagt nein, und wenn ihre Freundin in zwei Wochen fragt, wie sind die Stühle eigentlich am Bevensee? Haben die harte oder weiche Lehnen? Dann werden sie sagen können, dass sie harte Lehnen haben. Warum, weil sie es gelernt haben ohne dass es ins Bewusstsein gekommen ist (Petzold/17/4).

Das subliminale Lernen ist im Garten sehr intensiv, welches angesprochen wird um die Erinnerung und ein selbständiges erinnern zu ermöglichen. Beim Nachfragen wird es bewusst, kann erinnert werden und Verhaltensweisen korrigiert werden, da kognitive Einsichten erfolgen. Bewusstes wahrnehmen bezieht sich nicht nur auf die Physis, sondern auch auf die Umgebung und die Reaktion von einem selbst auf die Umgebung. Wahrnehmung setzt auf das Prinzip von *"use or lose it"* und fordert den Menschen aktiv zu sein. Die *"Disuseatrophie-Theorie aus Österreich von Rohracher und die „Aktivitätshyperthrophie“* (Petzold/15/20) sind gut untersuchte Theorien in diesem Zusammenhang so ein Experte. Daher ist es notwendig die Wahrnehmung breit zu stimulieren, wie auch die Muskulatur, die Gelenke und das Gehirn.

Das Manipulieren der Außenwelt, wie beim Hecken schneiden, langsam gehen, Rasenmähen, Blumen absähen oder dem Pflanzen in einer Linie oder in Kurven, bzw. dem Bearbeiten des Bodens regen einen inneren Prozess an. Der Blick auf sich selbst lässt Fähigkeiten und Emotionen erkennen und eine Verbindung zwischen dem Innen und Außen. Beim langsamen Gehen wird die Symptomatik der Depressiven sichtbar, dass sie scheinbar angewachsen und vielleicht sogar stehengeblieben sind, bewusst. Durch das Sinnbild des Wurzeln schlagen kann durch den Zeitraffer der Bewegung bewusstwerden, dass man stehen geblieben ist. Bei dieser Arbeit geht es nicht um das Spüren der Wahrnehmung, sondern um die Bewusstwerdung und Förderung der Eigenwahrnehmung, welche Prozeption genannt wird. Das Beachten der Impulse erfordert Aufmerksamkeit, welche in der Gartentherapie durch langsames Sein möglich wird.

Auch der/die Gartentherapeut/in kann die Haltung der gerichteten Aufmerksamkeit nach innen nutzen, welche die Gegenübertragung genannt wird. Durch diese Technik der Eigenwahrnehmung können Atmosphären erkannt, verdichtet und benannt werden, welchen den Depressiven bisher nicht zugänglich waren. Depressive sind sehr mit sich selbst beschäftigt, weil der Zugang zur Außenwelt versperrt ist, damit ist auch das Problembewusstsein eingeschränkt.

Naturästhetische Erfahrungen

Einer anderer Experten nennt einen zweiten Bereich, die sogenannten ästhetischen Erfahrungen in denen das Herz aufgeht und sogenannte Kardiozeptionen erlebt werden.

Zu diesem Punkt werden Interventionen, wie folgt genannt.

- Rosen beim Aufgehen zu sehen
- Lieder, Volkslieder singen und hören
- Eine Landschaft bewundern.

Sätze wie, „*wenn das Herz lacht ...wo einem das Herz aufgeht..., ... schön grün ist der Mai... oder ...im Frühtau zu Berge*“ (Petzold/7/33), färben die Stimmung des Interviews. Der Experte erwähnt, dass über diese Phänomene die Metaendorphine

ausschütten werden und auch das Kapillarsystem erhitzen. Der Organismus entwickelt dadurch Wärme. *„Es wird einem warm ums Herz dann spürt man die Naturliebe“* (Petzold/7/41). Seine These ist, dass es beim Erleben von naturästhetischen Momenten zu einer Oxytocin-Ausschüttung kommt und die Depressiven sogar ihre Blumen, Gärten und Landschaften lieben können. Liebesgefühle sind damit nicht nur auf Tiere gerichtet und/ oder beschränkt, sondern können auch bei Pflanzen erlebt werden. So kann die Introzeptionen stärker bewusstwerden und sich der Körper mit der Liebe zur Natur sowie auch zur eigenen Natur befüllen.

4.2.5 Psychoedukation

Psychoedukation erfolgt in der Gartentherapie durch Wissensvermittlung. Diese wird über Pflanzen, Gartenbau und im Bereich der Ernährung vermittelt.

Wissensvermittlung

Auf der Ebene der Wissensvermittlung soll Gartentherapie neben Liebe zur Natur auch das Naturwissen über Sinnessysteme, über Atmungssysteme und Anbau und Pflege von Pflanzen und damit auch über Fürsorge und Selbstfürsorge vermittelt werden, um den Mensch klar zu machen, dass Menschen die Natur brauchen.

„Stadtkinder haben eine Geschichte der Entfremdung von Natur, daher ist es „besonders wichtig, dass die Psychotherapie mit der Gartentherapie verbunden wird“ (Petzold/6/23).

Auch die Ausbildung für angehende Gartentherapeuten/innen soll im Wald, an einem See mit vielen Outdoor-Erfahrungen und nicht im Sitzen mit akademischem Niveau verfolgen. Damit Gartentherapie und Psychotherapie verbunden ist und nicht zwei Bereiche bleiben, wird empfohlen, Gartentherapie bereits im Rahmen der Ausbildung für Psychotherapie zu integrieren.

Ernährung

Als wesentlichen Teil ist die Aufklärung in Hinblick auf den Zuckerkonsum, den geringen Vitamin D3- und Omega 3–Spiegel bei der Behandlung von rezidivierenden Depressionen in der Gartentherapie zu sehen. Das Ziel ist Bewusstsein zu schaffen um den Zuckerkonsum zu reduzieren, und für Alternativen zu sensibilisieren wie z. B. Stevia. Dies kann zu Demonstrationszwecken auch angebaut werden, meint ein Experte. Genauso soll das Ökologiebewusstsein erhöht werden und fehlende Vitamine substitutiv erhöht werden. Zur Förderung des Kräuterwissens wird empfohlen, dass Gemüse und auch Kräuter zum Kosten und Kennenlernen angebaut werden. Frische Nahrungsmittel wie Gemüse und Kräuter müssen durch Fastfood ersetzt werden, um Emotionen zu stabilisieren. Diese Arbeit trägt wesentlich zur Bewusstwerdung und damit zur Ernährungsumstellung bei. Denn Junk-food fördert das Krebs-, Diabetes- und das Depressionsrisiko wesentlich.

Hilfsmittel: Hand-out

Ein Experte empfiehlt ein Hand-out für Depressive, welches zur Verfügung gestellt werden soll, um auch zu Hause nachlesen zu können bzw. zur Unterstützung.

4.2.6 Solidarität und Einbezogen sein

Ein Teil eines großen Ganzen zu sein, eines „sozialen Atoms“ (2/4/26) ist für die Gesundheit als „*Bio-psycho-soziales und ökologisches Wesen*“ (2/3/17) wesentlich. Eingebunden sein, Gruppen zu initiieren und sie mitzugestalten, tragen zur Gesundung von Menschen mit rezidivierenden Depressionen wesentlich bei.

Initiierung von Selbsthilfegruppen

Depressiven fällt es schwer Unterstützung anzunehmen. Selbsthilfegruppen sind daher ein erster wichtiger Schritt zur Veränderung, da diese niederschwellig durch Betroffene ins Leben gerufen wurden. Für Initiatoren/innen eines Projektes der Gartentherapie empfiehlt einer der Experten, dass eine Anbahnung zur städtischen

Gartenbaubehörde oder zum Gartenbauamt erfolgen sollte. Dieser vorhandene Kontakt ermöglicht den Depressiven über die Gartentherapiegruppe hinaus das gartentherapeutische Arbeiten in ihr Leben zu bringen und weiterhin mit anderen Menschen dies zu teilen. Sinnvoll sind neben dem guten Kontakt zu Ämtern auch die Möglichkeit Praktikumsplätze anzubieten. Er empfiehlt dabei auf das Wording der Anbahnung zu achten. Denn Menschen mit Ängsten und Stigmatisierung wie Borderline-Persönlichkeiten erzeugen Ängste bei anderen Menschen. Bei Depressiven besteht jedoch keine Gefahr, denn diese sind gut behandelbar und gut handhabbar. Damit bestehen reelle Chancen Kontakte zu knüpfen.

Mit-Gestaltung

Gartentherapie setzt wie Psychotherapie eine Freiwilligkeit voraus und wird als Einladung verstanden. Hat sich der /die Patienten/innen sich für das Mitgestalten entschieden, dann können folgende Interventionen bzw. Aufgaben gewählt werden, welche bei der Veränderung des Lebensstils in Betracht gezogen werden können.

- Mitsprache bei der Aufgabenverteilung
- Mitsprache bei der gärtnerischen Planung
- Mitsprache beim Ausführen von Aufgaben

Aspekte der Gartentherapie setzten dabei auf folgende Punkte.

- Bei den Erfahrungen der Depressiven aus Gärten der Eltern oder Großeltern
- Beim Herstellen von Begegnungen durch gemeinsame Planungen und Gestaltungen
- Beziehungen bilden durch Aufgabenallianzen
- Entscheidungen treffen (Will ich mitmachen, oder chillen? Was will ich tun?)
- Delegieren lernen
- Anleitungen zu Aufgaben verstehen lernen

Alle diese Handlungen sind „*selbstwirksame Momente*“ (2/5/4). Dabei geht es um „*Körperlichkeit, das empowerd und sich selbstwirksam erleben lässt*“ (2/3/17). Es sollte ein „*Spürbewusstsein und ein Zugang zu sich selbst*“ (2/5/19) aufgebaut werden.

4.2.7 Resonanzen - innere Bilder und äußere Realität

Die Arbeit mit Metaphern kommt aus der Psychotherapie. Mögliche innere Bilder dienen als Intervention, gedanklich die Realitäten im Außen zu gestalten. Begonnen werden kann mit dem Aussähen. Die Arbeit wird mit persönlichen Bedeutungen der Patienten/innen angereichert. Das Keimen bringt Themen aus dem Unbewussten ins Bewusstsein. Diese können mit persönlichen Gedanken verbunden werden. Dahinter stehen die Fragen: „*Was will da eigentlich entdeckt werden? Was will da keimen?*“ (2/6/23) Dabei sollen Gefühle im Vordergrund dieser Arbeit stehen und nicht die Begrifflichkeiten. An Hand des Beispiels des Radieschens sähen wird deutlich, dass es nicht um die Arbeit als solches geht. Der Focus richtet sich im besten Fall mehr auf die Herzblätter anstatt auf die Radieschen selbst. Themen wie glücklich sein können in den Herzblättchen entdeckt und erkannt werden. Pflanzen sind damit Sinnbilder oder Metaphern und zeigen das Leben.

4.2.8 Arbeiten mit Biografien

Zwei der Experten geben an, dass die Biografiearbeit aus psychotherapeutischer Sicht wichtig ist. Einer von diesen Experten stellt aber die geringe Untersuchung dazu fest. Prinzipiell ist Biografiearbeit bei der Behandlung von Menschen mit rezidivierenden Depressionen ein wichtiger Faktor. Die tiefenpsychologische Hypothese benennt die Wichtigkeit der Einsicht in die Biografie eines Menschen. Jedoch kommen mit den alten Erinnerungen auch die depressiven Momente eines Menschen hoch. Diese sind vom Biografieverlauf abhängig. Biografiearbeit ist damit nicht nur im Bereich der Gerontotherapie sehr umstritten, sondern ganz besonders in der Arbeit mit schweren Krankheiten wie rezidivierenden Depressionen.

Aktivierung von Potenzialen und Ressourcen

Aktivierung von Negativität wie im tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Paradigma, ist eindeutig schädigend, da die positive Vergangenheit nicht aktiviert wird.

Ziel wäre in der Arbeit mit Biografien Potenziale und Ressourcen zu aktivieren und damit die sogenannten protektiven Faktoren zu fördern. Salutogenetisches Herangehen in der Gartentherapie wird dabei propagiert.

Die Negativfaktoren welche einhergehen mit den Positivfaktoren müssen in diesem Prozess verarbeitet werden. Dabei ist eine genaue Analyse der Faktoren welche tatsächlich hilfreich sind und unter welchen Bedingungen erforderlich.

Konzept der Biografiearbeit

Dabei nennt einer der Experten, dass ein vernünftiges Konzept von Biografiearbeit hilfreich wäre, und empfiehlt das Konzept von Siegel. Er nennt dabei den Aufsatz Intersubjektive konnektivierende Hermeneutik Ausgabe 19/2017f als Quelle.

4.2.9 Übungszentriertes Arbeiten

Auch die Gartentherapie kann auf die Forschungen des Imitationslernens nach Albert Bandura oder dem Konzept des Stellvertretenden Lernens von Lew Semjonowitsch Wygotski zurückgreifen. Enthusiasmus, etwas mit Liebe oder mit Freude vormachen bietet positive Effekte welche sich auf die Depressiven übertragen. Diese erfahren dabei den „*Effekt der emotionalen Ansteckungen nach Elaine Hatfield*“ (Petzold/16/40).

Dieser Experte nimmt vom Konzept der Spiegelneuronen Abstand, da diese wenig untersucht sind und sich nur auf die Empathie und die motorische Synchronisation der Mimik beziehen. Er nennt Untersuchungen und Publikationen wie „*Niemand riecht so gut wie du von Hanns Hat und Regine Dee*“ (Petzold/17/10) oder „*the cement we between us von Thrity Umrigar*“ (Petzold/17/20), welche die Physiologien und deren Geruch von Paaren in Zusammenhang mit der Interaktionsforschung untersucht

haben. Da Spiegelneuronen nicht über Stellvertretungen arbeiten, sondern mehr über Synchronisation kann es auch in diesem Zusammenhang zu Misserfolgen kommen. Denn riechen können stellt einen wesentlichen Faktor im Gelingen eines Empowerments in der Gartentherapie dar. Stellvertretende Erfahrungen werden damit als Benefit betrachtet, sobald das Modell, also der/die Gartentherapeut/in erfolgreich ist und dieser genießen kann sowie Ähnlichkeiten mit dem/der Depressiven hat.

Wiederholen, üben, üben, üben

Die tetradische Spirale geht vom Wahrnehmen aus, was mache ich da? Erkennen, verstehen erklären und handeln. Wie verändert das möglicherweise mein Denken und mein Handeln, und führt dann zur nächsten Spirale, wenn ich das weiter fortsetzen möchte. Was, oder welche Samen sind da gezählt worden, oder welche Gedanken gedacht oder verändert worden, wie hat sich das weiterentwickelt, war das eine Bestätigung oder durften sich diese sprachlichen gedanklichen Überzeugungen in Anpassung an die heutigen Verhältnisse, die persönlichen Verhältnisse, das ist der Hintergrund den man als Therapeut hat. Die Aufgabe, wie durfte sich dies verändern (2/6/38f)?

Ein Experte nennt das Wiederholen und das Üben als wichtige Interventionen in der Gartentherapie. Wiederholungen sollten wenigstens drei Mal angesetzt werden. Jedoch können es auch 22 Wiederholungen sein, um zu sehen, wenn die Depressiven z.B. pikieren, oder Pflanzen schneiden, ob sich ihre Überzeugung verändern. Zu überprüfen gilt, ob sich eine Veränderung bereits nach Abschluss der Sequenz oder erst nach dem 22. mal verändert hat.

4.2.10 Arbeiten mit mentalen Repräsentationen

Selbstbewertung ist auch ein Thema in der Gartentherapie und kann mit bestimmten Aufgaben verbunden werden wobei eine Reflexion von sprachlichen Überzeugungen dabei notwendig ist.

Reflexion von sprachlichen Überzeugungen

Ein Experte bezieht sich konkret auf das Konzept der sprachlichen Überzeugungen von Bandura aus 1968 und erklärt, dass diese für gemeinsame Kollektive und mentale Repräsentationen bekannt sei. In diesem Zusammenhang befasst sich die

Identitätstherapie mit Begriffen wie, Fremdattributionen, Selbstattributionen, kognitiven Bewertungen der positiven und negativen kognitiven Fremdattributionen. Emotionale Bewertungen der Fremdattributionen können genauso positiv wie negativ sein.

Fremdinstruktionen sind zunächst Fremdattributionen und werden von außen angenommen und gegen sich selbst gerichtet und so interiorisiert. Der Experte nimmt damit Abstand vom Begriff der Internalisierung und betont, dass es sich tatsächlich um eine Interiorisierung handle.

Eine positive Fremdattribution bedeutet, dass *„dir gesagt wurde, dass du das kannst und dann kommst du in eine schwierige Situation, in der du alleine bist, und kannst dir sagen, dass du das kannst“*(Petzold/16/20). Zum weiteren Nachlesen werden die *„Aufsätze Petzold & Orth 2017a+b“* (Petzold/16/22) genannt.

Im Gegensatz dazu sind negative Fremdattributionen: *„...komm gib mir den Hammer her, das kann ich ja gar nicht sehen...“* (Petzold/16/15). Nach diesen negativen Erfahrungen greifen Menschen irgendwann nicht mehr zum Hammer. Darüber hinaus wurde in diesem Interview auch die *„Sapir-Whorf-Hypothese von Edward Sapir und Benjamin Whorf“* (Petzold/1/24) genannt, die eine Besonderheit der Linguistik darstellt und der zufolge die Sprache das Denken formt. Der Experte greift auch auf Quellen wie Lew Semjonowitsch Wygotski und Alexander Romanowitsch Lurija in diesem Zusammenhang zurück, die seine These bestätigen. Er hätte daran fest, dass Reden und die Reflexion der sprachlichen Überzeugungen auch in der Gartentherapie sinnvoll erscheinen, selbst wenn anderen Experten einer konträren Meinung sind und das Reden zur Psychotherapie zählen.

4.2.11 Arbeiten mit Emotionen

Spaziergänge lassen Gespräch über das Wetter als Metapher zu und können mit aktuellen Empfindungen verbunden werden. Das Wetter oder das Berühren einzelner Pflanzen stößt Gefühle in einem an und ermöglicht einen emotionalen Ausdruck. Selbst Aggressionsausbrüche bei dem der Spaten gegen den Baum geschlagen wird haben im Garten Platz und können so ausgedrückt werden. All dies wird in den Interviews als Gesprächsangebot verstanden, um über Befindlichkeiten, Gefühle und Emotionen, zu sprechen.

Die Frage: „Ob die Pflanzen etwas angestellt hätte?“ (1/7/19) dient als Einleitung in so manchem Gespräch so ein Experte. Der Garten und die Pflanzen haben einen „Aufforderungscharakter für Aufgestautes“ (1/7/16).

Dagegen versteht ein Experte unter einer besonderen Stille, den Wunsch auf sein Befinden angesprochen zu werden. Stille Sparziergänge oder Sequenz haben in der Gartentherapie genauso einen Platz, ohne dass ständig etwas definierter oder gefördert werden muss.

Regulierung von Gefühlen

Als Hauptarbeit mit Depressiven in Verbindung mit dem Konzept Empowerment werden in allen Interviews das Erkennen und die Regulierung von Gefühlen genannt. Dabei ist das Führen der Gefühle durch erkennen, lenken und dem Verlangsamten des Emotionsflusses elementar zu erlernen.

Denkprozesse

Regulierung von Gefühlen und Emotionen setzt auch eine kognitive Versprachlichung voraus. Dies bedeutet, die Wahrnehmung einer Situation und den Umgang damit zu verändern und in Sprache zu bringen. Herauszufinden ob es ein schwaches Gefühl oder ein starkes Gefühl oder ob es unangenehm ist. Das ist die kognitive Bewertung, fachsprachlich nennt sich diese Leistung „*appraisal*“ (Petzold, 22/12). Dagegen wird die emotionale Ausrichtung „*valuation*“ (Petzold/22/13) genannt! Value ist für die Regulation von Emotionen sowie für die Bewertung der Wahrnehmung wesentlich. Wenn es positiv ist wird die Wahrnehmung darauf gerichtet. Aufmerksamkeit soll gelenkt werden um zu erkennen ob es einen aufrichtet oder bedrückt. Damit kann Wahrnehmung auch bedrückend sein. Denkprozesse spielen damit bei der Regulierung von Emotionen auch im gartentherapeutischen Setting eine wichtige Rolle.

4.2.12 Arbeiten mit der Pflanze als Symbol in der Netzwerkarbeit

Im besten Fall sind Netzwerke konstruktiv, aufbauend, kommunikations- und Empathie reich und lassen eine gute Netzwerkarbeit zu. Bei rezidivierenden Depressionen sind sie jedoch meist Empathie arm oder zeigen negative Empathie, die dunkle Seite der Empathie, wie Betrug oder Folter. *„Netzwerke sind damit nicht per se gut“* (Petzold/5/40).

Daher ist eine gute Netzwerkarbeit, durch die Arbeit mit dem sozialen Atom unabhängig vom Setting erforderlich. Mittels Pflanzen als Symbol kann das System sichtbar gemacht werden. Ein Experte nennt auch *„das Pflanzen von Gruppen als Netzwerkarbeit, als eine mögliche Intervention“* (2/4/10).

In den Interviews wurden folgende nützliche Fragen genannt:

- Was gab es für Netzwerke? Welche Netzwerke gibt es noch?
- Sind es benigne Netzwerke, d.h. mit positiven Ressourcen oder sind es Netzwerke mit viel Stress? (5/5/11)

Daher muss auch die Gartentherapie bei der Behandlung von rezidivierenden Depressionen, den offenen Raum des Gartens nutzen und neue Netzwerke eröffnen und begründen.

4.3 Kriterien der Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting

Die Ergebnisse dieser Studie legen eine Reihe von Faktoren in Hinblick auf die Kriterien nahe und diese können wie folgt eingeteilt werden. Als Kriterien können folgende Punkte und deren Unterpunkte im ambulant psychiatrischen Setting genannt werden.

- Rahmenbedingungen - Setting
- Methodisches Setting
- Bildung von neuen Beziehungen
- Der/die Gartentherapeuten/in
- Phänomenale Kriterien

- Handlungsergebnisse
- Erfolgserlebnisse
- Zurück ins Leben

4.3.1 Rahmenbedingungen - Setting

Der Ort des Geschehens, nämlich der Therapiegarten als Therapieraum selbst, also ein offenes Labor um sich auszuprobieren, die Dauer und die Frequenz sowie die Möglichkeit Hinauszugehen sind strukturierende Bedingungen und damit Rahmenbedingungen der Gartentherapie.

Der Garten als offenes Labor

Im klinischen Setting geht es um das Erkennen von Kognition und von Stimmungslagen. Der Garten ist dabei so viel mehr. Der Garten wird von einem der Experten als ein offenes Labor bezeichnet, da ein ständiger Wechsel von Menschen stattfindet. Damit ist dieser für alle Menschen der Öffentlichkeit, wie Rettungsfahrer, Ärzte, Angehörigen oder auch von privaten Personen, welche die Fläche zum Picknick nutzen, offen. Das Offenhalten des Gartens erzeugt eine Gemeinschaft, die sonst so nie entstehen würde.

„Durch gießen und Mitarbeit wird Freude aktiviert und eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit erlebt“ (1/5/7). Dieser Experte empfiehlt, dass Psycho- und Ergotherapeuten/innen als Zeichen dieser Offenheit in diesen Garten eingeladen werden sollten.

Hinausgehen

Das Hinausgehen wird von den Experten einheitlich als das wichtigste Kriterium festgelegt und gleichzeitig auch als Intervention genannt. Die Intervention ist einerseits das Problemfeld zu verlassen und andererseits die Depressiven zu motivieren durch das Hinausgehen zu Neuem anzuregen sowie das stagnierte Innere zu bewegen.

„... wenn ich in einen andern Raum gehe, verändert sich mein Gehirn...“ (Petzold/4/34).

„Draußen kommen Angebote und es lockert sich so viel, man sieht auch wie die Leute draußen aufeinander zugehen, die nichts miteinander zu tun haben wollen, weil sie sonst nur bedürftig sind und nicht funktionieren“ (1/3/24).

Diese ökopsychosomatische Reaktion wird durch die Kontextveränderung ausgelöst, welche durchaus zu einer dauerhaften Lebensstilveränderung führt.

Einer der Experten vergleicht das institutionelle Setting und die Kriterien der Psychiatrie mit Tierschutzkriterien. *„Wären hier Tiere, würde, es bereits einen Aufschrei der EU geben“ (1/3/7).* Der Experte empfiehlt sogar das Hinausgehen als erforderliches Setting zu forcieren. Damit ist Hinausgehen ein elementares Kriterium.

Therapiegarten

„Garten bietet viel Freiheit, es soll ein Raum geboten werden, wo das möglich ist, sich zu reiben, sich zu begegnen und auch zu sein“ (1/3/31).

Damit die Nachhaltigkeit der gartentherapeutischen Einheit gewährleistet wird, sollten ein paar Arbeitsplätze vorhanden sein und die Möglichkeit bestehen, ein selbstständiges Arbeiten außerhalb der Gartentherapie zu ermöglichen.

Sinnvollerweise wird empfohlen, dass mindestens eine verantwortliche Person zur Ansprache in diesen Zeiten anwesend ist.

Diese Teile eines Therapiegartens auf einem schönen Grundstück werden als optimal betrachtet.

- Ein Lustgarten, in dem Freude entwickelt werden kann
- ein Bauerngärtchen mit kreativen und schönen Elementen
- ein Arbeitsgarten zum Holzhacken oder andere schwere Arbeiten oder auch einige Kraftgeräte
- eine Ruderalfläche, welche verwildert bleibt, bei der man das Wilde wuchern sehen kann
- eine Meditationsecke
- eine Laube zum Sitzen und genießen lernen.

Der Therapiegarten sollte jedoch weder im Eingangsbereich noch im hintersten Bereich sein. Als sinnvoll wird erachtet, das Projekt in eine Garteninitiative z. B. wie die Prinzessinnengärten in Berlin, Schrebergarteninitiativen oder Gemeinschaftsgärten über das städtische Gartenamt einzubinden, damit es in eine grüne Gemeinschaft eingebettet ist.

Dauer und Frequenz

Gartentherapie im Rahmen eines Psychiatrieaufenthaltes bei einer Aufenthaltsdauer von drei Monaten kann den Experten nach nur ein Anstoß für eine Veränderung des depressiven Lebensstils sein, da im Anschluss meistens die Verbindung zur Gartentherapie abbricht. Damit die Verbindung zum gesunden Lebensstil nicht abbricht, wird im ambulant psychiatrischen Setting die Frequenz von ein bis zwei Mal die Woche und die Dauer der Einheit für zwei bis drei Stunden empfohlen.

4.3.2 Methodisches Setting

Der depressive Leib und die Psychophysiologie der Depression erfordern im Rahmen eines Bündels von Maßnahmen viele verschiedene Maßnahmen.

- eine medikamentöse Behandlung
- eine personalisierte Psychotherapie mit störungsspezifischen Ansätzen, welche systemisch orientiert ist und neue verhaltenstherapeutische Ansätze der dritten Welle innehat. Dabei werden dagegen tiefenpsychologische oder humanistische Therapien ausgeschlossen. Vor allen anderen Psychotherapien wird der Integrative Ansatz mehrfach genannt oder die Systemische Psychotherapie.
- Leiborientierte Psychotherapien
- eine psychophysische Ausdauertherapie, wie die Runningtherapie. Diese wurde in Amsterdam untersucht. Hohe Effekte zeigen sich bei diesem speziellen Laufen, genauso wie bei Nordin Walking.
- Green Prescriptions, das sind Verschreibungen der Krankenkassen in Neuseeland welche Aktivitäten in der Landschaft, wie täglicher Sport verschreiben

- Green-Powertraining wie z.B. Holzhacken, das Umgraben von Feldern oder Waldarbeit.

Das bedeutet, dass *„die Gartentherapie damit nicht ausreicht, da kein kardiovaskulären oder pulmologische Ausdauertrainings dabei ist.“* (Petzold/10/39)

Das Bündel der Maßnahmen setzt sich als Ziel in der Behandlung von rezidivierenden Depressionen, eine sogenannte Lebensstilveränderung zu erwirken. Gartentherapie als naturtherapeutische Methode ist ein Teil des großen Ganzen und soll Menschen mit diesem Leiden für das Aktivsein z. B. beim Alpenverein mitwandern, empowern.

4.3.3 Bildung von neuen Beziehungen

Das Vorgehen in der Integrativen Gartentherapie wird individuell auf die/den Depressive/n abgestimmt und steht nicht unter dem Motto des Empowerment. Sie hat jedoch Konzepte wie Resonanz, Sympathie, Gegenübertragung des/der Gartentherapeuten/in und arbeitet mit dem was am Anfang das Wichtigste ist. Konzepte wie Kontaktaufnahme, Begegnung und Beziehung werden in diesem Zusammenhang auch im Kontext des Gartens verwendet. In zwei der Interviews wurden Verweise auf die Konzepte der Integrativen Therapie gemacht.

Einzel- und/oder Gruppengartentherapie

Anfänglich sind Gruppen meist angstbesetzt, die eigenen Gefühle abgespalten und das Halten der Aufmerksamkeit im Garten stellt sich bereits im Einzelsetting als schwierig für Depressive dar. Aus diesem Grund empfiehlt einer der Experten zwei bis drei Einheiten im Einzelsetting zu absolvieren, denn so kann die Interiorisierung, also die Verinnerlichung besser verändert werden. Er propagiert nach den ersten Einheiten der Dyade das Gruppensetting in der Gruppengröße von maximal sechs Personen.

Ein anderer Experte meint, dass es am Anfang eine Einstiegsrunde, ein gemeinsames Zusammensitzen bei dem die unterschiedlichen Stadien der teilnehmenden Menschen sichtbar werden erfolgt. Beachtung wird vor allem jenen geschenkt, die am stillsten sind und diese am stärksten zu kommentieren wären. Sichtbar wird dabei die

eingeschränkte Wahrnehmung von sich selbst. Das auf sich beziehen wird in der Gartentherapiegruppen unter den Patienten/innen besonders gefördert. Das Wahrnehmen des schlecht fühlen des anderen, dass es einem zu laut oder zu wild ist, dies sind wichtige Aspekte, wie gemeinsam ruhig sein. Das Eingehen auf dem anderen und gemeinsamen Gehen bzw. in einer Runde sitzen sind dabei einige Punkte die zu nennen sind. Eine Einheit ist somit ein Angebot für Beziehungen. Durch ständigen Wechsel in der Gruppe kommen alle mit allen in Kontakt. Das wird von den Experten als Moment der Selbstwirksamkeit gesehen, da aus Erfahrung die Menschen nicht mit allen in Beziehung treten würden. Durch gemeinsame Aktivitäten und Aufgaben ergeben sich gemeinsame Ziele und dies fördert die Kommunikation und stärkt die Kontaktfähigkeit. Dies hebt den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit und ermutigt wiederholt etwas gemeinsam zu tun. Das Plus ist das Kümmern um Pflanzen, denn dies ist genauso ein Muss, da diese abhängig sind. Werden sie nicht gegossen, dann vertrocknen sie ein. Ein Experte nennt dies als ein wichtiges Thema. Das ist eine metaphorische Ebene des Gartens für die eigene Selbstfürsorge, ein Teil des Selbstwertes.

„Das Gießen des Gartens suggeriert sich selbst etwas Gutes zu tun“ (1/4/31). Über diese Metaphern hinaus gibt es noch viele andere, wie z.B. „Die Starken gewinnen. ...nicht nur die starken Sämlinge, sondern auch die zwanzig Schwachen werden genommen, welche genauso einen Platz bekommen...“ (1/5/1). Damit wird der Garten eine Art reale Ebene und der Garten zum Identitätsobjekt.

Jedoch wird keines der beiden Settingformen bevorzugt, denn sie haben beide ihre Qualitäten. Die Entscheidung obliegt dem/der Gartentherapeuten/in und je Entschieden wird nach Belieben des/der Depressiven.

Angebote können im Einzel- und im Gruppensetting erfolgen und selbst in der Gruppe kann immer wieder auch im Einzelnen gearbeitet werden, bzw. im Anschluss einer Gruppe Gespräche von einer halben Stunde angeschlossen werden.

Einzig und alleine die Diagnostik der Gruppenschädigung wäre zu erkennen und auf diese einzugehen. Erheblich dabei ist auch das Konzept der Gruppendynamik und der Erfahrung des/der Gartentherapeuten/in mit und in Gruppen.

Auch wenn keine Settingform bevorzugt wird, gibt es Unterschiede, ob man in der Gruppe oder alleine hinausgeht. Unterschiede sind in der Offenheit zu erkennen, denn im Einzelgespräch wird sehr schnell die eigene Geschichte erzählt. Ein Experte meint, dass es tatsächlich nicht erforderlich ist, Tag ein Tag draußen zu sein. Erforderlich ist jedoch eine Schwerpunktsetzung, denn im Winter besteht die Möglichkeit zur Aufrechterhaltung des Themas durch das Ansehen von Pflanzenbüchern und Fotos. Der Austausch in der Gruppe weckt die eigenen Erfahrungen und forciert über Gemeinsames zu sprechen. Auch das Vermehren von Pflanzen ermöglicht Beziehung, da Geschenke für die Familie oder andere interessierte Leute gemacht werden und dies ein weiterer sozialer Aspekt der Gartentherapie ist. Damit wird der Garten wie ein sozialer Handelsplatz gesehen.

Damit setzt die Gartentherapie, im Einzelnen wie in Gruppen auf „*salutogenetische Faktoren, auf Ressourcenaktivierung und arbeitet lösungsorientiert*“ (Petzold/12/14)

Das Prinzip von Gruppe

Das Konzept der Gruppenführung ist ein weiteres Kriterium. Einer der Experten empfiehlt das „*schindlerische Rangordnungssystem... , ... die österr. Sonderform...*“ (Petzold/9/15) und grenzt sich von den alten Gruppendynamiken ab.

Ein anderer Experte plädiert ebenso für eine gut elaborierte Gruppentheorie und nennt jene von „...*Petzold, Schneewind & Frühmann...*“ (2/5/27), welche diagnostisch und methodisch gut elaboriert ist. Als Gartentherapeut/in gilt zu wissen, welche Faktoren in Gruppen wirken und welche kollektiven mentalen Repräsentationen wirken. Kollektive mentale Repräsentationen sind die Gemeinsamkeiten auf der kognitiven, emotionalen und volitiven gemeinsamen Ebene. Gibt es nicht genügend gemeinsame Kognitionen ist bei der weiteren Vorgehensweise zu sehen, ob genügend gemeinsame Emotionen zu erheben sind, da rezidierte Depressive sich meist vernachlässigt fühlen. Genauso sind die kollektiven Volitionen zu erheben. Diese können sein: „*Ausländer raus, ... wir schaffen das, ... wir machen das zusammen.*“ (2/5/35).

Ein gutes gemeinsames Wollen und der Fokus auf das Positive und die guten Teile der Lebensgeschichte sind dabei in der Arbeit relevant und zu stärken. Dies gilt auch für die Erlebnisse im Garten und die meist positiven Naturerlebnisse. Zwei der

Experten setzen auch auf ein wohlwollendes Klima der Angrenzung, des Austauschs, der wechselseitigen Ermutigung und damit auf ein Klima der Konvivialität.

Im Fokus stehen die Personen mit ähnlich gelagerten Erfahrungen und Problemen. Das Credo heißt, „*einbezogen sein*“ (5/3/22). „*Der/ die Gartentherapeut/in steht nicht im Mittelpunkt und so kann eine sogenannte Solidaritätserfahrung*“, (2/4/23) wie in der Integrativen Therapie beschrieben, durch die Teilnehmer/innen erlebbar und gefördert werden. Die Erfahrung des alleine Seins, ist durch Beziehung mit anderen Gleichgesinnten zu ersetzen. Positive wiederholende Gruppenerfahrungen können zur Gesundung beitragen. Wenn die Gruppe sich vom Gartentherapeuten/in unabhängig gemacht hat, kann sie sogar ohne Anleitung arbeiten. Dies kann andere Gespräche ermöglichen als mit dem/der Gartentherapeuten/in und zu einem erweiterten Empowerment führen.

Nicht empfohlen wird, ein Publikum, das nur aus rezidivierenden Depressionen besteht. Ein Spektrum in dem unterschiedlichen Menschen geholfen wird, wäre optimal und nicht so schwierig zu behandeln. Demnach sollen die Gruppen in der Gartentherapie unterschiedliche Diagnosen und Altersstufen integrieren. Dadurch kann Referenz genommen und erkannt werden, dass die eigene Situation im Vergleich zu anderen besser ist. Denn die Gefahr dabei ist, dass sich die Depressiven am Negativen anstecken könnten.

Für die Gartentherapiegruppe ist ein einfacher Zugang wichtig um beim praktischen Tun die Selbstwertgewinnung durch Unterstützung von anderen und umgekehrt als Unterstützer zu fördern. Im Hinterkopf ist der Satz wichtig, dass die Gruppe nur so stark oder so schwach wie das schwächste Glied in der Gruppe ist, so die Experten.

Am Ende einer Einheit durch Reflexion ist zu klären, wie die gärtnerische Tätigkeit die Befindlichkeit beeinflusst hat. Durch die Reflexion im Gruppengeschehen können sogar Solidaritätserfahrung gemacht werden und das Gefühl generier werden, nicht alleine zu sein und zu erkennen, dass alle etwas Gutes abgeliefert haben.

Unabhängig vom Gruppengeschehen wird das Vermeiden von einschlägigen Chats oder Facebook, da die modernen Medien gerade diese Patienten/innengruppe runterziehen, als Erfordernis für Gesundung kommuniziert. Im realen Leben soll auf

mehr Vielfalt und Buntes gesetzt werden, damit neue Zukunftsaussichten gestaltbar werden und das Rezidivierende beendet wird.

Die Gartengruppe setzt in der Zukunftsarbeit auf das Bearbeiten eines Stück Garten welches gestaltet wird und darüber hinaus auch auf Arbeiten wie.

- Wege nachziehen
- neue Wege machen
- üblichen Pflegemaßnahmen bei Pflanzen
- und Gespräche darüber.

Damit ist der Blick auf die gemeinsamen Netzwerkerfahrungen elementar und ein Kriterium in der Gartentherapie. Bei einem klinischen Setting ist der Aufenthalt begrenzt, da dieser endet. Das Fortführen der positiven Erfahrungen wird an dieser Stelle im klinischen Setting stark kritisiert und als positives Faktum in einem ambulant psychiatrischen Setting gesehen. Netzwerke sollen in allen therapeutischen Beziehungen gefördert werden und damit auch in der Gartentherapie. In einem der Interviews wurde es als „umgruppen oder umgetopften“ (2/16/32) bezeichnet.

Team

Durch die vielen Aufgaben in der Gartentherapie wird in den Interviews ein Teamgefüge empfohlen. Einerseits bei Abwesenheiten des/der Gartentherapeut/in und andererseits beim Wechsel der Patienten/innen einer Psychiatrie. Das Team stellt eine stabilisierende Instanz für zurückkommende Patient/innen dar. Beim Zurückkommen werden diese positiv bewertet, da bereits Vertrautheit bei einem anderen Aufenthalt aufgebaut wurde. Einer der Experten spricht von einer „gemeinsamen Geschichte“ (1/1/30). Diese Einbindung stellt einen Baustein auf dem Weg zur Stabilität dar und gilt als Moment „zur Selbstwertförderung“ (1/5/20).

Beziehung zum/r Gartentherapeutin

Der Dreischritt der Integrativen Therapie mit Kontakt, Begegnung und Beziehung wird von zwei der Experten auch an dieser Stelle als hervorragendes Konzept genannt. Beziehung ist ein Produkt aus vielen Begegnungen welche nicht täglich stattfinden müssen. Beziehung wirkt über die tatsächliche Zeit des Zusammenseins hinaus. Dies ist ein wesentlicher Moment in Beziehung, denn sie wirkt auch, wenn man sich nicht sieht, wenn diese verankert wurde. Das Herstellen der Beziehung zum/r Gartentherapeuten/ in kann über das Medium Garten und Pflanzen erfolgen und wirkt mit den Aspekten gesehen und gehört zu werden. Sind diese Aspekte vorhanden und wird dies wiederholt erlebt, fördert dies das Beziehungsgeschehen und Begegnung auf Augenhöhe. *„Etwas Aushandeln lernen ist nicht immer konfliktfrei, kann aber gut beim gemeinsamen Benutzen des Gartens, beim Blumen Abschneiden oder beim Tulpen Abreißen“* (2/17/15) usw. gelernt werden.

4.3.4 Der/ Die Gartentherapeut/in

Der/ Die Gartentherapeut/in zeichnet sich neben der Qualifikation und der Haltung auch durch die eigene Selbstfürsorge und die eigene Motivation aus. Die gute Passung generiert sich aus dem heraus und ist kaum veränderbar.

Qualifikation und Haltung der Gartentherapeuten/innen

Gemäß den Experteninterviews sollte die behandelnde Person eine Kombination an Ausbildungen als Psychotherapeut/in und auch als qualifizierte/r Gartentherapeut/in, aber nicht als Beschäftigungs- oder Arbeitstherapeuten/in haben.

In Österreich gibt es die Ausbildung zum/zur Akad. Gartentherapeuten/in der Donau-Universität Krems und in Deutschland die Zusatzqualifikation für Psychotherapeuten/innen am EAG/FPI in Hückeswagen oder der IGT in Berlin.

„Psychotherapie orientiert sich an Schulen und dessen Konzepten, dagegen orientiert sich Gartentherapie an den Effekten des Gartens“ so ein Experte (4/1/5)

Ein/e Gartentherapeut/in sollte den Experten nach ein positiver, naturfreundlicher, natur- und menschenliebender Mensch sein. Diese Person muss einerseits die eigenen Leistungsgrenzen kennen darf aber Depressive auch nicht überfordern. Diese Person sollte den Depressiven Vertrauen schenken und ein offenes Herz am rechten Fleck haben. Durch Authentizität mit Maas lässt der/die Gartentherapeuten/ in attribuieren und zu einem Menschen werden, der zu den guten und netten Leuten zählt, und damit zu einem inneren Beistand wird und so ein generalisierter guter Anderer wird. Einer der Experten nennt an dieser Stelle „George Arremet...mit ...generell least other“ (Petzold/10/40)

Selbstfürsorge des/der Gartentherapeut/in

Auch in der Gartentherapie ist die fachliche Kompetenz in der Arbeit mit Patienten/innen dieser Gruppe unerlässlich um einen guten Draht zu bekommen. Eigene Grenzen und Kontaktmöglichkeiten sind zu reflektieren, sowie das Gelingen der Arbeit nicht von den eigenen Kompetenzen abhängig zu machen.

Auf Selbstfürsorge in der Menge und Länge der Kontakte und Begegnungen sowie auf einen guten Abstand ist zu achten.

Bei der Arbeit mit dieser Gruppe sind essenzielle Fähigkeiten wie der Gegenübertragung des Gartentherapeuten/in gefragt. Dieser muss jedoch in der Lage sein, nur soweit mitzugehen, wie es auch emotional für ihn/sie selbst gut ist und er/sie nicht den Blick und die eigene Lebenskraft durch diese Arbeit verliert.

Damit gilt, dass der/ die Gartentherapeut/in als Vorbild im Umgang mit Anforderungen, Perfektionismus und Aufgabenbewältigung. Sich Pausen erlauben, innehalten, passiv sein, also rezeptiv anstatt aktiv produktiv sind ebenso Kriterien des/der Gartentherapeuten/in und damit Kriterien auf dem Weg zur Selbstwirksamkeit des/der Depressiven.

Eigene Motivation

Bei der Frage nach der eigenen Motivation für Gartentherapie stellen die Experten fest, dass diese auch ein elementares Kriterium ist. Diese gehört hinterfragt und geklärt, da diese sich auf die Depressiven übertragen würde. Die umfangreichen Lebensgeschichten lassen die eigene Naturverbundenheit und die eigenen Belastungen mit dem stationären Umfeld im Spital bzw. das ständige drinnen sein durchblicken. Trotz dem Wissen über Medizin siegt die Natur, denn „*Natur schon alleine ist eine Medizin*“ (1/9/17). Die Aufgabe der Installation von Therapiegärten wirkte sich positiv auf das Selbstwert der Experten aus. Zunächst nicht anerkannt wuchs die Selbstwirksamkeit. Die eigene Motivation hinterfragt ermöglicht auch die Arbeit mit Depressiven, bei denen die fehlende Motivation der Depressiven ein täglicher Begleiter auch im Garten ist. Gemeinsames Arbeiten motiviert und steckt jedoch auch den/die Gartentherapeuten/in an.

Die gute Passung

Der/die Gartentherapeutin soll über eine „... *gute Passung einem Konzept von Lew Semjonowitsch Wygotsky* ...“ (Petzold/10/44) hinaus ein Vorbild sein, dass auch gut aufgenommen werden kann. Zu wissen gilt, dass die Aufgabe der Gartentherapie ein Self- Empowerment initiiert. Dabei wurde festgestellt, dass man nur „*empowern kann, wenn man selbst empowert worden ist*“ (Petzold/10/20).

4.3.5 Phänomenale Kriterien

Im Rahmen der Interviews wurden auch Kriterien genannt, welche die Verfasserin dieser Arbeit als phänomenale Kriterien bezeichnet. Diese Kriterien sind, dass Garten etwas Normales suggeriert, dass auch die Gartentherapie auf freiwilliger Basis stattfinden muss und damit ohne Zwang sowie die Transparenz in der gemeinsamen Arbeit analog der Psychotherapie.

Normalität

Neben Hinausgehen wird auch die Normalität des Gartens als Kriterium gesehen. Genannt wurde das Triviale und Einfache wie Gartenarbeit. Gerade in einem Krankenhausalltag trägt Gartenarbeit zur Normalität bei und bekommt dadurch einen hohen Stellenwert. Hier darf alles sein. „...*Aggressionen haben im Garten genauso Platz, ...schlussendlich ist es das Normalste der Welt...*“ (1/3/34).

Freiwilligkeit

Einheitlich stellten die Experten das große Potenzial der Gartentherapie fest, wobei Freiwilligkeit in Anlehnung an die Psychotherapie ein Kriterium darstellt.

Transparenz

Transparenz der Abläufe und die Psychoedukation meint ein Experte sind wichtige Kriterien. Gartentherapie sollte nicht nur den Patienten/innen, sondern auch den Kollegen/innen als qualifizierte Maßnahme angeboten werden. Dabei ist die Transparenz hinsichtlich der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der ökologischen Psychologie hervorzuheben und darauf hinzuweisen, dass die Gartentherapie auch einer alten Tradition folgt. Zur Förderung von Transparenz über das Geschehen in der Gartentherapie werden Teamgespräche empfohlen um Beobachtungen, die in diesem Kontext erfolgen auch mit verschiedenen Fachrichtungen der Psychiatrie auszutauschen.

4.3.6 Handlungsergebnisse

Die Evaluierung von Erfolgen ist gerade bei dieser Gruppe von Patienten/innen ein besonders wichtiges Kriterium. Bevor Veränderungen erkennbar sind, bedarf es einer Diagnostik und einer Erhebung von biografischen Erlebnissen mit Natur und Garten. Erst dann können anhand von Erfolgsfaktoren Erfolge- oder Misserfolge sichtbar gemacht werden.

Diagnostik

Das Erheben der Defizitstruktur, der Kompetenzstruktur und der negativen Erfahrungen ist zu Beginn erforderlich. Darüber hinaus ist auch die Erhebung des Könnens der Person erforderlich. Es wird empfohlen bei den funktionsfähigen Kompetenzen, Fähigkeiten und Performancen, bzw. den Fertigkeiten und dem Wissen anzusetzen. Neben den genannten Punkten sind auch Symptome, Belastungen und Problemen zu erfassen und ganz besonders auch das Maß der Selbstliebe.

Biografische Erlebnisse mit Natur und Garten

Die biografisch grünen Erfahrungen der Depressiven sind unterschiedlich. Sie reichen von Guten, bei denen Birnen aus Nachbarsgarten geschenkt wurden bis hin zu Negativen bei denen der Hund auf sie gehetzt wurde.

Das letzte Interview prägt der Begriff „*Kompetenzorientierte Performanten Ansätze*“ (Petzold/9/43). Mit diesem Begriff werden die grünen Erfahrungen, die positiven biografischen Erfahrungen von Natur und Garten aus dem Gedächtnisspeicher des Leibgedächtnisses hervorgeholt und diagnostiziert. Für das Empowerment ist es wichtig diese Erfahrungen aus dem Gedächtnisspeicher abzurufen und als Ressource parat zu haben. Für die weitere Arbeit sind die positiven Naturerfahrungen wichtig und nur wieder freizulegen.

4.3.7 Erfolgserlebnisse

Erfolgserlebnisse müssen durch den/die Gartentherapeuten/in verstärkt werden. Damit entstehen zwei Formen des Empowerment. Einmal als Äußere Wertschätzung des Geleisteten und das Empowerment als die innere Freude über die Wertschätzung.

Um Erfolge zu erzielen ist die Leistungsförderung als Challenge aufzubauen. Sinnvolle Imitationsbeispiele können vorgegeben werden. Ein bis drei Mal wird es vorgezeigt bzw. zusammen gemacht, denn Empowerment benötigt jemanden der es vorzeigt, der auch empowerd worden ist. Einer der Experten nennt die Theorien von Lew

Semjonowitsch Wygotski und erklärt die „Zone der nächsten Entwicklung“ (Petzold, 10/12) anhand des folgenden Beispiels.

Die 12-Jährige bringt dem 6-jährigen etwas bei. Sie macht dies, indem sie sich mental und mit ihrem Verhalten auf die Ebene eines 7-Jährigen begibt. Nicht auf die eines 6 auch nicht auf die Ebene des 5-Jährigen da sagt der wie öde, wenn sie auf der Ebene des 12-Jährigen bleibt, dann sagt er verstehe ich nicht. Wenn sie sich auf die Ebene des 7-jährigen begibt, braucht er sich nur mental auf die Füße zu stellen, auf die Zehenspitzen und dann versteht er das. Und dieser Abstand zwischen neben was ich schon kann und was ich eigentlich ergreifen kann, ist die Zone der nächsten Entwicklung (Petzold/10/25).

Prinzipiell ist immer eine realistische Einschätzung gerade bei der Behandlung von Depressionen durch bekannte Studien sinnvoll. Hier sollten diese immer im Hinterkopf gehalten werden. Die Experten nannten eine Vielzahl an Erfolgsfaktoren und bezogen sich auch auf die Misserfolge in der Arbeit mit Depressiven.

Behandlungserfolge

Den Experten zu Folge hängt der prinzipielle Behandlungserfolg von verschiedenen Faktoren ab. Diese sind zunächst der Verlauf der Krankheitsgeschichte, die soziale Schicht, die Anzahl der Rezidive und die Maßnahmenkombination. Nach dem zweiten oder dritten Rezidiv sinkt die Behandlungschance generell bei Depressionen. Ein Experte zitiert Michael Lampert, der die Zuteilung des Behandlungserfolgs wie folgt vornimmt. 1 bis 15% des Erfolges wird durch die Methode gewährleistet, 1 bis 50% als Placebo und 1 bis 30% sind der Erfolg der therapeutischen Beziehung. Der Erfolg einer Lebensstilveränderung bei Depressionen ist damit von sogenannten extratherapeutischen Faktoren abhängig welche 1 bis 40% ausmachen.

Diese Zahlen stammen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, welche eine sehr elaborierte Behandlungsmethode ist. Dennoch ist eine Rückfallquote von 50 bis 70% nach zwei Jahren zu erwähnen. Medikamentöse Rückfallprophylaxen erhöhen die Chancen tragen aber aus Sicht der Erfahrung dieses Experten nicht zu einer Veränderung des depressiven Lebensstils bei.

Erfolgsfaktoren

In diesem Zusammenhang werden folgende Erfolgsfaktoren bei der Arbeit mit Depressiven genannt.

- rasche Erfolge am Anfang
- „das Setzen von Zwischenzielen“ (4/1/25)
- Eigenständigkeit und freier Zugang zur Natur
- Arbeiten ohne Druck und negativer Emotionen und Gedanken
- Interviews mit Depressiven zur Wirkung auf der Symptomebene, anstatt nur mit Fachkräften
- Orientierung und Einbezug von bestehenden Forschungen (Bewegungstherapie, Sporttherapie)
- Psychotherapeuten/innen in der Gartentherapie
- Bessere Reflexion und positivere Sichtweise der Depressiven durch Natur
- Das Wiederübernehmen von Verantwortung der Depressiven
- Bewusstwerdung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten
- Die Erlaubnis sich auch eine Pause zu gönnen
- Das Durchhalten von Praktika
- mitlaufen zu lassen, obwohl sie nicht anwesend sind - „Containment“ (2/5/20)
- Nicht allen Erwartungen entsprechen müssen
- Automatismen nützen
- Keine Überforderung
- Viele Wiederholungen beim Genießen
- Lustgewinn
- Tagesstruktur
- Das Erleben von Neugierde, denn das aktiviert das Dopaminergsystem und damit die Selbstwirksamkeit.

Misserfolge

Entmutigungsstrategien schaffen kein Empowerment, sondern Misserfolge. Dies ist ein Phänomen, das Menschen mit rezidivierenden Depressionen aus ihrer

Lebensgeschichte gut kennen. Diese Phänomene sollen angesprochen und neue Denkräume durch den Garten ermöglicht werden.

Reale Optionen vor der Türe können im Gehen durch das wahrnehmen des Windes erlebt werden, auch wenn das Wetter mal nicht so gut ist, es sind Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen müssen übernommen werden auch wenn dies dann schlussendlich ein Misserfolg ist. Durch den Garten soll gelernt werden, das persönliche Schicksal selbst in die Hände zu nehmen. Einer der Experten meint, dass solange die Tabletten und die Dosis Thema sind, diese Menschen sich als hilflos erleben und in der Misserfolgsgeschichte bleiben. Ein lebenspraktisches Angebot gegen Depressionen bei Misserfolgen kann nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Gartentherapie einen Stellenwert bekommen.

Zu Misserfolgen erzählt einer der Experten, dass eine Absolventin des FPI eine Führung durch den Garten machte und *„von lauter Misserfolgen erzählte, welche schlussendlich zu Erfolgen wurden“* (2/5/36).

4.3.8 Zurück ins Leben

Während einem stationären Aufenthalt von drei Monaten Verweildauer ist die Gartentherapie für depressive Menschen eine positive Erfahrung. Dem Ende eines Aufenthaltes wird meist mit einem Zwiespalt begegnet, denn es geht nach Hause zurück. Die Rückkehr in eine Steinwüste, wie Wien wird als schwierig bezeichnet. Oft folgt nach einem stationären Aufenthalt ein tagesklinisches Setting. Jedoch ist ein stationärer Aufenthalt nicht unbedingt das Ende einer Gartentherapie, denn ein Garten kann auch ein Ort sein, den man weiterhin aufsucht. Der Besuch von Parks wird in diesem Zug in einem anderen Interview genannt. Selbst wenn Parks nicht selbst gestaltet wurden, wäre es denkbar sich darüber zu freuen und dies so als Fortführung zu betrachten. Allerdings ist dies alleine zu wenig und keine Gartentherapie. *„Gartentherapie muss immer aktiv und rezeptiv sein.“* (Petzold/17/24) Durch Gartentherapie im Kontext der Psychiatrie wurde etwas Gemeinsames begründet. Sollte diese Kette über den Aufenthalt hinaushalten, fördert dies den Selbstwert. Jedoch werden Depressive oft wiederaufgenommen und sie werden drei bis viermal im Jahr stationär betreut und man macht dort weiter, wo man aufgehört hat.

Nach einem klinischen Aufenthalt mit Gartentherapie

Die Experten befürworten eine Weiterführung als Bündel von Maßnahmen im Kontext des ambulanten psychiatrischen Settings.

Sollte die Gartentherapie weitergeführt werden und die Medikamente abgesetzt werden, dass Laufen oder die Gartentherapie geübt haben, dann sind sie Läufer/in oder Gärtner/in geworden. Studien zeigen, dass wenn keine Medikamente genommen wurden, eine psychophysische Lauftherapie, die richtig angesetzt wird bei entsprechender Indikation auch die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer ersetzen.

Jedoch, wenn nur die Gartentherapie da ist, ist es lediglich ein kleiner positiver Faktor am Weg zur Gesundung von Menschen mit rezidivierenden Depressionen.

Eine ambulante Weiterführung als Gruppe, eine fortlaufende Nutzung des Gartens, eine Selbsthilfegruppe oder auch das zur Verfügung stellen des Therapiegartens für Selbsthilfegruppen wird als wichtiges Moment über den Psychiatrieaufenthalt hinaus betrachtet. Sinnvoll erachtet werden im Sinne eines Empowerment, Hilfestellungen bei Gründung von Selbsthilfegruppen. Ebenfalls wird empfohlen, wenn der Garten groß genug und gut genug ist, dass dieser sogar von zwei bis drei Selbsthilfegruppen genutzt werden könnte.

Die allgemeine Vorstellung ist ein niederschwelliges Angebot. Kunst, Kultur, Gastronomie und Begegnung und die Möglichkeit, dass die Menschen aus dem Bezirk kommen können. Gemeinsam zu feiern, Pflanzen anbietet und eine Werkstatt für das Produzieren, dem Austauschen und präsentieren von Produkten. Gemeinschaftsgärten gehen. Aspekte wie Zusammensitzen, sowie im Jugendzentrum, oder das autonome Arbeiten von Streetworker/innen bzw. von Psychotherapeuten/innen wird darüber hinaus genannt.

Zukunftsperspektiven im ambulant psychiatrischen Setting

Bisher wird Psychotherapie als leibenthobene Therapie gesehen. Durch die Auseinandersetzung der Zukunftsperspektive im Rahmen der Psychotherapie auch Gartentherapie anzubieten ändert sich dies und erweitert die Psychotherapie um einen ökologischen Faktor. Gartentherapie und Psychotherapie können gut verbunden

werden. Die Abgrenzung zwischen Garten- und Psychotherapie soll nicht mehr erfolgen, vielmehr soll eine Verbindung zwischen weißer und grüner Therapie geschaffen werden.

Der informierte Leib, also der, der die Welt verkörpert und ein eingebettet ist in ihr, Embodiment und embedded, Begriffe von Merlau Ponty und Wygotsky kann auch im ambulant psychiatrischen Setting u.a. mit multisensorischen Erfahrungen des Gartens erfahren werden. Dadurch wird Psychotherapie zu einer sogenannten Leib- und Ökotherapie. Im Rahmen der Interviews wird einheitlich kritisiert, dass Psychotherapie und auch die Psychiatrie nichts mit der Natur zu tun haben wobei dies als großes Manko betrachtet wird und sinnvoll wäre dies im Setting der Psychotherapie zu integrieren.

Die Experten postulieren, dass die Psychotherapie und die Gartentherapie sich brauchen! Eine moderne Psychotherapie sollte daher Begriffe wie Biologie, Neurobiologie und Physiologie einbeziehen. Damit sensibilisiert der/ die Gartentherapeut/in die Depressiven für naturverstehen und damit auch sich selbst zu verstehen.

Ein guter Kontakt zu sich, ein guter Kontakt zum Gartenpsychotherapeuten/in und gute Kontakte zu anderen depressiven Garteninteressierten durch Selbsthilfegruppen oder neuen Freunden/innen soll die Zukunft sein.

Die Experten sind zur Erkenntnis gekommen, damit Gartentherapie nachhaltig positive Auswirkungen hat, ist eine Fortführung empfohlen und im Rahmen eines ambulanten psychiatrischen Settings gut indiziert und sinnvoll. So können das Gelernte und die Veränderung über den Psychiatrieaufenthalt weitergeführt und erhalten bleiben und die Rückfälle reduziert werden.

5 Diskussion

Psychische Erkrankungen und auch Depressionen, als Volkskrankheit Nummer 1 nehmen in Österreich immer mehr zu.

Nach einer Landflucht in die Städte, ist nun neuerlich eine Stadtflucht aufs Land immer deutlicher zu erkennen und ebenso, dass der Mensch an einem Defizit von Natur

leidet. Dies drückt sich durch Entfremdung und Depressionen aus. Für die in der Stadt gebliebenen werden neue Wohnbauten mit einem hohen Grünanteil gebaut, da festgestellt wurde, dass dies zu mehr Wohlbefinden beiträgt als in eng verbauten Gebieten. Die Kombination von nachgewiesener positiver Wirkung und subjektiver Wirkung ist Voraussetzung für physische und psychische Gesundheit. In Kliniken ist die Natur – durch Parks und Gartenarbeit bzw. Gartentherapie als eine Maßnahme im Rahmen des Genesungsprozesses bereits integriert und seit Mitte des 19. Jahrhunderts fest etabliert.

Durch die Interviews konnte die Verfasserin dieser Arbeit die Bestätigung einholen, dass ein Abbruch einer positiven Gartentherapie auch einen Abbruch von positiven Gruppenerfahrungen darstellt und dies ein wesentlicher Faktor bei Rückfällen im Behandlungskonzept von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen ist. An dieser Stelle wird festgehalten, dass dies in der gesamten Gartentherapieliteratur bisher nicht thematisiert wird! Ein Fortführen von Gartentherapie als Gruppe oder auch Einzel und darüber hinaus als Initiatorin für Selbsthilfegruppe im Rahmen eines ambulanten psychiatrischen Settings, Psychotherapie wird damit von gut etablierten Experten als sinnvoll erachtet. Ergänzt soll dies mit Anbindung an umliegende Organisationen im Gartenbereich sein, um diese Menschen nachhaltig durch Praktika zu empowern, um selbstständig und eigenverantwortlich Beziehungen mit gleichgesinnten zu begründen und zu leben.

Damit ist die Etablierung einer Gartentherapie im ambulant psychiatrischen Setting gut indiziert und negativen Auswirkungen im Rahmen des Gesundheitswesens können so nachhaltig abgefangen werden.

Da Psychotherapie aber auch Gartentherapie alleine bei der Behandlung von Menschen mit rezidivierenden Depressionen nicht ausreicht, ist gerade bei dieser Patientengruppe/innen ein Bündel von Maßnahmen zur Lebensstilveränderung erforderlich. Die Gartentherapie setzt neben gärtnerischen Tätigkeiten auf Erfahrungen mit Wohlbefinden, Lachen lernen und auf medikamentöse Therapie genauso wie auf kardiovaskuläre oder pulmologische Therapien. Darüber hinaus sollen neue gesunde Netzwerke begründet werden, Kognitionen und Emotionen verändert werden um wieder Freude durch die Schönheit der Natur und des Gartens u. v. m. zu erleben. Gartentherapie kann daher als kreative, aktivierende und

bewusstseinsbildende Methode im Rahmen des Integrativen Ansatzes der Psychotherapie eingebettet werden und Teil eines nachhaltigen Behandlungskonzeptes bei rezidivierenden Depressionen sein. Eine Abrechnung der Gartentherapie in diesem Kontext wird damit auch vom Gesundheitssystem über die Krankenkassen wahrscheinlich.

6 Ausblick

Da das Auswahlverfahren sich auf Psychotherapeuten/innen im Kontext der Gartentherapie und Psychiatrie fokussierte, wurden keine Frauen zu diesem Thema interviewt, da trotz ausreichender Recherche keine gefunden wurden.

Daher wurden während der Arbeit Überlegungen angestellt, Therapeutinnen des Green Care (Biologinnen), also Frauen ohne die Bezeichnung Psycho, aber mit der Bezeichnung Therapeutinnen zur Befragung zuzulassen, welche Erfahrung im psychiatrischen Kontext der Gartentherapie, haben. Allerdings wurde zugunsten der Ausgangssituation entschieden. Der Gedanke, Patienten/innen mit der Diagnose rezidivierende Depressionen zu einer Befragung zum Empowerment durch Gartentherapie einzuladen, wurde vorerst verworfen und kann zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen werden.

Zusammenfassung: Dieser Artikel soll zur Anerkennung der Gartentherapie als Methode des psychotherapeutischen Verfahrens der Integrativen Therapie in Österreich mit einer Möglichkeit zur Abrechnung bei den Krankenkassen beitragen und die erforderlichen Voraussetzungen dafür feststellen.

Mittels Leitfaden gestützte Experteninterviews wurden Kriterien und Interventionen erhoben, welche sich positiv auf das Empowerment, die Eigenermächtigung, die Selbstwirksamkeit und der Selbstwert bei Menschen mit einer rezidivierenden Depression im Rahmen eines ambulant psychiatrischen Settings auswirken und stärken bzw. fördern, damit diese Patienten/innengruppe über einen Psychiatrieaufenthalt hinaus einen gesunden Lebensstil entwickeln bzw. erhalten können.

Schlüsselwörter: Gartentherapie - Horticultural Therapy - Naturtherapien - Psychotherapie - Integrative Therapie - Empowerment - Eigenermächtigung - Selbstwirksamkeit - Selbstwert - Souveränität - Depressionen - rezidivierend - Kriterien - Interventionen

Summary: This article is intended to contribute to the recognition of garden therapy as a method of the psychotherapeutic procedure of integrative therapy in Austria with a possibility for billing with the health insurance companies and to determine the necessary conditions for this.

Expert interviews based on guidelines were used to collect criteria and interventions that have a positive impact on empowerment, self-empowerment, self-efficacy and self-esteem in people with recurrent depression within the framework of an outpatient psychiatric setting, so that these patient groups over develop or maintain a healthy lifestyle during a psychiatric stay.

Keywords: Garden Therapy - Horticultural Therapy - Natural Therapies – Psychotherapy - Integrative Therapy - Empowerment - Self-empowerment - Self-efficacy - Self-esteem - Sovereignty - Depression - Recurrent - Criteria – Interventions

LITERATURVERZEICHNIS

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*.

(Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen:

DGVT-Verlag.

Arvay, C. G. (2017). *Der Biophilia Effekt: Heilung aus dem Wald*. Wien: Ullstein Verlag.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman

Verlag.

Brakemeier, E.L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression*.

Band 49. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Brater, M., (1988). *Eingliederung durch Arbeit, Handreichung für Mitarbeiter im*

Arbeitsbereich von Einrichtungen für Menschen mit psychischen

Behinderungen. Dornach: Verlag am Goetheanum.

Braunbarth, I. (2009). Die vier Wege der Heilung und Förderung bei Depressionen. In

M.J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie*.

Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis (S.65-80). Stuttgart:

Schattauer Verlag.

Clatworthy, J., Hinds, J. & Camic, P. (2013). Gardening as a Mental Health

Intervention: In A Review. *Mental Health Review Journal*, 18 (4), 214-225.

Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2014). *ICD-10*. Nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper (7. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Dörner, K. & Plog, U. (1978). *Irren ist menschlich*. Wunsdorf: Psychiatrie-Verlag.

Dupuis, L., (2018). *Integrated Healthcare*. Verfügbar unter <https://kihc.ca/a-scandinavian-model-ofnature-based-therapy/> und [https://research.ku.dk/search/?pure=en/publications/the-therapy-garden-nacadia\(95cc2868-ae70-4ece-8634-914935ddab8b\)/export.html](https://research.ku.dk/search/?pure=en/publications/the-therapy-garden-nacadia(95cc2868-ae70-4ece-8634-914935ddab8b)/export.html). [Zugriff am 05.11.2018].

Enzenhofer, K. (2013). Geschichte der Gartentherapie. In Umweltschutzverein Bürger und Umwelt, Geschäftsbereich Natur im Garten (Hrsg.), *Gartentherapie Theorie – Wissenschaft – Praxis*. (S. 22-31). St. Pölten, Brünn: Verfügbar unter: http://www.agrarumweltpaedagogik.ac.at/cms/upload/pdf/Gartentherapie_Handbuch_Theorie_Praxis.pdf. [Zugriff am 29.06.2017].

Europäische Gemeinschaften. Bericht der Kommission Luxemburg (2004).

Maßnahmen gegen Depressionen, Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen. ISBN 92-894-8253-2.

Euro WHO. (2017). *Niedergeschlagenheit in der Jugend (29-03-2017)*. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2017/03/feeling-low-in-adolescence>. [Zugriff am 05.11.2018].

Flade, A. (2010). *Natur, psychologisch betrachtet*. Mannheim: Huber Verlag.

Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. (3. Auflage). Hamburg: Rowohlt Verlag.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. (4. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag.

Gonzalez, MT., Hartig, T., Patil, GG., Martinsen, EW. & Kirkevold, M. (2008). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2). S'. 119-129. 'DOI 10.1111/j.1447-0349.2010.00689

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Haubenhofer, D., Demattio, L. & Geber, S. (2012). Wirkung und Nutzen von Green Care: Eine Recherche und Analyse fachbezogener Artikel. Ein Bericht für das Ländliche Fortbildungsinstitut und die Landwirtschaftskammer Wien. Verfügbar unter <http://www.greencare.at/index.php/component/content/article/82-newsflash/98-green-care-status-quo-analysen>. [Zugriff am 29.07.2018].

Haubenhofer, D. (2013). Die Gartentherapie - Was nutzt sie und wie wirkt sie? In Umweltschutzverein Bürger und Umwelt, Geschäftsbereich Natur im Garten (Hrsg.), *Gartentherapie Theorie – Wissenschaft – Praxis* (S. 22-31). St. Pölten, Brünn. Verfügbar unter http://www.agrarumweltpaedagogik.ac.at/cms/upload/pdf/Gartentherapie_Handbuch_Theorie_Praxis.pdf. [Zugriff am 29.06.2017].

Haubenhofer, D. (2019). Wissen-schaf(f)t-Garten-Therapie, Was wissen wir bisher über die Wirkung von Gartentherapie? In Petzold, H.G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R (Hrsg.), *Die Neuen Naturtherapien, Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Grundlagen der Garten- und Landschaftstherapie*. (Band 1) (S. 159-178). Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Band 4. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kam, MCY & Siu, AMH. (2010). Evaluation of a Horticultural Activity Programme for Persons with Psychiatric Illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 20(2) S. 80-86.

Kamioka, H., Tsutani, K., Yamada, M., Park, H., Okuizumi, H., Honda, T., Okada, S., Park, S.J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Handa, S. & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of horticultural therapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Complementary Therapie in Medicine*. 22(5): S. 930-943.

Kandel, E., Schwartz, J.H. & Jessell, T.M. (1923). Eine Einführung. In E. Kandel, J:H: Schwartz & T.M. Jessel (Hrsg.), *Neurowissenschaften*. Berlin, Oxford: Spectrum Akademischer Verlag.

Kaplan, R. (1983). The role of nature in the urban context. In: I. Altman & J. F. Wohlwill (eds., 1983), *Behavior and the natural environment* (S. 127-161). New York: Plenum Press.

Kellner, G. (2010). Gartenarbeit als therapeutisches Medium mit psychisch erkrankten Menschen. In Dt. Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.), *Gartentherapie* (2.Auflage) (S. 145-158). Idstein: Schultz-Kirchner.

Knuf, A. (2003). *Empowerment fördern – Beispiel Psychiatrie*.

Der vergessene Patient – die vergessene Kraft. *Managed Care*, 7 (1):

S. 7-19. Verfügbar unter <http://www.schi-ma.com/pdf/managed-care>.

[Zugriff am: 01.11.2018].

Knümann, S. (2019). *Naturtherapie. Mit Naturerfahrungen Beratungen Psychotherapie bereichern*. Beltz Verlag.

Louv, R. (2012). *Das Prinzip Natur*. Weinheim: Beltz Verlag.

Louv, R. (2016): *Das letzte Kind im Wald*. Freiburg: Herder Verlag.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (5. Auflage).

Weinheim und Basel: Beltz Studium Verlag.

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*.

(10. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Studium Verlag.

Nes, L.S. & Segerstrom, S.C. (2015). Positivfaktoren Immunaktivität und Psychotherapie. In C. Schubert (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie* (S. 168-179). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Neuberger, K. (2010). Gartentherapie und Arbeitstherapie. In Dt. Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.), *Gartentherapie (2. Auflage)* (S. 92-117). Idstein: Schultz-Kirchner.

Neuberger, K. (2011). Integrative Gartentherapie und Euthyme Praxis-Heilkunst und Gesundheitsförderung - Ansätze zu einer Integrativen Gartentherapie. Zur Geschichte, Verbreitung, zu integrativem Gedankengut, Methoden, Praxis und Literatur. *Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37 (4), S. 470. Verfügbar unter <http://fpi.publikation.de/artikel/integrative-therapie/petzold-hilarion-g-2011-hrsg-integrative-gartentherapie-undeuthympe-praxis-heilkunst-und-ge.html>. [Zugriff am: 20.11.2017].

Neuberger, K. (2019). Ansätze einer Integrativen Gartentherapie. In Petzold, H.G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R (Hrsg.), *Die Neuen Naturtherapien, Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Grundlagen der Garten- und Landschaftstherapie*. (Band 1) (S. 449-510). Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Österreichisches Gesundheitsportal. (2013). Depressionen nicht verschweigen! Verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2013/depression-tag-seelische-gesundheit>. [Zugriff am 10.11.2018].

Österreichischer Psychotherapeuten Verband. Verfügbar unter

<https://www.psychotherapie.at/oebvp>. [Zugriff am 05.11.2018].

Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik* (1.Auflage). Wien:

Facultas Verlag.

Petzold, H.G. (1993a). *Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine Schulen übergreifende Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2000a). *Die „GRUNDREGEL“ der „Integrativen Therapie“*. Textarchiv des FPI-Publikationen, Düsseldorf/Hückeswagen: Petzold & Sieper Verlag.

Verfügbar unter [https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-Petzold_petzold_2000a_grundregel.pdf)

[Petzold_petzold_2000a_grundregel.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-Petzold_petzold_2000a_grundregel.pdf). [Zugriff am: 20.11.2017]

Petzold, H.G. (2003a). *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2011h). Integrative Gartentherapie und Euthyme Praxis-Heilkunst und

Gesundheitsförderung – Gärten und Landschaften - euthyme Orte für

persönliche Entwicklungen und Lebens-Kontext-Intervention. *Zeitschrift für*

vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 37 (4): S. 470.

Verfügbar unter [http://fpi.publikation.de/artikel/integrative-therapie/petzold-](http://fpi.publikation.de/artikel/integrative-therapie/petzold-hilarion-g-2011h-hrsg-integrative-gartentherapie-undeuthympe-praxis-heilkunst-und-ge-html.)

[hilarion-g-2011h-hrsg-integrative-gartentherapie-undeuthympe-praxis-](http://fpi.publikation.de/artikel/integrative-therapie/petzold-hilarion-g-2011h-hrsg-integrative-gartentherapie-undeuthympe-praxis-heilkunst-und-ge-html.)

[heilkunst-und-ge-html.](http://fpi.publikation.de/artikel/integrative-therapie/petzold-hilarion-g-2011h-hrsg-integrative-gartentherapie-undeuthympe-praxis-heilkunst-und-ge-html.), [Zugriff am: 20.11.2017]

Petzold, H. G. (2014h). Depression ist grau! – die Behandlung grün: *Die* „neuen Naturtherapien“. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. *Green Care* (4). Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf>. [Zugriff am:29.12.2018].

Petzold, H. G. (2014i). Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ *Integrativer Therapie* unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>. [Zugriff am 29.12.2018].

Petzold, H. G. (2015). *Vortrag in der Akademie für Gesundheit und Bildung vom 25.11.2015*. Verfügbar unter <https://www.akademiewels.at/vortrag-der-innere-ort-persoenlicher-souveraenitaet-mit-univ-prof-dr-hilarion-petzold/>. [Zugriff am 1.2.2019].

Petzold, H. G. (2017). Zur Wirkung von Gartentherapie und Therapiegärten – einige Anmerkungen zur Dokumentation und zur Qualitätssicherung gartentherapeutischer Praxis. *Grüne Texte – Die neuen Naturtherapien – Internetzeitschrift für Garten- und Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik*, (20), 16. Verfügbar unter <https://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/20-2017-petzold-h-g-2017i-zur-wirkung-von-gartentherapie-anmerkungen-qualitaetssicherung-2.html>. [Zugriff am 29.6.2018].

Petzold, H.G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R. (2019). Die Neuen Naturtherapien: Formen, Konzepte, Perspektiven – eine Übersicht. In Petzold, H.G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R. (Hrsg.), *Die Neuen Naturtherapien, Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Grundlagen der Garten- und Landschaftstherapie*. (Band 1) (S. 31-70). Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Petzold, H. G. & Orth, I. (2014). Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift*. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alleausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html>. [Zugriff am: 29.12.2018].

Petzold, H. G. & Orth, I. (2017a). Interozeptivität/ Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Verfügung unter <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.
[Zugriff am 05.11.2018]

Petzold, H.G. & Orth, I. (2017b). Integrative-therapie-Mentalisierungen-Interozeption Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-2017b-epitome-polyloge-integrative-therapie-mentalisierungen-interozeption-poly1-31-2017.pdf>.
[Zugriff am 01.02.2019]

Petzold, H.G. & Orth, I. (2018). Interozeptivität, eigenleibliches spüren-Körperbilder-body-charts-polyloge. unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder-body-charts-polyloge-22-2018.pdf>. [Zugriff am 01.02.2019]

Petzold, H.G., Orth, I., & Orth-Petzold, S. (2009). Körperpsychotherapie und biopsychosozial-ökologische Gesundheitsförderung – ein humanökologischer Ansatz, Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierende Praxismodalitäten: Therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, Green Exercises in Integrative Bewegungstherapie
Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie. 1 S. 4-48. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-orth-orth-petzold-2009-integrative-leib- u-bewegungstherapie-humanoeekologisch-ibt-02-2009pdf.pdf>. [Zugriff am: 02.03.2019]

Pilz, W., Brock I.B. & Thiemann, J. (2014). Einführung. In I. Brock (Hrsg.)
Psychotherapie und Empowerment (S. 9-18). Opladen, Berlin & Toronto:
Barbara Budrich Verlag.

Pretty, J. (2004). How nature contributes to mental and physical health, (5) ,
The Spirituality and Health, 5: S. 68-78.

Psychotherapiegesetz – BGBl. Nr. 361/1990. Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom
24.8.2019. Verfügbar unter <https://www-ros-bka.gv.at>. [Zugriff am 24.8.2019].

Putz, M. (2010). Natur im Garten als ergotherapeutisches Medium. In Dt. Verband der
Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.), *Gartentherapie (2. Auflage)* (S. 73-89). Idstein:
Schultz-Kirchner.

Seligman, M. (1975). *Erlernte Hilflosigkeit* (3. Auflage). München:
Psychologie Verlag Union - Urban und Schwarzenberg Verlag.

Sempik, J., Aldridge, J. & Becker, S. (2003). *Social and Therapeutic Horticulture: Evidence and Messages from Research*. Leicestershire: UK Media Service & Loughborough University (in association with Thrive).

Universität Kopenhagen: Therapiegarten. Verfügbar unter <https://ign.ku.dk/terapihaven-nacadia>. [Zugriff am 05.11.2018].

Universität Malmö. Therapiegarten Alnarp. Verfügbar unter <https://www.slu.se/en/about-slu/locations/slu-alnarp/> [Zugriff am 03.04.2019].

Verein für ambulante Psychotherapie (PVA). Verfügbar unter <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/ueber-psychotherapie>. [Zugriff am 03.04.2019].

Waibel, J. (2013). Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In M.J. Waibel & Jakob-Krieger, C., (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie, Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. (S. 81-97), Stuttgart: Schattauer.

Wu, S.H., Chang, D.L., Hsu, J.H., Lin, Y.J., & Tsao, S.J. (2008). The beneficial effects of horticultural activities on patients' community skill and motivation in a public psychiatric center. *Acta Horticulturae*, 775, (S. 55-70).

Zimbardo, G. (2003). *Psychologie* (7. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M., (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, (44), S. 28-53. Verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2011/3930/pdf/ZfPaed_44_Beiheft_Schwarzer_Jerusalem_Konzept_der_Selbstwirksamkeit_D_A.pdf. [Zugriff am 05.11.2018].

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abbildung 1: Möglicher Verlauf einer rezidivierenden (unipolaren) depressiven Störung: (Paulitsch, 2009).	9
Abbildung 2: Die Ebenen der Gartentherapie: (Enzenhofer, 2013).	20
Tabelle 1: Merkmale einer depressiven Episode: (vgl. Hautzinger, 1998).	8
Tabelle 2: Kategoriebildung: (Eigene Darstellung).	41

DATENSCHUTZBESTIMMUNG UND INFORMATIONSBLATT

1 Anonyme Datenschutzbestimmung:

Ich bin über das Vorgehen bei der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegeben Interviews persönlich und mittels eines schriftlichen Informationsblattes informiert worden, das mir auch ausgehändigt wurde. Ich bin damit einverstanden, dass das gesamte Interview oder Sequenzen, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung im Rahmen der Projektarbeit Empowerment durch Gartentherapie/ Lehrgang für Gartentherapie 08 der Donau-Universität Krems verwendet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert, ausgewertet und vollinhaltliche oder in Sequenzen veröffentlicht wird.

Allfällige Fragen wurden mir im Vorfeld ausreichend beantwortet.

Vorname/Nachname (in Druckschrift)

Unterschrift, am

2 Personifizierte Datenschutzbestimmung:

Ich bin über das Vorgehen bei der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegeben Interviews persönlich und mittels eines schriftlichen Informationsblattes informiert worden, das mir auch ausgehändigt wurde. Ich bin damit einverstanden, dass das gesamte Interview oder Sequenzen, die aus dem Zusammenhang genommen werden und dennoch mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung im Rahmen der Projektarbeit Empowerment durch Gartentherapie/ Lehrgang für Gartentherapie 08 der Donau-Universität Krems verwendet werden.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass mein Name genannt wird.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert, ausgewertet und vollinhaltliche oder in Sequenzen veröffentlicht wird.

Allfällige Fragen wurden mir im Vorfeld ausreichend beantwortet.

Vorname/Nachname (in Druckschrift)

Unterschrift am

3 Informationsblatt

Ich informiere Sie über das Forschungsprojekt im Rahmen der Projektarbeit, für den Lehrgang zur Akad. Expertin „Empowerment durch Gartentherapie“, in dem ich Sie gern interviewen möchte.

Der Datenschutz (DSVG vom 25.5.2018) verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass das Interview gespeichert und ausgewertet wird. Die verantwortliche Leitung des Forschungsprojektes liegt bei Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220, Raffenstättergasse 16/Parz. 8/Top 1.

Die Interviewerin unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Das Forschungsprojekt dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Folgende Kriterien liegen der wissenschaftlichen Arbeit zugrunde:

- Sorgfältiger Umgang mit dem Erzählten: Wir nehmen das Gespräch nur auf ausdrückliche Zustimmung auf Band auf. Das Band wird abgetippt und anschließend gelöscht. Auch die Abschrift (Transkript) können Sie erhalten.
- Anonymisierung des Transkriptes, d.h. alle Personen-, Orts-, Straßennamen, sowie alle persönlichen Angaben wie z.B. Alter, Beruf werden verändert.
- Ihr Name und Ihre E-Mail-Adresse werden am Ende des Projektes in den Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stellen aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden. Sie werden nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews von Ihnen verlangt werden.

Setting/ Rahmenbedingungen

1) Wenn sie an Gartentherapie – rezidivierende Depressionen und Empowerment denken, was sind wichtige Gedanken dazu?
2) Wie könnten aus ihrer Sicht die optimalen Rahmenbedingungen oder das Setting sein, die bei der Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert bei rezidivierenden Depressionen hilfreich sind? Auf was wäre zu achten?
3) Welche Kriterien könnten ihrer Ansicht nach für ein ambulant psychiatrisches Konzept aus dem psychiatrischen Kontext übernommen werden? Welche Kriterien müssten adaptiert werden?
4) Wie Grenzen sie Psychotherapie und Gartentherapie ab?

Interventionen/ Modalitäten

5) Beschreiben sie Interventionen und Modalitäten der Gartentherapie, die ihrer Meinung nach besonders sinnvoll beim Erhöhen des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit sind?
6) Bitte beschreiben sie 1 Sequenz einer Empowerment - Einheit durch Gartentherapie bei rezidivierenden Depressionen?

Beziehungen

7) Inwieweit wirkt sich die Beziehung zum Gartentherapeuten auf das Empowerment der PatientInnen aus?
8) Inwieweit sind Beziehungen zu GruppenteilnehmerInnen ausschlaggebend für das Empowerment durch Gartentherapie?

Empowerment

9) Beschreiben sie, allgemein welche Kriterien aus ihrer Erfahrung sich im Rahmen der Gartentherapie positiv auf das Empowerment der PatientInnen bewährt haben?
10) Netzwerke, Wahrnehmung, Bewegung und Biografiearbeit sind bekannter Weise wichtig in der Behandlung von rezidivierenden Depressionen! Wie können diese im Rahmen eines Einzelsettings der Gartentherapie gezielt gefördert werden? Gibt es Unterschiede für eine Gruppe?

11) Beschreiben sie, wie „Handlungsergebnisse“ im Sinne – von Erfolgen oder Misserfolgen - im Rahmen der Gartentherapie initiiert werden können?
12) Beschreiben sie, wie sich stellvertretende Erfahrungen durch Beobachtung von Verhaltensmodellen im Rahmen der Gartentherapie fördern lassen?
13) Beschreiben sie, wie sich sprachliche Überzeugungen (Fremdbewertungen oder Selbstinstruktionen) im Rahmen der Gartentherapie verändern lassen?
14) Beschreiben sie, wie im Rahmen der Gartentherapie die Regulierung von Emotionen und die Wahrnehmung geschult werden kann?

Aussicht

15) Das Ende eines Aufenthaltes in einer Psychiatrie, zieht auch das Ende von Gartentherapie nach einem Psychiatrieaufenthalt mit sich, nennen sie mögliche Auswirkungen?
16) Wie könnte ihrer Meinung nach eine ambulant psychiatrische Gartentherapie als Zukunftsaussicht bei der Behandlung von rezidivierenden Depressionen sein?

Fragen zur Person

Name, aktuelle Funktion, Grundberuf(e), Tätigkeitsbeschreibungen, Institution oder in freier Praxis/ Setting?
Wie viele Jahre arbeiten sie mit/ in der Gartentherapie im psychiatrischen Kontext?
Was war ihre Motivation für Gartentherapie?
Beschreiben sie, wie Gartentherapie ihre Selbstwirksamkeit und ihren Selbstwert gestärkt hat?