

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für  
psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen

Ausgabe 29/2009

## Spannungsregulation mit Kindern und Jugendlichen Ein Integratives Experiment in der tagesklinischen Behandlung

*Ulrike Naumann, Radtke\**

---

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

# Inhalt

1. Einleitung
2. Die Tagesklinik
  - 2.1. Konzept und Setting
  - 2.2. Leistungskatalog und Therapieangebote
  - 2.3. Das Team
  - 2.4. Der Tag
  - 2.5. Besonderheiten der tagesklinischen Behandlung
3. Identität – Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter
  - 3.1. Entwicklungstheoretisches Konzept der Integrativen Therapie
  - 3.2. Die kindliche Entwicklung
  - 3.3. Identitätsentwicklung im Jugendalter
4. Spannungen hermeneutisch verstehen
  - 4.1. Erkenntnistheoretischer Hintergrund
  - 4.2. Phänomene von Eindruck und Ausdruck
  - 4.3. Ursachen für Spannungen, Entwicklungskrisen, Kränkungen
    - 4.3.1. Entwicklungsbezogene und familiäre Spannungen
    - 4.3.2. Spannungen im therapeutischen Kontext
  - 4.4. Patientenbeispiel Robert – ein Kind mit ADHS
5. Spannungsregulation – ein Integratives Experiment
  - 5.1. Integrative und Differentielle Relaxation (IDR)
  - 5.2. Wahrnehmungsschulung – Erleben durch die Sinne
  - 5.3. Imagination und Phantasie
  - 5.4. Ausdauernde Bewegung
  - 5.5. Arbeit mit Gefühlen
    - 5.5.1. Exkurs: Umgang mit Wut und Aggressionen
    - 5.5.2. Patientenbeispiel Tommy – Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens
  - 5.6. Weitere Maßnahmen zur Spannungsregulation
  - 5.7. Patientenbeispiel Katharina – ein Mädchen mit Borderline- Entwicklungsstörung
6. Die Integrative Bewegungstherapiegruppe
  - 6.1. Ansatz und Konzept
  - 6.2. Matthias – ein Therapieprozess
7. Elternarbeit
8. Zusammenfassung
9. Literaturverzeichnis

Unser Leben besteht aus permanentem, ganz natürlichem Wechsel von Spannung und Entspannung. Spannende Lebensereignisse, Lebens- und Entwicklungsaufgaben wechseln ab mit Phasen der Ruhe und Entspannung.

Immer weniger Kinder lernen in ihren Familien, ein gesundes Verhältnis und Gleichgewicht zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Bewegung und Ruhe im alltäglichen Leben zu bewahren, damit sie sich in ihrer Ganzheit von Körper, Seele und Geist gesund entwickeln und gesund bleiben.

Kinder und Jugendliche, die unter seelischen, geistigen bzw. anhaltenden Spannungen in ihren Beziehungen leiden, entwickeln Verhaltensauffälligkeiten und beginnende psychische oder psychosomatische Erkrankungen - seelische und körperliche Ver-Spannungen. Oft sind sie und ihre Eltern hilflos und leiden. Anhand von Beispielen aus der Praxis möchte ich Ursachen und Hintergründen für kränkende und heilende Spannungen in Beziehungen und Situationen nachgehen, anhand von Patienten- und Prozessbeispielen die Verbindung unterschiedlicher Entspannungsmethoden beleuchten und zum Entwurf eines ganzheitlichen Weges der Regulierung von Spannungen im tagesklinischen Alltag sowie im persönlichen Leben gelangen.

Die Entwicklungsphase der Adoleszenz bringt in besonderem Maße hohe Anforderungen und Probleme mit sich. Auf dem Hintergrund der Entwicklungs- und der Persönlichkeitstheorie der *Integrativen Therapie* möchte ich ausführlich auf die gesunde Bewegungs- und Identitätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie auf die in der jeweiligen Entwicklungsphase anstehenden Entwicklungsaufgaben eingehen.

Als Erzieherin und Bewegungstherapeutin in einer Psychotherapeutischen Tagesklinik erlebe ich die alltägliche pädagogische und therapeutische Arbeit oft auch „spannungsgeladenen“.

Die Suche nach geeigneten Methoden zur Spannungsregulation und ihre Integration gleicht oft einem Experiment. Alltäglich auftretende Spannungen erfordern die flexible Handhabung geeigneter Maßnahmen. Dabei sind die Situationen und beteiligten Personen immer wieder unterschiedlich und höchst individuell – das macht die Arbeit so abwechslungsreich und spannend. Meine Erfahrungen und Lösungsversuche - *Wege*, die ich mit Kindern und Jugendlichen – und ihren Eltern - gegangen bin, möchte ich in dieser Arbeit beschreiben. Die Verbindung verschiedener spannungsregulierender Verfahren mit Methoden und Techniken aus der *Integrativen Bewegungstherapie* in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stellt sich mir als sehr komplexes Thema interessant und spannend zugleich dar und bietet uns ein unheimlich reiches Repertoire für unsere therapeutische und pädagogische Arbeit.

Auf dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrungen aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und meinen persönlichen Erfahrungen mit verschiedenen Bewegungs- und Entspannungsverfahren möchte ich das Thema „Spannungsregulation“ unter einer Integrativen Perspektive betrachten. Diese mehrperspektivische Betrachtungsweise sollen Konzepte der *Integrativen Therapie* wie das Konzept der *Leiblichkeit* und des *Informierten Leibes* (Hilarion Petzold 2002j), der Identitätsentwicklung (Petzold 1993,665-699), der *Intersubjektivität* (*ibid.*,58ff) und *Ko-respondenz* (*ibid.*,52ff), das *Konzept hermeneutischen Verstehens* (*ibid.*123ff), neurowissenschaftliche Erkenntnisse und Perspektiven der Entwicklung und des *komplexen Lernens* (Sieper, Petzold 2002) sowie das *Gesundheits- und Krankheitsmodell* der IT (Petzold 1993,551-611) fundieren. Hintergrund und Basis dieser Arbeit sind Theorie und Praxis der *Integrativen Therapie*, wie sie von Hilarion Petzold und seinen Mitarbeitern seit den 1960er Jahren entwickelt und seither ständig weiter entwickelt wurde.

Alle Patientenbeispiele und Daten dieser Graduierungsarbeit wurden anonymisiert.

## 2 Die Tagesklinik

### 2.1 Konzept und Setting

Im tagesklinischen Setting der altersgemischten Station werden 15 Kinder und Jugendliche im Alter von 4 –18 Jahren behandelt. Sie werden im Stationsalltag in drei altersspezifischen Gruppen von je einer Bezugserzieherin / Bezugsschwester betreut. Zusätzlich können bis zu vier Mütter mit Babys und Kleinkindern zur Behandlung früher Interaktionsstörungen aufgenommen werden. Die Behandlungsdauer wird individuell bestimmt, liegt in der Regel bei einem Vierteljahr bis zu 12 Monaten, je nach Indikation.

Die Tagesklinik befindet sich in einem abgeschlossenen Bereich einer großen modernen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Jede Gruppe hat ein Gruppenzimmer, außerdem gibt es einen Schlafräum, einen gemeinsamen Ess- und Aufenthaltsraum, einen Bewegungsraum, eine Küche, eine Garderobe und genügend sanitäre Einrichtungen. Eine Schwimm- sowie eine Sporthalle und ein großer Außenbereich mit Spiel- und Sportplatz stehen zur Verfügung.

### 2.2 Leistungskatalog und Therapieangebote

Der Leistungskatalog umfasst die apparative, psychiatrische und psychologische Diagnostik sowie Labordiagnostik und die Behandlung von

- Neurotischen Entwicklungen, die beispielsweise mit Phobien, Angstsymptomatik, Zwangssymptomatik, Kontaktstörungen, neurotischer Leistungshemmung einhergehen
- Organneurotische bzw. psychosomatische Störungen und Erkrankungen, insbesondere auch Essstörungen sowie psychogene Anfälle
- Verhaltensstörungen im Sinne von sekundären Neurotisierungen, frühkindlichen Hirnschäden und Epilepsien, oft verbunden mit hirnorganischem Psychosyndrom oder Teilleistungsstörungen
- Abnorme Erlebnisreaktionen, Pubertätskrisen, Depressionen
- Autistische Syndrome, Borderline Syndrome, Psychosen außerhalb der akuten Phase.

Das tagesklinische Therapieprogramm ist multiprofessionell und multimodal. Neben der psychodynamischen Einzeltherapie, der systemischen Familientherapie und Gesprächsgruppentherapie werden indikationsspezifisch Sport-, Bewegungs- und Schwimmtherapie sowie Ergo-, Musik- und Kunsttherapie, Logopädie und sozialtherapeutische Maßnahmen jeweils einzeln oder in der Gruppe genutzt.

Die Entspannungstherapie stellt einen ergänzenden Baustein im Rahmen der vielfältigen Therapieangebote dar. Hierbei wurde die klassische *Progressive Muskelrelaxation* nach *Jacobsen* durch Ansätze der „*Integrativen und Differentiellen Regulation*“ (*Petzold* 1985f, 2000f), der Atemtherapie und Imagination erweitert und spezifiziert.

Durch den Aufbau einer *Integrativen Bewegungstherapie*- Gruppe wurde das Therapieangebot speziell für die Jugendlichengruppe bereichert.

Als unterstützende Behandlung wird *Akupunktur / Akupressur nach dem NADA Protokoll* angeboten.

Über die pädagogische Elternarbeit werden die Eltern intensiver an der Behandlung beteiligt, durch den Austausch mit anderen Eltern in der Elterngruppe und an Familiennachmittagen können sie in ihrem Selbsthilfepotential gestärkt werden.

Im tagesklinischen Alltag finden die Kinder, Jugendlichen und Mütter mit ihren Kleinkindern Anleitung zum Handling und Spielen und erleben entwicklungsfördernde kompensatorische Beziehungsangebote durch die Mitglieder des pädagogisch-therapeutischen Teams, nicht zuletzt bei gemeinsamen Mahlzeiten und freizeitpädagogischen Angeboten.

Neben einer Beschulung im Rahmen der Klinikschule wird auch teilweise Unterricht in der Heimatschule angestrebt, insbesondere bei Vorbereitung der Entlassung.

### **2.3 Das Team**

Das pädagogisch – therapeutische Team setzt sich zusammen aus der Stationsärztin, einer Psychologin, dem Stationsleiter, einer Krankenschwester, zwei Kinderkrankenschwestern und zwei Erzieherinnen und wird multiprofessionell ergänzt durch eine Bewegungstherapeutin, einen Ergotherapeuten, einen Musiktherapeuten und eine Sozialarbeiterin.

Gemäß dem Integrativen Ansatz verstehen wir Agogik und Therapeutik als einander ergänzende Bereiche. Im Sinne gemeinsamen Heilens und Förderns unter kurativer, klinischer und evolutiver Perspektive sehen wir den Therapeuten auch als Lehrer, sowie den Pädagogen auch als Therapeuten.

Im klinischen Gefüge empfinde ich meine ganz persönliche Position als pädagogische Mitarbeiterin *und* Integrative Leib- und Bewegungstherapeutin immer wieder auch spannend. Leider bestehen oft noch alte Trennungen, Konkurrenzen und Spannungsfelder zwischen den Berufsgruppen, die eine wünschenswerte gegenseitige Ergänzung und fruchtbare Bereicherung erschweren, die lebendige und bewegte Entwicklung innerhalb eines Teams be- und verhindern.

Es ist nicht immer einfach, von einer spannenden Gratwanderung zwischen bewusster und sinnvoller Abgrenzung einzelner Tätigkeitsbereiche und gegenseitig bereichernder Ergänzung und Integration verschiedener Ansätze zu einem ausgewogenen, gleichberechtigten und konstruktiven guten Miteinander zu gelangen, dabei im eigenen persönlichen und professionellen Entwicklungsprozess authentische Klarheit zu leben und die berufliche Identität zu bestimmen. Wünschenswert wäre mehr gegenseitige Offenheit, Akzeptanz, Interesse und immer wieder die Gesprächsbereitschaft, um in Korrespondenzprozessen gemeinsamen – neuen Konsens zu finden. Hilfreich kann dabei regelmäßige Supervision sein.

### **2.4 Der Tag**

Die Tagesklinik ist täglich von 7.30 Uhr bis 16.00 Uhr geöffnet.

Der Tag beginnt mit einer Morgenrunde in der betreffenden Gruppe, in der die Kinder vom Verlauf des vergangenen Nachmittages, Abends und der Nacht berichten, ihre Erlebnisse besprechen und den täglichen Wechsel vom häuslichen in das System der Tagesklinik gestalten können. Nach dem Morgensport frühstücken alle zusammen, besuchen am Vormittag gestaffelt stundenweise die Klinikschule, Einzel- und Fachtherapien und nehmen an Beschäftigungs-, Bastel-, Sport- und Spielangeboten, Ausflügen und Spaziergängen teil. Einzelbetreuung und –förderung (wie z.B. Konzentrationstraining) wird individuell mit Gruppenaktivitäten abgestimmt. Nach dem Mittagessen in den Gruppen halten die Kleinen Mittagsruhe, die Großen erledigen hauswirtschaftliche Dienste und Hausaufgaben, ruhen oder nutzen Therapieangebote.

Jeder Tag endet mit der Abschlussgruppe, die zur Verarbeitung des am Tag Erlebten und zur Gestaltung eines Überganges vom tagesklinischen in das häusliche System dient.

### **2.5 Besonderheiten der tagesklinischen Behandlung**

Für einige Kinder stellt der tägliche Wechsel zwischen den Systemen Familie und Klinik eine besondere Schwierigkeit dar. Spannungen aus dem häuslichen Umfeld des Kindes drückt es direkt und hautnah über verstärkte Verhaltensauffälligkeiten am Morgen aus, manche Kinder zeigen auch am Nachmittag erhöhte innere Anspannung. Sie sind überfordert mit dem Wechsel zwischen den unterschiedlichen sozialen Welten ihrer realen und mentalen Familie einerseits und der Welt der Klinik andererseits, mit der Umstellung auf die jeweils gültigen sozialen, emotionalen und volitiven Normen und Werte. Sie benötigen Verständnis und Unterstützung bei der Bewältigung der

Übergänge. Gleichzeitig liegt darin die Chance, die Beziehungsstörung im Beziehungsgefüge selbst aufzuarbeiten, in dem das Kind aufwächst. Die Konfrontation mit der realen Bezugswelt, die sich täglich vollzieht, vermeidet eine Begünstigung der Regressionsneigung des Kindes, das sich unter stationären Bedingungen leicht in eine unrealistische Schonhaltung hinein entwickeln kann. Während einer tagesklinischen Behandlung bleibt das Kind eng mit der Familie verbunden und hat die Chance, neue Interaktions- und Beziehungserfahrungen im kontinuierlichen Kontakt mit der Familie zu erproben.

Im Jugendalter kann die tägliche Wiederholung einer Trennung von der Familie eine sinnvolle Bearbeitung der Ablösungsproblematik ermöglichen und die individuelle Bedeutung dieser Trennungserlebnisse therapeutisch bearbeitet werden. Die Behandlungsindikation für die Tagesklinik muss in sinnvoller Weise ambulant von Therapeut und Familie besprochen und gestellt werden. Tagesklinische Behandlung erfordert eine höhere Belastbarkeit nicht nur des jugendlichen Patienten oder des Kindes, sondern auch der Familie. Im Vergleich lässt eine tagesklinische Behandlungsform erheblich mehr Raum zur Eigenentfaltung und Eigengestaltung durch die Patienten und ihre Familie. Sie betont und unterhält den Einfluss der Familie und verstärkt die Möglichkeiten zur Nutzung der Systemkräfte in einer Familientherapie. Ziel ist es, die familiären und sozialen Bedingungen, unter denen der Patient lebt, gleichzeitig mit seiner individuellen Behandlung zu verändern. „Integrative Familienarbeit“ beinhaltet eine „sozialpädagogische und therapeutische Ausrichtung...Sie erfordert sorgfältige Beobachtungen des aktuellen Verhaltens in `familialen Netzwerken` ..., sie muss Affiliationsqualitäten und –muster und ihre Auswirkungen in der jeweiligen Familie untersuchen, wie sie sich in den alltäglichen Interaktionen und Belastungssituationen *real* inszenieren, aber auch *mental* im Denken, Fühlen und Wollen der Familie und ihrer Mitglieder präsent sind. Das erfordert den Versuch, die `mentalen Repräsentationen` der Familie `in den Köpfen` der Familienmitglieder zu erfassen. Da diese aber historisch gewachsen sind (wie natürlich das offene Verhalten auch) wird dazu eine `Arbeit an der Familiengeschichte` unerlässlich“ (H.Petzold 2006v).

Die zeitliche Anwesenheit der Patienten kann besonders vor ihrer Entlassung zur schrittweisen Wiedereingliederung und Ablösung flexibel gestaltet werden.

### **3 Identität – Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter**

Nach dem Prinzip der *Salutogenese* (vgl. *Rüdiger-Felix Lorenz 2004*) besteht der ressourcenorientierte Ansatz der *Integrativen Therapie* darin, gesunde Lebenswelten zu festigen, Integriertheit, Kohärenz- und Zugehörigkeitsgefühl zu stärken und zu festigen. Deshalb schärfen wir unsere Wahrnehmung für die gesunden Interaktionen und Körper-Dialoge in vergangenen und bestehenden Beziehungen unserer Patienten sowie für gesunde Atmosphären, um auf deren Basis Grundvertrauen zu stärken und helfende Sinnperspektiven zu entwickeln.

Ein gut fundiertes Verständnis entwicklungstheoretischer Grundlagen und ein Bewusstsein über mögliche Krisen und Kränkungen in dieser Lebensphase stellt eine wichtige Voraussetzung dar für ein einfühlsames Wahrnehmen des Kindes oder Jugendlichen, für ein verständnisvolles Reagieren im Sinne einer intersubjektiven Beziehung.

#### **3.1 Entwicklungstheoretisches Konzept der Integrativen Therapie**

Entwicklung vollzieht sich über die gesamte Lebensspanne, beginnend in der Embryonalphase bis ins hohe Alter. Die *Integrative Therapie* vertritt damit den Ansatz des *life-span-development-approach* (*Petzold et al. 1993, 538*, cit. *Baltes, Eckensberger 1979; Baltes et al. 1990, 1989; Featherman, Lerner 1986*). Des Weiteren basiert das Entwicklungsmodell der *Integrativen Therapie* auf der Grundüberzeugung, daß der Mensch von Anfang an als soziales Wesen zu verstehen ist, das schöpferisch und kreativ auf Entwicklung angelegt ist und über lebenslange Plastizität verfügt.

In jeder Entwicklungsphase steht das Kind, der Jugendliche der erwachsene und auch der alternde Mensch vor höchst individuellen Lebens- bzw. Entwicklungsaufgaben, die sich aus inneren Wachstums- und Entwicklungsimpulsen des Leibes, aus Reifung und dem eigenen Bedürfnis zu Rollenverkörperung einerseits und äußeren – das heißt von der Familie bzw. der Gesellschaft gestellten Aufgaben, Herausforderungen, Rollenzuschreibungen und –erwartungen andererseits ergeben und zu bewältigen sind. Auf allen Entwicklungsstufen kann es hierbei durch Über- oder Unterforderung zu Disharmonien und Spannungen, Belastungen und Kränkungen kommen. (vgl. *Petzold et al. 1993*)

Entwicklungsaufgaben oder Lebensthemen können sich auch aus kritischen oder bedeutsamen Lebensereignissen oder Veränderungen von Lebenslagen ergeben (wie z.B. durch Schulwechsel, Krankheiten, Todesfälle, Heirat oder die Geburt eines Kindes).

Entwicklung ist ein Zusammenspiel von Anlage und Sozialisation; bedeutet Werden, Wachsen, Veränderung und Lernen in sozialen Beziehungen und in Bezogenheit auf die Umwelt in der Zeit (in Kontext und Kontinuum) – ein Leben lang. Dabei wirken sowohl Ereignisse der Vergangenheit als auch Zukunftserwartungen in die Gegenwart und wirken sich auf die Entwicklung aus.

Jeder Mensch braucht, um sich gesund entwickeln und entfalten zu können eine „fördernde Umwelt“ (*Winnicott*). Körperliches Wachstum ist zwar ein natürlicher Prozess, aber ohne Anregung, Herausforderung oder Zuwendung gibt es keine Entwicklung.

Das Kind braucht „Szenen, Atmosphären, Boden, auf dem sich Wachstum vollziehen kann...Entwicklung als der komplexe Gewinn von motorischer, sensorischer, perzeptueller, kognitiver und sozialer Kompetenz und Performanz, des Gewinns von Strukturen und Funktionen, wird durch die vielfältigen Einflüsse der Sozialisation (der personalen wie der ökologischen) bestimmt.“ (*Petzold 1993, 1101*).

Entwicklung vollzieht sich als komplexer Prozeß im somatischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Bereich.

Entwicklungsbedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes und die jeweils bereit gestellten Bedürfnisbefriedigungen und gestellten Anforderungen sollten sich möglichst gut entsprechen, damit es weder zu permanenter Über- noch zu Unterforderung - wir sprechen auch von Über- und Unterstimulierung - kommt. Diesem Aspekt gilt auch im therapeutischen Sinne besondere Beachtung, wenn wir unseren Patienten angemessene Entwicklungsmöglichkeiten bereitstellen.

So wie alle Prozesse ist auch der lebenslange Entwicklungsprozess gekennzeichnet von Entwicklungsschüben, von (scheinbarem) Entwicklungsstillstand, von Übersprüngen, von Schritten und möglicherweise Rückschritten. Wir durchlaufen Entwicklungsphasen und erreichen Entwicklungsstufen, wobei die Übergänge zwischen Baby- und Kleinkindzeit ebenso fließend sind wie zwischen Kindheit und Pubertät, Erwachsen- und Altwerden.

Beschäftigen wir uns mit der Entwicklung des Menschen müssen die Ergebnisse der empirischen Entwicklungsforschung mit Konzepten der Persönlichkeitstheorie (Leib-Selbst, Ich, Identität) in engem Zusammenhang gesehen werden.

### **3.2 Die kindliche Entwicklung**

Schon im vorgeburtlichen Stadium entwickelt das „organismische Selbst“ Grundlagen der Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit. Eingebunden in die intra-uterine Lebenswelt entwickelt sich aus erster Konfluenz erste rudimentäre Abgrenzung und Kontakt durch selbstinitiierte Bewegungen und Abstimmung mit der Bewegung der Mutter. „In diesem organismischen Eingebundensein wurzelt die Fähigkeit des Menschen zu Grundvertrauen.“ (*Dorothea Rahm, Hilka Otte et al. 1993, 190*) „Die Daseinsgewißheit, `zweite Säule` des Grundvertrauens, beruht auf dem selbstverständlichen, unwillkürlichen Funktionieren des Organismus von Anfang an und dem einführenden Kontakt mit und durch die Bezugspersonen...In der Zeitspanne vom sechsten Schwangerschaftsmonat bis ca. zum dritten Monat nach der Geburt bildet sich das `archaische Leib-Selbst`. Dieses ist vor allem gekennzeichnet durch die Fähigkeit zu Affektbildung und affektiver Reaktion, z. B. Erregung und Beruhigung.“ (*ibid.*)

Die Geburt als Übergang und bedeutungsvoller Schritt leiblicher Abgrenzung zur Mutter stellt wohl die erste gravierende gemeinsame Entwicklungsaufgabe für das Kind und die Mutter dar.

Der Säugling lernt in den ersten Lebenswochen zunächst über die sinnliche Wahrnehmung seinen Körper und dessen Signale, Funktionen und Körperrhythmen in Raum und Zeit kennen, er empfindet Bedürfnisse und Stimmungen und beginnt sie zu äußern über Schreien, Saugen, Greifen, Strampeln, er nimmt sich selbst und andere sowie seine Umwelt mit allen Sinnen zunehmend wahr.

Durch „interpersonale Erfahrungen und intrapersonale Daseinsgewißheit“ (*Petzold 1991a*) bildet sich in Abhängigkeit von der Reifung des Zentralnervensystems im dritten bis siebten Lebensmonat „das archaische Ich“, welches Kontakt- und Interaktionsfähigkeiten besitzt und aus dem sich in weiteren Differenzierungsprozessen die Ich-Funktionen entwickeln. Sie beruhen auf der „perzeptionellen Differenzierung, der mnestischen Leistungsfähigkeit und dem Aufkommen des szenischen Gedächtnisses... sowie der zunehmenden Kontrolle von Haltung, Bewegung und Mikro-Umwelt, und den Interaktions- und Empathie-Erfahrungen von Seiten der wichtigsten Bezugspersonen“ (*ibid.*).

Das Kind entwickelt sich in Bewegung und Fortbewegung: es hebt den Kopf, lernt seine Muskulatur zu kontrollieren. Über das Rollen und Rutschen kommt es zum Sitzen und Krabbeln, sich Hochziehen, Stehen und die ersten Schritte stellen einen Durchbruch dar.

Über einfühlsame Zuwendung entwickelt das Kind zwischen dem achten bis zwölften Monat ein Gefühl für das eigene „Selbst“ mit eigenen Gefühlen und Wünschen. Diese Selbst- Gewissheit des „subjektiven Leib-Selbst“ geht über die Daseins-Gewissheit des „archaischen Ich“ hinaus.

Durch Bewegung erobert es sich die Welt, sie ist eine der grundlegendsten Lebensäußerungen des Kindes. Äußere Reize wecken Lust oder Unlust, wecken das Bedürfnis nach Spiel und tätiger und

kreativer Auseinandersetzung mit dem Lebensraum. Mit dem Laufenlernen ist die erste Phase der kindlichen Entwicklung abgeschlossen.

Im Zusammenhang mit der Sprachentwicklung zwischen dem zwölften und achtzehnten Lebensmonat lernt das Kind sich selbst und seine Bezugspersonen zu benennen und entwickelt so eine „archaische Identität“.

Sprechen und essen lernen, Sauberkeitsentwicklung, die Großen nachahmen, Nein sagen und damit verbundener Stolz und erste Abgrenzungsversuche kennzeichnen neben neuen Fort – bewegungsmöglichkeiten wie z. B. klettern, springen, balancieren, werfen und fangen etc. den nächsten Wachstumsschub. Über körperliche und sinnliche Erfahrungen mit den Dingen entwickelt das Kind Bilder vom Ganzen, es vergrößert seinen Erfahrungsbereich, verfeinert und koordiniert seine Bewegungsformen, die Bewegungen werden kräftiger, schneller, großräumiger und dynamischer. Auf Schritt und Tritt entdeckt das Kind nun Neues und Aufregendes. Diese Zeit ist äußerlich und innerlich sehr bewegt und auch ängstigend, weil es Zusammenhänge zwischen den Ereignissen noch nicht herstellen kann. Das Kind beginnt ein Bild von sich selbst zu entwickeln, bezeichnet einzelne Körperteile und beginnt so, Exzentrizität zu entwickeln. Es unterscheidet zwischen sich selbst und der Umwelt. Alles was es erlebt, entdeckt und sieht spielt es in seiner eigenen Welt allein und mit anderen nach. Grundlagen für erste eigene Identifikation und Identifizierung durch andere sind gelegt.

Die sprachensible Phase vom 2. Lebensjahr an gewinnt für die Sozialisation des Kindes und die stattfindenden *Mentalisierungsprozesse* eine besondere Bedeutung. Mit der Sprache werden komplexe Symbolsysteme und kulturelle Inhalte des sozialen Systems mit ihrem kognitiven und emotionalen Gehalt, Fähigkeiten zu „sinnlicher Reflexivität“ und „emotionaler Intelligenz“ innerhalb des familiären Klimas weitergegeben. Die Familie stellt die Basis für die kulturellen Lernprozesse – für „komplexes Lernen“ (*Sieper, Petzold 2002*) bereit, welches sich über die gesamte Lebensspanne vollzieht. Komplexes Lernen geschieht auf der Grundlage „nonverbaler und verbaler Interaktionen und Kommunikationen, die von Spiegelneuronen (*Stamenov, Gallese 2002*) und Prozessen emotionaler Ansteckung und Differenzierung (coemoting, *Petzold 1995g*) sowie durch das Imitationslernen am Modell (*Bandura 1969*) gestützt sind“ (*Petzold 2006v*). In Prozessen differenzierter und komplexer Mentalisierungsstile entsteht nachhaltige gegenseitige Sozialisation (ibid.).

Im Kindergartenalter hat das Kind gelernt „ich“ zu sagen und wächst in eine Gruppe hinein. Wieder gibt es vielfältige neue Anregungen wie beim Basteln, in Regel- und Rollenspielen. Sie spielen die Welt der Erwachsenen und die Welt der Märchen nach und lernen erst später, zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden. Indem Kinder über ihre Zukunft phantasieren, sich mit anderen vergleichen und sich mit ihnen auseinander setzen, verfeinern sie ihr Rollenbild und entwickeln ein eigenes Selbstbild. Es entsteht etwa im 4. – 5. Lebensjahr reflexive Selbsterkenntnis als Grundlage für die „reife Identität“, das „reife Ich“, ein „reifes Selbst“. Auf der Grundlage internalisierter Beziehungserfahrungen entwickelt sich die Struktur des „inneren Anderen“ weiter, das Gewissen entwickelt sich.

Eine neue große Herausforderung erlebt das Kind mit der Einschulung. Diesen Schritt des Wachsens, Älterwerdens und Lernens genießen die meisten Kinder voller Freude und Stolz. Die Erfahrung ganzheitlicher Wahrnehmung tritt zurück und Lernen wird vorwiegend unter kognitivem Aspekt gesehen, es werden erstmalig Leistungsanforderungen gestellt. Die Kinder stehen vor neuen sozialen Verunsicherungen und finden sich in ihrem Bewegungsdrang sowie in ihren körperlichen Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt. Sie entwickeln individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, Sinn für Zusammenhänge, Ausdauer und Konzentration. Ihre Bewegungen werden flüssiger, elastischer und harmonischer, die Kinder lernen, sich und ihren Körper immer besser einzuschätzen.

### 3.3

### *Identitätsentwicklung im Jugendalter*

Bedeutet das langsame und kontinuierliche Wachsen des Körpers für das Kind Sicherheit und Vertrauen so erlebt es in der beginnenden Pubertät die erheblichen ungleichmäßigen körperlichen Veränderungen als große Verunsicherung. Mit der Veränderung der Körpermaße und –proportionen gehen körperliche Ungeschicklichkeit und schlaksige Bewegungen einher. Die kindliche Mühelosigkeit und Leichtigkeit im Bewegungsverhalten lässt nach, oft weicht die Freude an der Bewegung einer Trägheit, Unlust oder innerer Ablehnung. Die körperlichen Veränderungen wie Haarwuchs und Stimmveränderung bei den Jungen, Entwicklung der Brüste und des Beckens, der Beginn der Menarche bei Mädchen, Reifung der primären Geschlechtsorgane haben einen enormen Einfluß auf die psychische Entwicklung, die sich erheblich langsamer vollzieht als der schnelle körperliche Prozess.

Die eigene Beunruhigung und die Verwirrung durch die Meinungen anderer, Peinlichkeit und Scham führen zu Ruhelosigkeit, körperlichem Unwohlsein und schwer vorhersehbarem oder launischem Verhalten.

Entwicklungsprozesse gestalten sich im Jugendalter zunehmend in höchst individueller Form. Unterschiede zwischen Gleichaltrigen zeigen sich in dieser Altersgruppe besonders deutlich.

„Ein wesentliches Konzept der `integrativen` Entwicklungstheorie für das Jugend- und Erwachsenenalter (also einer schon „entwickelten“ Persönlichkeit) ist das der `Viation`, der *persönlichen Verlaufsbahn* (Rahm, Otte, et al. 1993,189)“. „Viationen... sind höchst individualisierte, biographisch bestimmte und kontextabhängige Verlaufsbahnen intra- und interpersonaler Prozesse (z.B. Gestaltungs-, Problemlösungs-, Therapie-, Krisen-, Trauer-, Sterbeprozesse u. ä.), deren Verläufe gewisse Grade von Variabilität haben, jedoch nach dem Gesetz der `guten Kontinuität` auch eine gewisse Bestimmbarkeit aufweisen, besonders wenn schon größere Verlaufsabschnitte bekannt sind, die eine `Prägnanztendenz` erkennen lassen“ (*ibid.* cit.Petzold 1988).

Gemäß seines individuellen Entwicklungsprozesses und dessen persönlicher Deutung wird der Jugendliche sich seine Lebensthemen wählen und entsprechend darauf reagieren.

Die kindliche Vorfreude auf das Erwachsenwerden weicht nun der Feststellung, daß diese Phase schwierig und mit Spannungen verbunden ist.

Die Beziehungen in den sozialen Gruppen werden labil. Gedanken über die Familie und über das andere Geschlecht, über soziale Erwartung und Druck, über die Fähigkeit oder Unfähigkeit, sich wie ein Erwachsener zu verhalten, bestimmen diese Lebensphase.

Wir können Kinder grundsätzlich in ihrer Autonomieentwicklung unterstützen, im Jugendalter gewinnt dieses Bestreben jedoch zunehmend an Bedeutung. Der Jugendliche beginnt sich mehr und mehr von den Erwachsenen zu distanzieren. Er gerät möglicherweise in Konflikte oder Ambivalenzen, weil er sich in seinen verstärkten Autonomiebestrebungen dennoch nach Liebe, Wärme und vertrauensvollen und stabilen Beziehungen sehnt. In seiner natürlichen Entwicklung zu mehr Eigenverantwortung und Reife muß er viele Unsicherheiten und Ängste bewältigen. Er braucht Unterstützung, um seine Gefühle der Angst, Einsamkeit, Frustration, Selbstverachtung, der sexuellen Verwirrung und Furcht zum Ausdruck zu bringen.

Weiterhin ist diese Phase der Entwicklung von vielen Unsicherheiten geprägt. Der Jugendliche setzt sich mit der Veränderung seines Körpers, mit seiner Sexualität auseinander und entwickelt darüber leibliche Integrität. Er stellt Werte und Normen in Frage, versucht seine Stellung im sozialen Gefüge seiner Umwelt zu finden. Er stellt sich die Frage, was aus ihm einmal werden wird, was ihm die Zukunft bringen wird. Dabei spielen die Bereiche Arbeit, Leistung, Freizeitgestaltung sowie die Frage materieller Sicherheit und wachsender Eigenverantwortung und Unabhängigkeit eine bedeutende Rolle.

Er muß sich mit allen genannten Bereichen seiner Identität auseinandersetzen, um ein Selbstkonzept zu entwickeln und sich selbst zu finden.

Der Jugendliche setzt sich mit dem „Bild“ auseinander, das seine Eltern sich von ihm machen und versucht herauszufinden, in wieweit er sich an diesem Bild orientieren oder sich davon distanzieren, sich gegen die Erwartungen der Eltern abgrenzen will.

Nicht selten haben Jugendliche niemanden, dem sie sagen können, wie unsicher sie sich fühlen, welche Ängste sie haben, was wirklich in ihnen vorgeht; daß sie nicht wissen, wer oder wie sie

wirklich sind, welche inneren Konflikte sie umtreiben. Sie haben oft das Gefühl, daß keiner sie versteht und daß sie mit niemandem darüber sprechen können.

Sie tragen in sich den Wunsch nach Ausdruck und Ordnung ihres Gefühls- und Beziehungschaos, nach Selbst- Entdeckung, nach Klärung von Gedanken und ihrer Position im sozialen Gefüge ihrer Umwelt. Dabei stoßen sie nicht selten an persönliche und gesellschaftliche Grenzen.

Wo das Kind noch der Konfrontation mit der Welt aus dem Wege gehen und Zuflucht im Spiel suchen kann sieht sich der Jugendliche schon sehr stark mit den Realitäten der Welt konfrontiert. Während er sich nach der Freiheit und Unabhängigkeit des Erwachsenseins sehnt, hat er zugleich Angst vor dem, was auf ihn zu kommt.

Bedürfnisse und Wünsche müssen mit Realitäten vereinbart werden, hierbei geht es im Jugendalter verstärkt um „Handeln um Grenzen“ in nahezu allen Bereichen und Beziehungen seines Lebensumfeldes. Konfrontationen und Konflikte bleiben nicht aus.

Der individuelle Entwicklungsprozess wird wesentlich davon bestimmt, „welche Kompetenzen und potentiellen Möglichkeiten der Jugendliche zur Verfügung hat:

sich zu *identifizieren* mit dem, was er als zugehörig zu sich selbst erachtet sowie sich gegen falsche Identifikationen zu wehren; andere zu *konfrontieren*, wenn sie etwas anderes von ihm verlangen, als er selbst für sinnvoll hält; und schließlich die Entwicklungsimpulse aus beiden Richtungen gegeneinander abzuwägen und das Resultat zu *integrieren*“ (Manfred Affelt 1994,10)

Die Jugendlichen durchlaufen einen individuellen Zyklus von „*Identifikation, Konfrontation und Integration*“, welcher die „wesentliche Grundstruktur der Bewältigungsdynamik im Entwicklungsprozess der Jugendlichen“ darstellt und ihre gesamten Beziehungen prägen. Sie befinden sich dabei in einem „Spannungsverhältnis zwischen *Autonomie und Bindung*“, welches im positiven Sinne der „Motor von Entwicklung“ ist. (*ibid.*)

Gleichzeitig liegen hier Gefahren der Kränkung und Entwicklungskrisen sowohl in der Individual- wie auch in der Beziehungsentwicklung.

Die Entwicklung in **Kindheit und Jugend** ist begleitet und durchdrungen von komplexen Prozessen der Internalisierung und „*Mentalisierung*“ (Petzold 2005t; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), die sich über die gesamte Lebensspanne vollziehen, wobei es in Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenleben „sensible Phasen“ gibt. Die Familienkultur (welche wiederum von kollektiven und gesellschaftlichen Mustern und Normen mitbestimmt ist) bezüglich gemeinsamer Spiel- und emotionaler Kultur, Stilen des Denkens, Wollens, Fühlens und Handelns, des Umgangs mit Nähe und Distanz, Stile der Offenheit oder Verslossenheit, der Zärtlichkeit, des Umgangs mit Macht, Schuld, Scham, mit Unrecht und Gerechtigkeit, Zugehörigkeit und Eigenständigkeit, gegenseitiger Wertschätzung und eigenem Selbstwerterleben, verbaler und nonverbaler Kommunikationsmuster und Beziehungsgestaltung werden archiviert und gehen in Form von Szenen, Szenenfolgen, Szenenentwürfen und ihren Atmosphären ein in die Bilder der „Familie im Kopf“ (Petzold 2006v) - als „mentale Repräsentationen“ (*ibid.*), die als Teil eigener Identität mental aufgenommen und leibhaftig in Mimik und Gestik „eingefleischt“ werden und sich in Verhalten bzw. vollzogener Lebenspraktik widerspiegeln. „Familiengeschehen hat narrative Qualitäten“. Erlebte und gelebte Familiengeschichte, Traditionen und Zukunftsentwürfe „mit ihren Atmosphären, Wertungen, Bewertungen, Abwertungen, erfüllt von Wahrheit und Lüge, von Legenden, Phantasien, von real vollzogenen und gegenwärtig erlebten Gefühlen wie Angst und Sorge, Liebe und Hass – sind durch Erinnern `mental repräsentiert` (kognitiv, emotional, volitional). Geschichten haben Wirkungen und Nachwirkungen in Familien bzw. familienähnlichen Systemen (Petzold 2001b). Sie sind in jedem einzelnen zerebralen Gedächtnis jedes einzelnen Angehörigen des Familiensystems aufgehoben und dadurch zugleich in einem `kollektiven Gedächtnis` gemeinsamer Erinnerungen und Erinnerungsstücke, eben weil es `gemeinsame Geschichte` gibt. Diese bestimmt aktuelle Interaktionen, Vergangenheitsrepräsentationen und *antizipatorische Erwartungsprojektionen* der Einzelnen in einzigartiger Weise, bestimmt aber auch das Miteinander der Gemeinschaft“ (Petzold 2006v).

Das menschliche Gehirn erfährt zu Beginn der Pubertät einen massiven Wachstumsschub (vgl. Petzold 2007d). Die Hirnentwicklung während der Kindheit und Jugend verstehen wir als neuronales und cerebrales Reifungsgeschehen (*ibid.*, cit. Sowell et al. 1999). Nervenzellen bilden sich neu, es bilden sich neue Bahnen. Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse werden

optimiert, es ergibt sich eine höhere Leistungsfähigkeit durch größere Übertragungsgeschwindigkeit; Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität des Menschen wächst. Erhebliche neurobiologische Wachstumsprozesse besonders im präfrontalen Bereich ermöglichen und bewirken in der Adoleszenz den Übergang zum „operativen Denken“ (*Piaget*) und neue Qualitäten des Fühlens und Erlebens. Damit gehen Orientierungs- und Adaptionsprobleme im subjektiven Erleben sowie in den kommunikativen Bezügen einher. Die Jugendlichen sind oft „für die rationalen Argumentationen der Erwachsenen unzugänglich („Wegen Umbau geschlossen“ signalisiert das Gehirn des Jugendlichen dem Betreuer und fährt fort, sich weiter mit sich selbst zu beschäftigen)...Jugendliche können offenbar mit Emotionen in kommunikativen Kontexten schlecht umgehen und reagieren oft gereizt und sprunghaft“ (*ibid.*). Für die genetisch aufgeschalteten „Entwicklungsbereitschaften“ müssen Umweltantworten und Angebote mit einer „guten Passung“ bereit gestellt werden, damit die Entwicklungspotentiale genutzt werden und die „Leistungszunahmen in der kognitiven und volitiven Performanz, aber auch in der Handhabung von Emotionalität und die Entwicklung affektiver Differenzierung“ (*ibid.*) unterstützt - insgesamt die Chance zur Neubahnung von Verhalten und Wille genutzt werden. Wollen wir als PädagogInnen und TherapeutInnen *Jugendliche auf ihrem Entwicklungs- Weg begleiten und unterstützen*, so ist es wichtig zu wissen, „dass die Stirnlappen in diesem Entwicklungszeitraum eine gravierende Veränderung durchmachen. Sie sind ja für intentionale Planung, Organisation, prospektiv-strategisches Denken Zielfindung und –realisierung, damit auch für Willensprozesse, für das Erkennen multipler Kausalitäten, Meinungs- und Wertbildung zuständig. Erhalten Heranwachsende in dieser Zeit die richtigen Angebote an Explorations- und Erprobungsräumen, die richtigen ko-responsenzfähigen PartnerInnen für Begegnung und Auseinandersetzung, können sie die für ihre weitere Lebensführung erforderlichen Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen) und Performanzen (Fertigkeiten, Können) erwerben und insgesamt leistungsfähiger werden...Eine der wichtigsten Fähigkeiten und Fertigkeiten ist die „strategische Selbstführung“ unter Nutzung seiner Willenspotentiale, die der Jugendliche entwickeln muss“ (*Petzold 2007d*).

Jugendliche befinden sich in ihrer Entwicklungsphase **auf dem Weg des Aufbruchs, des Umbruchs**, des „Umbaus im Gehirn“ – auf dem Weg **des Übergangs**. Wachsende Entwicklungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen erfordern eine entwicklungspsychologisch fundierte multidisziplinäre und pluriprofessionelle *Entwicklungsbegleitung* (*Affelt 1991*). Integrative (Sozial-)pädagogische und therapeutische Arbeit bedeutet unter dieser Perspektive ein *gemeinsames Sich-auf-den-Weg-begeben*. Als TherapeutIn / PädagogIn sind wir „Mitglieder auf Zeit“ im „Konvoi“ des Jugendlichen (*Petzold 2006t*) und geben „Weggeleit“ auf der Lebensstrecke des Übergangs. Beziehungsorientierte Arbeit mit Jugendlichen heißt Ermutigung, Begleitung und Betreuung *auf ihrem Weg*, sich selbst und den/die anderen neu zu entdecken, sich für Neues zu begeistern und sich gegenseitig auf dem Weg voran zu bringen, Chancen zu (Um-)orientierung und Weichenstellung zu nutzen und voneinander zu lernen.

Jugendlichenpsychotherapie ist „Entwicklungspsychotherapie“ (*Petzold 1982c, 1992a, 1993c, 1999c*) in „biopsychosozialökologischer“ Ausrichtung (*Petzold 1974j, 2003a, 2006j*); bedeutet Arbeit mit/an der Entwicklung der Körperlichkeit und Leiblichkeit in ihrer biologischen, psychologischen, sozialen und ökologischen Dimension unter lebensaltersspezifischer und entwicklungspsychologischer Perspektive. Es gilt, Experimentier- und Expansionsräume bereit zu stellen für die evolutionär begründeten „Aufbruchsnarrative“ (*Petzold 2007d*), die in Jugendlichen „aufgeschaltet“ werden. Gemeinsames Auf-dem-Weg-sein in der Therapie beinhaltet: Entwicklung stabiler entwicklungsfördernder, ressourcenreicher sozialer Netzwerke, Ausbau von Ressourcen und Einschränkung von bzw. Schutz in „riskanten“ Konvois; kognitive Einschätzung und emotionale Bewertung der Dysfunktionalität von Vergangenem; Betrauern von und Aussöhnung mit Lebensumständen, Versöhnung mit Personen; Erinnern guter verinnerlichter Personen der Vergangenheit und Bekräftigung guter innerer Bilder und eigener positiver Persönlichkeitsanteile und Bewältigungsstrategien. Die Modifikation im „Kopf“ ermöglicht in der Arbeit *korrigierender Mentalisierung* die Veränderung mentaler Repräsentationen - „mentale Umtönung“ und die Bahnung neuer innerer Bilder (*Petzold 2006v*).

Mentalisierungsprozesse als Interaktion von Gehirn und Umwelt sind durch lebenslange Neuroplastizität als „lebenslanges Lernen“ möglich. Vorhandene Sozialisationsdefizite können daher in der sensiblen Phase des Jugendalters durch besondere Investitionen gut ausgeglichen werden,

es ist wichtig, Jugendliche auf einen „guten Weg“ zu bringen (vgl. *Petzold 2006t*). „Unter einer salutogenetischen Perspektive kann man die puberalen und adoleszenten neurohumoralen Wachstums- und Umbauprozesse des Gehirns als eine Chance sehen, dysfunktionale Narrative (d.h. Schemata, Lebensstile) aus risikoreichen, belasteten Lebensverläufen, Krankheits- und Devianzkarrieren zu korrigieren, indem man diesen Karrieren durch fördernde Umweltangebote eine positive Wende gibt, damit das reiche Potential der sich durch Genexpressionen neu bildenden cerebralen, vornehmlich präfrontalen Strukturen für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung in optimaler Weise genutzt werden kann durch umfassende risikomindernde, protektive, resilienzbildende Maßnahmen nachhaltiger Lebensweltgestaltung, die funktionale neue Genregulationen unterstützen, wobei sozial-, erlebnis- und freizeitpädagogische Angebote, familien- und netzwerktherapeutische sowie bewegungs-, sport- und jugendlichenpsychotherapeutische Interventionen konzentriert zum Einsatz kommen sollten“ (*Petzold 2007d*).

Die Ermutigung zur Entdeckung von Neuem, zur Öffnung des Horizontes, der Wahrnehmung von Sehnsüchten, Hoffnungen und Wünschen, die Übung des Willens können ermutigen, Unbekanntes zu wagen, neue Wege zu beschreiten. Zur Festigung neuer Erfahrungen und Performanzen in den Kontexten und Mikroökologien der Kinder und Jugendlichen ist *präparatorisches Transfertraining* und die Arbeit mit den nächsten Angehörigen notwendig. Auf dieser Basis kann Persönlichkeitsentfaltung mit dem Ziel nachhaltiger Verselbständigung gelingen.

## 4

## Spannungen hermeneutisch verstehen

In der Integrativen Therapie kommt eine nichtsprachliche Hermeneutik als Prozess gemeinsamen Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens zum Einsatz, welche die Voraussetzung bildet für gemeinsames Handeln. Es handelt sich um eine gemeinsame gleichsam spiralförmige Suchbewegung in „Ko-respondenzprozessen“ auf der Grundlage einer intersubjektiven Beziehung zum Auffinden gemeinsamer Wahrheiten und von gemeinsamem Sinn, der miteinander geteilt wird. Da sich das Unbewusste weitgehend der sprachlichen Logik entzieht, werden auch andere Zugangswege des leiblichen Ausdrucks wie die der Mimik und Gestik hermeneutisch erschlossen. Zudem werden in Diagnostik und Therapie kreative Medien eingesetzt, da sie bildhafte vorsprachliche Elemente enthalten, die dem Unbewussten viel näher stehen als die Sprache.

### 4.1 Erkenntnistheoretischer Hintergrund

Alle Grundvoraussetzung für Erkenntnis ist der *Leib*. Das Denken, das Funktionieren des Gehirns, des Zentralen Nervensystems und der Sinnesorgane sind Funktionen des Leibes. Erkenntnis ist gebunden an das *Bewusstsein*, alles Verstehen und Verstandenwerden ist zudem ein *sozialer* Prozess des Aushandelns von Wahrheit in Ko-respondenzprozessen.

Komplexes Lernen vollzieht sich auf geistiger, leiblicher, emotionaler und sozialer Ebene. Wir lernen durch Experimentieren, durch Erleben und durch Evidenzerfahrungen, das heißt in körperlich-performatorischem Erleben, verbunden mit emotionaler Erfahrungen und rationaler Einsicht in Bezogenheit. Therapie als Lernprozess heißt also: Wir ermöglichen leibhaftige Erfahrungen, die über die Sprache ins Bewusstsein geholt, miteinander geteilt und als neue Informationen integriert werden können. Auf dieser Grundlage wird Veränderung möglich. So können neue alternative und korrigierende Erfahrungen gemacht und alte Überzeugungen können neu bewertet werden. Es entsteht neuer Sinn.

### 4.2 Phänomene von Eindruck und Ausdruck

Das Bewegungsverhalten unserer Kinder und Jugendlichen, sei es überschwenglich oder zurückgenommen, erzählt uns etwas über ihr Befinden, über Erziehungsprozess sowie soziale und gesellschaftliche Bedingungen, in denen sie aufwachsen und leben. Das Da-Sein des Kindes im Hier und Jetzt ist durchdrungen und geprägt von den Ereignissen der Vergangenheit. Ein Teil seiner bisherigen Lebens- und Entwicklungsgeschichte, seine Erfahrungen und Erlebnisse sowie Einflüsse und Prägungen aus seinem Lebens- und Erfahrungsumfeld wird atmosphärisch spürbar und im leiblichen Ausdruck sichtbar.

Auch wenn der Körper langsam verlernt hat sich auszudrücken oder Kopf und Verstand die Bewegungen kontrollieren, äußern sich Körper und Sinne unmittelbar, lassen Ängstlichkeit, Zurückgezogenheit, Überdrehtheit, Spannungen oder Aggressionen leiblich sichtbar werden.

Sichtbare Phänomene wie Körperhaltung und Bewegungsverhalten, Atmung, Muskeltonus, Gestik und Mimik, Auftreten und Verhalten können wir wahrnehmen. Wir verstehen sie professionell und therapeutisch als sichtbaren und direkten leiblichen Ausdruck von Eindrücken und Prägungen, die sich im Verlauf des Lebens als Rollen auf den Leib geschrieben, als In-formationen aus der Lebensgeschichte in den Leib eingeschrieben haben und als Atmosphären und Szenen im Leib-Gedächtnis gespeichert sind.

Körperliche und seelische Über- bzw. Unter-Spannungen können sichtbar und spürbar werden in muskulären Verspannungen, steifen Gliedmaßen, verkrampten Gesichtszügen, eingeknicktem Oberkörper, flacher Atmung, Tonusregulationsstörungen, psychomotorischer Unruhe und

Übererregung, in psychosomatischen Beschwerden wie Spannungskopfschmerz und Migräne, in psychogenen Störungen, Beziehungs- und Verhaltensstörungen, Sprach-, Bewegungs- und Konzentrationsstörungen, Impulsdurchbrüchen oder Selbstschädigung. Zu wenig Spannung zeigt sich oft in einem niedrigen, schlaffen Muskeltonus, sichtbar in gebeugter Körperhaltung, langsamem schleppenden oder schleichenden Gang, hängenden Armen als leiblicher Ausdruck von Antriebslosigkeit, einem Gefühl von Lust- und Sinnlosigkeit, Resignation oder Depression.

Das Kind als „*in-formierter Leib*“ (vgl. *Petzold, 2002j*) äußert sich verbal und nonverbal. Es teilt über leibliche Phänomene etwas von sich und seiner Entwicklung, über seine Erfahrungen oder Probleme, über soziale Beziehungen und Kommunikationsformen, über erfahrene Szenen, Atmosphären und Stimmungen mit.

Ein Kind, das schützend in „Deckung geht“, sobald ein Anderer den Arm erhebt, läßt Gewalterfahrungen vermuten. Hochgezogene Schultern und eingezogener Kopf „sprechen“ von Angst. Ein Jugendlicher, der gebeugt geht, trägt an einer Last, ein schleppender Gang äußert den Verlust von Lebensfreude, ein übererregtes Kind trägt in sich Chaos oder eine Not, eine Jugendliche, die sich selbst verletzt, steht unter hohem seelischen Druck oder Angst. Der Leib speichert Szenen und Atmosphären von Verletzung oder Demütigung und bringt sie auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck. Die natürliche Fähigkeit des Körpers, sich zu lösen und zu entspannen ist verloren gegangen. Das Kind, der Jugendliche, die Familie ist allein nicht in der Lage, psychische und physische Über- bzw. Unterspannung zu regulieren.

Ebenso wie die Vergangenheit *bewegen* das Kind und seine Eltern auch entsprechende Zukunftserwartungen, bzw. Befürchtungen und Ängste. Sie erwarten von einer Therapie bestimmte positive Veränderungen mit entsprechend positiven Auswirkungen für die persönliche Zukunft. Wir betrachten den Menschen, der uns Hier und Jetzt begegnet in seinem individuellen Kontext und Kontinuum.

Um das Kind, den Jugendlichen in seiner individuellen Persönlichkeit und in seiner ganz persönlichen aktuellen Situation zu erfassen versuchen wir uns ein Bild zu machen von der Lebenswelt des Kindes. Dazu gehören der gesellschaftliche Kontext, das Beziehungsnetz und die Lebensumstände der Familie, sowie deren Werte, Normen und Konzepte; die Beziehungs-, Gefühls- und Spielkultur des Kindes und der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen. In der *Integrativen Therapie* kommt dazu eine *prozessuale, phänomenologische Diagnostik* zum Einsatz (vgl. *Petzold et al. 1993p*). Über sich wiederholende Phänomene erfahren wir im sich entfaltenden therapeutischen Prozess etwas über die Persönlichkeitsstrukturen als leiblich eingeschliffene verdichtete Beziehungserfahrungen und Interaktionstendenzen und letztlich über die Lebensentwürfe des Menschen und seiner sozialen Welt.

### **4.3 Ursachen für Spannungen, Entwicklungskrisen, Kränkungen**

Unser Gesundheits- und Krankheitsverständnis basiert auf dem *stimulierungstheoretisch fundierten Pathogenese-/Salutogenesekonzept* der *Integrativen Therapie*. Gemäß des *biopsychosozialen Ansatzes* der *Integrativen Therapie* nehmen wir jeweils die psychische (seelisch - geistige), die physische (biologisch - immunologische) und die soziale Dimension einer Erkrankung in den Blick. Da es keine rein psychischen oder rein körperliche Erkrankungen gibt, gilt dies für die Entstehung einer Krankheit sowie für die Maßnahmen zur Heilung und Förderung der Gesundheit. Prinzipiell kann es in jeder Entwicklungsphase des Menschen zu Über- oder Unterforderungen, Störungen, Defiziten, Traumatisierungen, zu inneren oder äußeren Konflikten oder Krisen kommen, die dazu führen können, daß anstehende Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden können, der gesunde harmonische Entwicklungsfluß gehemmt, blockiert oder gestört wird. Wie Entwicklungsaufgaben, Anforderungen und eintretende Ereignisse bewältigt werden können, hängt wesentlich von vorhandenen entwickelten Bewältigungsstrategien, Abwehrformen und Daseinstechniken, inneren und äußeren Ressourcen, der Stabilität der Identität und Ich-Funktionen, vorhandenen Kompetenzen und Performanzen und von fördernden und stützenden Faktoren der Umwelt ab.

Multifaktorielle und zeittextendierte Be- und Überlastung können besonders bei fehlenden oder unzureichenden ausgleichenden Faktoren zu körperlichen, geistigen und / oder seelischen Spannungen und letztlich zur Entstehung von Krankheiten führen, die mit der Entfremdung vom eigenen Leibe, von den Mitmenschen, von der Arbeit oder von der Zeit einher gehen können.

#### **4.3.1 Entwicklungsbezogene und familiäre Spannungen**

Unzureichende oder ambivalente Zuwendung oder Überfürsorge, körperliche Verletzung, abrupte Trennungen, Störungen der Interaktion oder der Kontaktzyklen, inadäquate oder fehlende Reaktionen auf die Bedürfnisse des Kindes stellen Defizite in der Lebenswelt des Kindes dar und können zu Überregung oder Resignation und Rückzug führen.

Das Verbot oder die Verhinderung expressiven Verhaltens bei emotionaler Erregung kann zu sogenannten Ausdrucks- oder Bereitstellungserkrankungen führen. „Die Unterdrückung, Behinderung, Einschränkung oder die Dämpfung des emotionalen Ausdrucks führt zu retrofektiven Prozessen der Anspannung, Verkrampfung, des Staus (*Traue* 1989) mit potentiell pathogenen Wirkungen.“ (*Petzold* 1992b)

Beziehungschao, anhaltende ungeklärte Faktoren oder Verhältnisse im Umfeld des Kindes wie z.B. Paarkonflikte oder „Familiengeheimnisse“ führen zu Loyalitätskonflikten, Schuldgefühlen, Störung der Eltern-Kind-Beziehung und Konflikten. Ungenügende oder gestörte Kommunikation zwischen Eltern und Kindern, nicht ausgedrückter Ärger oder Wertschätzung sowie Eifersucht oder Rivalitäten können Ursache für innerseelische und familiäre Spannungen sein.

Probleme der Eltern, deren eigene Kränkungen, Bindungs- und Beziehungsprobleme oder Ängste (z. B. die Angst ihre Kinder loszulassen, Zukunftsängste, eigene psychische Krankheit) können sich auf das Kind übertragen, mit der Folge, dass das Gefühlsleben des Kindes voller Konflikte und Unruhe ist.

Unzureichende Modellerfahrungen für den Umgang mit Stress, Streit, Spannungen oder Ängsten führen zu Verunsicherungen.

Auch Kinder und Jugendliche haben schon viele falsche Botschaften introjiziert. Viele aus der Vergangenheit herrührende Gefühle, Erinnerungen und Phantasien können die natürliche Entwicklung ins Stocken bringen.

Manche Kinder reagieren auf den Schuleintritt mit Zurückgezogenheit, Unruhe und Ängstlichkeit; möglicherweise mit Reizbarkeit oder Aggression als Reaktion auf die umweltbedingte Beschränkung des Bewegungsdranges.

Probleme in der Schule, mit den Eltern, mit Freunden, das Gefühl anders zu sein, das Gefühl, dumm oder wertlos zu sein, den eigenen Erwartungen und denen der Eltern nicht zu entsprechen, Ängste um die Eltern, unsichere oder zu enge Bindungen, Versagensängste oder Leistungsdruck können weitere Ursachen für Konflikte und Spannungen sein.

Innere Konflikte mit inneren und äußeren Bildern, dem eigenen Rollenverständnis und äußeren Zuschreibungen, Zukunftserwartungen bzw. –befürchtungen können auf verschiedenen Entwicklungsstufen Ursache für innere und äußere Spannungen bei der Entwicklung des Selbstbildes und Selbstkonzeptes sein.

Probleme durch die vielfältigen gehäuften Entwicklungsaufgaben in der Pubertät lösen häufig körperliche Verkrampftheit und Kontrolle aus.

Die Diskrepanz zwischen körperlicher und psychischer Entwicklung in der (vor-)pubertären Entwicklung kann zu innerseelischen Spannungen führen. Durch körperliche Veränderungen bedingte Ungeschicklichkeit und Unsicherheit wird von der Umwelt oft missverstanden und als Faulheit und Distanz negativ gewertet. Konfrontationen und Missverständnisse sind die Folge. Viele Jugendliche haben ein großes Problem mit ihrem eigenen Körperbild, besitzen ein schlechtes Selbstgefühl, wenig Selbstachtung, sprechen aber nicht darüber.

Dissonanzen zwischen leiblicher Selbstwahrnehmung und habitueller „mentaler Repräsentationen“ des Eigenleibes können zu Fremdheits- und Entfremdungsgefühlen und damit einhergehend zu Unausgeglichenheit im Selbstbezug und im Sozialverhalten führen. Essstörungen wie Anorexie, Bulimie oder Adipositas stehen mit Regulationsumstellungen im Gehirn oft ursächlich in Zusammenhang (vgl. *Petzold 2007d*).

Sie geraten in innere Konflikte, weil sie mit sich selbst nicht zurecht kommen, gleichzeitig aber aufgrund verstärkten Autonomiebestrebens Hilfe ablehnen und können in einem Autonomie-Bindungs- Konflikt geraten. Das Bedürfnis nach Nähe, Vertrauen und Zugehörigkeit („Affiliation“) und das wachsende Bedürfnis nach Kontrolle, Eigenständigkeit und Selbstbestimmung („Reaktanz“) können Ursache für innere und äußere Konflikte sein.

Alle Formen von Ausgrenzung, von Verletzung, des Liebesentzugs oder der Demütigung, der Entbehrung, des Missbrauchs oder der Misshandlung in *Affiliationsverhältnissen* (Familien, Verwandtschaften, Freundschaften, Nachbarschaften, Kollegialitäten) stellen Beziehungsbelastungen dar, die besonders bei `starken` Affiliationen psychophysiologischen Stress – „Affiliations Stress“ bewirken können (vgl. *Petzold 2000h*). „Das `schwarze Schaf` einer Familie, der `Aussenseiter` kann Stressbelastungen von pathogener Intensität erfahren, familiäres Mobbing, das ihn krank machen kann, weil es seine psychophysiologische Regulationsfähigkeit überfordert“ (*Petzold 2006v*).

Manche Jugendliche reagieren auf die vielfältigen Verunsicherungen mit Apathie, Unlust und Trägheit, was zu Bewegungsarmut und körperlicher Unterforderung führt, andere versuchen die körperliche Leistungsfähigkeit einseitig und übertrieben zu steigern durch Leistungssport und Körperkult. Die Wiederentdeckung des spielerischen und phantasievollen Elementes von Bewegung stellt hier ein Problem dar, das wir als Pädagoginnen und Therapeutinnen sehen und berücksichtigen müssen!

Unterschiedliche bis konträre Wünsche und Bedürfnisse, Erwartungen der Jugendlichen, ihren Eltern und der gesellschaftlichen Realität prallen nicht selten aufeinander, führen zu innerseelischen Konflikten, familiären Spannungen; zuweilen zu Identitätskrisen aufgrund der Diskrepanz zwischen *Identifizierung* durch äußere Rollenzuschreibungen und eigenen inneren Rollenvorstellungen und *Identifikation*.

„Bei älteren Kindern oder Jugendlichen und ihren mentalen Repräsentationen von Familie (*Müller, Petzold 1998*) finden sich oft erhebliche Divergenzen zu den elterlichen Vorstellungen, was virulente Störzonen ergeben kann“ (*Petzold 2006v*).

Viele Jugendliche werden von unterschiedlichen Botschaften verunsichert, die sie von ihren Eltern und der Gesellschaft über sich erhalten – Botschaften, die ihre Fähigkeiten und ihr Wissen abwerten. Zukunftsbefürchtungen lassen sie ängstlich oder depressiv werden, sie „steigen aus“, lehnen sich auf oder entwickeln eine „mir-ist-alles-egal-Haltung“.

In einer Therapie haben sie die Chance, sich ihrer Bedürfnisse und Wünsche bewußt zu werden, eigene Identität zu entwickeln und Kräfte zu sammeln um sich den auf sie zu kommenden Problemen und Konflikten zu stellen.

Das die Eltern beunruhigende Verhalten ist oft eine Reaktion des Kindes auf eine bestimmte Familiendynamik, nicht selten benutzt eine chaotische oder dysfunktionale Familie das „gestörte“ Kind als Sündenbock, oft stellt sich während einer Therapie die eigentliche Bedürftigkeit der Eltern heraus.

Ein gestörtes Selbstgefühl und mangelndes Selbstwertgefühl oder eine Beziehungsstörung sowie andere oben beschriebener Ursachen können in Krankheitsformen wie Depressionen, Somatisierungsstörungen oder Psychosomatischen Erkrankungen, in Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Essstörungen, Identitätsstörungen, Angst- oder Zwangserkrankungen zum Ausdruck kommen. Besonders im Kindes- und Jugendalter handelt es sich um gemischte Verzögerungen oder Störungen in der *Entwicklung*, die noch nicht als eine

alleinige Diagnose festgeschrieben werden dürfen. Entsprechend bereitgestellte fördernde, heilende und stützende Faktoren sollen zur positiven und gesunden Weiterentwicklung beitragen.

#### 4.3.2 Spannungen im therapeutischen Kontext

Manchen Kindern oder Jugendlichen widerstrebt die therapeutische Behandlung. Widerstand, Angst, Abwehr und Unsicherheit bringen sie über Misstrauen, Langeweile oder Feindseligkeit in der Mimik zum Ausdruck.

Auch wenn die Fähigkeit zu Intersubjektivität auf Seiten des Kindes/ Jugendlichen noch nicht voll entwickelt ist versuchen wir aus einer Haltung „*unterstellter Intersubjektivität*“ (Petzold 1989i) heraus über erlebniszentrierte Angebote projektiver oder expressiver Art Neugier und Interesse zu wecken. Über Rituale und Strukturen, durch Klarheit und Eindeutigkeit der TherapeutIn in der Beziehung geben wir Sicherheit, betonen die Möglichkeit und Wichtigkeit der Selbstbestimmung und Autonomie und tragen so zu Entlastung und Entängstigung bei.

Die *therapeutische Beziehung* ist Rahmen, Basis und Medium des therapeutischen Entwicklungsprozesses. In erster Linie geht es in der Therapie um Entwicklung von Beziehung in einem positiven Spannungsverhältnis von *Autonomie* und *Bindung*.

Wie jede andere wichtige Beziehung wird auch die therapeutische Beziehung mehr oder weniger von *Übertragungen* beeinflusst. Übertragung und Beziehung stehen im therapeutischen Prozess in einem dauernden Spannungsverhältnis. Übertragungen verstehen wir als Kontakt- und Beziehungsangebot, als unbewusste Vergegenwärtigung alter Atmosphären und Szenen, welche die Realität der Gegenwart verstellt. Mit dem Ziel einer unverstellten zwischenmenschlichen Beziehung werden im therapeutischen Prozess Phänomene der Reinszenierung alter Beziehungserfahrungen durch die „Arbeit an der Beziehung, Arbeit an der Übertragung und Arbeit in der Übertragung“ (Rahm, Otte et al. 1993,356ff.) bearbeitet und aufgelöst. Konfliktzentrierte Arbeit auf der Beziehungsebene führt oftmals zu Anspannung, besonders in der Aktionsphase des therapeutischen Prozesses.

*Gegenübertragungen* als emphatische emotionale oder leibliche Resonanzen oder Gegenreaktionen der TherapeutIn auf das Verhalten des Kindes/ Jugendlichen müssen ebenso wie *eigene Übertragungen* als Eigenproblematik der TherapeutIn als solche erkannt und aufgelöst werden, um den therapeutischen Prozess und die intersubjektive Beziehung nicht zu beeinträchtigen.

Zu Spannungen oder Stagnation im th. Prozess und in der th. Beziehung können weiterhin *Widerstand* und *Abwehr* bei Überforderung oder als Zeichen von Angst vor Veränderung und Labilisierung gewohnter Strukturen führen. Eine verfrühte Konfrontation bei nicht genügender Basis in der Identifikation kann den Kontakt stören und Widerstand induzieren. Eine verspätete oder unterlassene (nötige) Konfrontation kann umgekehrt zu einer Hemmung des Wachstumsprozesses in der Individual- wie auch in der Beziehungsentwicklung führen.

Widerstand ist grundsätzlich eine positive Kraft und Fähigkeit, sich gegen Einflüssen auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können.

Über das Akzeptieren, das Verstehen des Widerstandes und die Schaffung von Sicherheit können die schwierigen und angstbesetzten Themen und Gefühle in kleinen Schritten angegangen werden. Im eigenen Tempo des Kindes/ Jugendlichen können ihm Ambivalenzen und die Art des Widerstandes deutlich werden und die Kräfte zur Bewältigung der Angst konstruktiv eingesetzt werden.

Auf dem Boden einer tragfähigen therapeutischen Beziehung können Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene durchgearbeitet und Widerstände bearbeitet werden. Daraus können wertvolle neue Erkenntnisse gewonnen und über die Erprobung neuer Beziehungsmöglichkeiten als neue Erfahrungen integriert werden.

R. war ein für sein Alter recht kleiner und zarter 13jähriger Junge, der körperlich und in seinem Sozialverhalten insgesamt wie ein 11Jähriger wirkte. Er litt unter Stimmungsschwankungen, Impulsdurchbrüchen, sehr großer motorischer Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten. Oft wirkte er traurig, scheu, gleichgültig und ängstlich, versuchte dies durch extremes Störverhalten in Gruppen zu überspielen. R. wirkte fast immer sehr angespannt. In Gruppen inszenierte R. immer wieder das wohl bekannte „Rausfliegen wegen Störverhalten“.

Ein beliebtester Aufenthaltsort war für Robert der Bewegungsraum. Zuerst spielte er meist chaotisch und unstrukturiert, am liebsten tobte er herum, warf Kissen und Polster durch den Raum, provozierte Streit mit anderen Kindern (falls mit ihm zusammen anwesend).

R. ließ sich mit Vorliebe beschießen, am liebsten von älteren und stärkeren Jungen, ließ sein Haus beschießen, in dem er sich versteckt hatte, wiederholte dieses Spiel fast endlos, so daß es der Betreuerin schon beim Zuschauen zu viel wurde.

Immer wieder spielte er das Spiel von Zerstören und zerstört werden, was seine aktuelle Lebenssituation widerspiegelte: Sein Zuhause drohte zu zerbrechen. R. hatte zudem Angst vor der Gewalt älterer Jugendlicher nach Gewalterfahrungen in der Schule.

Sein Vater arbeitete in Holland und kam nur einmal im Monat nach Hause. Jedesmal setzte R. sehr große Hoffnungen in seinen Vater und wurde regelmäßig enttäuscht. Manchmal sagte der Vater sein Heimkommen kurzfristig ab oder er nahm sich kaum Zeit für R. und brachte ihm nicht die erhoffte Wärme, Annahme und Herzlichkeit entgegen, nach der sich Robert so sehr sehnte. Roberts Mutter litt selbst unter Depressionen, befand sich im Paarkonflikt mit ihrem Mann und war mit der Erziehung überfordert. Sie konnte R. nicht genügend Halt und die nötige Geborgenheit vermitteln, zeigte sich wenig empathiefähig, wirkte hilflos, kraftlos, resigniert. Die Beziehung zwischen R. und seiner Mutter war sehr konflikthaft und schwierig. Schon als kleines Kind hatte seine Mutter R. oft zu den Großeltern gegeben, weil sie arbeiten musste oder sich überfordert fühlte.

All diese inneren Konflikte und Not zeigte R. im Alltag sonst über motorische Unruhe, seinen Drang, andere zu provozieren, Dinge und Beziehung zu (zer-)stören, seine Getriebenheit und großen Konzentrationsschwierigkeiten, womit er immer wieder neue äußere Konflikte mit anderen Kindern und Bezugspersonen wie Lehrern, Betreuern, Eltern herauf beschwor und an Grenzen stieß. Er befand sich geradezu in einem Teufelskreis von Konflikten. Sein „unmögliches“ Verhalten war ein Schrei nach Verstandenwerden, nach Hilfe auf der Suche nach einem Ausweg.

Wir gaben R. regelmäßig die Möglichkeit, im Einzelkontakt mit mir im Bewegungsraum zu spielen. In diesen therapeutisch begleiteten Spiel- und Bewegungszeiten agierte er zunächst über aggressive Spiele und Toben aufgestaute innere Anspannung aus, baute große Gebilde aus Schaumstoffbauelementen, die er dann gezielt mit dem Ball bewarf. Nach diesen Phasen des gewissermaßen kathartischen Ausagierens kam er langsam zur Ruhe und baute aus Schaumstoffelementen und Decken „Buden“, um sich zurückzuziehen. Er wurde in seinem „Haus“ ganz still, erlebte sich selbst in einem wohltuenden Ruhezustand und bemerkte, daß es ihm in diesen Momenten besser geht als wenn er unter Anspannung steht. So konnte er z.B. nach Schulstunden abschalten und war hinterher in der Lage, seine Hausaufgaben zu erledigen, was sonst der Grund für Endlosdiskussionen oder Machtkämpfe gewesen war.

Nach und nach baute R. immer stabilere Häuser. Manchmal machte er sich darin so klein, dass er kaum zu finden war. Die Einzelzuwendung konnte R. gut annehmen. Es tat ihm gut, auch nach durchstandenen Konflikten wieder stabile Zuwendung zu erfahren und in seinem Spiel gesehen und respektiert zu werden. In diesen Stunden fand er zu sich selbst, fand Zugang zu seinen Gefühlen: Einsamkeit, Traurigkeit, Sehnsucht nach seinem Vater, Reue über zerstörte Dinge (Uhr seines Vaters, den er doch liebte!), Ausweglosigkeit, Angst, daß seine Mutter ihn ins Heim gibt. Es gelang ihm, über seine Gedanken und Gefühle zu sprechen, er nahm diese Themen mit in die Einzel- und Familientherapie. Nach Wochen verbalisierte er, dass er es zu Hause mit seiner Mutti nicht mehr aushalten könne, weil es immer nur Streit gäbe. Er wolle ins Heim. Danach wirkte R. einige Tage gelöst und erleichtert, provozierte und kasperte weniger, äußerte seine Befindlichkeiten echter, konnte sich ausdauernder auf Spiele und Beziehungen einlassen.

Seine Schwierigkeit während der Entspannung still zu liegen bekam er über die Möglichkeit, während der Entspannung zu malen in den Griff. Während einer Phantasiereise zum Thema „Ein besonders schöner Tag in der Vergangenheit“ erinnerte R. seinen vierten Geburtstag, an dem die

ganze Familie zusammen war und er einen kleinen Hund geschenkt bekam. Er sagte, damals habe er sich riesig gefreut und sei sehr glücklich gewesen.

Als gute und wirkungsvolle Kombination zur Entspannung entdeckten wir gemeinsam die Verbindung von *PMR* und leiblicher Intervention. R. reagierte mit verbesserter Ruhe und Konzentration auf den „Locker- Test“, den ich an seinen Armen und Beinen anwendete: ich hob nacheinander jeweils einen Arm / ein Bein an und bewegte es vorsichtig hin und her. R. konnte dabei sehr gut loslassen und spürte nach und nach eine durchlässige Bewegung bis in den Kopf. Wenn R. zu Beginn einer Gruppenstunde sehr unruhig war, nahm er manchmal das Angebot, im Innenhof der Station zwei Runden zu rennen erleichtert an. Danach fiel es ihm manchmal leichter, still zu sitzen. Nach einem sehr heftigen Konflikt überraschte R. mit seiner Fähigkeit sich zu regulieren: Nachdem er vor allen davonlaufen wollte und einen größtmöglichen Abstand hergestellt hatte ließ er sich im Innenhof der Tagesklinik im Yogasitz nieder und blieb in Meditationshaltung dort sitzen, während er sich durch Blicke versicherte, daß er gesehen wird.

Gegen Ende der Behandlung wurde R.'s Verhalten wieder fast unerträglich. Seine Mutter stand dem einstigen Entschluss zur Fremdunterbringung wieder sehr ambivalent gegenüber, was R. auf's Neue sehr stark verunsicherte. Er wich aus, hielt sich kaum noch an Regeln und Vereinbarungen, testete die Bereitschaft des therapeutischen Teams, ihn zu halten bis auf's Äußerste. Einen angemessenen Abschied zu gestalten wurde für alle Beteiligten sehr schwer.

## 5

# Spannungsregulation – ein Integratives Experiment

Ein **Experiment** ist ein (wissenschaftlicher) Versuch, vielleicht ein gewagtes Unternehmen. Es beinhaltet praktische Versuche, gemeinsame Beobachtung und die Überprüfung von Wirkung und Ergebnissen.

**Integration** sehen wir im Rahmen des therapeutischen und agogischen Verfahrens der *Integrativen Therapie* als ein theoretisches und methodisches Prinzip, das ein schöpferisches Moment beinhaltet. Bei der Einarbeitung neuen Materials in bestehende Erkenntnisse wird das Neue nicht nur assimiliert, sondern durch die Auseinandersetzung damit noch einmal neu erschaffen. Integration setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, die Wirklichkeit mehrperspektivisch wahrzunehmen, komplex zu erfassen, vielschichtig zu verstehen und mehrdimensional zu erklären sowie auf voreilige Sicherheiten zu verzichten. Der Ansatz der *Integrativen Therapie* verlangt, daß man zunächst Unsicherheiten aushält, denen man ohnehin nicht entgehen kann. Unter dieser Perspektive meint „Integratives Experiment“ sowohl die ganzheitliche Integration verschiedener therapeutischer Methoden und Techniken als auch die Integration einzelner spannungsregulierender Maßnahmen durch die Patienten in ihr persönliches Leben. „*Integrative Spannungsregulation*“ meint in synergetischem Sinne mehr und etwas anderes als die Summe ihrer Teilwirkungen. Durch das Zusammenspiel von Wahrnehmung und Ausdruck, von Bewegung und Ruhe in Therapie, tagesklinischem und persönlichem Alltag, durch die Konnektivierung der verschiedenen Erfahrungen mit regulierenden Wirkfaktoren entsteht Neues. „Durch die Annahme eines *bewegungsaktiven, spannungssensiblen Lebensstils* wird es Menschen möglich, zwischen den Polen *hoher Anspannung* – wie bei Anforderung oft unumgänglich und prinzipiell auch nicht schädlich – und *tiefer Entspannung* eine *ausgewogene Selbststeuerung* zu erlangen, ein *isodynamisches Schwingen* zwischen einer guten Spannung und Entspannung, die genügend Toleranz für Spitzen hat.“ (Petzold 2000g).

Entspannung ist ein Zustand, den sich viele sehr wünschen.

Ziel Integrativer Spannungsregulation ist also ein ausgeglichener Lebensrhythmus, eine gute Balance im Wechsel zwischen Anspannung und Ruhe, zwischen Spiel und Ernst, das Gefühl mit dem eigenen Körper eins zu sein und die Fähigkeit zu psycho- physischer Regulation. Im Verlaufe einiger Jahre, in denen ich mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Altersgruppen und verschiedener Störungsbilder arbeitete stellte ich immer wieder fest, daß die Suche nach der passenden Form der Entspannung immer wieder einem Experiment glich. Bei der Anwendung einzelner Methoden wie das *Autogene Training* oder die *Progressive Muskelrelaxation* nach E. Jacobsen stellte ich fest, daß die Teilnehmer der Gruppe und ich an Grenzen stießen, daß eine Methode nicht angenommen wurde, das gewünschte Ergebnis sich nicht oder unbefriedigend einstellte oder von den Teilnehmern nicht in den Alltag integriert wurde. Oft hatte ich das Gefühl, mit der klassischen Anwendung der Individualität einzelner Kinder oder Jugendlichen mit z.T. sehr speziellen Defiziten, Bedürfnissen oder Grenzen nicht gerecht zu werden. Mit jeder neuen Gruppe die geeignete Form und Herangehensweise zu finden - unter Beachtung von Indikationen und Kontraindikationen – gleicht im integrativen Sinne immer wieder einer gemeinsamen ko-kreativen Suchbewegung von Gruppe und Therapeut, erfordert eine sehr genaue Beobachtung der Teilnehmer durch den Therapeuten nach dem Prinzip der *prozessualen Diagnostik*, eine sensible Wahrnehmung und genaue Reflektion von Wirkungen und verbalen sowie nonverbalen Äußerungen der Teilnehmer. Eine flexible Handhabung und sinnvolle Kombination einzelner Methoden-Bausteine ermöglicht ein individuelles Reagieren in spezifischen Situationen sowie ein individuelles Eingehen auf die entsprechenden Bedürfnisse, Möglichkeiten und Voraussetzungen der Kinder oder Jugendlichen, damit Jede und Jeder verschiedene spannungsregulierende Methoden erproben, sich darin selbst erfahren und besser kennen lernen und seine / ihre Form der Entspannung finden und erlernen kann. Dabei müssen zunächst auch Unsicherheiten ausgehalten werden.

Jugendliche sind häufig schwer zu erreichen und es ist nicht immer leicht, mit ihnen die richtige Kommunikationsebene zu finden. Gelingt es aber, mit ihnen ein partnerschaftliches Verhältnis und Arbeitsbündnis aufzubauen, werden engagierte gemeinschaftlichen Lernerfahrungen und

Entwicklungsprozesse möglich. Über pädagogische Strategien der „wohlwollenden grosszügigen Förderung“ (Petzold 2007d) können wir flexibel und individuell auf die schwankenden Motivationen der Jugendlichen eingehen.

Auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung begeben wir uns auf den Weg einer gemeinsamen Ver- Such- Bewegung, um in doppelter Expertenschaft geeignete Maßnahmen und Wege zu finden. Wir erproben je nach Krankheitsbild und Notwendigkeit Maßnahmen zur Aktivierung bzw. zur Beruhigung, spüren Schwierigkeiten und Hindernisse auf und versuchen Lösungen zu finden. Angstfreies Experimentieren und Freude an Erfolgen wird in geschützter Atmosphäre – auch und besonders in der Gruppe Gleichaltriger möglich.

Wir stellen mit Entspannungstechniken verschiedene Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die nach Lichstein (1988) einige gemeinsame Grundelemente beinhalten:

- Kognitive Restrukturierung: Modifizierung bewußter Denkmuster zur Förderung eines erfolgreichereren Verhaltens
- Entspannung zur Reduktion physiologischer Erregung
- Training sozialer Kompetenz und Sicherheitstraining zur Steigerung interpersoneller Aktivitäten
- Selbstbeobachtung (self-monitoring): Hierbei werden die Stressoren, ihr Auftreten und das durch sie entstehende Maß an Streß identifiziert.

Selbstbeobachtung ermutigt eine Person zu einer objektiveren Sicht auf sie selbst ebenso wie auf ihre Weiterentwicklung. Es hat sich herausgestellt, daß das Monitoring selbst die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von erwünschtem Verhalten erhöht und von unerwünschtem Verhalten senkt. Dieses Phänomen ist als „Reaktivität des Monitorings“ bekannt (Rosemary A. Payne 1998,29 cit. Hiebert, Fox 1981).

Defizite, Störungen und insbesondere Traumatisierungen „sind niemals `nur psychisch`, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können.“ (Petzold 1970c, 37, 1977a, 267, 1988n, 361).

Deshalb müssen Formen von Psycho- und Soziotherapie, Medikation und psychophysische Therapieformen wie Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie differentiell und ganzheitlich zielgruppen- und störungsspezifisch angewendet werden, wie dies im Verfahren der *Integrativen Therapie* entwickelt (vgl. Petzold 1970c, Berger 1971; Petzold, Berger 1973, 1978b) und empirisch als erfolgreich evaluiert wurde (vgl. van der Meij, Petzold, Bosscher 1992; Bosscher 1991; Heintl 1997).

Ausgehend vom „Konzept bimodaler bzw. multimodaler Behandlungen“ (Petzold 1993p, 1974j, 304) werden von Integrativen TherapeutInnen psychophysische sportive Aktivität (z.B. „Lauftherapie“) und Entspannungsarbeit (Methoden aktiver und passiver Entspannung) (*ibid.* 341ff, 349f) miteinander kombiniert.

Im Folgenden stelle ich die Methoden und Techniken vor, die ich in Kombination zur Spannungsregulation in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt habe.

## **5.1 Integrative und Differentielle Relaxation**

Die „*Integrative und Differentielle Relaxation*“ (IDR) – auch „*Iso-Dynamische Regulation*“ (IDR) genannt, im traumaspezifischen Format *IDR-T* (vgl. Petzold 1985f, 2000f) ist ein Integratives Entspannungsverfahren, das auf eine „ausgeglichene, ausgewogene psychophysiologische *Selbstregulation* des Menschen“ gerichtet ist. Es sind in der Regel „*sanfte Stimulierungen* von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“ (Petzold 1970c, 38). Ziel dieser Maßnahmen ist „eine `lockere` Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelvolle Gelöstheit darstellt“ (*idem* 1974k, 341). Besonders für die Therapie des Traumageschehens und Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit ihren „Aus- und Nebenwirkungen“, wenn bisher erworbene Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen und es zu unkontrollierbaren Situationen und langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Streßreaktionen verbunden mit Übererregbarkeit und /

oder Hilflosigkeit, Resignation, Vermeidung, Abstumpfung, sozialem Rückzug kommt, setzen integrative Entspannungsverfahren z.B. durch das relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit Maßnahmen, die auf „korrigierende psychophysiologische Erfahrungen“ zielen (vgl. *Petzold* 1985f, 2000f). Im „Leibgedächtnis“ (*Petzold* 1981h), dem „informierten Leib“ (*Petzold* 2002j) gespeicherte Situationen können abgerufen werden, kognitiv und emotional neu erlebt, differenziert und bewertet, sowie körperlich neu ausbalanciert werden. Hier kommt das Prinzip ganzheitlichen komplexen Lernens in guten zwischenmenschlichen Beziehungen zum Tragen.

Als übungszentrierte und erlebniszentrierte Behandlungsmodalität der IT werden einerseits sanft aktivierende, beruhigende Bewegungsübungen und Relaxatechniken zur „Abwärtssteuerung“ (down-regulation) bei Überforderungserlebnissen, Flashbacks, intrusiver Hyperaktivität und Agitiertheit eingesetzt; andererseits anregende Bewegungsübungen (*Bettina Hausmann, Renate Neddermeyer* 1996) zur „Aufwärtssteuerung“ (up-regulation) etwa bei depressiven Verstimmungen und Resignation.

Ziel dieser Vorgehensweisen ist eine „moderate Angeregtheit“, ein „Eutonus“, eine „balancierte isodynamische Lage“. Grundlagen für diese Behandlungsangebote liegen u. a. in Erfahrungen mit der *Ferenci*-Technik des liebevollen Haltens (*Ferenci* 1932; *Petzold* 1969b), dem Prinzip der „sanften Stimulierung“ (*Petzold* 1970c), den „Parenting-Strategien“ der Säuglingsforschungsprojekte (*Petzold* 1970c, 1992a, 766-786) und der streßpuffernden „Schutzschilffunktion“ eines Freundes oder professionellen Helfers im Sinne von „Tröstens, Stützen und Halten“ (*Petzold* 1995a, 200). Je nach Indikation werden in der IDR Ansätze *mentaler Entspannung*, die „top-down from mind to muscle“ vorgeht (z. B. das *Autogene Training* von *I.H. Schulz* und imaginative Ansätze nach *Vaitl*, 1993), *muskulärer Entspannung* („bottom up from muscle to mind“) z.B. durch adaptiertes Jacobsen- Training, zentriert auf atemgestütztes Stretching (*Petzold* 1974k; *Carlson, Curan* 1994; *Osterbrink* 1998) und / oder *respiratorischer Entspannung* („bottom up from breathing to mind and muscle“ z.B. durch Atemarbeit nach *Middendorf*) kombiniert. Gelegentlich werden *physikalische Entspannung* durch Methoden der Krankengymnastik oder Massage – insbesondere als „low-level stimulation durch bekräftigende Stützberührung und beruhigende Streichberührung, Biofeedback-Entspannung sowie *substanzinduzierte Entspannung* beigezogen.

Die „*Relaxatmung*: ein tiefes Ausatmen durch den Mund, die Spitzen der gespreizten Finger in Brusthöhe leicht gegeneinander gedrückt, danach tiefe Einatmung, Zunge gegen den Gaumen gestellt (*Middendorf* 1984) oder das *Mikrostretching*: Recken des Nackens bei leichter Rechts-Linksrotation des Kopfes, langsames Spreizen der Hände, langsames Reiben der Hände etc. sind Techniken, die man üben und unmittelbar in Belastungssituationen einsetzen kann...Insgesamt steht die IDR-Arbeit in der Zielsetzung, für Verspannungen zu sensibilisieren, ihren Aufbau wahrzunehmen und rechtzeitig mit Streckung und Atemdehnung gegenzusteuern, bestehende Restspannungen feinspürig abzubauen (vgl. *Petzold* 2000g; *Petzold, Wolf et al.* 2002).

## 5.2 Wahrnehmungsschulung – Erleben durch die Sinne

Die perzeptive und sensorische Wahrnehmung ist eine erste und ursprünglichste Fähigkeit des Menschen, sich selbst zu erleben und mit der Welt in Kontakt zu treten. Wo Leiblichkeit ist da ist auch Wahrnehmung. Indem wir dem Kind oder dem Jugendlichen ermöglichen, alle seine Sinne erneut und verstärkt zu gebrauchen und vor allem sich selbst und den eigenen Leib zu spüren, ermöglichen wir ihm Erfahrungen, die es zu sich selbst zurück bringen und Sicherheit und Vertrauen in sich selbst und in den eigenen Körper zurück zu gewinnen. Diese Erfahrungen sind äußerst wichtig für die Entwicklung von Selbstachtung und Selbstgefühl. Ein besseres Körpergewahrsein fördert die Entwicklung von Körperbild und Selbstbild, leiblicher Identität und damit der Persönlichkeit.

Fritz Perls sagte: „Verliert euren Verstand und kommt zu euren Sinnen.“ Da wo Menschen das volle Gewahrsein ihrer Sinne verloren haben hilft sinnenhafte, sinnliche Wahrnehmung - also Übungen und Experimente zum Sehen, Hören, Fühlen, Schmecken und Riechen zur Steigerung sensorischer Erlebnisfähigkeit, wir „schöpfen neuen Sinn aus den Sinnen“ (vgl. *Merleau-Ponty* 1966; *Petzold* 1978c). Das Potential bewusster Sinneswahrnehmung - *sensory awareness* (*Charles V. W. Brooks* 1979; *J. O. Stevens* 1975; *Petzold* 1988n, 142ff) zu entwickeln, den Sinnen neue Würde zu

verleihen ist ein grundlegendes Anliegen unserer Arbeit. Kinder lieben z.B. das Spiel im Bällchenbad, Spiele zu taktiler Wahrnehmung, eine Igelball- oder Klangmassage – um nur einige Beispiele zu nennen. Für das achtsame Wahrnehmen des eigenen Körpers und der Umwelt im Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen, der Atmung und Bewegung, äußerer und innerer Geräusche, eigener und fremder Körperberührung gibt es unendlich viele Möglichkeiten. Wahrnehmungs- und *Achtsamkeitsübungen* (vgl. *Luise Reddemann* 2001) zur Schulung der Selbstwahrnehmung und Selbstregulation können gut in den tagesklinischen als auch persönlichen Alltag integriert werden. Auf die Frage, wozu Achtsamkeit gut sei antwortete mir eine Jugendliche: Damit ich besser auf mich aufpassen kann.

### **5.3                    *Imagination und Phantasie***

Unterstützend zu *IDR* (s.o.) und *PMR* können „entspannende Phantasiebilder (z.B. entspannende Landschaft) im Sinne des `Mentalen Trainings` mit dem Patienten erarbeitet und aufgerufen werden und zwar mit offenen Augen, um Kontrollverlust und hypnoiden Effekten mit Konfluenz- und Intrusionsrisiken vorzubeugen. Dieser `positive recall` wird auf die begleitenden Leibempfindungen ausgedehnt. Menschen lernen so, angenehme `Leibatmosphären` (*Schmitz* 1989) und Entspannungszustände zu evozieren.“ (*Petzold* 2002j)

Mit „kurzwirkenden Evokationstechniken“ wie „Mikrostretching, Handspreitzen, Recken, Gähnen wird das... Aufrufen positiver Bilder kombiniert und für den Alltag eingeübt...Das angenehme Klima, das der Therapeut/ die Therapeutin in der Behandlungsstunde aufbaut, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Er muss ein aktuell erlebbarer positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein, um ggf. als ein `innerer Beistand` (*Petzold* 1985i) internalisiert werden zu können...“, ebenso wie das „Gefühl des Wohlbefindens“ in der „ansteckenden emotionalen Atmosphäre“. (*ibid.*) Bei der Imagination wie z.B. „Der innere Garten“ oder „Gepäck ablegen“ (*Reddemann* 2001, 50, 52) kommt es nicht darauf an, in eine tiefe Entspannung zu gelangen, sondern in der Phantasie positive Bilder als Gegengewicht für belastende Gedanken, Bilder und Gefühle zu erzeugen und Mitgefühl für sich selbst. Besonders für traumatisierte Menschen ist es wichtig, dabei die Kontrolle über das Geschehen zu behalten. Über Phantasiereisen können wir Kindern und Jugendlichen erneuten Zugang zu ihrer Vorstellungskraft und Intuition ermöglichen und ermöglichen ihnen, Zutrauen zur schöpferischen Kraft des eigenen Geistes zu fassen, der sie unterstützen kann in der Suche nach Lösungen und Orientierung. Eine Atmosphäre des Vertrauens ist die Grundlage dafür. In vertrauensvoller Atmosphäre vorgelesen zu bekommen erinnert manche Kinder und Jugendlichen an gute Atmosphären in ihrer Kindheit und wirkt in gewisser Weise heilsam als „Nachsozialisation“ (*Petzold* 1988,236ff), wenn solche Erfahrungen nicht oder ungenügend gegeben waren. Imaginationsübungen können darüber hinaus in der Verbindung mit Bewegungsübungen, Massagen (z.B. mit weichen Bürsten) oder bildgebender Verfahren eingesetzt werden, um in der Arbeit an realitätsverzerrten Körperbildern eine „Umbildung des repräsentationalen Körperschemas“ zu fördern (vgl. *Petzold* 2007d).

### **5.4                    *Ausdauernde Bewegung***

Die empirische Forschung hat nachgewiesen, dass ausdauernde Bewegung positive Wirkung auf die Vorbeugung oder Vermeidung und Bewältigung von Stress zeigt. Körperliche Bewegung fördert den Bezug zu sich selbst – eine wichtige Voraussetzung, um körperliches und seelisches Gleichgewicht wieder herzustellen, zu stabilisieren und zu erhalten. Die Entdeckung der eigenen Beweglichkeit und die Lust an ihr geben Vertrauen und Gefühl für den eigenen Körper. Der eigene Körper und sein selbstverständliches Funktionieren werden als sichere und verlässliche Ressource erlebt. Viele Jugendliche erfüllt eine gesteigerte Kondition und Leistungsfähigkeit mit Stolz. Aktive körperliche Bewegung wie Laufen, Radfahren und Schwimmen nehmen wir deshalb als feste Bestandteile in die persönlichen „Verhaltens- und Therapiepläne“ der Kinder und Jugendlichen auf.

Neben den Effekten von Spannungsabbau und Aggressionsabfuhr erleben sie sich bei der Bewegung im Freien als Teil der Natur als unserem natürlichen Lebensraum. In der Kombination mit *IDR* zielt ein solches Programm auf Integration von Entspannungs- und Ausdauertraining in den Lebensalltag, wobei eine grundsätzliche Veränderung des Tonus in den großen Muskelgruppen, die Verkürzung des Erholungsverhaltens sowie die Absenkung des Ruhepulses erreicht werden können. Grundsätzlich ist das „Prinzip *moderaten Übens* als *low-level stimulation*“ (vgl. *van der Mei* et al. 1997) zu beachten, weil durch Überlastung ggf. eine unerwünschte potentielle Verstärkung der Traumaphysiologie bewirkt werden kann.

## 5.5 **Arbeit mit Gefühlen**

Die Erziehung der Gefühle spielt in vielen Familien und Schulen leider keine Rolle. Aufgrund vielfach verarmter emotionaler Kultur in den Familien bzw. im Lebensumfeld wissen Kinder und Jugendliche oft nicht, was Gefühle sind. Natürlich fühlen sie, können ihre Gefühle aber nur sehr unvollkommen mitteilen und neigen dazu, die Dinge schwarzweiß zu sehen. Die Hilflosigkeit im Umgang mit dem eigenen inneren Gefühlschaos kommt oft unkontrolliert zum Ausdruck und führt zu Konflikten und Missverständnissen bzw. wird zurückgehalten. Oft hilft es einem Kind, das seine Gefühle (noch) nicht angemessen ausdrücken kann, wenn ich als Hilfs-Ich zunächst diese Funktion übernehme und benenne wie es ihm gerade geht. „Ich sehe, daß du gerade sehr wütend auf den Alex bist“ oder „Das macht dich wohl gerade sehr traurig“ sind Äußerungen, die dem Kind das Gefühl geben, verstanden und mit diesen Gefühlen akzeptiert zu werden. Es kann sich entspannen und nach und nach lernen, später selbst diese Aussagen zu treffen. Um zu lernen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und einordnen zu können ist es wichtig, Kinder und Jugendliche die Vielfalt von verschiedenen Gefühlen erleben zu lassen. Dann wird es ihnen möglich, darüber zu sprechen und sich auch in andere einzufühlen. Es gibt eine Vielfalt von Spielen und Übungen, über welche Kinder erfahren, dass sie zwischen verschiedenen Formen des Gefühlsausdrucks wählen können. Die Arbeit mit Gefühlen habe ich in alle Bereiche des tagesklinischen Alltags integriert. Gemeinsam haben wir eine Wörtersammlung angelegt, die es den Kindern und Jugendlichen in den gemeinsamen Morgen- und Abschlussgruppen erleichtert, ihre Gefühle einzuordnen, ihren Wortschatz zu erweitern und den anderen differenzierter mitteilen zu können, wie es ihnen geht.

In der *Integrativen Therapie* spielt die *Arbeit mit Gefühlen* eine ganz zentrale Rolle, weil Erkenntnisse, die mit emotionalem Erleben einher gehen im Sinne von *Evidenzerfahrungen* besonders intensiv und nachhaltig wirken (vgl. *Petzold* 1974k; 1993,917).

Neben der Möglichkeit zu Expressivität ermöglichen wir emotionale und kognitive Neu- bzw. Umbewertung von z.B. aggressiven Gefühlen, damit Kraft und Stärke als positive Energie und als Fähigkeit zu Schutz erlebt und genutzt werden können.

Die *thymopraktische Arbeit* in der *Integrativen Therapie* ist „emotionale Differenzierungsarbeit“ mit Interventionen direkter therapeutischer Körperberührung. Sie will den „thymos“, die leiblich affektiven Regungen beeinflussen. Gefühle und die dazu gehörenden leiblichen Regungen werden erlebbar gemacht in Körperhaltung, Mimik, Gestik und Atemfrequenz unter Einbeziehung der Stimme, werden intensiviert und verändert und so in unterschiedlichen Abstufungen und Intensitäten bewusst erlebt. Über bewusstes Distanzieren, Benennen, Assoziieren, Einnehmen kontrastierender Gefühle und emotionaler Rollen sollen emotionale Flexibilität und die Fähigkeit sich „einstimmen, feinstimmen, umstimmen und ausstimmen zu können, aufzuklingen und abzuklingen und eine `stimmige` Selbststeuerung in Gefühl, Stimmungslage und Ausdruck bzw. Verhalten“ erreicht werden (vgl. *Petzold* 1970c,44ff; 1992a,841ff).

Als spezifischer methodischer Ansatz der *Integrativen Therapie* wurde im Rahmen des „*Dritten Weges der Heilung und Förderung*“ die „*Arbeit mit sanften Gefühlen*“ als erlebnisaktivierende Modalität entwickelt. Heiterkeit, Versunkenheit, Friedlichkeit des Herzens, Dankbarkeit, Güte und andere „sanfte Gefühle“ dienen der Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Sie können in der Arbeit mit Menschen auf vielfältige Weise Bedeutung und Sinn gewinnen. Im klinischen Rahmen gezielt eingesetzt bilden sie ein heilsames Gegengewicht zu den „heftigen“ Gefühlen wie Angst, Wut und Hilflosigkeit und erweitern das emotionale Spektrum um wesentliche Erfahrungen. Sanfte Gefühle sind aber nicht nur für das seelische Erleben, für „dynamische Selbstregulation“, innere Ruhe und

Gelassenheit bedeutsam, sondern sie fördern nachweislich auch auf der körperlichen Ebene die Durchblutung, Entspannung und vertiefte Atmung. Sie wirken Stressgefühlen entgegen. Weiterhin dienen sie der Entwicklung von Innerlichkeit und geistig seelischer Tiefe und können so zu Lebenssinn beitragen.

### 5.5.1 Exkurs: Umgang mit Wut und Aggressionen

Das Thema „Aggressionen“ muss „kultur-, aggressions- und friedentheoretisch... mehrperspektivisch, multi-, inter- und transdisziplinär“ (Petzold 2006h) betrachtet werden, „auch unter dem Blickwinkel der Evolutionspsychologie, empirischer Aggressionspsychologie und neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung“ (ibid.).

„Unter Aggression verstehen wir ein *genetisch disponiertes*, d. h. in evolutionären Lernprozessen wurzelndes, jedoch durch kollektiv-geschichtliche und individuell-biographische Erfahrungen geformtes und deshalb *differenziell motiviertes* individuelles und/oder gruppaes *Verhaltensdispositiv*. Verhaltensdispositive bilden sich als „evolutionäre Narrative“ in der Interaktion von Organismen mit ihren „relevanten Umwelten“ heraus. Solche Dispositive sind bei ihrer Aktualisierung und Performanz/Inszenierung ein in spezifischen *physiologischen, emotionalen, volitiven, kognitiven* und *aktionalen* Mustern und ihren behavioralen Äußerungen – Proaktionen und Reaktionen – erkennbares Geschehen“ (Petzold 2003c; Bloem, Moget, Petzold 2004).

Aus evolutionspsychologischer Sicht gehören Aggressionen zur existenziellen Qualität menschlichen Mit-Seins. Der Mensch trägt eine aggressive und destruktive Seite – dennoch aber auch eine „Friedenssehnsucht“ in sich (vgl. Petzold 2006h).

Das heisst: Zorn, Wut und Aggressionen als „wilde emotionale Natur“ des Menschen muss und kann durch Besonnenheit, Vernunft und guten Willen „im Zaume gehalten werden“ (ibid.).

Während ein Säugling in gesunder Weise Gefühle der Unlust, des Schmerzes oder der Wut genauso spontan affektmotorisch in Mimik, Gestik und Bewegung äußert wie Wohlbehagen oder Lust haben viele Kinder und Jugendliche aufgrund der erlebten „*emotionalen Interaktionen*“ und der „*emotionalen Kultur*“ (Petzold, 1992b), in der sie aufwachsen schon gelernt, ihre affektiven Äußerungen zu verhindern. Andere wachsen in einem Milieu häuslicher direkter oder indirekter Gewalt und Aggressionen auf, tragen „*kollektive und persönliche mentale Repräsentationen*“ (vgl. Petzold 2000h, 2002b) als Ergebnisse „*komplexen Lernens*“ (Petzold, Sieper 2002) resultierend aus erfahrener und im Leibgedächtnis gespeicherter Familiengeschichte als ihrer *sozialen Welt* (vgl. Petzold 2000h) in sich und verhalten sich in Kindergarten oder Schule aufgrund erlernter, festgeschriebener – „verleiblichter“- Verhaltens- und Aggressions- Muster entsprechend aggressiv. Hier treffen unterschiedliche *soziale Welten* aufeinander! Fast alle unserer Patienten haben sehr große Schwierigkeiten, mit Ärger und Wut umzugehen, auch wenn dieses Problem nicht in erster Linie benannt wird. Entweder zeigen sie unkontrollierte impulsive Äußerungen ihrer Emotionen in Form von expressiv gesteigertem aggressiven Verhalten, dann leiden sie und ihre Umwelt unter ihren Impulsdurchbrüchen oder sie haben aufgrund verhinderter Äußerungen überkontrolliert leibliche Regungen der Aggression in den eigenen Leib hinein verdrängt und richten möglicherweise Wut und Aggressionen gegen ihren eigenen Körper – verletzen sich selbst und entwickeln als dysfunktionale Bewältigungsstrategie einen Hass auf den eigenen Körper. Andere lernen und internalisieren familiäre oder gesellschaftliche Normen wie „Wut darf nicht gezeigt werden“, „Aggressionen sind schlecht“ und unterdrücken über lange Zeiten aggressive Impulse, ziehen sich zurück, beginnen unter Depressionen zu leiden, entwickeln psychosomatische Beschwerden oder gar psychogene Reaktionen. Die Repression aggressiven Verhaltens bzw. Negativsanktionen als Reaktion der Umwelt auf aggressive Äußerungen führen zum Zurückhalten aggressiver Impulse. Motorische und aggressive Staus oder Muskelspannungen, Fluchtreaktionen oder evasives Coping können Folgen sein.

Auch wenn die eigentlichen Impulse zurück gehalten werden können wir Aggressionen atmosphärisch spüren, schon lange bevor der Patient in der Lage ist, sie eigenleiblich zu spüren und in Mimik, Gestik, Bewegung und Stimme auszudrücken. Wenn wir den aggressiven Impuls mit der dazugehörigen Bewegung verbinden finden wir in der therapeutischen Arbeit einen Weg, das nonverbale Geschehen wahrzunehmen, zu erfassen, verbal zu interpretieren und verstehen zu können, im Leib gespeicherte alte Szenen und Atmosphären zugänglich und erlebbar zu machen

und therapeutisch durchzuarbeiten. Insbesondere in der leiborientierten *Integrativen Bewegungstherapie* können wir unseren Patienten helfen, Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen und sie leiblich und verbal auszudrücken. Dies führt zu mehr Selbstgefühl, zur Fähigkeit sich selbst zu behaupten und ermöglicht die heilende Erfahrung von Wertschätzung. Gefühle sollten ausgedrückt werden dürfen, leiblicher und verbaler Ausdruck von Wut und Aggressionen darf aber *nicht* dazu führen, dass gelernte dysfunktionale und destruktive Ausdrucksmuster wiederholt werden, denn „bei Aggressionen kommt es, abhängig von der *Aggressionsart* (Territorialaggression, maternaler oder paternaler Schutzaggression, Sexualaggression etc.) zu spezifischen Genexpressionen und habitualisierten Genregulationen. Es werden neurohumorale Bereitschaften aktiviert, die oft in vorgängigen Aggressions- und Gewalterfahrungen bzw. – handlungen vorgebahnt wurden. Aggressionsperformanzen können zu neuen Bahnungen führen oder alte vertiefen (*Bloem, Moget, Petzold* 2004), die schon als evolutionär prädisponiertes, starkes *Aggressionsnarrativ* offenbar sehr empfänglich für solche Verstärkungen sind, denn Aggressivität/Gewalt waren (sind) überlebenssichernde Funktionen des Primatenverhaltens, die sich aufgrund von Jahrtausenden evolutionärer Erfahrung im Weg der Hominiden als Selektionsvorteil und damit als evolutionsbiologisch „sinnvoll“ erwiesen hatten und sich als Programme, als *Aggressionsnarrative* stabilisieren konnten“ (*ibid.*). „Die Neurobiologie der Aggression (*Maxon* 1998; *Maes, Coccaro* 1998) zeigt: es sind nicht nur *„Muster im Kopf“*, sondern Aktivierungen des Gesamtsystems des Organismus, die sich einschleifen können... Auch unter einer solchen neurobiologischen Perspektive macht es aber durchaus Sinn, wenn *„Menschen auf ihr Herz hören lernen“*, *„feinspürig für seine Regungen“* werden, die *„Begierden des Herzens“* - etwa nach Rache - *„zähmen lernen“*, das *„Herz in Geduld und Sanftmut üben“*. Die Arbeit mit *„movement produced information“*, willentlich gesteuerter *„Veränderung der Nonverbalität“*, von emotionaler Mimik und Gestik (*Petzold* 2004h) zur emotionalen und gesamtorganismischen *„Umstimmung“* (*idem* 1992b) sind hier probate therapeutische Wege. Die therapeutischen Strategien... der katharsistheoretischen Konzeption des *„Ausdrückens von Aggression“*, um sie als konstruktive oder kreative Aggression *„steuern zu lernen“* (*Bongers* 2000) – sind aufgrund neurowissenschaftlicher (zugleich auch aus aggressionspsychologischer sowie auch aus philosophischer Sicht) als nicht mehr haltbar anzusehen (*Bloem, Moget, Petzold* 2004) denn mit jedem Ausdrücken von Aggression wird das neuronale Aggressionsmuster bekräftigt, nicht etwa besser steuerbar“ (*Petzold* 2006h). Statt erwünschter Verminderung kann die „Aggression steigen und sich sogar generalisieren und gegen Unbeteiligte richten“ (*Bloem, Moget, Petzold* 2004 cit. *Baumeister, Heatherton, Tierce* 1999; *Bushman et al.* 1999).

In der Auswertung internationaler empirischer Untersuchungen zum Kampfsport und seinen Hintergründen stellte *H. Petzold* mit seinen Mitarbeitern fest, dass „die traditionellen Formen des Budo und Wushu, die aggressives Acting Out bremsen, ja verhindern und Selbstdisziplin schulen, dabei aber durchaus leistungsorientiert sind,...ein deutliches aggressionsreduzierendes Potential haben...Zentrierende Übungen puffern amygdaloides Hyperarousal und helfen durch ruhige kraftvolle Bewegungen im propriozeptiven Eigenerleben dieser *„movement produced information“* (*Petzold* 2002j; 2004h) zu einer beruhigenden Gesamtregulation des Körpers und *„bottom up“* zu einer ausgeglichenen Regulation der Gesamtperson zu gelangen. Es wird hier auf den Aufbau der Fähigkeit gesetzt, durch präfrontale Regulation das limbische System zu beeinflussen, dabei Spiegelneuroneneffekte (*Petzold* 2004h) aus der Arbeit mit nonverbaler Kommunikation und der neuromotorischen Praxis zu nutzen und durch eine geschulte *sinnliche Reflexivität* (*Heuring, Petzold* 2003)...die *„dynamische Regulationskompetenz und –performanz“* zu stärken.“ (*ibid.*) *J. Bloem, P. Moget* und *H. Petzold* (2004) stellen heraus, dass die Anwendung von Budo und Kampfkünsten in ihrer *traditionellen* Form der Ausübung „positive psychosoziale Veränderungen bewirken und die Entwicklung eines moralischen und ethischen Verhaltens fördern können...Der traditionelle Zugang legt Wert auf die meditativ-contemplative Dimension, Selbstkontrolle, Konfliktvermeidung, Respekt vor anderen, Selbstentfaltung, Katatraining und Philosophie...Der *„Weg des Budo“* ist und sollte ein *„Weg der Übung“* sein, ein *„bewegungsaktiver Lebensstil“* und eine *„Praxis des gelassenen und heiteren Lebens“*.“ Präventive und/oder kurative Programme zielen mit ritualisierten impuls- und emotionskontrollierenden und wertevermittelnden Arbeitsformen auf die Förderung willentlicher persönlicher Kontrolle und Steuerungsmöglichkeiten, die Übung von „Selbstopunterbrechung und *„aktives Down-Regulieren“* ...durch sanfte, leichte Yin-Übungen und disziplinierte Katas bei überschießenden oder unerwünschten Aggressionsformen (Praktizieren einer anderen Performanz, Unterdrücken und Besiegen des Affektes),...positive

Erfahrungen des Gelingens und der Situationskontrolle sowie der Fähigkeit zur emotionalen Regulation,...den Abbau von Aggression und Gewalt, ...die *Situationskontrolle* durch Absprachen und Sicherheitsmaßnahmen,...räumliche *Distanznahme in der Involvierung*, den *bewegten Abstand* und die *abständige Bewegtheit*,...die *eigenleiblichen Erfahrungen* der Kraft, der Leichtigkeit, der Angstfreiheit“, die Entwicklung und Förderung einer geistigen Haltung von Humanität, Friedlichkeit, Souveränität und Gelassenheit, Fairness, gegenseitiger Achtung und Respekt in einer angstfreien, verlässlichen, vertrauensvollen und wohlwollenden Atmosphäre freundlichen guten Miteinanders. Sichere Beziehungen und emotionale Geborgenheit haben stresspuffernde Wirkung. Unter bio- und neurowissenschaftlicher Perspektive gewinnt hierbei das Prinzip des kontinuierlichen und ausdauernden Übens zur Neu- und Umbahnung emotionaler, volitiver und kognitiver Prozesse eine neue Wichtigkeit. Nur so können tiefgreifende Veränderungen bis auf das physiologische und neuroanatomische Niveau erreicht werden.

Viele unserer Kinder und Jugendlichen äußern den Wunsch, mit ihren Aggressionen „klar zu kommen“ und finden während der Therapie heraus, daß damit verbunden ist, Gefühle und Bedürfnisse wahr zu nehmen und angemessen zu artikulieren, Kritik zu üben und anzunehmen, Wünsche zu äußern und Konflikte angemessen auszutragen. Oft stecken hinter Wut und Aggressionen ganz andere Gefühle wie Angst, Trauer oder Hilflosigkeit und die Unfähigkeit diese Gefühle wahrzunehmen, einzuordnen und mit ihnen umzugehen. Kinder brauchen Raum, um ihre Emotionen zu bewegen! Sie brauchen Raum und Zeit sich wirklich zu streiten und dabei in gutem freundlichen Miteinander eine *gewaltfreie Streitkultur* zu entwickeln. Es gibt eine Unzahl von Situationen im tagesklinischen Alltag, in denen sich Kinder und Jugendliche ängstlich, zurückgezogen, überdreht oder aggressiv verhalten. Wir müssen ihnen immer wieder Möglichkeiten geben, aggressive Gefühle wahrzunehmen und *angemessenen* Ausdruck zu üben, Auslöser für Wut und Aggressionen zu erkennen, sich selbst und andere besser verstehen zu lernen, Möglichkeiten zum *Beherrschen* von Wut und Aggressionen zu entwickeln, Ich-Stärke und Selbstwertgefühl aufzubauen, Beziehungen zu gestalten und Konflikte durchzustehen und friedlich zu lösen.

Auch und besonders in der Arbeit mit aggressiven Kindern, deren Eltern und Familien sollten wir das Thema *Aggression* in engem Zusammenhang mit dem Thema *Frieden* und *Friedfertigkeit* betrachten. Ein *Nachdenken*, *Überdenken*, *Reflektieren* und *Koreflektieren* bestehender kultureller und familiärer Normen und Werte – spezifische „*Friedens- und Aggressionsnarrative*“, kognitive, emotionale und volitive – auch *leibliche* Muster und Stile des Umgangs mit Aggression und Gewalt, mit Friedlichkeit und Zärtlichkeit kann die Grundlage für das Begreifen der *mental*en Welt – von Familienkultur und Sozialisation bilden und für die Verständigung über *gemeinsames Wollen* von Veränderung. Verhaltensveränderungen sind besser zu erreichen, wenn an diesen „*mental*en *Repräsentationen*“ in den Köpfen der Beteiligten gearbeitet wird, wenn sie „*top down*“ - etwa durch Vorstellungsübungen, oder „*bottom up*“ durch Rollenspiele mit Rollentausch und Rollenwechsel (Petzold 1979k), Positionszuweisungen, Skulpturierungen etc. verändert werden (vgl. Petzold 2006v). „*Friedensnarrative*“ (Petzold 2006h) können und müssen als Gegengewicht zu vorhandenen „*Narrativen der Aggression*“ (*ibid.*) betont, entwickelt und eingeübt werden, um weitere zu moderieren und zu kontrollieren. „Genauso wie Aggression durch *Bahnung* bestärkt wird, können auch *Friede* und *Friedfertigkeit* als emotionale Qualitäten *gebahnt* werden in der `Übung`, friedlich zu sein, auch wenn der Streit lockt, im *Wollen* von Ruhe, Ausgeglichenheit und Frieden, weil zu viel an Unruhe, Unausgeglichenheit und Friedlosigkeit zu belastend geworden sind und man den `gehetzten, *rastlosen Lebensstil*` loswerden *will*. Auch das Streben nach `innerem Frieden`, weil man ihn vermisst, etwa durch meditative Übung, führt zu Bahnungen, leibseelischen Habitualisierungen.“ (*ibid.*) „*Sanfte Gefühle, irenische Emotionen* wie Ruhe, Muße, Entspanntheit, Wohlsein, Gelassenheit, Zufriedenheit, Heiterkeit, stilles Glück, Zärtlichkeit, Behaglichkeit, Friede und Friedlichkeit“ (Petzold 1995g) spielen im Integrativen Ansatz „philosophischer Therapeutik“ etwa in der „Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (Petzold 2001m, 2005t) – und unter einer Salutogeneseperspektive (Lorenz 2004) eine grosse Rolle. Unter den `Vorläuferemotionen`, die sich schon in der fötalen Mimik ausmachen lassen und die beim Säugling und Kleinkind gut zu beobachten sind (Petzold 1994j) gehören: glückliche, stille Zufriedenheit, Wohlgefühl, Heiterkeit. Diese `leisen Gefühle` regulieren psychophysiologische Erregungszustände (*arousal*) `herunter`, entspannen, fördern Erholungsverhalten, sind ein starkes Antidot gegen Ängste, Belastetheit und Verstimmungen, erfordern allerdings auch den konvivialen Raum von

Sicherheit, Zuwendung, Beruhigung, Trost, die liebe- und friedvolle Präsenz von `caring others`. Für die Vielzahl der beunruhigten, unsicheren, ängstlichen, leicht verärgerbaren, gehetzten, gestressten, friedlosen Menschen, denen wir in Therapien begegnen sind deshalb `nootherapeutische` Wege, meditative Übungen, ököpsychosomatisches Naturerleben, ästhetische Erfahrungen... wesentliche, sinnvolle und friedensstiftende therapeutische Maßnahmen mit *klinischem Wert*.“ (Petzold 2006h; cit. Orth 1993; Petzold 1981e; Petzold, Orth 2004b, 2005) Soll bei Kindern und Jugendlichen aggressives Verhalten reduziert werden, so ist die Einbeziehung der Familie, die Entwicklung *gemeinsamen Willens* zu Veränderung eine wichtige Grundlage für erfolgreiche Arbeit. Über gemeinsames *Wollen* muss der *Wille* zur Vermeidung von Gewalt und zu friedvollem Verhalten gemeinsam entwickelt, gebahnt und geübt werden. „Innerer Friede“, Seelenfrieden und Gemütsruhe muss in „Räumen des Friedens“, in „Atmosphären der Friedfertigkeit“ (Petzold 2006h) erarbeitet, geübt und durch Interaktion bekräftigt werden, um gebahnt und vertieft zu werden. „Nicht gewaltfreie Erziehung, die jegliche Auseinandersetzung vermeidet, ist angesagt, sondern ein Erziehungsstil der Konfliktfähigkeit, Auseinandersetzungsfähigkeit... couragiertes Eintreten für sich und andere – Zivilcourage – schult und die Fähigkeit zu Deeskalation, zur Selbstberuhigung fördert, indem sie durch Vorbildfunktion in solchem Verhalten Imitationsmöglichkeiten, Spiegelneuroneneffekte ermöglicht“ (*ibid.*). Nach dem Integrativen Konzept „dynamischer Regulation“ geht es um den Erwerb von Kompetenz und Performanz zur *Steuerung* von Reaktionen wie Erschrecken, Erstarren, Verharren, von Angst und Furcht, von Aggression und Gewalt – z.B. bei Bedrohung – und um situationsadäquates besonnenes Handeln. „Aggression gehört zur *Natur* des Menschen, aber wir sind auch und vor allen Dingen *Kulturwesen*, die ihre Natur kultivieren können, ja müssen, und das genau kennzeichnet die menschliche Natur, die es zu entwickeln gilt, indem sie Bedrohung, Aggression, Gewalt adäquat zu regulieren lernen... Unser `dynamisches Regulationssystem` gibt uns dafür Möglichkeiten, die allerdings entwickelt und geschult werden müssen“ (*ibid.*).

### 5.5.2 Patientenbeispiel: Tommy - Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens

Tommy (14 Jahre alt) wurde wegen seiner wiederholten Impulsdurchbrüche von seiner Schule suspendiert und kam zu uns zur Behandlung. Als Behandlungsziel gab er an, mit seinen Aggressionen besser klar zu kommen und nicht mehr zuzuschlagen.

Jeden Tag sagte T. in der Morgenrunde und gleichfalls in der Tagesabschlussrunde: „Es geht mir gut. Hier werde ich nicht aggressiv. Hier ärgert mich nichts.“ Oft saß er dabei lächelnd, aber mit angespannten Armen und Beinen in der Gruppe, die Füße leicht vom Boden abgehoben und wirkte auf mich in Schultern und Händen fest gehalten. Sein Körper drückte auf diese Weise seine Unsicherheit, Verlegenheit und die für ihn unklaren, kaum wahrnehmbaren und nicht ausgedrückten, festgehaltenen Gefühlszustände aus. In einer hoch angespannten Gruppensituation wurden die Jugendlichen aufgefordert, alles, was sie jetzt gerade ärgert zu malen oder aufzuschreiben. Die anderen füllten ihre Blätter. T. war sehr schnell fertig. Ganz klein in eine Ecke seines Blattes stand: mich nervt nichts.

T. blendete frühe Auslöser für seinen Ärger anfangs komplett aus. Er kannte nur die beiden polarisierten Zustände von „Es geht mir gut, nichts stört mich“ und seinem plötzlichen unkontrollierbarem „Ausrasten“, wobei er in seiner Schule mehrfach Schüler verprügelt hatte. Ebenso fehlte ihm jegliche Einsicht für Eigenanteile an Konflikten, er wehrte diese Möglichkeit komplett ab und reagierte auf solche Hinweise stark gekränkt. T. zeigte sich meist auffallend freundlich und angepasst. Sehr selten reagierte er auf Forderungen extrem verweigernd und kompromisslos, dann beleidigte er die konfrontierende Person massiv.

Neben Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie sowie Ergo-, Musik- und Bewegungstherapie nahm T. regelmäßig am PMR-Entspannungstraining teil. Hier zeigte er sich motiviert und arbeitete konzentriert mit. T. lernte in diesen Stunden, den allmählichen Aufbau von Spannung zu erkennen und langsames Entspannen und Loslassen zu trainieren. Dabei entwickelte er allmählich ein Bewusstsein für die stufenweise Entstehung seiner aggressiven Impulse und verschiedene Abstufungen von Anspannung, er machte die Erfahrung, daß er den Grad der An- und Entspannung

selbst kontrollieren und regulieren kann und nicht mehr „hilflos“ von Impulsdurchbrüchen überrascht werden muss.

Auf die Frage nach Gefühlen zuckte T. zu Beginn seiner Behandlung ratlos mit den Schultern, er zeigte fast nie eine Spur emotionaler Beteiligung. In seiner Familie war es nicht üblich, über Gefühle zu sprechen. Die depressive Mutter wurde geschont, man ging nett miteinander um oder zog sich ins eigene Zimmer zurück.

Über kontinuierliche gemeinsame Emotionale Differenzierungsarbeit im Alltag in der Gruppe lernte T., aufmerksamer auf seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu achten, Gefühle und Bedürfnisse anderer Jugendlicher kennen zu lernen und darüber sein Gefühlsspektrum zu erweitern. In den ritualisierten Morgen- und Abschlussrunden übte er sich im differenzierten Benennen von Gefühlen und frühzeitigem Wahrnehmen und Ausdrücken von Ärger. T. erlebte, daß Konflikte konstruktiv zu lösen und Kompromisse auszuhandeln möglich ist. Mit zunehmender Akzeptanz in der Gruppe entwickelte er Selbstsicherheit, Vertrauen und soziale Kompetenzen.

Besondere Begeisterung zeigte T. bei sportlichen Aktivitäten. Er bewegte sich geschickt und schnell, er lernte sportliche Aktivitäten wie z.B. das Squash-Spiel zur Spannungsabfuhr zu nutzen. Über sein sehr gutes Fußballspiel trainierte T. den dosierten Einsatz seiner Kraft, soziale Kompetenzen wie Rücksichtnahme, Akzeptanz Jüngerer, Konfliktbewältigung und Fairness. Darüber hinaus bekam er viel Anerkennung von Gleichaltrigen und Erwachsenen. Sein regelmäßiges Fußballtraining war für ihn neben der Behandlung sehr wichtig und stellte auch nach der Behandlung für T. eine wichtige Ressource dar.

## **5.6 Weitere Maßnahmen zur Spannungsregulation**

Alle Bewegungsverfahren mit ganzheitlichem Ansatz wie z.B. *Yoga* oder *Qi Gong* verfolgen das Ziel, mit Freude und ohne Leistungsansatz in Bewegung zu kommen, einen bewegungsaktiven Lebensstil zu entwickeln und zu individueller Stressbewältigung zu gelangen. Über Übungen aus ganzheitlichen Bewegungsformen wie *Yoga* oder *Qi Gong*, die auf sanftes und bewußtes Dehnen, das Halten einer moderaten Spannung, Strecken und Bewegen, bewusste Übergänge sowie eine Ausgewogenheit zwischen moderater Anspannung und Entspannung, zwischen Aktivität und Ruhe zielen können wir zu einer „guten körperlichen Spannung“ gelangen, die gleichzeitig eine „gute seelische Spannung“ be-wirkt. Apathie oder Übererregung können in gemeinschaftlicher Konzentration reguliert werden.

Wir fördern dabei Konzentration und Achtsamkeit, die Fähigkeit, den eigenen Körper in Haltung und Bewegung zu spüren und dabei die Kontrolle über Bewegung und Entspannung zu behalten, was besonders wichtig ist in der Arbeit mit traumatisierten Patienten. Die oft sehr bildhaft benannten Übungen (Berg, Baum, Held...) evozieren heilsame Gefühle wie Kraft, Stolz, Präsenz, Schönheit in der Bewegung und Freundlichkeit sich selbst gegenüber, die in Gemeinschaft besonders intensiv erlebt werden.

Indem wir fließende Bewegungsfolgen aus dem *Qi Gong* in unsere Arbeit einbeziehen können wir den der *Integrativen Therapie* zugrunde liegenden *heraklitischen* Gedanken förmlich bewegen: das Leben befindet sich im Fluß, alles fließt, ins Stocken geratene Entwicklung soll wieder in Fluss gebracht werden, Übergänge werden geschaffen und in fließenden Bewegungen erlebt. Zudem fördert *synchronisiertes koordiniertes* Bewegen neben Koordination und Interaktion auch gemeinsames Wollen, soziales Lernen, emotionale Atmosphären von Gemeinschaft, Ausgeglichenheit, Gesehen werden in der Bewegung und Solidarität.

Im Rhythmus von Ein- und Ausatmung, ohne den Stoffwechsel und Muskeln nicht funktionieren könnten, erleben wir den natürlichen Wechsel von Spannung und Entspannung.

Um bei Kindern und Jugendlichen die Sensibilität für den eigenen Körper und seine Funktionen zu entwickeln, lenken wir ganz bewusst z.B. nach sportlicher Betätigung, aber auch in Phasen der Ruhe oder der Aufregung im Alltag die Aufmerksamkeit auf den Atem. Allein die Konzentration auf den Atem wirkt beruhigend und ausgleichend. Atemübungen (*Ilse Middendorf* 1984) oder aus dem *Qi Gong* werden natürlich auch in Entspannungstraining und Frühsport integriert.

Als unterstützende regulierende Behandlung wird in unserer Klinik die *Ohr-Akupunktur nach dem NADA Protokoll* (entwickelt im Lincoln-Hospital, South Bronx, N.Y.C., vorwiegend eingesetzt in Drogen- und Alkoholentzug und -therapie) eingesetzt. Die Jugendlichen und ein Betreuer oder Therapeut sitzen dazu zweimal wöchentlich für anfangs 20, nach Steigerung bis zu 45 Minuten zusammen, schweigen oder hören leise Musik. Neben der eigentlichen ausgleichenden, stabilisierenden und stärkenden Wirkung der Akupunktur empfinden die Jugendlichen das Zusammensitzen in der ruhigen, offenen und non-konfrontativen Atmosphäre (möglicherweise auch ohne Nadeln, bei Angst oder noch hoher Abwehr) als beruhigend und entlastend. Viele Jugendliche können in dieser Zeit besser bei sich bleiben, fühlen sich mit ihrem Körper, ihren Gedanken und Gefühlen wohl, entwickeln so ihre eigene räumliche Zone des Wohlbefindens, lernen Anspannung und Sorgen los zu lassen, entwickeln einen meditationsähnlichen Zustand, genießen die stille Gemeinschaft, die an sich schon stabilisierend wirkt und fühlen sich durch das entgegengebrachte Wohlwollen, Akzeptanz und Aufmerksamkeit getragen und gesehen. Ohr-Akupunktur ist ein einfaches Mittel zum Aufbau innerer Kräfte, zur Stärkung des Willens, der Würde und der Gelassenheit (vgl. *Ralph Raben* 1999, 16-37).

*Musikhören* kann als angenehme Erfahrung Aufmerksamkeit und Frustrationstoleranz erhöhen, Realität angenehmer und weniger bedrohlich machen und äußere und innere Spannungen mindern.

Das Miteinander von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren in der Tagesklinik stellt neben Schwierigkeiten auch eine sehr gute Ressource dar. So lernten wir die *gemeinsame Bewegung von Groß und Klein* einmal wöchentlich in der geräumigen und modernen Sporthalle der Klinik als solche zu nutzen. Hier bot sich eine hervorragende Möglichkeit, ganz individuelle Bedürfnissen nach Aktivierung oder moderater Bewegung und sportlicher Betätigung befriedigen zu können. *Gemeinsame Bewegungs- und Kinderspiele* wie z.B. „Hase und Jäger“, „Zuckball“, „Plumpsack“ oder „Zweifelderball“ gaben älteren Jugendlichen ganz nebenbei ein „Alibi“, noch einmal Kind sein zu dürfen und ihre kindliche Lust und Freude an der Bewegung und im Miteinander auszuleben. Kinder sprechen aufgrund ihres großen Bewegungsdranges besonders gut auf den spielerischen Wechsel von Bewegung und Ruhe an – Spiele wie „Feuer-Wasser-Sturm“ fanden immer wieder großen Anklang. Die heitere, gelöste Atmosphäre wirkt oft ansteckend, auflockernd und aktivierend auf träge oder depressive Patienten, gab ganz „nebenbei“ Gelegenheit, Spannungen zu lösen, spielerisch Ruhe und Bewegung nach klaren Spielregeln zu üben und voneinander zu lernen.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, alle Möglichkeiten der Spannungsregulation ausführlich zu beschreiben. Deshalb seien an dieser Stelle einige nur noch kurz aufgeführt: die Arbeit am *Boxsack*, mit *Batakas*, das *Bogenschießen*, *Trampolinspringen*, *Jonglieren*, *Tanzen*, der Einsatz von *Übergangs- und Intermediärobjekten* und nicht zu vergessen die heilsame und lösende Wirkung von *Humor und Lachen* auch und besonders in der therapeutischen Beziehung.

Das Integrative Experiment der Spannungsregulation setzt sich im tagesklinischen Alltag fort. Zum Einen liegen hier grosse Chancen, alltägliche Situationen diagnostisch zu nutzen und an Ort und Stelle organisch aufzugreifen. Sie bereichern den therapeutischen Prozess erheblich. Hier ist eine breite Kompetenz der pflegerischen und pädagogischen Mitarbeiter gefragt sowie eine gute integrative Zusammenarbeit im Team.

Desweiteren bietet der tagesklinische Alltag ein breites Probier- und Erlebnisfeld für die Kinder und Jugendlichen. Sie werden begleitet, ermutigt und unterstützt bei der Auffindung, Erweiterung und Nutzung der eigenen Ressourcen und Kreativität, sowie bei der Einübung und Umsetzung neu erworbener Regulationstechniken als Bewältigungsstrategien zur Vorbereitung auf die Integration der erlernten Maßnahmen als individuelles Stress- und Angstmanagement in ihrem persönlichen Lebensumfeld. Neben gezieltem Entspannungs- training erleben sie einen guten und sinnvollen Wechsel von Anspannung und Entspannung, von Aktivität und Ruhe im geistigen, körperlichen und seelischen Bereich. Sportliche Aktivitäten, sich frei entwickelndes bewegtes Spiel, Spaziergehen oder Naturerleben werden ebenso aufgegriffen wie Gespräche oder kreativer und leiblicher Ausdruck, gezielt bereichert und in ihren heilsamen Wirkungen für die Entwicklungsprozesse der Kinder und Jugendlichen individuell genutzt. In „gut gespannten“ stützenden und Halt gebenden Beziehungserfahrungen, die genügend Raum geben für eigene Entwicklung, erleben sie, daß

Spannungen und Konflikte gemeinsam ausgehalten und bewältigt werden können. Sie machen heilsame alternative und korrigierende Erfahrungen, die sie als neue salutogene Informationen und als positives Gegengewicht zu pathogenen Erfahrungen der Vergangenheit aufnehmen und integrieren. Dies führt zu Um- Lernen und trägt zur Reifung einer gut gespannten Persönlichkeit mit der Fähigkeit zu psycho-physischer Selbstregulation bei.

## **5.7 Patientenbeispiel Katharina - ein Mädchen mit Borderline-Entwicklungsstörung**

Am Beispiel folgender Prozessdarstellung möchte ich Schwierigkeiten und Erfolge auf der gemeinsamen Suche, beim Auffinden und Integrieren spannungsregulierender Maßnahmen mit einer 16jährigen Patientin illustrieren. Da sie besonders zu Beginn der Behandlung aufgrund hoher Abwehr und hohem Widerstand viele ihrer Therapien verweigerte, fand die spannungsregulierende Hauptarbeit im tagesklinischen Alltag statt. Die für K. bedeutsamen spannungsregulierenden Wirkfaktoren hebe ich im Text **fett** hervor.

Katharina (16 Jahre) wurde mit der Diagnose *Borderline-Entwicklungsstörung* und *Posttraumatische Belastungsstörung* zur tagesklinischen Behandlung aufgenommen. Aufnahmegrund waren Schulverweigerung, selbstverletzendes Verhalten und sozialer Rückzug.

K. ist ein Einzelkind. Ihre Mutter arbeitete zuletzt als Verkäuferin, war zum Zeitpunkt von K.'s Aufnahme arbeitslos, fand aber dann bald wieder Arbeit. Sie gab an, unter Allergien und Migräne zu leiden. K.'s Vater war Bauarbeiter, schon lange arbeitslos, trockener Alkoholiker. Zum Zeitpunkt der Aufnahme lebten die Eltern seit zwei Jahren getrennt, der Vater hatte aber wieder engen Kontakt zur Familie.

Die Schwangerschaft mit K. sei zuerst normal verlaufen. Im 5. Schwangerschaftsmonat war die Mutter wegen drohender Fehlgeburt drei Monate in einer Klinik. K. wurde vier Wochen vor Termin geboren und im Wärmebettchen versorgt. Sie wurde vier Monate gestillt. Die kleinkindliche Entwicklung sei unauffällig gewesen. K. besuchte ab dem 18. Lebensmonat die Kinderkrippe, vom 3. bis 6. Lebensjahr den Kindergarten. Mit 6 Jahren wurde K. eingeschult, in Grund- und Mittelschule habe es nie Kontaktprobleme gegeben. Erste Probleme habe es in der 7. Klasse gegeben, woraufhin K. ein Jahr zur Schulpsychologin gegangen sei. Bis zur 9. Klasse hätten sich die Schulprobleme verstärkt. K. sei mit den Lehrern nicht klar gekommen, hätte diese beleidigt, hätte die Mitarbeit und teilweise die Teilnahme am Unterricht verweigert. Sie sei oft „rausgeflogen“, da sie sich nicht altersentsprechend verhielt. K. berichtete von Blockaden, sie hätte ihren Mantel nicht ausziehen können, sie sei innerlich nicht fähig gewesen, zu kommunizieren und insbesondere am Sportunterricht teil zu nehmen. Dann habe sie eine „Mauer“ aufgebaut, sodass sie „nicht mehr in der Lage war, in die Schule zu gehen“. In diese Zeit fiel die Trennung der Eltern wegen der anhaltenden Alkoholprobleme des Vaters. K. berichtete im Verlauf der Therapie, sie habe die Probleme ihrer Eltern schon ab ihrem 11. Lebensjahr realisiert, sie hätte versucht, deren Aufmerksamkeit auf sich selbst zu lenken. Sie hätte sich sehr um ihre Mutter gesorgt, sich als Beschützerin gefühlt.

Mit 15 Jahren wurde K. erstmals in der Institutsambulanz unserer Klinik vorgestellt. Es folgten mehrere kürzere stationäre Aufenthalte wegen Verweigerung und selbstverletzendem Verhalten in Form von Ritzen. Mit 16 Jahren war K. wegen Steven-Johnson-Syndrom in einer Klinik. Bei dieser Krankheit habe sie Todesangst gehabt. Sie habe schmerzhafte Blasen in Mund- und Rachenraum gehabt, was ihr die Nahrungsaufnahme unmöglich gemacht hätte. Sie hätte die Hilflosigkeit der Ärzte gesehen und sich dabei leer gefühlt. Nur das Ritzen hätte sie darüber hinweg gebracht. Zum Zeitpunkt der tagesklinischen Aufnahme hatte K. 1 Jahr und 3 Monate die Schule nicht mehr besucht. Zu Hause gäbe es keine Probleme, K. würde sich in ihre Phantasiewelt zurück ziehen und sehr viel lesen. Sie pflegte keinerlei soziale Kontakte mehr. K. zeigte sich eindeutig überfordert mit ihrem Kontext und ihren Bewältigungsmöglichkeiten in ihrem Gesamtsystem im Sinne *psychophysiologischer Dysregulation*. Die traumatisierenden Ereignisse in ihrer Kindheit und in Verbindung mit der erlebten Krankheit hatte sie nicht bewältigen können und litt zudem mit ihrer

Familie unter der „*prekären Lebenslage*“ (vgl. Petzold 2000h) aufgrund der anhaltenden Arbeitslosigkeit ihrer Eltern.

Obgleich sich K. zur Aufnahme locker gab, wirkte sie ängstlich, scheu, unsicher und einsam und suchte Schutz in meiner Nähe. K. äußerte als Therapieziel, mit anderen Menschen klar kommen zu wollen, sich in die Gesellschaft integrieren zu können sowie den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden. Sie ging nur sehr zögerlich auf Kontaktangebote von Jugendlichen ein, hielt sich in der ersten Zeit sehr in der Nähe der Erwachsenen auf und lebte sich langsam ein. K. wurde auf das Medikament Risperdal (1 mg) eingestellt. Die Eingliederung in das multimodale Therapieprogramm war aufgrund K.'s hoher Abwehr und Widerstand aufgrund vieler Ängste nur sehr langsam und behutsam möglich. Oft setzte sich K. in eine Ecke des Gruppenraumes auf den harten und kalten Boden und hielt ihre Knie umklammert. Diese für sie typische Körperhaltung unter hoher körperlicher Anspannung spiegelte die Härte, Strenge und Gefühlskälte wieder, mit der sie sich aufgrund der strengen, harten und gefühlsarmen Betrachtung und Behandlung durch ihre Mutter nun selbst betrachtete und behandelte, ihre inneren Konflikte und aufgestauten Gefühle, die sie in dieser Haltung zu beherrschen versuchte. In Morgen- oder Abschlussgruppen bevorzugte sie dieselbe Haltung, uns zuliebe auf dem Stuhl. Nach außen zeigte K. ein Verhalten zwischen z.T. demonstrativ wirkendem Rückzug, Provokation und Verweigerung. Gründe dafür waren Ängste vor Gruppensituationen, vor Ablehnung, vor Versagen, vor Überforderung und die Unfähigkeit, damit umzugehen oder Übergänge zwischen Situationen zu gestalten. Diese Zusammenhänge konnten ihr selbst und uns erst allmählich klar werden, zunächst blieben K. nur ihre überschießenden nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten. Anforderungen brachten sie massiv unter Druck und Versagensangst. Sie reagierte darauf mit totaler Blockade, benannte diese mit „Mauer im Kopf“, die wiederum den inneren Druck verstärkte, dessen sie sich dann oft nur durch den Schmerz der Selbstverletzung zu entledigen wusste. Später brachte sie über impulsive Stimmungsausbrüche zum Ausdruck, wenn ihr etwas zu nah wurde: rannte unvermittelt aus dem Zimmer und knallte mit Wucht die Tür zu, warf einen Stuhl um oder einen Gegenstand auf den Boden. Dann verkroch sie sich, hockte sich ganz eng zusammengekauert in eine Ecke, die Arme um die Knie geschlungen, die Stirn auf den Knien. Diese Haltung nahm K. sehr oft ein, um sich abzugrenzen, sich zu schützen und zu halten. Sie wirkte dann sehr klein und verletzlich, verschreckt, gleichzeitig hoch angespannt. Wurde sie angesprochen, so blickte sie ganz zaghaft und vorsichtig auf, viel später konnte sie sagen, dass sie sich für ihr Verhalten schäme. Es war ihr anfangs unmöglich, allein aus dieser Erstarrung heraus zu kommen. Nach und nach konnte sie meine vorsichtigen aber konsequenten Beziehungs- und Hilfsangebote annehmen und fasste allmählich **Vertrauen**. Sie ließ sich zurückholen und ging zaghaft auf meine Angebote ein. Wir fanden schon bald eine erste Maßnahme, die sie zur Regulation ihrer Anspannung hilfreich empfand: **Spazieren gehen**. Über die **gleichmäßige Bewegung** – das gemeinsame Sich-auf-den-Weg-begeben kam sie buchstäblich wieder in Gang, konnte die Spannung lösen und **sich selbst in der Bewegung spüren**, die **frische Luft** und die **Zuwendung** ohne vordergründige Absicht oder Forderung taten ihr wohl. Waren wir mit der Gruppe unterwegs, so suchte sie meine Nähe. Ich konnte oft beobachten, wie ihre Gesichtszüge während den Gehens wieder weicher und ihre Bewegungen fließender wurden. K. konnte ihren Gedanken freien Lauf lassen, manchmal wurden Gespräche möglich. Es wurde deutlich, dass K. voller innerer Konflikte und Ambivalenzen steckte, die oft der Grund für ihre Anspannung waren. So sehnte sie sich nach Wärme und Geborgenheit, wies Zuwendung jedoch mitunter auf erschreckende und abrupte Art und Weise zurück, was wiederum zu Schuldgefühlen führte, andere verletzt zu haben. Als Bestrafung dafür verletzte sich K. dann wiederum selbst, verschaffte sich Zuwendung, die sie gleichzeitig ablehnte.

Diese „Teufelskreise“ galt es über mühsame Kleinstarbeit in den Beziehungen behutsam zu lösen und zu bearbeiten, die durch Fortschritte, Rückschritte und versuchte Abbrüche gekennzeichnet war. Die stabilen und klaren Beziehungsangebote von Seiten ihrer Therapeutin und mir als Bezugserzieherin trugen dazu bei, dass K. sich in der Tagesklinik zunehmend **sicher und geborgen fühlte**. Das sagte sie oft und wollte am Nachmittag manchmal ungern nach Hause. Zu Beginn der Therapie entzogen sich K.'s Eltern der Mitarbeit. Über Wochen sagte die Mutter Termine ab. K. selbst stand der Einbeziehung ihrer Eltern in die Therapie ambivalent gegenüber. Den Wunsch nach mehr **Zuwendung durch ihre Mutter** konnte sie noch nicht spüren, überhaupt wollte sie nicht, daß es anderen „wegen ihr schlecht gehen“ solle oder sich jemand Sorgen um sie mache. Erst nach massiven Verstößen K.'s gegen die Stationsordnung kam ihre Mutter der

dringlichen Aufforderung zur Mitarbeit nach. Die Familie war es gewohnt, erst nach „Katastrophen“ aufeinander zu reagieren und miteinander zu arbeiten.

K.'s Mutter selbst wirkte sehr ängstlich, starr, emotional kalt und eng. Sie atmete sehr flach und sprach mit gepresster Stimme. Sie gab zu, dass sie sich selbst und K. gegenüber sehr hart und leistungsorientiert sei. So habe sie sich z.B. erst um die Schwangerschaft gekümmert, als sie merkte, dass andere Frauen ihr Kind verloren hatten. Ihr einzig wichtiges Anliegen für die Therapie war, dass K. einen guten Schulabschluss erreicht und sich ihre guten Noten nicht durch Verweigerungen und Blockaden zunichte macht. Sie äußerte Zukunftsängste und steigerte sich in Schuldzuweisungen an K.'s Lehrer hinein. Wenn K. auch ihre Freude über die Anwesenheit ihrer Mutter kaum zeigte, so war doch deutlich zu spüren, dass die von nun an regelmäßigen gemeinsamen Gespräche stabilisierend wirkten und eine verbesserte Therapiemotivation zur Folge hatte.

K. ging zunehmend Beziehungen zu ihren Mitpatienten ein und profitierte von der **Lebendigkeit** im Miteinander. Sie erlebte, dass andere Jugendliche ihr **Zuneigung** entgegenbrachten und ihre liebenswerten Eigenschaften schätzten. So zeigte K. eine hohe soziale Kompetenz und Einfühlungsvermögen, brachte anderen Verständnis entgegen und vermittelte in Konfliktsituationen. Die **Freundschaft** zu einer Mitpatientin stabilisierte sie sehr. Sie hatte lange keine Freundin mehr gehabt. Es gelang ihr nach und nach besser, regelmäßiger an ihren Therapien teil zu nehmen und stundenweise die Klinikschule zu besuchen. Auch für die in der Schule auftretenden z.T. massiven Schwierigkeiten durch Zurückfallen in ihre alten Verhaltens- und Bewältigungsmuster waren die gefestigten **vertrauensvollen Beziehungen** zu mir und ihrer Einzeltherapeutin von grosser Wichtigkeit. So konnten Konflikte gemeinsam angegangen werden. Gleichzeitig testete K. diese Beziehungen immer wieder auf heftige Emotionen und die persönliche Belastbarkeit, versuchte uns gegeneinander auszuspielen. Sie konnte die Erfahrung machen, dass auch Erwachsene ihre Spannungen untereinander klären und Konsens finden. K. sorgte auf ihre Weise durch Provokationen, verletzend Beschimpfungen und mitunter verstärktes Ritzen für Abschreckung und verschaffte sich durch zeitweise Kommunikationsverweigerung die für sie nötige Distanz. K.'s Kampf zwischen dem sehlichsten Wunsch „gesehen und versorgt zu werden“ und ihrem gleichzeitigen Bedürfnis nach Abstand blieb prägend in den Beziehungen während der Phase massiver Auseinandersetzungen. Trotz oder gerade durch das ständige Aushandeln von Grenzen konnte K. die **Erfahrung** machen, mit ihren Stimmungsschwankungen und polarisiertem Verhalten aus- **gehalten** und in der Suche nach Übergängen sowie bei der Einübung von Alternativen **unterstützt** zu werden.

Im fortgeschrittenen Behandlungsstadium kam es vor, dass K. bei zufälliger körperlicher Berührung ihrem Bedürfnis nach Wärme und Geborgenheit Ausdruck verlieh, indem sie wie ein kleines Kind sagte: „Ja, Kuschele!“ Ich erinnerte mich an ihre postnatale Versorgung im Wärmebettchen. Bei ihrer emotional unterkühlten, leistungsorientierten Mutter litt K. an emotionaler Mangelversorgung in der Kindheit und deutete Verschmelzungsphantasien zur Kompensation ihres Defizites an. Wir sprachen über kindliche Bedürfnisse und es war für K. wichtig zu hören, dass auch Große **kindliche Bedürfnisse haben und nachholen dürfen**. Sie verstand, dass ich nicht die richtige Person zum Kuschele sein, im Tagesablauf gab es jedoch genügend Gelegenheiten, K. mit einer Decke oder einem warmen Tee zu versorgen, was sie jedoch erst viel später wirklich annehmen konnte. Oft bevorzugte K. weiterhin harte und unbequeme Sitzgelegenheiten oder immer wieder in beschriebener Haltung den Fußboden. Nach und nach nahm sie **Zuwendung** an, und saugte **Anerkennung, liebevolle Blicke und Gesten** und **warme emotionale Atmosphären** „tröpfchenweise“ förmlich auf.

K. achtete immer sehr genau darauf, wie es ihrem Gegenüber geht und verblüffte durch die Treffsicherheit ihrer Einschätzungen. Sie hat früh gelernt, die Stimmungen ihrer Eltern einzuschätzen und dabei eine hohe Sensibilität entwickelt. Eines Tages war K. nach einem Konflikt mit mir der festen Überzeugung, ich müsse sie jetzt hassen. Sie schaffte es erstmalig, einen solchen **Gedanken auszusprechen** und ließ sich mit mir auf ein Gespräch darüber ein. Ich **bestätigte** sie **in ihrer Wahrnehmung**: dass ich mich über ihr Verhalten sehr geärgert hatte und dass sie mich mit ihren Worten auch verletzt hatte. Ich konnte ihr aber auch vermitteln, dass ich mich darüber freute, dass ein Gespräch über unseren Konflikt möglich sei, weil sie diesmal nicht davon gelaufen sei, dass ich sie wegen eines Streits aber noch längst nicht hasse und viele andere Seiten an ihr trotzdem mag. Es war für K. nicht ganz leicht, mir zu glauben. Sie musste ihre Grundüberzeugung revidieren, für ihr Fehlverhalten gehasst zu werden. Diese **Beziehungsklärung**

war eine korrigierende emotionale Erfahrung und ein Schlüsselereignis für K. und festigte ihr Vertrauen in unsere therapeutische Beziehung, das die Grundlage für die weitere Arbeit war.

Eines Tages bot ich K. an, etwas zu malen, als sie wieder einmal keinen Ausweg aus Verkrampfung und Rückzug fand. Sie bemühte sich, abweisend zu wirken, ging aber auf meinen Vorschlag ein, etwas zu versuchen. Ich legte ihr grosses Papier und Farben hin und forderte sie auf, ihre oft beschriebene „Mauer im Kopf“ zu malen, die sie daran hindere, in die Schule oder zu Therapien zu gehen, bzw. Anforderungen nach zu kommen. Zuerst malte sie eine Mauer aus schwarzen Steinen. Dann nahm sie Rot und übersäte das ganze Blatt mit Strichen, die an ihre Ritzverletzungen erinnerten. Ich bot ihr dann an, Worte, die ihr einfallen, dazu zu schreiben. Sie schrieb: Wut, Angst, Schmerz, Leere, Warum?, Klinge, Hass, Anspannung, Schnitt, einsam, traurig, gehasst, fett, dumm, hässlich. Eine Ecke liess sie frei. Dorthin malte sie einen kleinen grünen Vogel. Das sei ihr **Alexandersittich**, den sie versorge, der sie tröste, mit dem sie kuschele und spreche, wenn sie sich von allen anderen zurück zog.

K. nutzte in der Folgezeit **Malen und Schreiben** als Ressource, sich auszudrücken und Spannung abzuführen und sich mitzuteilen, wenn sie selbst nicht sprechen konnte. Sie trug immer einen Block bei sich, malte auch das kleine Mädchen, das sich ängstlich in die Ecke hockt. K. schrieb schon seit langem **Gedichte**, über Leben, Tod und Dunkelheit, ihre Zukunftsangst, ihre Unruhe und Anspannung, ihre innere Kämpfe und Selbstvorwürfe. Sie schrieb über ihre Gefühle der Leere, Traurigkeit, Verzweiflung und Enttäuschung, ihre Sehnsucht, verstanden zu werden, nach Wärme, Liebe, Licht und Hilfe, nach Schweigen-dürfen. Über ihre Angst, es „nimandem recht zu machen“, lästig zu sein oder dass sich niemand für sie interessiert. Über ihren Hass auf den eigenen Körper, das Gefühl, dumm, hässlich und fett zu sein; ihre Sehnsucht, sich selbst so akzeptieren zu können wie sie sei. Über ihre inneren Konflikte, Hilfe nicht annehmen zu können, Menschen zu verletzen, die sie mag und nicht verlieren möchte. Wenn ihre Gedichte auch zum größten Teil negativen oder destruktiven Inhaltes waren, so schrieb sie doch auch darüber, dass die Vergangenheit „nicht nur negativ war“ und über ihren Wunsch zu leben und zwar so, wie sie es möchte, nicht wie andere es ihr vorschreiben; über ihren Wunsch, für sich und ihr Leben kämpfen zu wollen und dass Gott sie dabei unterstützen solle, auch wenn sie nicht an ihn glaube.

K. brachte ihre Gedichte mit und die Arbeit an einigen Inhalten wurden in der Therapie möglich. Nach Konflikten (meist ausgelöst durch wieder aktivierte Blockade, Abwehr oder Widerstand) nutzte K. zunehmend das Schreiben, um zu erklären, was ihr zu sagen (noch) nicht möglich gewesen war. Dabei konnte sie sich sehr gut ausdrücken, ihre Botschaften konnten verstanden und in der Beziehung bearbeitet werden.

Die Teilnahme an der **Entspannungstherapie** auf der Grundlage der *Progressiven Relaxation* verweigerte K. anfangs. Sie äusserte sich schriftlich dazu und beschrieb, dass sie das An- und Entspannen noch angespannter mache, weil sie Angst vor negativen Bildern, Gedanken oder Gefühlen habe, die dann auftauchen würden und die sie nicht abstellen könne. Sie stelle sich dann vor, wie sie einsam in einer Ecke sitze, wie sie irgendwo gefangen sei, sie sehe die Zukunft in düsteren Farben oder schlechte Bilder der Vergangenheit. Sie stelle sich selber vor, wie sie sich sehe: hässlich und fett; Worte wie „ungeliebt, dumm, unerwünscht, ignoriert oder unverstanden“ gingen ihr durch den Kopf. Wir führten ein ausführliches Gespräch, in dem ich ihr zunächst vermittelte, dass es sehr gut, wichtig und richtig war, sich zu schützen; dass dies eine Stärke von ihr sei, die sie weiter nutzen solle. K. hatte bis dahin sehr oft die Erfahrung gemacht, mit ihrem Widerstand Konflikte auszulösen. Hier **fühlte** sie sich **ernst genommen, bestärkt und verstanden**. Auf dieser Grundlage konnte sie mein Angebot annehmen, zunächst beobachtend teil zu nehmen, selbst zu bestimmen, wie weit sie sich auf meine Angebote einlässt und hinterher mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen. Wie bei allem Neuen wählte sie in der ersten Stunde ihre wohlbekannteste Kauerstellung auf dem Boden, die Arme um die Knie geschlungen. Die angebotene Decke nahm sie noch nicht an. Sie erlernte zunächst das Halten einer Restspannung in ihren Händen, damit sie die **Kontrolle** über den Grad ihrer Entspannung selbst in der Hand behält. Wir vereinbarten als Strategie zur Unterbrechung eventueller Negativ-Erlebnisse die aktive Rückkehr und Verankerung in der Wirklichkeit des Hier und Jetzt durch das Öffnen der Augen, sie solle dann mich oder einen Punkt im Raum anschauen. Sie solle auch nur dann die Augen schließen, wenn ihr das angenehm sei. Da es sich um eine Gruppe handelte, dürfe sie mir im „Notfall“ auch ein Zeichen

geben, den Raum verlassen und sich beim Pflegepersonal melden. Dieser Fall trat aber nie ein. Es genügte für K., einen „**Notfallplan**“ zu haben. In den ersten Stunden behielt K. ihre Kauerstellung bei, nach und nach nahm sie die Decke an, um sich darauf zu setzen, später zu legen, sich dann sogar in sie einzuhüllen. In kleinen Schritten konnte K. sich immer besser einlassen, ihre Kauerstellung aufgeben, bis sie zusammengerollt in Embryonalhaltung – eingewickelt in die Decke liegend teilnahm. K. lernte, **regressive Bedürfnisse zuzulassen und „aufzutanken“**, aber auch bewusst wieder aus der Regressionshaltung heraus zu kommen. Sie lernte auf ihren **Atem** zu achten und diesen zu vertiefen, lernte, den Atem mit **sanftem Dehnen und Strecken der Hände** zu verbinden. K. ließ sich zeitweise auf **Phantasiegeschichten und Imaginationen** ein, übte sich in aktiver Rücknahme und **Selbstbestimmung**. Während einer **Achtsamkeitsübung** nach *Luise Reddemann* zum Thema „Körpergrenze“ und „Schutz“ entwickelte sie das innere Bild von einer weichen schützenden Kugel um sich herum. Erstmals ließ sie eine weiche Seite ihrer Persönlichkeit zu. Sie erzählte froh über die angenehme Erfahrung, nach dieser Entspannung sah ich sie wie ein kleines fröhliches Kind den Gang entlang hüpfen. Ein andermal konnte sie mit der Imagination einer freundlichen Person nicht mitgehen, erinnerte statt dessen ein „schwarzes Loch“. Während sie diese Vorstellung sonst unter Spannung gebracht hatte, schaffte sie es diesmal, sich davon zu distanzieren, das Unangenehme und Störende „draußen“ zu lassen und sich statt dessen die angenehme Erinnerung an ihre „schützende weiche Hülle“ aufzurufen. K. lernte, **neue „gute“ Bilder und Atmosphären** zu integrieren und mit ihnen ein Gegengewicht zu alten schlimmen Bildern und Atmosphären zu schaffen. K. machte die **Erfahrung, sich selbst schützen zu können** und entschied sich, neue positive Erfahrungen zuzulassen. An manchen Tagen erschien K. nicht zur Entspannung, sagte mir dann aber kurz bescheid.

Parallel zur Entspannungstherapie lernte K. in der Einzeltherapie die Arbeit mit der **Notfallliste**, erstellte eine **Liste positiver life-events**, arbeitete am Lebensfluss sowie an ihren verschiedenen inneren Anteilen und lernte, „**innere Helfer**“ sowie den „**inneren sicheren Ort**“ zu nutzen. Sie erlernte die „**Tresorübung**“ zum Umgang mit überflutenden Erinnerungen, setzte sich mit der Alkoholabhängigkeit ihres Vaters auseinander, sowie mit ihren Wünschen an Vater und Mutter. Neben den beschriebenen Maßnahmen lernte K. im Alltag auch das **Federballspiel** schätzen als sportliche Betätigung zur Spannungsabfuhr und gleichzeitiger klarer Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeit und Nähe-Distanz-Regulation. Obwohl K. sich nur schwer auf Sportliche Aktivitäten einlassen konnte spielte sie zunehmend gern **Volleyball** mit den anderen und beteiligte sich zeitweise am **Yoga**. Sie entdeckte allmählich wieder **Freude an Bewegung** und lernte diese Ressource für sich zu nutzen. Sie **spürte ihre Energie** und lernte diese positiv einzusetzen und zu regulieren. Ihr schlechtes Körperbild relativierte sich etwas. Während K. anfangs ihren Körper zum Schweigen bringen wollte (z.B. bei Magenknurren widerwillig auf ihrem Bauch herumgedrückt hatte mit den Worten: „Sei still, sei endlich still!“) lernte sie nach und nach, Signale ihres Körpers zu akzeptieren. Der Besuch des **Kneipp-Beckens** war für K. eine gute Möglichkeit ihren Körper zu spüren. Statt ihre Aggressionen gegen ihren eigenen Körper zu richten, nutzte K. das Kneten ihres **Wutballs** oder ging auf Angebote zur **Spannungsabfuhr im Bewegungsraum** wie z.B. das Abwerfen von aufgestellten Figuren aus Schaumstoffelementen ein. K. übte immer wieder, ihren Bedürfnisse und Gefühlen angemessen Ausdruck zu verleihen, angenehme und unangenehme Gefühle zu differenzieren. Über das tägliche „Guten-Morgen-sagen“ lernte sie angemessen zu zeigen: „Ich bin da! Seht her, hier bin ich!“ In den täglichen Abschlussrunden experimentierte sie mit der Gruppe mit verschiedenen Möglichkeiten, Spannungen des Tages „dazulassen“: **Aufschreiben** von Ärger, **Zusammenfalten und in den Boden stampfen**, **Zerreißen von Zeitung** und **Zusammenknüllen** der Schnipselberge zu **Wutbällen**, die zielgerichtet **in den Mülleimer** geworfen wurden...

K. befand sich 7 Monate in tagesklinischer Behandlung. In langwieriger Beziehungsarbeit wurden in kleinen Schritten Veränderungen möglich. Immer wieder kam es zwischenzeitlich zu scheinbaren Rückschritten wie versuchten Beziehungsabbrüchen, verstärktem Ritzen oder Zurückfallen in alte Bewältigungsmuster als Vermeidungs- und Verdrängungsverhalten aufgrund von Angst vor neuen Aufgaben.

Insgesamt konnte durch die Bandbreite spannungsregulierender Maßnahmen ein deutliche Entspannung der familiären und intrapsychischen Konflikte erreicht werden. K. konnte sensibilisiert werden für ihre eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Potentiale. Sie lernte ihre Stärken neu kennen, wertschätzen und als Ressourcen zu nutzen. Die Dysfunktionalität ihrer Bewältigungsstrategien

konnten ihr bewusst werden, sie konnte neue Strategien kennen lernen und erproben. Sie verletzte sich selbst deutlich weniger, erlebte im Umgang mit Anspannung und Ängsten hilfreich, wenn sie **sich öffnete**, sich erleichterte über **verbale und nonverbale Ausdruck**, bei **Aktivitäten**, die ihr **Spaß** machten, wenn sie so sein durfte wie sie ist, wenn sie **sich sicher fühlte, akzeptiert** wurde, **schweigen durfte, Solidarität** und **Wertschätzung** erfuhr, **positive Gefühle wie Mut, Kraft, Stolz oder Erfolg** erlebte. K. machte die Erfahrung, dass sie durch **Bewegung** aus Erstarrung heraus finden kann. Sie stellte fest, dass sie ihrer Wahrnehmung und **ihren Gefühlen trauen** kann, lernte ihre Einstellung sich selbst und dem Leben gegenüber zu überprüfen und z.T. zu revidieren. K. entwickelte zunehmend die Fähigkeit, Lob und Anerkennung zu ertragen, eigene Erfolge positiv zu werten, Verantwortung zu übernehmen und sich selbst mehr zu trauen. Sie lernte ihre Lebendigkeit und Lebensfreude neu kennen und leben, Beziehungen zu gestalten, Spannungen und Konflikte auszuhalten und zu regulieren.

In der Familientherapie wurden Gefühle von Seiten der Mutter vehement abgewehrt. Es konnte zumindest ansatzweise eine Verbesserung der Kommunikation in der Familie erreicht werden, wobei sich der Vater deutlich besser einlassen konnte und K. unterstützte.

Es gelang K. schrittweise die Übernahme von Eigenverantwortung und nach kleineren Rückschlägen aufgrund der Aktivierung alter Ängste vor Ausgrenzung oder negativer Behandlung durch ihrer Lehrer schrittweise die Wiedereingliederung in ihre Schule. K. gestaltete ihren Abschied aktiv mit und konnte Traurigkeit und Freude über ihre Entlassung äußern. K. beendete erfolgreich die 10. Klasse. Sie blieb in ambulanter Nachbetreuung und besuchte mich kurz bei fast jedem ihrer Termine.

## 6

# Die Integrative Bewegungstherapiegruppe

### 6.1

#### *Ansatz und Konzept*

Die *Integrative Bewegungstherapiegruppe* ist eingebettet in das anfangs beschriebene tagesklinische Setting und findet einmal wöchentlich statt. Sie wurde als Ergänzung / Erweiterung des therapeutischen Angebotes zusätzlich zu Sport-, Entspannungs- und anderen o.g. Therapien im multimodalen Setting für die Jugendlichengruppe installiert, die auch den tagesklinischen Alltag gemeinsam erlebt. Die Teilnahme ist für sie verbindlich.

Es handelt sich um eine halboffene Gruppe: durch Neuaufnahmen und Entlassungen bzw. durch die Schulerprobung gegen Ende der Behandlungszeit kommt es zu Teilnehmerwechsel.

Die Diagnosen der Teilnehmer reichen von depressiver Episode, Angststörung, zwanghafter Persönlichkeitsentwicklungsstörung, psychotischer Störung in nichtakuter Phase, psychosomatischer und psychovegetativer Dysregulation, Borderline-Entwicklungsstörung, Kontaktstörung, psychogener Störung, ADHS bis zu gehemmtem, impulsivem und/oder aggressivem Verhalten.

Das Konzept für die Gruppe orientiert sich an den *übungsorientiert-funktionalen* und *erlebnisorientiert-stimulierenden* Modalitäten der *Integrativen Therapie* (vgl. *Petzold* 1970c, 1974j, 1988n, 552ff; *Hausmann, Neddermeyer* 1996, 48ff). Es geht in dieser Gruppe vorwiegend um motivierende und stützende Leib- und Bewegungsarbeit wie das Kennenlernen und Beeinflussen von leiblichen Funktionen wie Atmung, Spannung, Flexibilität, Koordination und Kraft, um das Aufspüren von Potentialen, das Kennenlernen und Erweitern persönlicher Grenzen, das Wahrnehmen, Erleben und Wiederentdecken des Körpers und der Bewegung als Ressource, um leibliches und emotionales Selbsterleben in Ruhe und Bewegung, um leiblichen und emotionalen Ausdruck, um das Sich-selber-besser-kennenlernen, das Sich-erleben in Raum und Zeit für sich allein sowie in Begegnung, Kontakt und Beziehung zu anderen Jugendlichen, um das Experimentieren, Finden und Üben von Bewegungs- und Handlungsalternativen. Persönliche und gemeinschaftliche Erfahrungen werden sprachlich miteinander geteilt (mit-geteilt) und somit bewusst gemacht, verarbeitet und integriert. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung gemäß des „*Dritten Weges der Heilung*“ der IT ist das Grundanliegen der Arbeit in dieser Gruppe, sowie Solidaritätserfahrungen gemäß des „*Vierten Weges der Heilung*“ (*Petzold* 1969b; 1988d, 215ff). Tiefe aufdeckende oder konfliktzentrierte Arbeit wird in diesem Rahmen nicht angestrebt sondern findet in einzel- oder gruppenpsychotherapeutischer Arbeit statt.

*Techniken* wie Wahrnehmungs-, Atem- und Dehnübungen, Kraft- und Entspannungsübungen, Arbeit mit geschlossenen Augen, Einbeziehung von Raum und Gegenständen, dosierter Körperkontakt, Partnerarbeit, Rollentausch, Spiegeln, Imitation, Wiederholen und Verstärken von Bewegungen bzw. Umkehren ins Gegenteil, Synchronisation und Symbolisierung von Bewegungsabläufen, Identifikation und Imagination, Verbalisieren von Erfahrungen paarweise und in der Gruppe und *Medien* wie Bälle, Tücher, Seile, Stäbe, Decken, Natur- und Alltagsmaterialien, Musik, Papier und Farben kommen - z.T. auch in „*Intermedialen Quergängen*“ - zum Einsatz (vgl. *Petzold, Orth* 1990a, 752).

Meine **therapeutische Haltung** ist auf der Grundlage der „*Anthropologie des schöpferischen Menschen*“ (vgl. *Petzold* 1988n, 195f; *Petzold, Orth* 1993c) von der Grundüberzeugung geprägt, dass der Mensch ein kreatives und schöpferisches Wesen ist, das grundsätzlich auf Beziehung und Entwicklung ausgerichtet ist, und orientiert sich an der *Grundregel der IT* (vgl. *Petzold* 2000a). Ich begegne den Jugendlichen mit einer wohlwollenden intersubjektiven Grundhaltung, gerichtet auf ein gutes freundliches Miteinander auf der Grundlage gegenseitiger Akzeptanz, Respekt vor der subjektiven Andersartigkeit, Leiblichkeit, Kreativität und Würde des Anderen mit dem Bestreben eine intersubjektive Beziehung zu entwickeln, auf deren Grundlage Interaktion, Kooperation, Korespondenz, gemeinsame Konsens- und Sinnfindung in doppelter Expertenschaft möglich wird. Meine therapeutische Haltung ist geprägt von *selektiver Offenheit und partiellen Engagement* (vgl. *Petzold* 1980g; 1993, 651). Ich möchte den Jugendlichen vermitteln, dass ein gesundes spannendes

Gleichgewicht in Beziehungen nicht zu verwechseln ist mit unbedingtem Harmoniestreben. Dazu gehört auch: gemeinsam Spannungen aushalten lernen und Auswege finden.

Bei besonderen Vorkommnissen in der Gruppe nahm ich so schnell wie möglich Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten. Der tägliche und wöchentliche Austausch mit dem gesamten Behandlungsteam war mir sehr wichtig. Nur über das Zusammentragen von Erfahrungen, Beobachtungen und Überlegungen kann ein sinnvolles Behandlungskonzept für jeden einzelnen Patienten entwickelt werden, damit es dem Patienten selber gelingen kann, seine verschiedenen Erfahrungen zu integrieren und sinnvoll für sich zu nutzen. Die Verbindung meiner Funktion als pädagogischer Bezugsperson im tagesklinischen Alltag und meiner Rolle als Bewegungstherapeutin und Leiterin der IBT-Gruppe erforderte ein gutes Maß an Eigenreflexion, Regulation von Nähe und Distanz, Grenzsetzung und Integration, um Klarheit in den Beziehungen zu leben. Ich erlebte meine therapeutisch-pädagogische Doppel-Rolle als gewisses spannendes persönliches Experiment, erlebte sie als Schwierigkeit und Chance zugleich. In meiner Arbeit ließ ich mich supervisorisch begleiten.

Der Verlauf des Gruppenprozesses entspricht dem Modell nicht-linearer Prozesse, eingeteilt in Anfangs-, Mittel- und Endphase. Der spiralförmige Verlauf - auch geprägt durch „Übersprünge“ und „Rückschritte“ - findet sich im Gesamtprozess wie auch im Ablauf einzelner Gruppenstunden.

Zu Beginn besteht die Gruppe aus fünf Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Der große Altersunterschied und die damit einher gehenden sehr verschiedenen Voraussetzungen und Bedürfnisse sorgten für Spannungen, die miteinander ausgehandelt werden mussten und von allen ein hohes Maß an Bereitschaft und Toleranz erforderte.

Obwohl die Jugendlichen und ich als Therapeutin uns aus dem tagesklinischen Alltag schon vertraut waren, waren Spannungen und Widerstände resultierend aus Unsicherheit, Fremdheit und Angst vor Neuem prägend für die **Anfangsphase** dieser Gruppe. In der allerersten Stunde war es daher von besonderer Wichtigkeit, dass die Jugendlichen sich über niedrigschwellige Angebote mit dem schon bekannten Raum auf neue Weise vertraut machen konnten, sich selbst, die anderen und mich im Zusammensein und beim gemeinsamen Bewegen auf neue Weise erleben konnten. Gemeinsame synchronisierte Bewegung trug anfangs zu Entspannung durch Entängstigung bei und erleichterte die Überwindung von Hemmungen. Erwartungen und Wünsche wurden ausgetauscht. Da Regeln und Rituale in neuen unbekanntem Situationen Sicherheit geben und entängstigend wirken, erarbeiteten wir gemeinsam Gruppenregeln:

1. Wir beginnen und beenden die Stunde gemeinsam in der Runde
2. Alle geben Acht, daß niemandem weh getan und nichts zerstört wird
3. Keiner verlässt den Raum, ohne Bescheid zu sagen
4. Jeder hat das Recht, etwas nicht mitzumachen, ein Nichtmitmachplatz auf den Matten in der Ecke wird festgelegt. Pausen sind erlaubt.
5. Jeder hat das Recht, STOPP zu sagen, wenn etwas zuviel wird oder unangenehm ist.

Eine Befürchtung, Dinge tun zu müssen, die man nicht möchte wurde gemindert durch die Betonung der Selbstbestimmung und der „Erlaubnis“ bzw. sogar Wichtigkeit, „Nein“ und „Stop“ sagen zu dürfen. Widerstände gegen bestimmte „Übungen“ oder Anforderungen traten in jeder Phase der Gruppe auf, wurden von mir ernst genommen und akzeptiert durch die wiederholte Betonung der Selbstbestimmung der Teilnehmer. Für einige Teilnehmer war diese „Erlaubnis“ sehr wichtig und wirkte entlastend und entängstigend. Sie fühlten sich ernst genommen und konnten sich nachfolgend wieder besser beteiligen.

Der immer gleichbleibende ritualisierte Stundenablauf gab Struktur und damit Sicherheit. Wir begannen jede Stunde mit bewusstem Gehen durch den Raum, mit leicht variierender Anleitung zu bewusstem Spüren mit der Frage: „Wie geht es euch heute, jetzt und hier?“, gefolgt von einer Anleitung zu Körperwahrnehmung oder aktivierender Bewegungsübung. In der folgenden ritualisierten Eingangsrunde am Boden im Kreis sitzend bekam Jede/r die Möglichkeit, seine Befindlichkeit verbal zu äußern, auszusprechen, was ihn/sie heute bewegt. Den Hauptteil der Stunden bildeten funktionale Bewegungsübungen und erlebniszentrierte Bewegungsangebote. Jede Stunde endete mit einer abschließenden Gesprächsrunde (wieder am Boden im Kreis sitzend), die neben Austausch und Feedback dazu diente, die Vielfältigkeit der möglichen Erlebnisweisen zu erkennen und andere Wahrnehmungsmöglichkeiten ohne Bewertung als „falsch“ oder „richtig“ zu akzeptieren.

Themen und Inhalte der **Anfangsphase** waren: Ankommen in diesem Raum und in dieser Gruppe; sich selbst wahrnehmen in Körper, Bewegung und Gefühl, in Ruhe und Bewegung, im Hier und Jetzt; Vertrauen und Sicherheit gewinnen; den festen tragfähigen Boden spüren, erleben und somit bereiten für Nachfolgendes. Zum Installieren der Stop-Regel dienten Bewegungsspiele wie „Einfrieren der Bewegungen auf Stop“ und „Stop-and-go-Spiele“. Bewegungsimpulse und Ideen aus der Gruppe griff ich, wenn möglich, auf und integrierte sie in den Ablauf. Über strukturierte Bewegungsübungen und Spiele gab ich die Möglichkeit zum Ausdruck und Abfuhr aggressiver Impulse. Die Teilnehmer lernten sich auf neue Weise kennen und näherten sich an, verloren allmählich ihre Scheu, bemühten sich um gegenseitige Akzeptanz und Respekt. Anregungen zum Verbinden von Bewegung und Sprache begleiteten den gesamten Prozess. Nach der dritten Stunde wurde der Gruppenprozess unterbrochen durch eine Veränderung der Gruppenzusammensetzung. Der Teilnehmerwechsel - bedingt durch Entlassungen und Neuaufnahmen- evozierte Themen wie Abschied, Ankunft und Einfügen neuer Teilnehmer. Auf die Verabschiedung der beiden jüngsten Teilnehmer mit ADHS und Verhaltensstörung reagierten die älteren Jugendlichen erleichtert. Die Gruppe verlor an Lebendigkeit, konnte sich jedoch von nun an auch besser auf die Themen und Bedürfnisse der älteren Jugendlichen konzentrieren. Mit den drei neuen Teilnehmer(inne)n gingen wir einen Schritt im Gruppenprozess zurück und erarbeiteten mit ihnen auf neuer Ebene die Gruppenregeln und Strukturen, benutzten diesmal Objekte, wie Kissen, Schaumstoffbausteine und Plüschtiere, um sie zu symbolisieren. Auf Vorschlag eines Mädchens übten wir das Stop-Sagen und gleichzeitig das Regulieren von Nähe und Distanz in einer Partnerübung. Die Gruppe gewann danach mit drei Mädchen und drei Jungen zwischen 14 und 18 Jahren relative Stabilität und Kontinuität, was sich auf Zusammenhalt, Vertrauen und Sicherheit positiv auswirkte.

Über das Finden und Gehen eigener Wege durch den Raum ergaben sich die Themen „Kontakt“ und „Begegnung“, der Übergang in die **Mittelphase** geschah fließend. Auf der Grundlage gewachsenen Gruppengefühls, Sicherheit und Vertrauen in sich selbst und die Anderen wurden Partner und Beziehungsarbeit möglich. Die bewusste Wahrnehmung von Gruppenstimmung und –atmosphäre ergab eine neue Intensität. Neue Themen wie „Mich zeigen, mich verhüllen“, „Mich öffnen und Verschließen“, „Aufeinander zu gehen“, „Regulieren von Nähe und Distanz“, sich „selbst und andere erleben“, „sehen und in der Bewegung gesehen werden“ wurden bewegt. Über das Erproben von Kontakt und Begegnung entwickelten sich verstärkt Interaktionen und Beziehungen zwischen Einzelnen, Unterschiede in der Intensität von Beziehungen wurden deutlich. Immer öfter waren Freude, Spaß und Lust an gemeinsamer Bewegung und Experimentieren spürbar. Aggressive Impulse drängten zum Ausdruck, konnten in strukturierten Bewegungen und Spielen kanalisiert werden. Weitere Themen waren: „Mein Platz in der Gruppe“, „Ich als Teil der Gruppe“, „Konkurrenz zwischen Jungen und Mädchen“, „Anspannung und Entspannung“, „Ausdruck von Gefühlen über Mimik, Gestik und Pantomime“, Selbst- und Fremdwahrnehmung gewannen eine neue Qualität. Einige Teilnehmer brachten verstärkt eigene kreative Ideen ein, die sich zu Rollenspielen entwickelten. Die Verbindung von innerer und äußerer Bewegung wurde für einige Teilnehmer gut spür- und erlebbar. Es zeigte sich eine deutliche Sensibilisierung für die Wahrnehmung nonverbaler Ausdrucks, gewohnte Bewegungsmuster wurden bewusst und Alternativen erprobt. Spannungen in dieser Phase traten auf durch Konflikte, aggressive Impulse und teilweise Verweigerung einzelner Teilnehmer. Solche „Störungen“ im Gruppenprozess bekamen Vorrang, wurden bewegt, ausgedrückt und ausgehandelt. In den gemeinsamen Gesprächsrunden am Ende jeder Stunde zeigte sich gewachsene Akzeptanz, Einfühlung und Toleranz, sowie verbesserte Konfliktfähigkeit. Die Jugendlichen übten sich im Reflektieren des Erlebten, im Verbalisieren der eigenen Wahrnehmung, im Sprechen über sich selbst sowie in gegenseitiger Rückmeldung.

Die **Endphase** der Gruppe deutete sich durch einige bevorstehende Entlassungen an. Wiederum gestaltete sich der Übergang sehr fließend. Verstärkt gruppenbezogene Themen wie „Zusammengehörigkeitsgefühl und Vertrauen“, „Stabilität und Kraft“, „Kontakt, Begegnung und Beziehung in und mit der gesamten der Gruppe“ wurden über Medien wie Stäbe und Seile sowie im direkten – auch z.T. leiblichen - Kontakt bewegt. Ein sehr intensives Gruppenerlebnis war das Gestalten eines Bewegungsmandalas (vgl. *Annette Höhmann-Kost* 1991, 116), das in das Malen eines Gruppenmandalas mündete. Bestehende Beziehungen in der Gruppe konnten im Bild für alle

sichtbar werden. Der bevorstehende Abschied war dabei atmosphärisch schon spürbar. Wir bereiteten ihn vor über erlebnisbezogene Angebote zu den Themen „meine eigene Kraft und Stabilität“; „Hereinkommen und Hinausgehen“; „Leicht und Schwer“; „Loslösung“ im Bewegen mit und ohne Partner. Der Focus wurde nunmehr verstärkt auf das „Sich-selbst-erleben als eigenständige Person“ gelegt. Ein persönlicher Rückblick durch schrittweise leibhaftiges Rückwärtsgehen und wiederholtes Innehalten bewirkte ein inneres „Zurückgehen“ im Sinne gedanklichen und emotionalen Erinnerns, das im Berichten des Erlebten in der Gruppe mündete und darüber das Integrieren der persönlichen Erfahrungen ermöglichte. Der Abschied wurde in der letzten Stunde gestaltet über Atem-, Bewegungs- und Wahrnehmungsarbeit zum Thema „Geben und Nehmen“ allein und mit Partner. Das Auswählen und Überreichen eines Objektes mit Symbolcharakter als persönliches bedeutungsvolles Abschiedsgeschenk für einen selbstgewählten Partner bildete das Abschiedsritual. Mit einer sehr intensiven und persönlichen Abschiedsrunde mit ausführlicher Reflexion und Rückmeldung beendeten wir die Gruppe für alle Teilnehmer nach 13 Stunden.

## 6.2 Matthias – ein Therapieprozess

**Matthias** (16 Jahre) wurde mit der *Diagnose Paranoid-halluzinatorische Psychose und Gemischter Zwangsstörung* (Zwangshandlungen, Zwangsgedanken) zur tagesklinischen Behandlung aufgenommen. Er befand sich zudem wegen Asthma bronchiale und Neurodermitis in Behandlung. M. lebt mit seiner Mutter, die selbst unter Depressionen leidet und sich mit der Erziehung der Kinder überfordert fühlt und seinem 7jährigen Bruder zusammen. Sein Vater verließ die Familie als Martin  $\frac{1}{4}$  Jahr alt war, während der zweiten Ehe seiner Mutter mit dem Vater seines Bruders erlebte er Gewalt zwischen den Eltern, die Eltern sind getrennt. Im ersten Lebensjahr wurde M. von den Großeltern betreut, da die Mutter sehr früh wieder arbeiten ging. Er besuchte die Kinderkrippe und den Kindergarten und wurde termingerecht eingeschult. Als Kind war M. wiederholt wegen Lungenentzündungen, Bronchitis und mit 8 Jahren wegen einer Nierenentzündung in stationärer Behandlung und zur Kur. Ab der zweiten Klasse zeigte er zunehmend Verhaltensprobleme mit Schwierigkeiten, sich in die Klasse einzuordnen, Einzelgängertum, Entwicklung von skurrilen und teilweise kleinkindhaftem oder ängstlichem Verhalten mit fremdaggressivem Verhalten. M. befand sich schon mit 10 und 14 Jahren jeweils ein halbes Jahr in psychiatrischer Behandlung wegen beginnender narzißtischer Persönlichkeitsentwicklung mit ausgeprägten anankastischen Zügen, Ängsten und Zwängen. Bis zur aktuellen Aufnahme erfolgte ambulante Therapie in größeren Abständen.

Zunehmende Zwänge (Waschzwang, Zwang, alles langsam tun zu müssen), Ängste, Rückzug, Antriebslosigkeit und daraus resultierende massive Konflikte mit seiner Mutter, aggressive Impulsdurchbrüche gegenüber Mutter und Bruder sowie die zunehmende Unfähigkeit den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden und die Schule zu besuchen führten zur Aufnahme in die Tagesklinik. Als Therapieziele gab Matthias an, dass seine Ängste und Zwänge sich bessern sollten, dass er mit Gleichaltrigen besser klar kommen wolle und mit Leistungsdruck besser umgehen könne. Die Mutter wünschte sich, dass sie besser miteinander reden könnten, dass M. mehr Eigenverantwortung übernehme und sich mehr an Familienaktivitäten beteilige. Es fiel auf, dass M.'s Mutter ihn kaum zu Wort kommen ließ, ständig für ihn antwortete und ohne ihn zu fragen über sehr persönliche Dinge sprach.

In der Eingewöhnungsphase wirkte M. ohne größere Anforderungen zunächst sehr entlastet. Neben der Weiterführung der medikamentösen Behandlung wurde er schrittweise in das multimodale Behandlungsprogramm mit Ergotherapie, Bewegungstherapie, *PMR* nach *Jacobsen*, dynamischer Einzel- und Gruppentherapie und Familientherapie eingegliedert. Stundenweise besuchte er die Klinikschule. Auf Belastungssteigerung reagierte M. durch verstärkten Rückzug und Waschzwang und verhinderte so z.T. die Teilnahme anstatt den Konflikt zu verbalisieren.

Anforderungen von außen empfand M. schnell als Überforderung. Während einer stationären Behandlung ein Jahr zuvor geriet er durch Forderungen des Personals so stark unter Druck, daß er um sich schlug und dabei einige Personen verletzte.

M. besitzt ein Hobby: er spielt leidenschaftlich magische Karten- und Strategiespiele, für die er in feinsten Akribie die Figuren selbst bemalt. Die Ausdauer beim Studieren der Spielanleitung, beim

Berechnen der Spielzüge und der Perfektionismus beim Bemalen versetzt andere in Erstaunen und Bewunderung. Für M. dient die **Ausübung dieses Hobbys** zur Reorganisation und Selbststabilisierung nach Anforderungen und als wichtiger und nützlicher Ausgleich und Schutz vor Überforderung oder gar Dekompensation. Er reguliert auf diese Weise die Anstrengung und Anspannung, die Kontakt und Zusammensein mit anderen für ihn bedeuten. **Entgegengebrachtes Interesse und einfühlsame Akzeptanz** seiner Person statt Ausübung von Druck ermöglichten den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, auf deren Basis gemeinsam mit M. neue Entwicklungsziele wie auch die Entwicklung einer gewissen Fähigkeit zu Spontaneität und Flexibilität erarbeitet und Fortschritte erzielt werden konnten. Im **geschützten Umfeld** der Tagesklinik konnten die Anforderungen im Alltag sowie im therapeutischen Setting entsprechend M.'s Fähigkeiten gestellt und seinen Fortschritten angepasst werden im Sinne eines fortschreitenden Aus- Handelns von Grenzen ohne Über- oder Unterforderung. So musste er sich z.B. erst allmählich mit dem Gedanken vertraut machen, den Weg zur Tagesklinik allein zu bewältigen, bis er die Bereitschaft dazu entwickelte, seine Bequemlichkeit und seine Versorgungshaltung teilweise ablegte und zunehmend Eigenverantwortung übernahm. In der Gruppe Jugendlicher entwickelte er Vertrauen und hielt Konfrontationen durch Gruppenmitglieder zunehmend besser aus. M. lernte, mit Kritik umzugehen, sowie seine Meinung zu vertreten und sich auseinander zu setzen, Teilnahme an der Gemeinschaft und für ihn nach wie vor wichtigen Rückzug zu regulieren.

Matthias nahm mit den anderen Jugendlichen an der *Integrativen Bewegungstherapiegruppe* teil. Anhand von M.'s persönlichem Prozess in der IBT- Gruppe möchte ich beispielhaft die für ihn spannungsregulierenden Wirkungen schildern.

Schon vor der ersten Stunde sprach M. mich an. Er fragte, ob er zur Bewegungstherapie Sportsachen anziehen müsse. Er besitze nur zwei Anzüge und diese benötige er für die zwei Sportstunden in der Woche. Hier lag für ihn ein ernsthaftes Problem, mit seinen Ängsten und Zwängen zurecht zu kommen, die ihn innerlich unter Druck brachten. Ich wusste von M., daß er für jede Sportstunde einen frischen Anzug brauchte, nach jeder Sportstunde ausgiebig duschte und frische Sachen anzog. Dazu benötigte er bis zu einer Stunde. M. beschäftigte sich sehr ausführlich gedanklich mit jeder bevorstehenden Veränderung und wog eventuell eintretende Schwierigkeiten ab. Es bereitete ihm Schwierigkeiten, auf andere zu zu gehen und seine Fragen zu klären. Als ich ihm sagte, er brauche nicht unbedingt Sportsachen, er könne gut in seiner normalen bequemen Alltagskleidung teilnehmen und daß wir wahrscheinlich auch nicht so sehr schwitzen würden war M. erleichtert. Er bestand nicht darauf, Sportkleidung anzuziehen, was ich befürchtet hatte und ich freute mich für ihn über die Fähigkeit, hier von seinen sehr festgelegten Prinzipien abweichen zu können. Jedes Ablassen von seinen zwanghaft gewohnten Abläufen diente M. zum Flexibilitätstraining.

In der ersten Stunde zog er bereitwillig die Schuhe aus und beteiligte sich an allen angeleiteten Vorschlägen zur Raumerkundung. Er durchmaß den Raum in Länge, Breite und Höhe, zählte Schritte und „Kaffeebohnen“ (Fußlängen) und stellte fest, daß er der Größte in der Gruppe war, wenn er sich Richtung Decke streckte. Er begann eine Diskussion mit einem gleichaltrigen Jungen, warum er weniger Schritte und weniger Fußlängen als dieser gezählt hatte. An dieser Stelle wurde sein Bedürfnis, alles genau zu berechnen deutlich und seine Lust, ausführlich darüber zu diskutieren. Nach Aufforderung probierte M. auch andere Wege und durchquerte die Raummitte, wobei er sehr darauf achtete, die Anderen nicht anzustoßen. Besondere Konzentration und Ausdauer entwickelte M. bei der Entdeckung der Raumbegrenzen: er schloss die Augen, tastete sich langsam und konzentriert mit den Händen an der Wand entlang vorwärts, ertastete Fenster, Türen, Sprossenwand und Kissen, hielt bei Hindernissen und Personen, die ihm auf seinem Weg begegneten, an und suchte mit geschlossenen Augen nach einem Weg, daran vorbei zu kommen. Er ging sehr konzentriert und behutsam vor und ich war erstaunt über seine Experimentierfreudigkeit. Ich sagte der Gruppe, jeder möge die Entdeckungsreise selbst beenden, wenn es genug ist und sich an einem Platz im Raum nieder lassen, wo er/sie die anderen nicht behindert. Als alle anderen schon am Boden saßen befand sich M. immer noch auf Entdeckungsreise und bemerkte erst als ich ihn aufforderte zu beenden, daß alle anderen ihn mit Interesse beobachtet und bewundert hatten. Ein bisschen verschämt aber mit wachen Augen und

einem verschmitzten Lächeln kam er in die Gruppe zurück. Am Ende der Stunde sagte er, dieses Vorwärtstasten mit geschlossenen Augen hätte ihm besonders viel Spaß gemacht und er wünschte sich, daß wir es wiederholen. Ich glaubte, daß ihm zusätzlich gefallen hat, die Aufmerksamkeit aller anderen bekommen zu haben.

In der nachfolgenden Bewegungssequenz richtete ich den Focus der Wahrnehmung auf die Füße und das Gehen. M. zeigte wieder gute Konzentration und Experimentierfreudigkeit.

Nach dem Gehen auf Zehenspitzen, Fersen, Innen- und Außenkanten der Füße äußerte er, das Gehen auf den Fersen täte ihm weh.

Zunächst bewegte sich M. mit allen anderen recht langsam und behäbig durch den Raum. Der Aufforderung zu schnellerem Tempo kam er nur wenig nach. Die Richtung änderte er nicht. Im folgenden spielerischen Wechsel von Bewegung und Erstarrung durch das Stop-Sagen eines Teilnehmers hielt er bei „Stop“ plötzlich in der Bewegung inne, schaute sich auch um und betrachtete die komischen „eingefrorenen Statuen“ um sich herum. Durch dieses Spiel entstand nach der anfänglichen Schwere eine allgemein lustige und lockere Atmosphäre, die auch M. zum Lachen mit den anderen anregte. Es gelang ihm und offenbar tat es ihm gut, eingefahrene Bewegungs- und Verhaltensmuster nach Anleitung einmal zu verlassen und etwas Neues auszuprobieren.

In dieser Stunde beteiligte sich M. an fast allen Angeboten. Gegen Ende der Stunde nutzte er allerdings den Nichtmitmach-Platz. M. wirkte erschöpft, an seinem Gesicht konnte ich trotzdem erkennen, daß er innerlich beteiligt das Geschehen beobachtete. Zur gemeinsamen End-Runde kam M. wieder in die Gruppe und sagte, was ihm Spaß gemacht hatte.

Oft sah ich auch in den folgenden Stunden ein verändertes Minenspiel, sein Gesicht öffnete sich immer öfter bei Bewegung und im gemeinsamen Austausch zu einem Lächeln.

M. nahm jede Gelegenheit und Aufforderung zu sprechen an. Im Alltag fiel es ihm sehr schwer, in Kontakt mit anderen Jugendlichen zu gehen, oft wusste er nicht, worüber er mit ihnen sprechen sollte. In den IBT-Stunden konnte M. sich teilweise sehr differenziert ausdrücken. Für mich war dies ein Zeichen, daß er die Fähigkeit zu differenzierter Wahrnehmung und Ausdruck besaß, sie aber kaum nutzte. Ich bestätigte und ermunterte ihn darin bei jeder Gelegenheit.

In der zweiten Stunde zeigte sich M. teilw. mitarbeitbereit. Seine schwerfällige Gangart veränderte M. nicht wesentlich bei der Aufforderung, diese der momentanen Stimmung anzupassen. Beim kreisenden Bewegen einzelner Gelenke beteiligte er sich nur ansatzweise, er wirkte wenig belastbar und bequem, gestattete sich viele Pausen, beobachtete zwischendurch lieber die anderen.

Das Abrollen der Wirbelsäule probierte er aus, wirkte dabei steif und sagte, die Aufrichtung falle ihm schwer. Als andere Jugendliche ihre eigenen Rückenprobleme ansprachen sagte er: Ich gehe immer so gebeugt.

M. bekam von einer Jugendlichen einen Tip zum Geradegehen: Er solle sich vorstellen, am oberen Kopfende sei ein Silberfaden befestigt, an dem er sich nach oben ziehen und aufrichten könne. Er hörte ihr erstaunt und gespannt zu, man sah ihm die freudige Überraschung an, von dem gleichaltrigen Mädchen so ernst genommen zu sein. Das kannte er nicht (in der Schule wurde er ausgegrenzt und geärgert). Dann sagte er: Ich gehe aber schon immer so. Das Mädchen ließ nicht locker und ich schlug der Gruppe vor, ihre Idee gleich einmal auszuprobieren. Wir suchten den höchsten Punkt am Kopf, fassten einige Haare und zogen uns am imaginären Silberfaden nach oben bis zur vollkommenen Aufrichtung. Einige stellten fest, ein paar Zentimeter „gewachsen“ zu sein. Auch M. hatte jetzt den Kopf erhoben und schaute offen und direkt.

In dieser Arbeit hatte M eine sehr wichtige Erfahrung gemacht: ich werde ernst genommen und akzeptiert, wie ich bin - das schafft Vertrauen. Und: nicht alles, was ich „schon immer so mache“ muss auch so bleiben! „ICH - Matthias kann etwas verändern an meiner Körper-Haltung und die anderen würden es gut finden“. Ich vermutete dass sich für M. in dieser Arbeit eine gewisse beginnende innere Veränderung andeutete, ein Impuls zur Aufrichtung, nicht mehr gebeugt gehen zu wollen, sich nicht mehr zu ducken und zu verstecken sondern der Wunsch nach aufrichtigem Kontakt, Mut zu aufrechten Begegnungen.

An der nachfolgenden Bewegungssequenz „Marionette“, beteiligte sich M. nur partiell. Nachdem er so direkt mit mir und der Mitpatientin in Kontakt war, brauchte er etwas Distanz und beobachtete die anderen in ihren Bewegungen, wie sie sich langsam wie eine Marionette zu Boden begaben, einzelne Körperteile anhoben, wieder ablegten und sich schließlich wieder langsam aufrichteten. Nachdem er diese Sequenz beobachtend verfolgt hatte ließ sich M. von mir partiell wieder in das

sich nun entwickelnde Spiel einbeziehen: ausgehend von der Idee eines 12jährigen Jungen, der sich in seine Decke einwickelte, als „Paket verschnürt und abgeschickt“ werden wollte, half M. mir beim angedeuteten „Verschnüren und Abschicken“ der Pakete. Er ließ sich auf diese Spielidee ein, spielte mit und hatte partiell Freude daran.

Wenn M. auch zwischendurch den Abstand brauchte und sich etwas von der Gruppe distanzierte, so nahm er doch an der gemeinsamen Austauschrunde am Ende wieder teil. Hier sagte er, daß ihn das Spiel mit jüngeren Kindern an seinem Bruder erinnerte, manchmal würde er gern mitspielen und fände das Phantasievolle schön, oft hätte er aber auch keine Lust dazu und wolle seine Ruhe haben. Als ich M. auf sein Bedürfnis nach einer Pause in dieser Stunde ansprach, sagte er, das Hinlegen und Aufstehen sei ihm zu anstrengend gewesen. Hier zeigte sich seine geringe Belastbarkeit. Als ich an dieser Stelle die Möglichkeit und Wichtigkeit für alle betonte, sich zurücknehmen zu dürfen, wenn etwas zu viel oder unangenehm sei und dabei achtsam mit sich selbst umzugehen, wirkte dies entlastend auf M.

Die 3. Stunde begannen wir im Kreis stehend mit schwingenden Bewegungen der Arme. M. beteiligte sich gleich wie „angesteckt“ daran und ahmte meine Bewegungen nach. Auf meine Aufforderung, mit den schwingenden Bewegungen zu spielen und auszuprobieren, auf welche Art sie auch andere Körperteile mitschwingen lassen könnten erweiterte er seine Bewegungen sichtbar. M. verblüffte mich mit sehr ausladenden Schwingbewegungen der Arme, Wippen in den Knien, sogar Schwingen und Wippen in den Hüften! Er bemerkte, daß er mehr Platz brauchte und rückte etwas von den anderen ab, um sich noch freier bewegen zu können. Auch die anderen TN reagierten mit freudigem Lachen, als sie M.'s ausladenden fast tänzerischen, wenn auch unbeholfen und plump wirkenden Bewegungen sahen, was wiederum M. ansteckt und sein oft ernstes Gesicht mit einem Lachen aufhellte. Ich war erstaunt, daß er sich traute, für seine Verhältnisse so aus sich heraus zu gehen. Im Alltag waren wir von ihm eher einen schleppenden schwerfälligen Gang und „keine Bewegung zuviel“ gewohnt. In M.'s Gesicht las ich auch Freude daran, uns zu verblüffen, was er mir bestätigte. Danach war M. schnell erschöpft, zog sich zurück, brauchte eine Pause.

Am Abklopfen des eigenen Körpers mit den Händen beteiligte sich M. nur partiell, er beobachtete mehr die anderen. M. hatte sehr zugenommen, er hatte Probleme, seinen Körper so zu akzeptieren, es war ihm peinlich, sich selbst zu berühren.

Am Aufspüren verschiedener Atembewegungen des Körpers arbeitete M. wieder sehr konzentriert mit, dabei schloss er sogar die Augen und legte seine Hand auf verschiedene Körperstellen. Auf die Vergrößerung der Bewegungen durch Bewegung der Hände und Arme konnte er sich gut einlassen. Beim Bewegung durch den Raum mit durch Arme und Hände angedeutetem Außenraum geschah zwischen M. und einem anderen Jungen zufällige Begegnung „an der Grenze“, als sich ihre Hände berührten und es entwickelten sich zwischen ihnen spontane Spiele, die eine gewisse Lust an spielerischem Kämpfen erkennen ließen: sich oder den anderen wegdrücken, fangen der Hände und „abklatschen“. Deshalb beschloss ich, die Themen Begegnung, Kontakt und Auseinandersetzung an der Grenze in den nächsten Stunden wieder aufzugreifen.

M. fand in der Austauschrunde am Ende selbst keine Worte, um die Kontaktversuche mit D. zu beschreiben, sagte aber, daß er Spaß daran hatte.

Eine intensive Einzelarbeit mit Matthias in der Gruppe ergab sich zum Thema „Körperliche Anspannung“. M. versuchte im Gehen zu erspüren, wo er sich in seinem Körper fest oder angespannt fühlte und benannte den Rücken. Als er an einem Ort im Raum stehen blieb, verschränkte er zusätzlich seine Arme.

Ich sagte: „Spüre, wo und wie du dich fest machst oder fest hältst... Verstärke das Festhalten... Versuche dann, die Anspannung langsam zu lösen.“ Als M. nichts veränderte, sich unvermindert festhielt, fragte ich: „Wie kann das gehen, daß du langsam die Anspannung löst?“ M. zuckte mit den Schultern. Ich forderte ihn auf, diese Bewegung zu wiederholen. Er hob die Schultern und ließ sie wieder fallen. Ich griff diese Bewegung auf und wir arbeiteten daran: „Wiederhole diese Bewegung!...Fällt dir ein Satz oder ein Wort dazu ein?“ M. sprach dazu: „Ich weiß nicht“. M. schaute konzentriert und interessiert, er und die anderen ließen sich darauf ein, gemeinsam an dieser Bewegung des Schulterzuckens weiter zu arbeiten. Jeder experimentierte nun in seiner Weise damit, wiederholte die Bewegung wieder und wieder. M. fand weitere Worte dazu: „Ich weiß nicht...mal sehen... vielleicht“, und ließ sich ermuntern, diese Sätze auch immer zu wiederholen. In

der Gruppe entstand durch das gemeinsame Wiederholen der immer lockerer werdenden Bewegungen und der Sätze eine gelöste Atmosphäre der Gelassenheit.

Ich ermunterte M. wahrzunehmen, wie und wo sich die Bewegung fortsetzt. Er stellte fest, daß seine Arme sich bewegten, sein Nacken, sein Kopf, seine Rippenbögen und sein Bauch. Auf meine Aufforderung ließ er die Bewegungen der Arme größer werden. Beim Anheben der Schultern löste er die Arme vom Körper und ließ sie locker zurück fallen. Nach und nach bezog M. auf meine Anregungen hin auch Nacken, Rücken und die Atmung in die Lockerung ein. Wir sahen auch eine Lockerung seiner Gesichtszüge. M. lächelte. Auf meine Frage, wo sich die Bewegung noch fortsetze, sagt er: „In den Gedanken - und in der Stimmung.“ Ich war verblüfft über diese reflektierte Aussage. Mir fiel ein, daß M. sich in dieser Woche vorgenommen hatte, sich nicht so viel Stress zu machen und ich fragte M. in der anschließenden Austauschrunde, ob diese eben gemachte Erfahrung etwas mit seinem Ziel zu tun hätte. Zuerst schaute er mich fragend an, dann sagt er: Ja, er habe bemerkt, daß die lockeren Bewegungen auch seine Gedanken und seine Stimmung gelockert hätten. Am Ende der Stunde schlug ich ihm vor, sich als „liebvolle Gut-tu-Hausaufgabe“ ab und zu an die Bewegungen, Sätze und Gedanken zu erinnern und sie auszuführen. M. schaute mich belustigt an und war einverstanden. In dieser Stunde konnte M. sich gut auf eigenleibliches Spüren einlassen. Er konnte wahrnehmen, daß lockere körperliche Bewegung sich in mehreren angrenzenden Muskelpartien und Körperteilen fortsetzt und auch eine Lockerung der Gesichtszüge, ein Lächeln und sogar eine Stimmung der Gelassenheit hervorrufen können. Er verstand die Verbindung von Bewegung und Gefühl. Da M. das Schulterzucken und „Ich weiß nicht“-Sagen oft auch im Alltag zeigte, erinnerte er sich dabei selbst immer wieder an diese Erfahrung (bzw. ließ sich anfangs noch von den anderen erinnern), und lernte diese Bewegung zum Aufrufen des einmal bewusst erlebten geistig- seelischen Zustandes der Freundlichkeit und Gelassenheit zu nutzen. Wir nennen diese hier im persönlichen Prozess von M. sich organisch entwickelte Arbeit in der Integrativen Therapie „*emoting*“ (Petzold 1992b) – das Aufrufen einer positiven Stimmung durch einen Gedanken oder eine Bewegung und nutzen diese Wirkung zum „*Affekttraining*“. Gleichzeitig wirkte die hier von M. ausgehende gemeinsame Arbeit durch die gleichzeitig miterlebten und mitvollzogenen Bewegungen über Nachahmung und Synchronisierung der Bewegungen, durch Interaktion und Kommunikation als „*co-emoting*“ (Petzold 1995g) in ganz individueller Weise auf die anderen Gruppenteilnehmer, die bewegt und mit-bewegt waren, ergriffen von der sich lockernden Gruppenatmosphäre. Das verbindende gemeinsame Erleben dieses Bewegungsexperimentes wirkte sich stabilisierend auf die Gruppe aus.

Des weiteren konnte M. in dieser Arbeit sein oft als Defizit erlebtes Gefühl etwas nicht zu wissen in ein positives Gefühl von weniger Stress sondern Spannungslösung, Erleichterung und Gelassenheit umbewerten. Auf diese Weise erwarb sich M. durch erlebte Bewegung und erlebtes Gefühl neue Informationen, die für ihn Veränderung und Umlernen möglich machen.

In einer folgenden Stunde ließ sich M. auf das Experimentieren mit Bewegungen und Gesten zum Stop-Sagen ein. Ganz spontan setzte er ein Bein nach vorn, streckte eine Hand aus und sagte: „Stop“. Zuerst wirkten seine Bewegungen etwas unentschlossen, unbeholfen und zaghaft, seine Stimme klang kindlich hoch und wirkte ebenfalls nur halb engagiert. Dieser Eindruck wurde ihm von den anderen gespiegelt. Daraufhin experimentierte M. mit Bewegung und Stimme, versuchte eindeutiger zu wirken, veränderte jedoch nur wenig.

Mit der nachfolgenden Partnerübung zum Stop-Sagen und zur Nähe-Distanz-Regulation zeigte sich M. sofort einverstanden. M. zögerte bei der Wahl eines Partners zu lange und musste feststellen, dass er zu langsam war. Er versuchte dem „übriggebliebenem“ Mädchen über seine Körperhaltung und seinen offenen Blick seine Kontaktbereitschaft zu signalisieren, war jedoch hilflos, als ihm der Blickkontakt verweigert wurde. Erst mit meiner Unterstützung gelang es, zwischen beiden ein Einverständnis über die Bereitschaft einer Zusammenarbeit herzustellen.

In M.'s langsamen Zugehen auf C. zeigten sich Vorsicht und Behutsamkeit, das von C. sehr leise gesprochene Stop respektierte er sofort und blieb stehen. Während der gesamten Bewegung hielt er seinen Blick offen und konzentriert auf C. gerichtet, auch wenn sein Blick nur sehr kurz und flüchtig erwidert wurde. M. wünschte sich den Rollenwechsel, auch in der anderen Position wirkte er sehr konzentriert und zugewandt. Sein „Stop“ sprach er auch hier relativ leise aber deutlich, wurde dabei von C. akzeptiert. In der gemeinsamen Austauschrunde äußerte er sich verwundert über die große Distanz, die er auch zwischen den anderen Jugendlichen beobachtet hatte. Für ihn

sei sie stimmig, während er die anderen im Alltag untereinander sehr viel weniger distanziert wahrnehme. Seine sehr differenzierte Beobachtung wurde von den anderen bestätigt. Ein eigenes Gefühl als Resonanz auf die ablehnende Haltung von C. oder während der Übung konnte M. nicht benennen.

Während der folgenden Stunden wechselten Phasen sehr konzentrierter Teilnahme, wacher und engagierter Mitarbeit mit rascher Erschöpfung, dann nahm M. sich für einige Minuten zurück, kam aber nach einer Pause wieder in die Gruppe und ließ sich wieder einbinden. M. lernte immer besser, sein Bedürfnis nach Distanz zu benennen und er übte sich im notwendigen und maßvollen Wechsel zwischen aktiver und konzentrierter Teilnahme und Rückzug, wobei er zunehmend Eigeninitiative entwickelte, um den Kontakt wieder herzustellen. Da M. durch gestellte Anforderungen häufig massiv unter Druck geriet, war diese Fähigkeit zur Selbstregulation für M. von besonderer Wichtigkeit, um auch im familiären und schulischen Bereich mit seiner Krankheit leben zu lernen.

Eigene Gefühle konnte M. sehr selten benennen, häufig zeigte er auf die Frage nach einem eigenen Gefühl die für ihn typische Bewegung des Schulterzucken und „Ich weiß nicht“- Sagens. Mit dieser Bewegung zeigte er sich auch in der Gruppe bei der Aufgabenstellung, sich mit einer typischen Bewegung und seinem Namen vorzustellen. M. hatte keine andere Idee und sagte, so sei er oft: Er wisse oft etwas nicht, oder es sei ihm egal. So akzeptiert und angenommen zu werden, wie er nun einmal jetzt und hier da ist, war für ihn eine wichtige Erfahrung. Seine hohe Abwehr, den eigenen Körper und seine Empfindungen wirklich zu spüren, gelang es nur behutsam über diese Interventionen der Akzeptanz seiner begrenzten Möglichkeiten und über wiederholte Bestätigung seiner Person und kleiner Fortschritte zu mindern.

Im freien Bewegen kam M. schnell an seine Grenzen. Er wünschte sich strukturiert vorgegebene Bewegungen, hierbei sei es für ihn wesentlich leichter, sich zu beteiligen. Seine Äußerung deutete einerseits seine Bequemlichkeitshaltung an, machte aber auch seine begrenzte Fähigkeit zu Flexibilität und Offenheit deutlich, die er in sehr kleinen Schritten bereit war zu erweitern.

An angeleiteten Bewegungs- und Körperwahrnehmungserfahrungen mit Übungscharakter wie z.B. dem kreisenden Durchbewegen einzelner Gelenke und Körperteile, wobei er die einzelnen Gelenke und Körperteile differenziert benennen konnte; oder bei der Anleitung zu schwingender und fließender Bewegung mit auf die Hand aufgelegtem Reissäckchen, und der Entdeckung und Erweiterung unterschiedlicher Bewegungsmöglichkeiten beteiligte sich M. meist bereitwillig und konzentriert.

Über die Hand- und Fußmassage mit dem Igelball, wobei er sich sehr ausführlich mit beiden Füßen beschäftigte oder über das Auflegen von Reissäckchen auf Hände, Füße Schultern, Rücken oder Kopf fand M. Zugang zu seinem Körpergefühl und bemerkte Veränderungen in der Wahrnehmung einzelner Körperbereiche. Der Austausch darüber mit einem Partner fiel M. schwer. Um seine Körperempfindungen zu verbalisieren benötigte er die gezielte Nachfrage. Er beschrieb die Kühle des Reissäckchens auf dem Handrücken, die empfundene Last des Reissäckchens als Druck auf der Schulter, die Leichtigkeit nach dem Ablegen und die Aufrichtung des Körpers beim Tragen auf dem Kopf. Mit der Bewegung mit Sandsäckchen assoziierte M. Gefühle wie Trägheit, Müdigkeit, Druck und Schwere. Dem nachfolgenden Bewegen mit Luftballons ordnete M. Gefühle wie Freude und Leichtigkeit zu.

Über beide Objekte entwickelte sich zwischen den Jugendlichen spielerische Ausgelassenheit. Lustvoll und experimentierfreudig beteiligte sich M. an der Arbeit mit pantomimischer Darstellung verschiedener erdachter Personen und Gangarten, wobei alle Jugendlichen ihre Ideen einbrachten: Sie bewegten sich gemeinsam eckig und ruckartig wie Roboter, geschmeidig wie „Schlangenmenschen“, stampften auf wie trotzig Kinder, gingen vorwärts und rückwärts und probierten Gangarten wie z.B. Schleichen, Eilen, Trampeln, Zehen- und Fersengang aus. M. gefiel es besonders, sich wie ein alter Mann, gebeugt und gestützt auf einen imaginären Stock zu bewegen. Er drückte hier über die Bewegung seine Haltungsschwäche, seine häufigen Rückenschmerzen aus und seine Mühe, sich in aufrechtem Gang zu bewegen und zu zeigen. Die Füße fest in den Boden zu drücken erinnere ihn an Treppen steigen und das strengte ihn sehr an. Er habe außerdem festgestellt, dass er nicht auf den Zehen gehen könne. M. kam schnell an seine Belastungsgrenze und fühlte sich schnell erschöpft. Durch die von den anderen Jugendlichen eingebrachten Vorschläge gelang es M., Alternativen in Bewegung und Körperhaltung

auszuprobieren: sich einmal stolz und aufrecht wie ein König zu bewegen oder leichtfüßig zu hüpfen wie ein fröhliches Kind. Es gelang ihm für kurze Momente, eingeschliffene Bewegungsmuster zu verlassen, er erlebte in der Verkörperung unterschiedlicher Rollen eine Erweiterung seiner Bewegungs- und Gefühlsepertoirs. M entdeckte Anteile seiner persönlichen Identität: das bekannte Gefühl von Mühe und Anstrengung, aber auch die Lust am trotzigem Aufstampfen oder die Wiederentdeckung des lustigen Hüpfens. Die lustvolle Beteiligung in lockerer Gruppenatmosphäre bewirkte eine körperliche als auch geistige Lockerung und Entspannung, die M. als angenehm und lösend bezeichnete.

Bei der Aufzählung und Sammlung von Gefühlen in Partnerarbeit zählte M. in verblüffend rascher Folge eine Menge von bekannten Gefühlen auf. In seiner Kleingruppe diskutierte er über die Einordnung der genannten Gefühle in angenehme und unangenehme Gefühle. Er beteiligte sich engagiert, es fiel ihm offenbar wesentlich leichter, kognitiv und theoretisch über Gefühle zu diskutieren, als selbst eigene Gefühle wahrzunehmen und zuzulassen.

Für die Darstellung eines bekannten Gefühls wählte M. „müde“. Dazu stellte er sich aufrecht hin, legt beide Handflächen aufeinander und legte seinen Kopf seitlich darauf, schloss die Augen. Als gegenteiliges Gefühl wählte er „fröhlich“ und imitierte einen anderen Jungen, der leichtfüßig durch den Raum hüpfte. Er ließ sich auf einen spielerischen Wechsel zwischen den polarisierten Gefühlen und entsprechenden Bewegungen ein und übte bewusste langsame Übergänge. So erlebte er die Fähigkeit eigener aktiver Veränderbarkeit einer momentanen Stimmung.

Von sich aus zeigte M. beim Gehen durch den Raum am Anfang der Stunden häufig ein gleichbleibendes Bewegungsmuster: mit großen Schritten bewegte er sich meist langsam und etwas schwerfällig, leicht schaukelnd von rechts nach links bei der Verlagerung seines Gewichtes und mit leicht vorgebeugtem Oberkörper, den Blick meist zu Boden gerichtet, die Aufmerksamkeit aber trotzdem auch auf die anderen Jugendlichen und das Geschehen um sich herum gerichtet. Meist bewegte sich M. von sich aus am Rande des Raumes entlang, erst nach Aufforderung wechselte er die Richtung oder bewegte sich durch die Mitte des Raumes und wagte andere Wege wie Schleifen oder Kurven. Auf Fragen nach dem zur Bewegung passenden Gefühl zuckte M. wieder nur mit den Schultern und fand keine Worte. Über die Vorgabe, schneller und schneller immer auch die Mitte des Raumes zu durchqueren ließ sich M. aktivieren, bemerkte danach seinen beschleunigten Atem.

Über zufällige Begegnungen und Kontakte freute er sich und wirkte dann sofort sehr wach und aufmerksam. Angeleitete Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme nach vorgegebenen Regeln oder über ein Medium nutzte M. jederzeit sehr gern. Im Spiel mit Bällen, Tüchern, Luftballons und Reissäckchen taute er regelrecht auf, zeigte Ideen, Spaß und Freude am spielerischen Kontakt. Über genannte Medien konnte sich M. besser auf indirekte Körperberührung und zunehmend auf Partner- und Gruppenarbeit einlassen. So ließ er sich in spontan entstehende Rollenspiele einbeziehen, erlebte sich sowohl in der „Anführerrolle“ als auch als gleichberechtigtes Gruppenmitglied oder in der Beobachterposition. Mitunter verblüffte er durch plötzliche kreative Lösungsvorschläge und treffende Bezeichnungen für Vorgänge und Atmosphären.

Konzentriert beteiligte er sich am nonverbalen Kontaktexperiment im Kreis. Aufrecht stehend schaffte er es, ohne Absprache nacheinander zu allen Jungen und Mädchen und zu mir Blickkontakt aufzunehmen, nach entstandenem Blickkontakt aufeinander zu, umeinander herum und rückwärts auf den Platz des Partners zurück zu gehen und dabei den Blickkontakt zu halten. Dabei regulierte er angemessen Eigen- und Fremdinitiative und stellte sich auf den jeweiligen Partner ein. Er äußerte in der gemeinsamen Austauschrunde das Gefühl angenehmer innerer Aufregung während des Aufeinanderzugehens, er habe bemerkt, dass er den Blickkontakt kurz unterbrechen musste, um den Weg rückwärts zu finden. Hier zeigte M., dass er Vorgaben als unveränderbar betrachtete und sehr auf korrekte Durchführung achtete, was ihn häufig unter Druck brachte. Meine Zustimmung zu seiner eigenen Entscheidung, den Blickkontakt kurz unterbrechen zu dürfen beruhigte ihn. Nach der Wiederholung der Kontaktübung mit Handreichung in der Mitte äußerte er peinliches Unbehagen beim Handgeben, da er oft schwitzige Hände hätte. Unterschiede zwischen dem Kontakt mit verschiedenen Personen habe er nicht festgestellt, es sei bei allen gleichermaßen ungewohnt gewesen. Auf das Entspannungsangebot im Anschluss an diese von allen Jugendlichen als sehr anstrengend empfundene Arbeit konnte M. sich nicht einlassen, er schaute wiederholt auf die Uhr und achtete auf pünktliche Beendigung der Stunde.

In den letzten beiden Gruppenstunden beteiligte sich M. ganz ohne persönliche Auszeit am Gruppenprozess. Eine Aufgabe bestand darin, am eigenen Platz auf einer Kreislinie der gesamten Gruppe mit dem Seil eine Spirale zu legen, die als eigener Weg beschriftet werden kann. M. legte seine Spirale so eng, daß es ihm unmöglich war, darauf entlang zu laufen. Lange war M. mit einem Knoten in der Mitte seiner Spirale beschäftigt. Nachdem M. seine Spirale noch einmal geöffnet und wesentlich vergrößert hatte reflektierte er, daß er nicht festgelegt bleiben muß auf eine erste Idee, sondern daß ein Sich öffnen und Veränderung dazu führt, einen Knoten zu lösen und den eigenen Weg beschreiten zu können.

Die Formen der eigenen Spirale dienten in der Weiterführung als Ausgangspunkte für das Malen eines gemeinsamen Gruppenmandalas. M. übertrug mit Wachsstift die Form seiner Spirale auf das in der Gruppenmitte liegende Papier. Während des Malens äußerte er sich ratlos, wie er die Aufgabe, das eigene Bild bis in die Mitte des Papiers zu erweitern lösen sollte. Ich sagte ihm, er könne z.B. eine von seinen Bewegungen und Wegen, die ihn während der vergangenen Stunden auch oft durch die Mitte des Raumes und in Kontakt mit anderen gebracht hatten erinnern und auf das Blatt übertragen. M. zeichnete daraufhin farbige Zickzacklinien und traf in der Mitte mit seinem Gegenüber Chr. zusammen, mit dem er oft spielerischen Kontakt erlebt und sich mit ihm ausgetauscht hatte.

In der letzten Stunde konnte sich M. sehr gut auf Bewegungen zum Thema „Geben und Nehmen“ und auf ein Abschiedsritual einlassen. In der Einstimmung konzentrierte er sich auf seinen Atem, beobachtete dabei den Austausch mit seiner unmittelbaren Umwelt, etwas von sich abzugeben mit der Ausatmung, um mit der Einatmung Neues und Frisches aufzunehmen. Er suchte mit der Handfläche Körperstellen auf, an denen Atembewegung spürbar ist. M. spürte seine Atembewegung am deutlichsten am Brustkorb, spürte die Bewegung des Körpers und der aufgelegten Hand, vergrößerte sie und ließ sie für alle sichtbar werden. Aus seiner Handbewegung ließ er eine Geste des Gebens und eine Geste des Zu-sich-Nehmens entstehen. Er bewegte sich mit seiner Bewegung durch den Raum und machte sich bewusst, daß er hier in der Gruppe viel von sich gezeigt und gegeben und auch von den anderen bekommen hat. Nach der Aufforderung, vor einem anderen Jugendlichen stehen zu bleiben überließ M. diesmal die Partnerwahl nicht dem Zufall, sondern wählte an dieser Stelle aktiv Chr., indem er zielgerichtet auf ihn zu ging und ihn ansprach. Beide Jungen experimentierten mit ihren Bewegungen als Gebender und als Empfangender. Aus den in einer Ecke des Raumes bereitgelegten Gegenständen (Muscheln, Steine, Federn, Moos, Murmeln, Bleistift, Briefumschlag...) sollten die Jugendlichen für den jeweiligen Partner ein Geschenk auswählen, das zu diesem in besonderer Weise passt. M. war lange unentschlossen, dann war der Briefumschlag, den er nehmen wollte, schon weg. Hilfesuchend wendete er sich an mich, musste aber akzeptieren, dass er etwas anderes aussuchen musste. Er wählte für Chr. ein kleines unbeschriebenes Buch. Für die Übergabe der Geschenke bereitete M. für Chr. und sich einen gemütlichen Ort auf einer Decke. M. überreichte Chr. das Büchlein mit den Worten: „Du zeigst nicht viel von dir, aber wenn ich dich angesprochen habe, konnte ich viel von dir erfahren und mich sehr gut mit dir unterhalten.“

M. bekam von Chr. den Briefumschlag, den er selbst eigentlich für Chr. wählen wollte, mit der Begründung: "Du wirkst oft verschlossen und rätselhaft. Aber wenn du dich öffnest entdecke ich an dir Gutes und Interessantes. Du sagst oft gute und treffende Dinge.“ In der gemeinsamen Austauschrunde am Ende der Stunde zeigte M. sein Geschenk und berichtete, warum er es bekommen hat. Er sagte, daß er sich von Chr. gesehen und verstanden fühlte.

Beide Jungen hatten Ähnlichkeiten aneinander entdeckt und äußerten emotional angerührt ein Gefühl von Solidarität und Verbundenheit, welches als Atmosphäre in der Runde spürbar war.

## Ergebnisse

Insgesamt nahm M an 13 Gruppenstunden teil. Er war fast immer sehr pünktlich und achtete sehr genau auf die Einhaltung der zeitlichen Struktur, der Gruppenregeln und Aufgabenstellungen. Sein „Zwang“ wirkte in gewisser Weise als Ressource ordnend und strukturierend in der Gruppe. M. erzielte bei seinem wichtigsten Therapieziel, besser mit Gleichaltrigen klar zu kommen wesentliche Fortschritte. Seine Teilnahme an der Gruppe förderte sehr deutlich seine Integration in die Gruppe der Jugendlichen, er übte die verbale und nonverbale Kommunikation und Interaktion mit Gleichaltrigen und die vielen Erlebnisse direkten, klaren Kontaktes in der Bewegung und im Gespräch mit anderen Jugendlichen als auch mit mir taten ihm gut. Es gelang ihm zunehmend, sich zu öffnen und somit seine skurrile Wirkung auf andere relativieren, die oft Grund für andere gewesen war, sich von ihm zu distanzieren. M. zeigte zunehmend Eigeninitiative in der Kontaktaufnahme. Die entgegengebrachte Aufmerksamkeit und das Klima der freundlichen Annahme schien M. regelrecht aufzusaugen. Nur auf dieser Grundlage konnte M. seine sozialen Kompetenzen und Bewegungsmuster erweitern. Die Gleichberechtigung und Akzeptanz unter Jugendlichen genoss M. sehr, er erlebte sich selbst in verschiedenen Positionen und Rollen in der Gruppe und machte wichtige alternative und korrigierende Erfahrungen, während er sich in der Vergangenheit oft als Ausgeschlossener und als Mobbing-Opfer erlebt hatte.

M. lernte zu benennen, was ihm Freude bereitete und was ihm schwer fiel, gewann persönliche Sicherheit und sprach zunehmend eigene Themen, Wünsche und Bedürfnisse an.

Im Experimentieren mit ungewohnter Bewegung trainierte M. seine Flexibilität, Spontaneität und Beweglichkeit, die erlebte Freude an der Bewegung und am körperlichen Ausdruck bewirkten seelische und geistige Entspannung, die zeitweise in seiner gelösteren Mimik und differenzierteren Gestik sichtbar wurde.

Die erlebnis- und übungszentrierte Bewegung in der Gruppe trug zu seiner Aktivierung und deutlichen Steigerung seiner Belastbarkeit bei. M. übte sich in Selbst- und Fremdwahrnehmung, er zeigte, daß er soziale Situationen sehr gut einschätzen kann und nutzte jede Gelegenheit sie zu verbalisieren. M. lernte sein Bedürfnis nach Rückzug und Distanz zu regulieren, so daß er zu einem guten selbständigen Wechsel zwischen aktiver und beobachtender Teilnahme fand. In den letzten Stunden benötigte er keine persönlichen Pausen mehr und beteiligte sich am gesamten Prozess.

Während es M. anfangs kaum möglich war, sich in seinen Körper einzufühlen, entwickelte er eine Bereitschaft, sich auf ungewohnte Wahrnehmungserfahrungen einzulassen und äußerte sich zunehmend differenziert. Deutliche Grenzen zeigte M. in der emotionalen Wahrnehmung und Beteiligung. Freude und Spaß bzw. Müdigkeit zeigte M. meist deutlich, andere Gefühle ließ M. kaum zu sondern sprach rational aber sehr differenziert darüber.

Seine in der IBT-Gruppe entwickelte „Ich weiß nicht – Mir doch egal“- Bewegung, wurde für M. zum Schlüsselerlebnis. Er erinnerte und integrierte sie in seinen Alltag, um sich bei Anspannung körperlich und geistig zu lockern und gelassener mit Anforderungen in Schule und Alltag umzugehen.

Insgesamt erweiterte M. sein Selbst- und Körperbild, die Stabilisierung seines Selbst diente ihm auch zur Distanzierung von seiner übergriffigen Mutter. Er entwickelte die Idee von einem eigenständigem Leben, evtl. in einer Wohngemeinschaft.

„Eltern- und Familienarbeit als Beratung und/oder Therapie hat das Ziel Menschen zu helfen, beschädigte Polyaden, d.h. Familien- und Freundschaftsnetzwerke zu restituieren, gefährdete Polyaden zu sichern und ihre Qualität zu verbessern, indem Menschen sich als Netzwerkmitglieder begreifen, die ihre Realbeziehungen pflegen und gute Freunde gewinnen. Wir wollen sie in ihren Entscheidungen unterstützen, ihre Netzwerke zu stabilisieren, zu vergrößern und zu bereinigen, wo dies notwendig ist. Sie müssen entscheiden, welche Menschen sie in ihre realen Konvois einladen, einbinden, damit sie nicht nur auf der Realitätsebene Hilfe, Stütze, Freude sind, sondern auch auf der repräsentationalen Ebene verinnerlicht werden können und sie bereichern. Denn die `reale Familie` und die `Familie im Kopf`, der *Konvoi* real vorhandener und mental präsenter Menschen – Freunde, KollegInnen, Nachbarn – bilden Grundlage unserer Sicherheit im Leben“ (*Petzold 2006v*). Eltern- und Familienarbeit unter Integrativem Ansatz bedeutet, nicht nur das „äußere“ soziale Netzwerk zu betrachten, sondern auch die „innere“ *repräsentationale Realität*, die Menschen „im Kopf“ haben. „An diesen `mentalen Repräsentationen` (*Moscovici 2001; Petzold 2003b*) von Werten, Kulturen des Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns, Kommunizierens gilt es zu arbeiten, wenn man das Verhalten von Familien und von Einzelnen in ihren Familien, bzw. die Nachwirkungen von familialen Einflüssen auf den Einzelnen auch außerhalb der Familie verändern will“ (*ibid.*)

Ein Teil unserer Arbeit mit Eltern liegt schlicht in pädagogischer Aufklärung. Viele Eltern bitten um Rat in Erziehungs- und Alltagsfragen und sind dankbar für konkrete Richtlinien und konsequente Begleitung in deren Umsetzung. Pädagogische Beratung und Begleitung können einen wesentlichen Beitrag zur Entkrampfung einer angespannten Familiensituation leisten.

Ergänzend zu den Familientherapeutischen Sitzungen, in denen viele Eltern lernen, ihren Kindern klare Botschaften zu übermitteln, sich ihrer gegenwärtigen Einstellungen, Reaktionen und Interaktionen bewußt werden und sie durcharbeiten führen wir regelmäßige pädagogische Elterngespräche durch.

Sie dienen dazu, unsere Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen für die Eltern transparent zu machen, sich gegenseitig wahrzunehmen in Ansichten und Gefühlen und die Transformation von Gelerntem in das soziale Umfeld und in den familiären Alltag zu erleichtern.

Nicht selten haben Kinder Angst davor, daß päd. Mitarbeiter mit ihren Eltern sprechen, weil solche Gespräche in Schule oder Hort mit oft sehr unangenehmen Erfahrungen verbunden sind. Es ist eine neue Erfahrung für sie, durch gemeinsame Gespräche in verhärteten Familiensituationen „Türen“ zueinander zu öffnen.

Wir empfehlen die Einführung von Ritualen oder Spielzeiten im häuslichen Alltag, in denen Mutter oder Vater sich ganz auf das Kind einlassen und das Kind bestimmen darf, was gemeinsam gemacht wird. Wir laden die Eltern ein, stundenweise am tagesklinischen Alltag teilzunehmen und geeignete Spiel- und Beschäftigungsformen kennenzulernen und auszuprobieren. Dazu gehört auch, Möglichkeiten zum gemeinsamen Bewegen und Entspannen kennen zu lernen bzw. wieder zu entdecken und gemeinsam einzuüben, die in den „natürlichen Bewegungsraum Familie“ übernommen und dort von Eltern und Kindern weiter entwickelt werden können. Dabei ist es wichtig, dass Eltern und Familien ihre kognitiven, emotionalen, volitiven und kommunikativen Stile und Familienkultur – ihre *mentalen Repräsentationen* überdenken und überprüfen, sich darüber austauschen, was sie gemeinsam in ihrer Familie verändern wollen, denn das ist die Grundlage für die oftmals erwünschte Verhaltensänderung ihres Kindes. Denn: „Erziehung braucht Beziehung. Sie ist das Aushandeln von Grenzen“ (*H.Petzold 1982c*).

Zum Abschluss eines Tages in der Tagesklinik sprechen die Kinder und Jugendlichen in der Abschlußgruppe über freudige und ärgerliche Begebenheiten des Tages, um befreit davon nach Hause zu gehen. In Anlehnung daran empfehlen wir besonders den Eltern jüngerer Kinder, zu Hause täglich zur gleichen Zeit eine ähnliche „Redezeit“ zu installieren, in der das Kind alles zur Sprache bringen kann, worüber es sich an diesem Tag gefreut und geärgert hat, ohne daß die Eltern mit ihm argumentieren, ihm widersprechen, sich zu erklären oder zu rechtfertigen suchen. Hierfür eignet sich gut die Zeit vor dem Schlafengehen – das Kind wird dabei nicht, wie man

vielleicht denken könnte, am Einschlafen gehindert. Im Anschluss an die „Redezeit“ eignet sich z.B. eine Igelballmassage hervorragend zur Entspannung.

Für Jugendliche und ihre Eltern gibt es eine monatlich stattfindende pädagogisch-therapeutische Jugendlichen-Eltern-Gruppe als Möglichkeit zu moderiertem Austausch. Von den Jugendlichen werden diese Termine oft mit Spannung erwartet. Alltagsthemen wie die Höhe des Taschengeldes, Ausgehzeiten, Pflichten im Haushalt, Regeln und Strukturen innerhalb der Familie, Umgang mit Autonomiebestrebungen der Jugendlichen sowie die Wiedereingliederung in die Heimatschule geben vielerlei spannende Anlässe, miteinander ins Gespräch zu kommen. Es ergeben sich angeregte Arbeitsgruppen und Diskussionen. Eltern und Jugendliche erfahren auf neue Weise etwas über die gegenseitigen Sichtweisen, Gefühle, Zweifel, Sorgen und Lösungsideen. Sie bekommen die Gelegenheit, eigene Überzeugungen, familiäre Normen und Werte mit Sichtweisen anderer Familien zu vergleichen und zu überdenken – ggf. den Entschluss zu Veränderung mental vorzubereiten, um mit ihren Kindern *neue Wege* zu beschreiten bzw. diese beim Finden ihres *eigenen Weges* zu unterstützen.

Auf viele Eltern wirkt vor allem die Solidaritätserfahrung sehr entlastend und stabilisierend. Sie tauschen sich mit anderen Eltern über Ängste und Befürchtungen aus und profitieren von positiven Erfahrungen anderer Familien. Darüber erhalten sie Gelegenheit, eigenen Druck abzubauen und entwickeln mehr Gelassenheit, ihrem Kind die Zeit zur notwendigen Entwicklung zuzugestehen. Die eigene Entlastung führt in einigen Fällen dazu, dass Eltern weniger eigenen Druck oder Ängste in subtiler Weise auf ihre Kinder übertragen.

Wir geben Empfehlungen für gemeinsame Bewegung und Entspannung von Eltern und Kindern sowie für die freizeitsportliche Betätigung der Jugendlichen zur Einübung eines bewegungsaktiven Lebensstils.

Das Thema „Spannungsregulation“ wird unter biopsychosozialem Ansatz mehrperspektivisch betrachtet. Die gesunde Bewegungs- und Identitätsentwicklung im Kindes- und Jugendalter bildet den Hintergrund für hermeneutisches Verstehen von Ursachen und Phänomenen des Ausdrucks von körperlichen, geistigen und seelischen Spannungen bei Kindern und Jugendlichen und Spannungen in ihren Beziehungen. Patienten- und Prozessbeispiele aus der tagesklinischen Behandlung illustrieren die experimentelle intersubjektive Suche nach spannungs- regulierenden Wirkfaktoren und deren individueller Integration mit dem Ziel psycho-physischer Regulation. Das Leibkonzept und ausgewählte Methoden und Techniken der Integrativen Bewegungstherapie mit ihrem multimodalen und ressourcenorientierten Ansatz unter Einbeziehung von Kontext und Kontinuum werden dargestellt.

**Schlüsselwörter**

Spannungsregulation, Integrative Bewegungstherapie, Leibkonzept, Phänomene, Wirkfaktoren

**Summary**

The topic „stress regulation“ is considered in a bio-psycho-social approach under several perspectives. The healthy development of motion and identity in childhood and adolescence forms the background for the hermeneutical understanding of causes and phenomena in expressing bodily, mental and psychic stress with children and adolescents together with stress in their relations. Patient and process examples from the treatment in a day hospital illustrate the experimental, intersubjective search for stress regulating factors and their individual integration aiming at a psycho-physical adjustment. The body and movement oriented concept and exclusive methods and techniques of the Integrative kinesitherapy are presented with their multimodal and resource oriented approach incorporating context and continuum.

**Keywords**

stress-regulation, Integrative Kinesitherapy, body and movement orient concept, phenomena, stressregulating factors

- Affelt, Manfred* (1994): Erlebnisorientierte Gruppenarbeit in der Schule: Methodenbausteine für die Praxis. In: Schriften zur Beratung und Therapie im Raum der Schule und Erziehung; Band 4. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Bloem, J., Moget, P., Petzold, H. G.* (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? – Forschungsergebnisse – Modelle – psychologische und neurobiologische Konzepte. *Integrative Therapie* 1-2, 101-149
- Brooks, Charles, V., W.* (1974): Sensory Awareness. The Rediscovery of Experiencing. New York: The Viking Press. Dt. Übersetzung und Bearbeitung: *Charlotte Selver* (1979): Erleben durch die Sinne (Sensory Awareness). *Petzold, H.G.* (Hg.) (1979) in: Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Band 7. Paderborn: Junfermann
- Hausmann, Bettina, Neddermeyer, Renate* (1996): Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibarbeit in der Praxis. Paderborn: Junfermann
- Höhmman-Kost, Annette* (1991): Bewegung ist Leben. Einführung in Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie. Paderborn: Junfermann
- Lorenz, Rüdiger* (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt.
- Middendorf, Ilse* (1984): Der erfahrbare Atem: eine Atemlehre. Paderborn: Junfermann
- Payne, Rosemary, A.* (1998): Relaxation techniques. London: Churchill Livingstone, United Kingdom. *Markus Vieten* (Übers.): Entspannungstechniken: ein praktischer Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer
- Petzold, H.G.* (1993): Integrative Therapie, Band 1 – 3. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G.* (2002j): Das Leibsobjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisation. Düsseldorf, Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikation.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikation.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.
- Petzold, H G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – „quenching“ the trauma physiologie. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388
- Petzold, H. G.* (2006h): Aggressionsnarrative, Ideologie und Friedensarbeit – Integrative Perspektiven, erschienen in: *Staemmler, F., Merten, R.*: Aggression, Zivilcourage. Köln: Edition Humanistische Psychologie, 39-72
- Petzold, H. G.* (2006v): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“, Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 1/2006
- Petzold, H. G.* (2007d) unter Mitarbeit von *Haci Bayram*, Berlin; *Caroline Folsch*, Luxemburg; *Rolf Merten*, Eurasburg; *Yves Weisen*, Luxemburg: Mit Jugendlichen auf dem Weg..., Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 2007
- Raben, Ralph* (1999): Einführung in die Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll in *Bandis, R.* (Hg.): Punkte der Wandlung – Suchtakupunktur nach dem NADA Protokoll. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht
- Rahm, Dorothea, Otte, Hilka, Bosse, Susanne, Ruhe-Hollenbach, Hannelore* (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann
- Reddemann, Luise* (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta