

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

05/2013

Wenn die Barriere runtergeht -
Was wirkt bei Schulverweigerung?
Integrativer Ansatz und Analyse des therapeutischen
Prozesses einer Jugendlichen^{*}

eingereicht von:

Sanja Previsic^{**}

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup., Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

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

** Psychologin FSP, Steinhaldenstrasse 50, CH - 8002 Zürich

Danksagung

An erster Stelle geht mein herzlicher Dank an Sandra für ihr Vertrauen in meine Begleitung und dass sie ihren Prozess für die vorliegende Arbeit zu Verfügung stellt. Ihre Daten wurden insgesamt (inklusive Namen) anonymisiert.

Nitza Katz-Bernstein bin ich sehr dankbar für die Supervision und ihre wertvollen Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung. Ebenso danke ich Gerda Eberle-Gramberg für ihre pragmatischen Strukturierungshilfen.

Das Schreiben dieser Arbeit war nur möglich, dank der zeitlichen Entlastung meiner Mutter in der Kinderbetreuung. Ihr gilt ein spezieller Dank. Last, but not least danke ich meinem Mann, der einen wichtigen Beitrag zum Entstehen geleistet hat.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Kurzbeschreibung der Integrativen Therapie
3. Lebensbereich Schule
 - 3.1. Schulabsentismus
 - 3.2. Schulverweigerung und psychische Störungen
 - 3.3. Gendertypisches: Wie Mädchen verweigern
 - 3.4. Angststörungen
4. Theoretische Einbettung der Arbeit
 - 4.1. Intersubjektive Bezogenheit
 - 4.2. Informierter Leib und die Rolle des Lernens
 - 4.2.1. Das Konzept des informierten Leibes
 - 4.2.2. Lernen und Pubertät
 - 4.3. Die vierzehn Wirkfaktoren in der Psychotherapie
5. Überblick über den Prozess
6. Krankheit und Gesundheit – Bedingungsfaktoren im Prozessbeispiel
 - 6.1. Krankheit aus anthropologischer Sicht
 - 6.2. Krankheit aus der klinischen Perspektive
 - 6.2.1. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen
 - 6.2.2. Das Pathogenesemodell zeitextendierter, multifaktorieller Belastung
 - 6.2.3. Das Pathogenesemodell der Repression, Dissoziation, Retroflexion, Selbstanästhesierung
 - 6.3. Ressourcen, Potenziale und der „erweiterte Gesundheitsbegriff“
7. Analyse des Prozesses anhand der vierzehn Wirkfaktoren
 - 7.1. Initialphase: Problemanalyse, Beziehungsaufbau
 - 7.2. Stabilisierungsphase: haltgebende Strukturen und Spannungsregulation
 - 7.3. Aktionsphase: gestufter Wiedereinstieg
 - 7.4. Integrationsphase: voller Schulbesuch
 - 7.5. Neuorientierungsphase: Öffnung für weitere Themen
 - 7.6. Abschied
8. Diskussion und Ausblick

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist Teil der Graduierung zur Psychotherapeutin in Integrativer Therapie am Fritz Perls Institut, Hückeswagen. Das Thema Schulabsentismus und Schulverweigerung begegnet mir in der Arbeit auf dem Schulpsychologischen Beratungsdienst wiederholt. Gerade in der Oberstufe (bei den 13- bis 16-Jährigen) besteht die Gefahr, dass sie aufgrund von Problemen in der Peer-Group, familiärer oder psychischer Belastungen den Schulbesuch nicht mehr erfolgreich bewältigen können. Dies kann schwerwiegende Folgen haben, zumal in dieser Zeit Weichen gestellt werden für den beruflichen Anschluss und die Autonomieentwicklung als zentrales Thema gestört wird. Da es für eine erfolgreiche Behandlung eine engmaschige Zusammenarbeit mit der Schule, den Eltern und den Jugendlichen braucht, übernehme ich in der Funktion der Schulpsychologin oft die Begleitung, welche häufig therapeutischen Charakter bekommt. Eine ressourcenorientierte Ausrichtung, sowie eine ermutigende aber auch sanft-konfrontative Behandlung in intersubjektiver Bezogenheit ist die Basis solcher Prozesse. Die Planung der Schritte zur Reintegration und zur Öffnung für die anstehenden Lernprozesse passiert intersubjektiv und interaktiv, auf Verhandlungsbasis mit den Jugendlichen. Dabei werden die individuellen Voraussetzungen und die Krankheitsmuster berücksichtigt. In der Praxis habe ich festgestellt, dass bei Schulabsentismus gendertypische Muster zum tragen kommen. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen dies: Während Mädchen sich eher unauffällig „ausklinken“ und sich von ihren Peers zurückziehen, verhalten sich Jungs auffälliger und suchen den Kontakt zu Gleichaltrigen.

Anhand der Methode der Einzelfallstudie einer Jugendlichen wird aufgezeigt, wie eine gelungene Reintegration passieren kann. Die Reflexion des Prozesses passiert anhand der vierzehn Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie. Die Arbeit wird mit der Theorie und dem Menschenbild der Integrativen Therapie untermauert. Die Studie verfolgt das Ziel aufzuzeigen, welche Interventionen, Einflüsse und Faktoren zu einem Behandlungserfolg bei schulverweigernden Jugendlichen beitragen können. Die Partnerschaftsbildung mit Jugendlichen, ist der Integrativen Therapie ein Anliegen.

„Jugendliche sind häufig schwer zu erreichen, gelingt es aber, mit ihnen die richtige Kommunikationsebene zu finden, erweisen sie sich als engagierte PartnerInnen in gemeinschaftlichen Lernerfahrungen und Entwicklungsprozessen. Gewinnt man diese Partnerschaft, ist sehr viel erreicht. In einer „klinischen Entwicklungspsychologie und Entwicklungstherapie der Lebensspanne“ müssen die Bedingungen, die Handhabung und die Effekte solcher Partnerschaftsbildung im Jugendalter auf der Mikroebene dringend untersucht werden.“ (Petzold 2009, 285f)

2. Kurzbeschreibung der Integrativen Therapie

„Die Integrative Therapie vertritt eine „Philosophie des Weges“, sieht das menschliche Leben als Weg, Erkenntnissuche als Weg, Therapie als „Wegbegleitung“ im Chronotopos, im Kontext/Kontinuum der Welt, ihren Raum-Zeit-Verhältnissen. Die Therapieverfahren betrachten wir als „Wege zum Menschen“, als Behandlungs- und Erkenntniswege.“
(Petzold 2008g, 6)

In Anlehnung an obiges Zitat verstehe ich bei Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen, in denen ihre Entwicklung ins Stocken gerät, Therapie als Begleitung auf einem Abschnitt ihres Weges. Sie dient als Hilfe, anstehende Entwicklungsaufgaben wieder bewältigen und sich selber weiter entwickeln zu können.

Die Integrative Therapie versteht sich als klinisch angewandte Humanwissenschaft. Sie ist ein methodenübergreifendes, entwicklungs- und ökologieorientiertes, bio-psychosoziales Verfahren. Als Methode wissenschaftlicher Psychotherapie wurde und wird sie von Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Ilse Orth und weiteren KollegInnen seit Mitte der 1960er Jahre stetig weiterentwickelt. Die Methodenintegration geschieht nicht zufällig und additiv, sondern komplexitäts- und pluralitätsbewusst sowie praxisnah und -erprobt. Ihre Wurzeln hat die Integrative Therapie in verschiedenen Strömungen. Sie gründet auf der elastischen Psychoanalyse (Sandor Ferenczi), der Gestalttherapie (Friedrich S. Perls), dem Psychodrama (Jacob Moreno), dem therapeutischen Theater (Vladimir Iljine), der Leib- und Bewegungstherapie (Maurice Merleau-Ponty, Hilarion Petzold) und bezieht verhaltenstherapeutische Elemente mit ein. *Leuenberger* (2005, 143) schreibt dazu:

„Diese Verfahren bzw. Methoden realisieren jeweils in eigener Art – therapeutische Wirkfaktoren, die in der Psychotherapieforschung heute als ganz zentral erachtet werden (Grawe 1998, Grawe et al. 1994): die Aktivierung unmittelbarer Erfahrung im therapeutischen Prozess (prozessuale Aktivierung), emotional vertiefende Bearbeitungsangebote, der interpersonale und der integrative Fokus. Iljine (1972) intendierte bereits 1910 die Integration von Körper, Seele und Geist, Moreno (1946) zusätzlich jene von Individuum, Gruppe und sozialem Umfeld.“

Unter Rückgriff auf die Phänomenologie, die Hermeneutik, die Systemtheorie, die Wissenschaftsgeschichte und die Metahermeneutik mit einem Modell der Wissensstruktur, dem sogenannten „Tree of Science“, wurde eine erkenntnistheoretische Basis geschaffen. In Auseinandersetzung mit der Anthropologie (Marcel, Lévinas, Bachtin, Merleau-Ponty, Plessner und anderen) wurde eine konsistente anthropologische Position formuliert und auf dieser Grundlage eine Persönlichkeitstheorie ausgearbeitet (*Leitner* 2010, 48). Der Mensch wird als leibliches, emotionales, kognitives und kreatives, grundsätzlich auf den Mitmenschen bezogenes

Subjekt verstanden (*Petzold et al. 2000*). „Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt.“ Leiblichkeit und Intersubjektivität sind demnach zwei zentrale Begriffe der Integrativen Therapie.

3. Lebensbereich Schule

Die Schule ist einer der wichtigsten Lebensbereiche im Mikrosystem der Jugendlichen und dementsprechend prägendes Sozialisationsfeld. Während die Interaktionsformen der Familie individuell und spezifisch sind und hauptsächlich durch emotionale Bindungen reguliert werden, sind die der Schule allgemeiner, typisierter, ja universalistisch, und sie werden durch (zum Teil restriktive) Leistungserwartungen und -bewertungen reguliert; das Verhalten wird normiert und kontrolliert, der Einsatz von Fleiss, Engagement und Tüchtigkeit bestimmen die Selbstwertregulation (*Osten 2000, 234*).

Hascher (2004, 275) konnte in ihrer Studie mittels Kausalanalysen folgende fünf Bereiche herleiten, die für das Wohlbefinden in der Schule relevant sind:

- Soziale und didaktische Merkmale des Unterrichts bei den Lehrer/innen
- Der empfundene Leistungsdruck im Unterricht
- Die Schulleistungen der Schüler/innen
- Die Diskriminierung von Mitschüler/innen
- Die Interaktionen in den Schulpausen

Bei einer guten Passung überwiegen meist positive Gefühle, beispielsweise wenn jemand gerne lernt, auf Freunde in der Klasse zählen kann sowie eine gute Beziehung zu den Lehrpersonen aufgebaut hat. Für andere Schüler kann der Lebensbereich dagegen von Negativbeziehungen sowie Misserfolgen geprägt sein. Auf dieser Grundlage ist es für sie schwierig, positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

3.1. Schulabsentismus

Schulabsentismus wird nicht einheitlich, aber weitgehend als Oberbegriff aller Arten von unerlaubtem Wegbleiben von der Schule verwendet. Schulverweigerung und Schwänzen sind demnach zwei untergeordnete Phänomene, welche auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden können. *Stamm (2008, 30f)* beschreibt die Erscheinungen folgendermassen:

„*Schwänzen* meint ein bewusstes, aber verdecktes und möglicherweise lustvolles Aufbegehren gegen die höheren Mächte, welche diese Regeln gesetzt haben. Wenn es im Ausmass begrenzt ist, gehört es ins Repertoire jugendtypischer Regelverstösse. Tritt es jedoch in früh einsetzender und massiver Form auf, gilt es als wesentlicher Risikomarker für drohende Fehlentwicklungen. *Schulverweigerung* umschreibt Kinder und Jugendliche mit enormen emotionalen Verhaltensproblemen, die – mit Wissen der Eltern – nicht mehr imstande sind, zur Schule zu gehen und in diesem Zusammenhang auffällige oder psychosomatische Veränderungen zeigen.“

Die Behandlungsansätze bei Schulabsentismus sind demnach sehr unterschiedlich:

Während beim Schwänzen vorwiegend pädagogische Massnahmen angezeigt sind, wird bei der Schulverweigerung meist eine therapeutische Behandlung notwendig.

Zudem wird bei der Schulverweigerung im deutschsprachigen Raum

differentialdiagnostisch zwischen Schulphobie und Schulangst unterschieden (vgl.

Lehmkuhl, Lehmkuhl 2004). Die *Schulphobie* ist durch ein Vermeidungsverhalten

charakterisiert, hinter dem Trennungsängste stehen, die keinen direkten Bezug zur

Schulsituation haben. Sie tritt häufiger im Grundschulalter auf. Bei der *Schulangst* finden

sich schulische Bedingungsfaktoren. Ich werde in der vorliegenden Arbeit weiter den

übergeordneten Begriff der Schulverweigerung verwenden, da dieser m.E. ein

umfangreicheres Erscheinungsbild charakterisiert, in der die Schulangst und -phobie

zwei mögliche Ursachen sein können. Bei Jugendlichen ist das Spektrum der

psychiatrischen Diagnosen breiter als bei jüngeren Kindern, bei denen Trennungs- und

Leistungsängste noch überwiegen.

Untersuchungen zeigen, dass sich häufig zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr

Verweigerungshaltungen zu manifestieren beginnen und in der Folge akzentuieren. Dies

fällt in die Übergangs- und Orientierungsphase in die Erwachsenenwelt. Wenn diese

nicht erfolgreich durchlaufen werden kann, sind die Auswirkungen vor allem bei

mehrfach benachteiligten Jugendlichen prekär (vgl. *Schreiber 2007, 292*). Zu den

langfristigen Effekten lässt sich aus den wenigen vorhandenen Studien schliessen, dass

Schulverweigerung zu einem niedrigeren Abschluss führen kann, häufiger soziale

Schwierigkeiten entstehen und ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten

besteht (vgl. *Döpfner, Walter 2006*). Deswegen ist es wichtig, dass die betroffenen

Jugendlichen Unterstützung im Sinne einer Wegbegleitung bekommen und so eine

Negativkarriere abgewendet werden kann.

3.2. Schulverweigerung und psychische Störungen

„Die Schulverweigerung ist nicht nur deshalb eine ausgesprochen ernsthafte Problematik, weil sie sehr häufig auftritt, sondern vor allem, weil damit signalisiert wird, dass der Schüler oder seine Familie ernsthafte Schwierigkeiten hat, eine basale Entwicklungsaufgabe in unserer Gesellschaft – nämlich den Schulbesuch – zu erfüllen.“ (ibid., 218)

Oft steht im Hintergrund eine psychische Erkrankung. Im Folgenden wird für die Beschreibung das Manual ICD-10 zur internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO verwendet. Schulverweigernde Kinder zeigen oft die Symptome einer Angststörung (F40/F41), während beim Schulschwänzen häufiger eine Störung im Sozialverhalten (F91.2) zu Grunde liegt.

In einer aktuellen Studie von *Knollmann* et al. (2009) werden 89 PatientInnen einer Schulverweigererambulanz hinsichtlich ihres Störungsbildes analysiert. Knapp die Hälfte davon sind Mädchen und der Altersdurchschnitt liegt bei 14.4 Jahren. Dabei sind folgende Störungsbilder dominant: Bei ca. einem Drittel wird eine unspezifische emotionale Störung des Kindesalters diagnostiziert (i.d.R. ein Mischbild von Symptomen der Trennungsängstlichkeit, sozialer Ängstlichkeit, leichter depressiver Verstimmung und allgemeiner Überängstlichkeit, welches keine der Diagnosen des ICD-10 voll erfüllt). 20 Prozent leiden an einer Anpassungsstörung (F43.2) und etwa ein Viertel der PatientInnen lässt sich einer Störung des Sozialverhaltens (F91) zuordnen. Eine genderbezogene Aufschlüsselung der Störungsbilder fehlt in der Studie.

Unabhängig von der Art der Symptomatik zeichnet sich ein Grossteil der Patienten durch familiäre Probleme (u.a. Trennung der Eltern), schlechte soziale Integration, häufige Klassenwiederholungen und Schulwechsel sowie selbstberichtete Schulunlust aus (ibid., 446). Schulabsentismus ist nach Ansicht der Autoren demnach häufig als Reaktion oder Bewältigungsversuch von Überforderungen im familiären, Gleichaltrigen- und/oder schulischen Kontext zu verstehen. Deswegen schlagen sie vor, in der künftigen Forschung anstelle einer Klassifikation die Genese von Störungsbildern, die aufrechterhaltenden Bedingungen und die Funktionen des schulverweigernden Verhaltens stärker in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses zu rücken.

Kracke (2009) nennt verschiedene Risikofaktoren, welche bei Schulverweigerung mehr berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören ein niedriger sozioökonomischer Status, alleinerziehende Eltern, Migration und Wohnortswechsel, sowie schulische Bedingungsfaktoren wie Mobbing oder lebensfremde Lerninhalte.

Nicht zu unterschätzen sind die Einflüsse einer unkontrollierten und exzessiven Mediennutzung (Handy, Computerspiele, Social Medias, Fernsehen). In Deutschland liegt die Mediennutzungszeit von Neuntklässlern bei knapp 7,5 Stunden täglich (*Spitzer* 2012, 11). Es wird also mehr Zeit damit verbracht als in der Schule. Leidet ein Schüler oder eine Schülerin in der Schule an Misserfolgen und kommen Schlafstörungen dazu, so muss bei der Diagnostik der Konsum von Medien sorgfältig erfragt werden. Dieser kann zu Schlaflosigkeit, Depression, Sucht und körperlichen Folgen führen, die nicht zu unterschätzen sind (*ibid.*).

3.3. Gendertypisches: Wie Mädchen verweigern

Mädchen vertuschen ihr Verhalten oft durch Krankheit. Die eher passive und somit konformere Verweigerung wird häufig erst spät entdeckt. Sie „klinken“ sich aus und ziehen sich von ihren Peers zurück, während sich Jungs auffälliger verhalten und den Kontakt zu Gleichaltrigen suchen. Dadurch finden sich bei Letzteren auch eher pädagogische Zugänge. Zudem zeigen Mädchen mehr psychosomatische Reaktionen. *Kracke* (2009, 121) schreibt dazu:

„In Erhebungen zur Geschlechtsspezifität von Schulverweigerung wird vielfach darauf hingewiesen, dass schulverweigernde Mädchen, sofern sie denn als solche identifiziert wurden, wesentlich häufiger von psychosomatischen Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeits- und Schwindelerscheinungen betroffen sind als verweigernde Jungen. Häufige Krankenschreibungen von ÄrztInnen sowie Entschuldigungen durch die Eltern, die hinter den Symptomen häufig keine psychischen Konflikte erkennen, können dazu beitragen, dass die ohnehin eher unauffällige Form der weiblichen Schulverweigerung aufrecht erhalten und nicht ursächlich geklärt wird.“

Mädchen wenden häufiger Copingstrategien an, bei welchen eine innere Bewältigung der Probleme angestrebt wird. Körperliche Symptome müssen in dem Zusammenhang ernst genommen werden, da sie Hinweis auf hohe innere Spannungszustände und eine nicht gelungene Problemlösung geben können.

Thimm (1998, 30) bemerkt: „Obwohl Mädchen schulisch durchschnittlich leistungsstärker sind als Jungen, scheinen Jungen selbstverständlicher Erfolge den eigenen Fähigkeiten zuzuschreiben. Mit Fehlern konfrontiert, erscheinen Mädchen hilfloser, verarbeiten Unzulänglichkeiten eher als Könnensdefizite, Jungen eher als Anstrengungsmangel.“ Sozialpsychologische Studien untermauern dies: Während männliche Personen dazu neigen, Erfolg sich selbst zuzuschreiben und Misserfolg auf äussere Umstände zurückzuführen, machen es Frauen und Mädchen häufiger umgekehrt. Dieses selbstabwertende Attributionsmuster wirkt sich negativ auf die

Selbstwirksamkeit aus. Es kann dazu führen, dass objektive Handlungsmöglichkeiten nicht mehr wahrgenommen werden und daher auch nicht aktiv genutzt werden, sich also eine „erlernte Hilflosigkeit“ (*Seligmann 1979*) einstellt.

Eine tendenziell ausgeprägtere soziale Ausrichtung bei der Problemlösung kommt den weiblichen Jugendlichen hingegen zugute. Mädchen beziehen bei Problemen laut einer Studie von *Seiffge-Krenke* aus dem Jahr 2000 (cit. *Kracke 2009*, 123) doppelt so häufig wie Jungen Freundinnen, Eltern und andere Bezugspersonen in den Lösungsprozess ein, was die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Konfliktbewältigung wiederum erhöht.

3.4. Angststörungen

Da im geschilderten Prozessbeispiel ursächlich eine Angststörung vorlag und ich in meiner Arbeit mit schulverweigernden Mädchen immer wieder auf verschiedenste Ängste stosse, wird im Folgenden das Thema Angststörungen aufgeführt. Ängste können bei starkem Ausmass die Entwicklung blockieren und Lernerfahrungen behindern. Auf *Wikipedia* (Stand: 25.06.13) wird die Angststörung (auch Phobische Störung) als Sammelbegriff für psychische Störungen bezeichnet, bei denen entweder unspezifische Angst oder aber konkrete Furcht (Phobie) vor einem Objekt bzw. einer Situation besteht. Allen Angststörungen sei gemeinsam, dass die Betroffenen übermässig starke Ängste haben vor Dingen, vor denen Menschen ohne Angststörung keine oder in weit geringerem Mass Angst oder Furcht empfinden.

Die Angststörungen können nach *ICD-10* (1994) folgendermassen klassifiziert werden:

- F93.0 Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
- F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F40.0 Agoraphobie
- F40.1 Soziale Phobien
- F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien
- F40.8 Sonstige phobische Störungen
- F40.9 Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
- F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- F41.1 Generalisierte Angststörung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

Bei der Schulangst handelt es sich häufig um eine spezifische (isolierte) Phobie (F40.2). Phobien sind abnorm intensive, auf bestimmte Objekte oder Situationen bezogene Ängste, die situationsunangemessen sind. Sie können von den betroffenen Personen nicht erklärt oder rationalisiert werden und stehen nicht unter willentlicher Kontrolle.

Dies führt zu einer Vermeidung der gefürchteten Objekte oder Situationen und schon nur der Gedanke daran erzeugt Angst. Bei der Schulangst kommt es zu Angstsymptomen klinischen Ausmasses und die Schulverweigerung kann eine der Folgen sein.

4. Theoretische Einbettung der Arbeit

Im Folgenden werden ausgewählte Konzepte der Integrativen Therapie erläutert. Diese bilden den theoretischen Hintergrund für die folgende Prozessanalyse. Als erstes wird das Intersubjektivitätskonzept umschrieben. Danach wird auf das Thema des informierten Leibs und die Rolle des Lernens eingegangen. Anschliessend werden die vierzehn Wirkfaktoren und ihr theoretischer Hintergrund beschrieben. Im Übergang der Theorie zum Prozess findet sich nach der Beschreibung des Prozessbeispiels eine Vorstellung der Krankheitsmodelle und des Gesundheitsbegriffs. Die Modelle werden jeweils anhand des konkreten Beispiels veranschaulicht.

4.1. Intersubjektive Bezogenheit

„Die Freundschaft zwischen Therapeut und Patient ist eine notwendige Bedingung für den therapeutischen Prozess. Notwendig, aber nicht ausreichend. Die Psychotherapie ist kein Ersatz, sondern eine Generalprobe fürs Leben. Anders gesagt, erfordert sie zwar eine enge Beziehung, doch die Beziehung ist nicht das Ziel – sie ist ein Weg zum Ziel.“
(*Yalom 2002, 196*)

Die Intersubjektivität ist ein Leitkonzept der Integrativen Therapie. Sie gründet in einer grundsätzlichen Verbundenheit allen Seins. Der Mensch ist in eine Gemeinschaft eingebettet, diese Bezogenheit ist ein Wesensmerkmal und Grundbedürfnis. Deswegen ist seine Existenz immer eine Ko-existenz: Sein ist Mit-(anderen zusammen) Sein. Unsere Persönlichkeit entwickelt sich in Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung zu anderen. Positive Bezugspersonen sind lebenslang notwendig und ein tragfähiges Netzwerk ist der wirksamste Schutz vor psychischen Krankheiten. Deswegen muss die therapeutische Praxis beziehungsorientiert sein (vgl. *Leitner 2010, 188, Leuenberger 2003*). Die Selbstwerdung des Kindes und Jugendlichen geschieht immer in der Auseinandersetzung mit anderen. Das Werden des Einzelnen in seiner Individualität geschieht auf dem Hintergrund der Interaktionen mit Bezugspersonen und anderen Menschen, denen das werdende Individuum tagtäglich und mit emotionaler Bezogenheit begegnet (vgl. *Resch 2009, 160*).

Das Intersubjektivitätskonzept bezieht sich im Wesentlichen auf die Referenztheorie von Gabriel Marcel und gründet in seinem Leibkonzept.

„Die *Zusammengehörigkeit* meines Körpers mit der Umwelt macht meinen Leib aus. Doch das Denken muss noch einen Schritt weitergehen. Diese Zusammengehörigkeit ist lediglich *ein* Aspekt der Leibhaftigkeit. Wie gesagt worden ist, Leben sei immer mehr als leben, so lässt sich auch sagen, der Körper als dieser mein Körper ist immer mehr als mein Körper; dieses ‚mehr‘ ist Entfaltung und Beziehung: es ist mein Leib. Denn als die Gestalt meiner lebendigen Anwesenheit in der Zeit ist mein Leib immer schon einbezogen: die leidvoll, aber auch verheissungsvoll offene Beziehung zu allen.“ (Marcel 1978, cit. Petzold 1980, 238)

Intersubjektivität wird durch ein inneres Beteiligtsein und Interesse am anderen als Person gekennzeichnet. Petzold (2012, cit. idem 1980f, 244ff) schreibt über ihren Stellenwert in der Therapie:

„So ist das wesentliche Ziel therapeutischer Arbeit (...), das Erleben von Mit-Sein zu wecken, zu ermöglichen, zu vertiefen und zu bekräftigen. (...) wo immer zwischen Therapeut(in) und Patient(in) diese Ebene primordialer Koexistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich (...) Hier geht es um ein existenzielles sich Einlassen, um eine Intersubjektivität, in der Berührung und Betroffenheit sehr konkret sind.“

Zur therapeutischen Grundhaltung gehört auch der Respekt gegenüber dem Anderen in seiner Andersheit. Wer Hilfe benötigt, ist dem Gegenüber, das Hilfe anbietet, in einer gewissen Abhängigkeit. Verstehen kann durchwegs zu Bemächtigung führen und dadurch entsteht eine Asymmetrie in der Beziehung, insbesondere wenn die Andersheit des Verstandenen negiert wird. Deswegen ist die Wertschätzung eines Patienten auch in seiner Andersartigkeit und Fremdheit wesentlich. In den Worten von Lévinas (1987): „Verantwortlich kann nur das autonome Subjekt sein.“

Lévinas ist ein weiterer wichtiger Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Neben der Ethik der Verantwortung ist das „Zwischen“, bzw. die Begegnung zwischen zwei Menschen Gegenstand seiner Betrachtungen. Ein weiteres Zitat von ihm (idem, 1999) lautet: "Einem Menschen begegnen heisst, von einem Rätsel wachgehalten zu werden." Damit betont er, dass unseren Möglichkeiten, den Anderen verstehen zu können, Grenzen gesetzt sind. Ich verstehe mein Gegenüber soweit, als sein Ausdruck, seine Leiblichkeit, Mimik, Gestik, Sprache oder seine Lebensweise mir zugänglich sind, weil ich vieles von mir selbst kenne. Ich verstehe ihn anhand seiner Geschichte, anhand dessen, was er ausdrückt. Der Andere ist mir verwandt, die eigene Verwundbarkeit macht fähig, den Anderen wahrzunehmen und von seiner Not berührt zu werden (vgl. Striedelmeyer 2003).

Intersubjektivität erfordert eine fundamentale Annahme des anderen als den, der er ist, verschieden von mir und mir doch verbunden. Sie gründet in dem Wissen, dass Ego nur möglich ist als Ego mit Alter, Ich mit dem Anderen (Petzold 2003, 120).

Katz-Bernstein und Zaepfel (2004, 389f) unterscheiden die Beziehung in Kinder- und Jugendlichentherapien in folgenden Aspekten von einer guten Alltagsbeziehung:

1. „Interaktionelles Resonanzverstehen“ (...) im Sinne einer theoriegeleiteten Intuition, ein Verstehen und sich Einfühlen können auf dem Hintergrund der Professionalität.

2. Die Möglichkeit, Beziehungsebenen zu wechseln, um den Klienten in seiner Entwicklung zu unterstützen (vgl. Finke 1999):

- Arbeitsbeziehung: Vereinbarung der Rahmenbedingungen des Therapiesettings
- „Alter-Ego-Beziehung“: Gefühle und Widerstände werden, als Hilfe zur Selbstklärung, stellvertretend für den Klienten verbalisiert.
- Übertragungsbeziehung: Beziehungsklärung findet mit Hilfe von sinngebenden Deutungsmöglichkeiten statt.
- Dialogische Beziehung: Die Wahrnehmungen des Therapeuten werden dem Klienten zur Verfügung gestellt.

4.2. Informierter Leib und die Rolle des Lernens

4.2.1. Das Konzept des Informierten Leibes

In der Alltagssprache wird der Begriff „Leib“ kaum mehr verwendet. Wir sprechen in der Regel von unserem Körper. Genau betrachtet umfasst Leib und Leiblichkeit jedoch mehr als Körper. Nach Merleau-Ponty (cit. Bolhaar, Petzold 2008, 10) ist der Leib nicht Körper, dem ein Geist gegenüber steht, sondern er ist an sich beseelt. Der Leib beinhaltet auch Person-Sein, Leben haben und Körperlichkeit. Die Integrative Therapie unterscheidet zwischen dem Leib, der ich bin und dem Körper, den ich in gewisser Weise haben kann. Unter Körper wird das physikalische und biochemische Substrat des Leibes verstanden (Petzold 1996, 32f). Der Leib ist zudem auf die Welt gerichtet und ökologisch eingebettet (Merleau-Ponty 1974, Bronfenbrenner 1978, cit. ibid.). Der Mensch wird somit als „Leibsubjekt in seiner Lebenswelt“ begriffen:

„Der Mensch als Leibsubjekt ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen – Verarbeiten – Handeln unlösbar mit der Lebenswelt verflochten – mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, bearbeitet,

beeinflusst sie ko-kreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise über die Lebensspanne hin.“
(Petzold 2006, cit. Bolhaar, Petzold 2008, 23)

Der Integrative Ansatz geht auf das Leibsujet, auf den wahrnehmenden, den sich ausdrückenden und den sich erinnernden Leib zurück. Über unsere Sinne haben wir spezifische „Wahrnehmungsfenster zur Welt“. Über sie nehmen wir unsere Lebenswelt und Mitmenschen wahr. Das Wahrnehmungspotenzial unseres Körpers wird als der „perzeptive (wahrnehmende) Leib“ bezeichnet. Dieser ist Basis aller Expressivität. Das Handlungspotenzial wird als „expressiver (ausdrückender) Leib“ benannt. Die Arbeit am leiblichen Ausdruck eröffnet wiederum den Zugang zur lebendigen Wahrnehmung. Wahrgenommenes und Ausgedrücktes wird im „memorativen (sich erinnernden) Leib“, im Leibgedächtnis gespeichert. Die Speicherung passiert in „Szenen“, d.h. in erlebnishaften Konfigurationen. Je vielfältiger der „Informierte Leib“ in der Therapie sensorisch (d.h. visuell, olfaktorisch, taktil, etc.) stimuliert wird, desto mehr Material wird in den Leibarchiven aktiviert und die Erinnerungen werden deutlicher und detaillierter (vgl. Bolhaar, Petzold 2008, 24f, Lukesch, Petzold 2011, 38f).

4.2.2. Lernen und Pubertät

„Leben ist Lernen, ist Verhalten in Lebensraum und Lebenszeit. Verhalten ist Lebensäußerung, Lern- und Gestaltungsprozess in Bezogenheit.“ (Petzold 1969, cit. Sieper, Petzold 2002, 1)

Wenn man mit Menschen arbeitet, so geht es immer um Lernen und Verhalten. In der Integrativen Therapie wird ausgehend von den Konzepten des informierten Leibs und dem Leibgedächtnis dem „komplexen Lernen“ eine wichtige Rolle beigemessen. Dieses Konzept ist breit gefasst, darunter wird nicht nur „overt behavior“ und das Lernen offenen Verhaltens subsummiert, sondern auch Kognitionen, Volitionen und interaktiv-kommunikatives Geschehen und entsprechende Lernprozesse einbezogen (vgl. *ibid.*, 2).

„Komplexes Lernen, d. h. Veränderung, geschieht differentiell, bereichsspezifisch und holographisch durch Synergieeffekte, durch Ereignisse von „vitaler Evidenz“ (d. h. die Synergie von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung, kognitiver Einsicht in interpersonaler Bezogenheit), die im „Leibgedächtnis“ (z. B. neurophysiologisch aber auch immunologisch) festgehalten werden.“ (Petzold 2008g, 17)

Therapeutische Veränderungen werden in der Integrativen Therapie als Lernprozesse angesehen. Lernen geschieht als mehrdimensionaler Vorgang, der Veränderungen auf

der körperlichen, der psychischen, der sozial-interaktiven und der kognitiven Struktur bewirkt (vgl. *Chudy, Petzold* 2011, 7f). Zudem sind Lernerfahrungen mit Mobilisierungen, teilweise Labilisierungen von Mustern verbunden, wodurch die Chance für Übergänge entsteht, und sich Strukturen neu formieren oder ganz neue Schemata entstehen. Erschrecken, Irritationen, Verwundern und Erstaunen sind Ausdruck solcher Perturbationen (vgl. *Sieper, Petzold* 2002, 10).

Ausgehend vom ganzheitlichen Leibbegriff im Sinne Merleau-Pontys, sind in der Therapie emotional zugewandte, supportative und spiegelnde Interventionen wichtig. Dadurch kann der Patient zur Selbstentfaltung angeregt werden. Damit die Veränderungen nachhaltig sind, kommt neben dem Verstehen und der Einsicht in der Therapie der konkreten Umsetzung und Übung eine wichtige Rolle zu: Was nicht geübt wird, bahnt sich nicht, schleift sich nicht ein, und ohne Habitualisierungen haben Veränderungen keinen Bestand (*ibid.*, 46). Gerade Kinder und alte Menschen sind zwei Zielgruppen, bei denen ohne „Performanz-Orientierung“, ohne Ausrichtung auf konkretes, offenes Verhalten effektive Psychotherapie nicht möglich ist (vgl. *ibid.*, 6).

Zudem ist in der Pubertät durch die neurobiologischen Wachstumsprozesse, insbesondere im präfrontalen Bereich sowie die hormonellen und körperlichen Veränderungen ein biophysiologisches Geschehen im Gange, welches die Jugendliche oft für die rationale Argumentation der Erwachsenenwelt unzugänglich macht (vgl. *Petzold* 2009, 291). In dieser Entwicklungsphase ist die Identitätsbildung das zentrale Thema.

Herzka (1991, 184f) beschreibt das jugendliche Erleben folgendermassen:

„Der Jugendliche fühlt manchmal allmählich, manchmal sprunghaft die Widersprüchlichkeit, die zu jedem Menschen gehört, und er wird sich ihrer bei sich selbst zumindest teilweise bewusst. Es gelingt ihm aber erst nach und nach, diese Widersprüche und Gegensätzlichkeiten in sich zu vereinigen und die Spannungen auszuhalten und auszugleichen (...). Der Jugendliche fällt immer wieder von einem Extrem ins andere, weil er im Grunde fühlt, dass beides zu ihm gehört. Er ist von der Aufgabe, „mit sich selbst fertig werden“, fast gänzlich in Anspruch genommen und muss sich vor allem mit seiner eigenen Identität befassen.“

Hurrelmann (2009) beschreibt die Pubertät als tiefgreifenden Einschnitt in die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen. In ihr trete durch die Geschlechtsreife nach einer relativ kontinuierlichen Entwicklung in der Kindheit ein abruptes Ungleichgewicht in der körperlichen Entwicklung und psychischen Dynamik ein.

„Es ist eine Art Neuprogrammierung nicht nur von physiologischen, sondern auch psychologischen und sozialen Regulierungs- und Bewältigungsmustern notwendig, um

auf die sich veränderten inneren und äusseren Bedingungen reagieren zu können. Die psychischen Bewältigungsstrategien zur Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Herausforderungen aus dem biologischen, sozialen und ökologischen Bereich sind jetzt völlig neu. Es werden Anforderungen an die Selbständigkeit und Eigeninitiative gerichtet, die in der Kindheit noch nicht charakteristisch waren.“ (ibid, 271f)

Die therapeutische Arbeit stellt aufgrund dieser komplexen Situation, in der sich die Jugendlichen befinden, besondere Herausforderungen an den Beziehungsaufbau aber auch an eine realisierbare Zieldefinition.

„Wenn man mit Jugendlichen arbeitet, muss man ihre gesamte Lebenswelt mit ihren sozialen Bezügen, ihre ganze Persönlichkeit einbeziehen: ihre Leiblichkeit, ihr Seelenleben, d.h. ihre Gefühle, ihr Denken, ihr Wollen und Handeln, ihre Werte und Zielvorstellungen, sonst greift man zu kurz, wird sie nicht erreichen und sie nicht ‚auf den Weg‘ bringen können, eine gute Zukunft für sich zu gestalten“ (Petzold 1969c, cit. idem 2009, 287).

4.3. Die vierzehn Wirkfaktoren in der Psychotherapie

„Was wirkt in einer Therapie?“ ist eine zentrale Frage, mit der sich Psychotherapie immer wieder beschäftigen sollte; sowohl in den konkreten einzelnen Prozessen wie auch im Allgemeinen. In der Integrativen Therapie wurde untersucht, welche Faktoren in Heilungsprozessen bezüglich einer Symptomreduktion und insgesamt auf das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten wirken. In einer eigenen konzeptanalytischen Auswertung wurden 120 Therapiestudien aus den Jahren 1973-1990 verschiedener Therapierichtungen aufgrund der Nennungen durch die Autoren auf die *main factors* hin untersucht und gewichtet. Zudem wurden 240 am Fritz-Perls-Institut angefertigte Graduierungsarbeiten und Publikationen wiederum hinsichtlich der genannten therapie- und veränderungswirksamen Faktoren konzeptanalytisch ausgewertet (Petzold 2003a, 745f). Insgesamt kristallisierten sich vierzehn therapeutische Wirkfaktoren heraus, welche in der auf der nächsten Seite folgenden Tabelle in der Reihenfolge ihrer Gewichtung aufgeführt sind.

Schulen übergreifend lassen sich mehrere zentrale therapeutische Wirkungsbereiche unterscheiden: die therapeutische Beziehung, das Verstehen/die Akzeptanz, Problemaktualisierung, praktische Problembewältigung, Ressourcenaktivierung, Netzwerkarbeit, Identitätsentwicklung, leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation. Der wichtigste Faktor für Therapieerfolg bleibt dennoch die „Passung“, also die therapeutische Beziehung (Petitjean Gottfried 2002, 3).

Die „vierzehn Wirk- und Heilfaktoren“ der Integrativen Therapie

1. Einführendes Verstehen, Empathie **EV**
 2. Emotionale Annahme und Stütze **ES**
 3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung **LH**
 4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**
 5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen **EE**
 6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**
 7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung **LB**
 8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**
 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**
 10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte **PZ**
 11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension **PW**
 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ **PI**
 13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke **TN**
 14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung **SI**
- (*Petzold* 2003a, revid. aus idem 2008d)

Die Faktoren, welche im Therapiegeschehen als integrierende Beziehungserfahrungen erlebt und damit verinnerlicht werden, sind Wirkmomente für eine gesunde Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hin. *Petzold* (2012) spricht in Anlehnung an *Wygotski* von „Interiorisierung“, was bedeutet, dass ein Mensch beispielsweise die erlebte Wertschätzung durch einen Therapeuten, durch ihre Verinnerlichung, sich selbst gegenüber empfinden lernt und dadurch Selbstwert entwickelt.

Gerade der erste und wichtigste Wirkfaktor „Empathisches Verstehen“ ist in der Lebensgeschichte und -gegenwart der meisten Patienten Mangelware. Die Therapie vermittelt diese Qualität, vermindert das Defizit, kontrastiert Mangelserfahrungen (idem, 2003a, 745).

Die Wirkfaktoren sind auch für die Resilienzbildung von wichtiger Bedeutung. Um eine nachhaltige Wirksamkeit zu erreichen, sollten sie im Sinne des integrativen „life span development approach“ systematisch in therapeutischen Prozessen berücksichtigt werden (idem, 2012). Ihr Einsatz in der Psychotherapie sollte jedoch nicht missverstanden werden: Heilung und Förderung geschehen nicht primär durch die Anwendung von Faktoren. Basis bildet immer ein heilsamer therapeutischer Prozess, aus dem heraus die Wirkmomente entstehen. Sie werden in Ko-respondenz mit den Patientinnen und Patienten eingesetzt.

5. Überblick über den Prozess

In der Folge wird der Text, welcher das Prozessbeispiel beschreibt, kursiv geschrieben. Um klar abzugrenzen, was zur Analyse und was zur Beschreibung gehört, soll dies der Leserlichkeit dienen.

Sandra ist zum Zeitpunkt der Kontaktnahme 14 ½ Jahre alt. Grund der Anmeldung beim Schulpsychologischen Beratungsdienst ist die Schulverweigerung, welche plötzlich eingetreten ist.

Im Erstkontakt wird deutlich, dass Sandra grosse Blockaden und Ängste zeigt, welche die Schule betreffen. Sie hat Versagensängste, kann dem Druck der Schule nicht mehr standhalten und hat bei Prüfungen sowie in der Stoffwiedergabe Blackouts. Dadurch haben die Konzentration und auch die Motivation erhebliche Einbrüche erlitten. Zudem treten im Zusammenhang mit dem Schulbesuch psychosomatische Reaktionen wie Übelkeit, Schweissausbrüche und Zittern auf. Die Symptomatik hat sich im Verlauf der letzten Monate so verstärkt, bis auf den Einbruch nach den Ferien, seitdem Sandra den Schulbesuch gänzlich verweigert.

Folgende Diagnose kann nach ICD-10 gestellt werden:

- *Schulangst: F40.2 spezifische (isolierte) Phobie*

Es zeigt sich folgender Verlauf: In den ersten drei Monaten wird über den Schulsozialarbeiter ein schulisches Time-Out mit einem Arbeitseinsatz in einer Kinderkrippe eingerichtet. Parallel dazu geschieht ein gestufter Wiedereinstieg in die Schule. Dieser wird von mir als Schulpsychologin mit Sandra vorbereitet und begleitet. Er geschieht in enger Zusammenarbeit mit der Schulleitung, der Lehrperson und der Mutter.

Im therapeutischen Prozess wird die Jugendliche ressourcenorientiert gestärkt. Die Probleme, welche den Schulbesuch verhindert haben, werden angegangen und noch nicht genutzte Potenziale zugänglich gemacht. Nach vier Monaten ist wieder ein voller Schulbesuch möglich. Die Angstsymptomatik hat sich weitgehend aufgelöst. Gewisse fächerspezifische Ängste bestehen eine Zeitlang weiter, legen sich danach auch. Zu den psychosozialen Umständen ist anzumerken, dass Sandras Mutter alleinerziehend und ihr Vater seit der Geburt kaum präsent ist. In der Vergangenheit hat er partiell Kontakt aufgenommen, jedoch unzuverlässig. Dies hat zu Störungen geführt.

6. Krankheit und Gesundheit – Bedingungsfaktoren im Prozessbeispiel

„Wir begreifen die seelischen Fehlentwicklungen von Kindern als Resultat verschiedener Verursachungsmomente. Diese reichen von der biologischen Grundausstattung über systemische, psychodynamische bis hin zu ökologischen Faktoren.“ (Metzmacher et al. 1996, 8)

Krankheit und Gesundheit werden auf dem Hintergrund einer lebenslangen und differenziellen Perspektive verstanden, im Sinne einer „clinical life span developmental psychology“ (vgl. Sieper 2007). Schliesslich spielen Schädigungen und heilende Prozesse während des ganzen Lebens eine prägende Rolle. Krankheit und Gesundheit sind in der Integrativen Therapie in dialektischem Zusammenhang zu sehen: Sie sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz (Petzold 2003a, 447). In der Gesundheits- bzw. Krankheitslehre wird die Annahme eines Geschehens mit vielen Einflüssen und Faktoren (multifaktorielle Ereignisse) in den Mittelpunkt gestellt (Leitner 2010, 163). Für den Menschen ist „leibliche Gesundheit“ mehr als körperliches Funktionieren. Gesundheit umfasst daher auch Qualitäten wie seelische Ausgewogenheit, geistiges Interesse, zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung, soziales Engagement und ökologische Bewusstheit (ibid., 165f). Auch die Weltgesundheitsorganisation gewichtet nicht nur die körperlichen Aspekte. Sie definiert Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (cit. Wikipedia, 04/13). In der Integrativen Therapie wird Gesundheit nicht unter allen Umständen als Freisein von Krankheit verstanden, sondern eher als Fähigkeit mit gewissen Einschränkungen und Schädigungen zu leben. Dies kommt im erweiterten Gesundheitsbegriff zum Ausdruck:

„Es gibt zu viele Menschen, die trotz eines „gesunden“ Funktionierens ihre Integrität verloren haben, und andere, die mit schwerer körperlicher Erkrankung gesund sind, weil sie im Zentrum ihrer Hominität „heil“ sind, weil sie in ihrem Lebensvollzug Integrität realisieren können.“ (Petzold 2003a, 447)

Die Entstehung von psychischen Störungen wird einerseits aus der anthropologischen andererseits aus der klinischen Perspektive betrachtet:

„Entfremdete und verdinglichende Lebenszusammenhänge (anthropologische Krankheitstheorie) und interagierende Ketten protektiver, kritischer und defizitärer Einflüsse bestimmen als „pathogene Stimulierungskonstellationen“ nebst genetischen Dispositionen (klinische Krankheitstheorie) in ihrer Synergie bzw. Konvergenz Gesundheit und/oder Krankheit, die Ausbildung von Resilienzen oder von Symptomatiken oder das Generieren von Ressourcen.“ (Petzold 2008g, 18)

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Krankheitsmodelle vorgestellt.

Anschliessend zur jeweiligen Theorie werden anhand des Prozessbeispiels die Faktoren erläutert, welche für die Entstehung von Krankheit bei Sandra eine Rolle gespielt haben. Dies dient als Einführung für die folgende Analyse.

6.1. Krankheit aus anthropologischer Sicht

Die Integrative Therapie spricht von „multipler Entfremdung“, wenn der Mensch in verschiedenen Bereichen von sich selbst und anderen entfremdet ist. Dieser Fremdheit liegt zugrunde, dass mir meine Mitmenschen, Gefühle, die Natur etc. nicht mehr vertraut sind. Ich kann sie mir unter Umständen auch nicht mehr vertraut machen, weil sie zu sehr fremdbestimmt sind (Rahm et al. 1995, 87). Da die Bezogenheit zu sich selber und zur Umwelt verloren geht, ist Entfremdung für das Leben bedrohlich. In einer anthropologischen Perspektive betrachtet, steht Gesundheit damit für Qualität der Zugehörigkeit und Lebendigkeit (Petzold 2010b, 8).

Die multiple Entfremdung des Menschen umfasst u.a. die Entfremdung

- vom eigenen Leibe
- von den Mitmenschen
- von der Lebenswelt
- von der Arbeit und
- von der Zeit

(Leitner 2010, 167)

Im vorliegenden Prozessbeispiel von Sandra fand in verschiedenen Bereichen eine Entfremdung statt. Sandra ist als Zwölfjährige (anfangs Pubertät, in der die Beziehung zu

Peers eine wichtige Rolle spielt) mit ihrer Mutter von einem ländlichen in ein eher urbanes Gebiet umgezogen. Nach dem Umzug hat sie Schwierigkeiten, sich zugehörig zu fühlen. Nach einer anfänglich äusserlich gelungenen Integration, kommt es zu innerlichem Rückzug, zur Entfremdung von den bisherigen Kolleginnen und zur Orientierung an einer marginalen jugendlichen Subkultur. Danach öffnet sich Sandra wieder mehr gegenüber dem unmittelbaren Umfeld und passt sich äusserlich mehr an, ein Grundgefühl der Einsamkeit bleibt bestehen. Durch den exzessiven Medienkonsum konzentrieren sich ihre Kommunikationskanäle auf die virtuellen Kontakte im Internet und reale Freundschaften werden vernachlässigt. Auch körperliche Aktivitäten und Aufenthalte in der Natur kommen nur noch reduziert vor. Das grundlegende Bedürfnis nach Schlaf wird während längerer Zeit übergangen, wodurch eine Entfremdung vom eigenen Leibe passiert. In vielen anderen Situationen sind für die Entstehung von Schulverweigerung die Ausgrenzung durch Klassenkameradinnen oder Mobbing im Schulhaus mitverursachend. Findet in einer solchen Situation nicht eine äusserliche Steuerung und Unterstützung durch erwachsene Bezugspersonen statt, so folgt nach einem innerlichen Rückzug auch der äusserliche.

6.2. Krankheit aus der klinischen Perspektive

6.2.1. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen

Dieses Erklärungsmodell fokussiert auf schädigende Einflüsse, die den gesundheitsfördernden und protektiven Stimulierungen entgegenstehen. Darin werden die Auswirkungen erlebter Defizite, Konflikte, Störungen und Traumata auf die Entwicklung der Persönlichkeit beschrieben. Die Schädigungen entstehen im Entwicklungsverlauf und werden anhand der Stimulierung beschrieben. Dieses Stimulierungskonzept ist ein formales Modell, welches konkretisiert werden muss, damit es handlungsrelevant wird. Dabei wird zwischen folgenden Schädigungen unterschieden (vgl. *Petzold* 2003, 463ff, *Leitner*, 2010, 169f):

- Traumata (bei schädlicher Überstimulierung, z.B. körperliche Verletzung oder abrupte Trennung)
- Defizite (und Mangel Erfahrungen bei fehlender oder einseitiger Stimulierung, aufgrund derer ein Mensch notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht ausbilden kann, z.B. Vernachlässigung)
- Störungen (bei inkonstanter oder uneindeutiger Stimulierung, z.B. double-binds)

- Konflikte (bei gegenläufigen, widerstreitenden Stimulierungen, aufgrund derer Spannungszustände und widerstreitende Wertbezüge entstehen, z.B. eine strenge Mutter und ein sehr nachgiebiger Vater, die sich in der Erziehung uneinig sind)

Im Prozessbeispiel spielt auf der psychodynamischen Ebene der physisch abwesende, aber immer wieder in Erscheinung tretende Vater eine Rolle. Er hat kurz nach der Geburt von Sandra seine Familie verlassen und ist an Geburtstagen oder speziellen Anlässen immer wieder aufgetaucht. Durch verschiedentliche Versprechen (dass er sie nun häufiger besuchen komme u.ä.) sowie Geschenke hat er bei der kleinen Sandra viele Hoffnungen geweckt. Das Mädchen habe laut Angaben der Mutter ihren Vater vergöttert. Die Versprechen wurden häufig nicht eingehalten, was viele Enttäuschungen (oder im obigen Modell Störungen und Defizite) zur Folge hatte. Schliesslich hat sich Sandra als 10-Jährige von ihrem Vater losgesagt. Über Facebook ist sie jedoch zwei Jahre später wieder mit ihm in Verbindung getreten. Dies hat zu einer Krise geführt, da sie dabei herausgefunden hat, dass ihr Vater parallel zu ihrer Geburt eine Familie gegründet hat, mit der er sein Leben noch immer führt (dies kommt im Sinne einer seelischen Verletzung im obigen Modell einem Traumata gleich). Das Gefühl von Minderwertigkeit und eines grundsätzlichen Misstrauen geht bei Sandra soweit, dass sie ernstgemeinte Komplimente von Lehrpersonen und anderen Bezugspersonen kaum annehmen und damit nicht interiorisieren kann. Trotz dem Wissen um die eigenen Kompetenzen sind die positiven selbstreferentiellen Gefühle Mangelware. Sie selber äussert, dass sie zu einer Musikband (v.a. zum Leadsänger) eine „Sucht“ entwickelt habe. Sie sucht zur Band über die Social Medias ständig Kontakt. Dieses Verhalten kann auf dem Hintergrund der Psychodynamik als Bewältigungsversuch gedeutet werden, „väterliche Anerkennung“ zu erlangen.

6.2.2. Das Pathogenesemodell zeitextendierter, multifaktorieller Belastung

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, unzureichende äussere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar ausser Kraft gesetzt werden – Krisen sind die Folge.“ (Petzold 1968, cit. ibid, 2003, 472)

Dieses Mehrebenenmodell bezieht das vorhergehende Modell der Schädigungen im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung ein, bekommt aber durch den Einbezug der

Mikro-, Meso-, Makro- und Megaebenen (Kontext) und die zeitlichen Einflüsse aus der Vergangenheit und Zukunft (Kontinuum) eine erweiterte gesellschaftliche Perspektive. Es berücksichtigt die historischen, aktuellen Rahmenbedingungen und den Zukunftshorizont der Gesellschaft. Dabei fokussiert es auf die vielfältigen Be- und Überlastungen im jeweiligen Lebenszusammenhang. Je nach Lebenslage kommen aus dem jeweilige Kontext (Beruf, Familie, Freundeskreis, aufgrund der Schichtzugehörigkeit etc.) quantitative und qualitative Anforderungen auf ein Individuum zu, das es erfüllen soll. Wenn ihm die Bewältigung gelingt, trägt dies zu einer stabilen Identität bei. Kann es den Anforderungen nicht genügen, fehlen Support und Ressourcen, so kann dies zu Überforderungen (Distress) führen (vgl. *Leitner* 2010, 171, *Petzold* 2003a, 469ff).

Bei Sandra haben sich die Alltagsbewältigung und die schulischen Anforderungen zu einer Belastung entwickelt. Dies auf dem Hintergrund eines exzessiven Medienkonsums in Form eines Suchtverhaltens, welches zu Schlafentzug geführt hat. Aufgrund einer mangelnden persönlichen Stabilität, fehlender Ressourcen und der unzureichenden Unterscheidung der Nebenrealität von der Realität entwickelten sich die schulischen Anforderungen zur Überforderung. Fehlende innere Steuerungsmöglichkeiten und die mangelhafte externe Beschränkung des Konsums durch die Mutter (die fehlende elterliche Steuerung) haben die Situation zum Eskalieren gebracht, bis die Krise in Form einer Schulverweigerung eingetreten ist.

6.2.3. Das Pathogenesemodell der Repression, Dissoziation, Retroflexion, Selbstanästhesierung

„Die Verhinderung emotionalen und motorischen Ausdrucks kann krankheitsverursachend sein. Je basaler die Emotionen sind, je näher sie – wie Izard, Clynes oder Bloch gezeigt haben – den Grundgefühlen liegen (z.B. Hass, Liebe, Freude, Begierde, Überraschung, Ekel, Scham, Traurigkeit usw.), desto schwieriger wird es für den Menschen, sich der ergreifenden Macht der Gefühle zu widersetzen.“ (*Leitner* 2010, 174)

Dieses dritte Pathogenesemodell fokussiert auf die Unterdrückung der sich aufdrängenden emotionalen und expressiven Impulse. Der Mensch ist ein multisensorisches und multiexpressives Wesen. Stimulierungen lösen im Leibsubjekt physiologische Reaktionen, Emotionen und kognitive Resonanzen aus. Zum Verarbeiten und Integrieren von Eindrücken gehört auch, dass man sich wieder ausdrückt. Gerade

bei emotionaler Ergriffenheit dient ein expressives Verhalten der Selbstregulation und stösst beim Gegenüber auf Resonanz. Die Verhinderung des emotionalen Ausdrucks kann gesundheitsschädigend sein, Depressionen, psychosomatische Reaktionen oder Affektflachheit entstehen.

Sandra bemerkt, dass sie sich oft eine „Maske“ aufsetze. Ihr sei im Leben viel Unmut von anderen entgegengekommen. Mir ihrem abweisenden Gesichtsausdruck lasse man sie eher in Ruhe. Auf meine Rückfrage hin bestätigt sie, dass diese Maske bei ihr eine gedämpfte Grundstimmung hinterlasse. Sie bemerkt, dass es ihr gut tue, wenn sie sich in gewissen Situationen mit Freundinnen ausgelassen zeigen könne.

6.3. Ressourcen, Potenziale und der „erweiterte Gesundheitsbegriff“

„An erster Stelle aber stehen die Analyse der Lebenswelt und der Lebenslage der PatientInnen mit ihren Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren, ihren Defiziten und Resilienzen mit ihren Problemen, Ressourcen und Potentialen (PRP), den Chancen und Grenzen, woraus sich dann die Interventionen bestimmen, die gemeinsam erarbeitet und entschieden werden, im „informed consent“.“ (Petzold 2008g, 16)

Parallel zur pathogenetischen, bzw. problemorientierten Sicht – und darüber hinaus – sollten die vorhandenen Ressourcen und Potenziale in den Blick genommen werden. Diese sind im Hinblick auf die Förderung und Erhaltung von Gesundheit immens wichtig. Die Integrative Therapie ist nicht nur ein klinisches Heilverfahren sondern auch eine Methode der Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Die Psychotherapieforschung bestätigt, dass die Aktivierung und Förderung von Ressourcen und Potenzialen eine wichtige Rolle spielen (Grawe 1998).

Erweitert durch agogische, kompetenz- und performanztheoretische sowie entwicklungspsychologische Perspektiven wird der „erweiterte Gesundheitsbegriff“ folgendermassen dargelegt:

„Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte, bewertete und external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt gesehen. Der gesunde Mensch nimmt sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr. Im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage ist er imstande, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Auf dieser Grundlage kann er seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickeln.“ (Petzold 1993a, 553)

Gerade in der Kinder- und Jugendlichkeitherapie des Integrativen Ansatzes wird entschieden der Fokus auf die gesundheitsfördernden Einflüsse gelegt. Diese werden nach Möglichkeit verstärkt. Salutogenese (Antonovsky 1987) ist damit ein Hauptanliegen therapeutischen Handelns.“ (vgl. Petzold 1996, S. 191)

Im Leben von Sandra lassen sich auch mehrere protektive Faktoren, Resilienzen und innere Ressourcen feststellen. Ich nenne hier nur ein paar Beispiele: Sandra hat eine sehr liebevolle und stützende Mutter, bei der sie Trost findet und die sie mit ihren Ecken und Kanten annimmt. Der Sohn einer Freundin der Mutter hat in ihrem Leben früher als Beschützer vor stärkeren Kindern eine wichtige Rolle gespielt. Mit ihrem starken Willen und ihrer Durchsetzungskraft hat sie sich schon als Kind vieles erarbeitet.

7. Analyse des Prozesses anhand der vierzehn Wirkfaktoren

In diesem Kapitel findet die Analyse des vorliegenden Prozesses hinsichtlich seiner Wirkmomente statt. Dabei werden das therapeutische Handeln, die therapeutische Beziehung und die eingesetzten Techniken reflektiert. Die Strukturierung des Prozessbeispiels passiert anhand des „tetradischen Systems“, welches eine sinnvolle Gliederung bietet. In Anlehnung an Freuds „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“, Lewins „unfreezing, change, refreezing“ und Morenos „warm up, acting, sharing“ hat Petzold 1969 ein vierstufiges Handlungsmodell, das „tetradische System“ der Psychotherapie, erarbeitet. Es wurde durch die vierte Stufe gezielter Veränderung erweitert. Es handelt sich um einen Ko-respondenzprozess zwischen den am therapeutischen Geschehen beteiligten Personen (vgl. Petzold 2003, 165, 500). Das tetradische System beschreibt folgende Phasen:

1. Initialphase: Identifizierung und Formulierung des Problems, Herstellung von Kontakt und einer Vertrauensbasis.
2. Aktionsphase: Durcharbeiten, Erfahrungen von vitaler Evidenz, in der emotionale Erfahrungen, leibliches Erleben und rationales Verstehen zusammenfließen.
3. Integrationsphase: Durcharbeiten und vertieftes Verstehen des Erlebten, das in den Lebenskontext eingeordnet werden kann.
4. Neuorientierung: Aus dem Erfahrenen werden Konsequenzen gezogen, um das Leben zu verändern.

Dieses Modell bezieht sich einerseits auf den Verlauf innerhalb einer Sitzung, andererseits auf den Prozess über eine Therapie hinweg. Es ist idealtypisch konstruiert, so dass in der Praxis durchwegs auch Abweichungen sinnvoll sein können (vgl. *Rahm* 2011, 165). Für das vorliegende Prozessbeispiel habe ich eine zusätzliche Phase eingefügt, welche ich Stabilisierungsphase nenne. Sie charakterisiert den Übergang der Initial- zur Aktionsphase und ist zur Veranschaulichung des Prozesses hilfreich. Die Analyse des therapeutischen Geschehens passiert anhand der im Kapitel 4.3. beschriebenen Wirkfaktoren. Die Übersicht befindet sich auf Seite 16.

7.1. Initialphase: Problemanalyse, Beziehungsaufbau

Die telefonische Kontaktaufnahme der Mutter mit dem Schulpsychologischen Beratungsdienst ist durch eine hohe Dramatik gezeichnet. Sie bringe ihre Tochter nicht mehr zur Schule. Das Mädchen habe ihr bei einem Versuch, sie zur Schule zu bringen, gedroht, aus dem Auto zu springen. Sandra hat bis in die Oberstufe eine unauffällige Schullaufbahn durchlaufen. Die Schulprobleme haben sich im letzten halben Jahr abgezeichnet, das Mädchen habe immer mehr Ängste vor Leistungsanforderungen entwickelt. Im gemeinsamen Erstgespräch mit der Mutter und der Jugendlichen wird deutlich, dass sie sich momentan einen Schulbesuch absolut nicht zutraut, sich völlig überfordert fühlt und starke psychosomatische Reaktionen entwickelt hat. Am Morgen werde es ihr schlecht beim Gedanken in die Schule zu müssen, sie habe sich deswegen auch schon erbrechen müssen, sie zittere stark. Wenn sie im Unterricht zur mündlichen Teilnahme aufgefordert werde, habe sie alles vergessen und auch in den Prüfungen habe sie Blackouts. In der Schule fanden deswegen schon Gespräche statt, welche kurzfristig etwas Entspannung brachten, aber nicht nachhaltig wirkten. In den ersten beiden Einzelsitzungen wird die Blockade zum Gesprächsthema. Sinnbildlich beschreibt Sandra diese als Barriere, über welche sie die Steuerungskontrolle verloren habe und welche momentan schon nur beim Gedanken an den Schulbesuch runtergehe. Mit Sandra finde ich eine gemeinsame Kommunikationsebene und wir definieren einen gestuften Wiedereinstieg in die Schule als therapeutisches Ziel, so dass diese nicht mehr als stressig und überfordernd, sondern positiv erlebt werden kann.

Analyse des therapeutischen Geschehens

In dieser Erwärmungsphase ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung wesentlich. „Die Passung“ ist der wichtigste Faktor, damit eine Therapie erfolgreich sein kann (vgl.

Petitjean Gottfried 2002, 3). Deswegen ist das Intersubjektivitätskonzept ein wichtiger Grundpfeiler in der integrativen Therapie (vgl. Kapitel 4.1.). Beziehung bildet den Hintergrund für Wachstum, für die Bildung, Formung und Vervollkommnung von Identität (*Ramin* 1987, 816).

In der Kontaktaufnahme und beim Beziehungsaufbau spielen die ersten beiden Wirkfaktoren einfühlendes Verstehen, Empathie (**EV**) und emotionale Annahme und Stütze (**ES**) eine wichtige Rolle.

„Empathie gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, u.a. durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, cerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer Performanz ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales Wahrnehmen „mit allen Sinnen“ erfordern. (*Petzold* 2009, 319f)

Sandra erfährt Akzeptanz darin, dass sie „versagt“ und völlig blockiert ist. Die Problemanalyse zeigt, dass ein Schulbesuch in der Anfangsphase noch nicht zumutbar ist. Mir ist es wichtig, Sandra dort abzuholen, wo sie steht, um sie für die ersten Schritte motivieren zu können. Dazu gehört das Aushalten und Annehmen der Versagensgefühle und die eigenleibliche Resonanz, wie *Katz-Bernstein* (1996, 137) schreibt, „dass die Leistung des Therapeuten zunächst darin besteht, die eigenen ambivalenten Gefühle auszuhalten, ihnen Raum und damit auch ein Modell für einen Umgang mit ihnen zu geben. Ein Raum, in dem Ohnmacht und Ratlosigkeit so lange herrschen dürfen, bis sich eine neue Wendung, ein neuer Impuls, eine neue Differenziertheit, Trost oder Relativierung einstellen kann.“

Für den Beziehungsaufbau wichtig ist, Sympathie für das Gegenüber zu empfinden und es in seiner „Eigenheit“ zu mögen. Sandra ist mir auf Anhieb sympathisch, einerseits kann sie differenziert wahrnehmen und beschreiben, andererseits ist sie mit ihrer kritischen Zurückhaltung auch immer wieder eine Knacknuss, was in mir einen gewissen Ehrgeiz weckt.

Im Gespräch mit Sandra und durch das Entstehen Lassen von Bildern wie demjenigen der „Barriere“ wird die Problemeinsicht gefördert (**EE**). Durch die Bilder erlangt Sandra eine gewisse Exzentrizität zu sich selber in der aktuellen Situation. Daraus ableitend kann auch das Ziel formuliert werden, in Zukunft wieder mehr Kontrolle über die Steuerung zu gewinnen. Vorerst steht aber im Vordergrund zu verstehen, was die Funktion der Barriere ist und für was sie auch hilfreich sein könnte.

Trotz der ergreifenden Situation gelingt es uns bald, positive Zukunftsperspektiven zu entwickeln (**PZ**). Der Resignation und Angst setze ich therapeutischen Optimismus und

eine Ressourcenorientierung (vgl. Miller et al. 2000) entgegen. Sandra interiorisiert dies und sagt gegenüber der Mutter, es sei, wie wenn ein Engelchen ihr ins Ohr flüstern würde: „Du wirst es schaffen.“ Es wird für sie eine innere Gegenstimme, die andere negative Stimmen abschwächen kann.

Als Technik setze ich in der ersten Einzelsitzung das Ressourcenfeld (Petzold, Orth 1990a, 624) ein. Ressourcen sind Mittel zur Bewältigung von Anforderungen und gute Quellen, aus denen die Kreativität schöpft. Sie können genutzt werden, um Entwicklungspotenziale freizusetzen und zu nutzen (vgl. Petzold 1997p).

Felddarstellungen ermöglichen eine Überschau und sind wiederum Visualisierungshilfen, welche einerseits das Selbst- und Identitätserleben fördern (PI) und andererseits die sozialen Netzwerke in Erinnerung rufen (TN). Diese Technik ist hilfreich, da sich Sandra dadurch ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der externen Ressourcen bewusster wird. In einem stagnierten Entwicklungsprozess geben sie Anhaltspunkte, an welchen Fähigkeiten wieder angeknüpft werden kann und welche Personen im Umfeld Unterstützung geben.

7.2. Stabilisierungsphase: haltgebende Strukturen und Spannungsregulation

Nach Rücksprachen mit der Schule wird für Sandra über den Schulsozialarbeiter ein Time-Out organisiert. Für zwei Monate ist sie von der Schule dispensiert, sie arbeitet dafür in einer Kinderkrippe mit. Parallel dazu wird sie weiter therapeutisch begleitet und ein gestufter Wiedereinstieg wird vorbereitet. Diese Phase befindet sich im Übergang von der Initial- zur Aktionsphase. Die Problemanalyse wird weitergeführt und gewisse erste Handlungen sowie Massnahmen werden eingeleitet, dabei steht die Stabilisierung im Vordergrund.

Die multifaktoriellen Ursachen für die Blockade (Störungen, Entfremdungserscheinungen, Überbelastung; wie sie im Kapitel zu den Krankheitsmodellen beschrieben sind) werden nach und nach deutlich. Im Umgang mit ihren Ängsten stelle ich Sandra Strategien zu Verfügung, mit denen sie sich besser regulieren lernt. Als erstes beschäftigen wir uns anhand von Übungen und Beobachtungen mit der Atmung. Danach leite ich sie anhand einer geführten Imagination dazu an, ihren „Safe Place“ zu finden und ihn immer wieder aufzusuchen.

Therapeutisches Geschehen

Das Time-Out hat zum Ziel, Sandra in eine alternative und haltgebende Struktur einzubinden. Die Kinderkrippe ist ein Umfeld, in dem übersichtliche, bindende Strukturen vorhanden sind und Mithandeln verlangt wird. Dies hilft, zu verhindern, dass Sandra in einen Ausnahmezustand ohne Strukturen gerät; oder wie *Petzold* (2003, 50) sagt: „Traumatisierte Kinder brauchen eine Zone optimaler Nähe“. In diesem Umfeld werden praktische Lernmöglichkeiten gefördert (**LM**).

Im therapeutischen Prozess geschieht eine weitere Auseinandersetzung damit, wie es zur aktuellen Blockade gekommen ist. Dabei werden mit der Stuhlarbeit, einer gestalttherapeutischen Technik, verschiedene Persönlichkeitsanteile (Ego-States), in Dialog gesetzt. Das Selbst- und Identitätserleben wird damit gefördert (**PI**). Durch die Förderung von Einsicht (**EE**) kommt es zu einer grösseren Akzeptanz von eigenen Schwächen. Durch das Einnehmen verschiedener Rollen und Verkörpern eigener Persönlichkeitsanteilen kommen kreative Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte zum Zuge (**KG**).

Die psychophysische Entspannung (**LB**) ist in der Therapie von Ängsten zentral. Sie wird in allen Verfahren, schulenübergreifend eingesetzt. Das stark erhöhte Erregungsniveau bei Ängsten kann so reguliert werden. Das Prinzip besteht in einer allmählichen Annäherung an (...) die gefürchtete Situation bei gleichzeitiger Gegenkonditionierung durch eine mit Angst inkompatible Reaktion, die körperliche Entspannung (*Steinhausen* 2000, 126).

„Entspannung ist die Fähigkeit, die Möglichkeiten des psychophysiologischen Systems zur ‚down regulation‘ von Erregungs- und Übererregungsprozessen bzw. -zuständen intentional zu nutzen – über Top-down-Techniken mentaler Regulation from mind to muscle oder Bottom-up-Techniken muskulärer und respiratorischer Regulation from muscle to mind, oder durch eine Kombination beider Ansätze.“ (*Petzold* 2000g)

Bei Sandra setze ich als übungszentriertes-funktionales Vorgehen zur Entspannung Atemübungen ein, im Sinne eines „Bottom up“-Ansatzes. Durch das Fokussieren der leiblichen Wahrnehmung auf den eigenen Atem entsteht ein Gefühl der Entspannung. Die Imagination eines „Safe Place“ ist eine „Top-down“-Technik. *Katz-Bernstein* (1996) hat in der integrativen Kinderpsychotherapie dieses Konzept geprägt. Der Therapeut soll dem Kind die Rahmenbedingungen und Hilfestellungen für einen verinnerlichten „Safe Place“ anbieten, in dem „low-tension-Erfahrungen“ möglich sind. Dieser ist wichtig, damit die Wahrnehmung nach innen verlagert werden kann, gespeicherte Ereignisse kognitiv-affektiv hervorgeholt, spielerisch-symbolisch probegehandelt und neu

organisiert werden können. Druck verhindert die Bildung eines „Safe Place“ für das Kind, in dem es lernen könnte, sein Symptom anders zu organisieren (ibid.). Das Konzept des „sicheren Orts“ geschieht in Anlehnung an Winnicotts „potential space“ (1989), also im Schaffen eines kreativen Übergangsraums. Bei Jugendlichen habe ich im Kreieren eines „Safe Place“ anhand von Imaginationen, als altersadäquate Umsetzung, immer wieder gute Erfahrungen gemacht. Die imaginalen und mentalen Beeinflussungs- und Trainingsmöglichkeiten sind ein Schwerpunkt des Interesses im Integrativen Ansatz, denn „mentale Ereignisse“ sind bedeutende Ansatzpunkte und Einflussmöglichkeiten in Therapien (Petzold, Sieper 2002, 17).

7.3. Aktionsphase: gestufter Wiedereinstieg

Nach einer Verschnaufpause von der Schule planen wir den Wiedereinstieg in die Klasse. Wir bereiten den Einstieg über die Imagination der Situation vor. Ein erster Versuch, für eine Stunde in die Schule zu gehen, scheitert. Beim zweiten Mal begleite ich Sandra auf ihren Wunsch. Daraufhin planen wir schrittweise, in Stufen die Teilnahme an gewissen Lektionen. Wir beginnen mit denjenigen Fächern, in denen nicht die Leistung im Vordergrund steht und steigern die Anforderungen (in jeweils verträglichem Mass) zunehmend. Dabei schauen wir den Umgang mit der Angst an und ich leite Sandra wieder zu Entspannungsübungen an. Der Wiedereinstieg wird über zwei Monate hinweg intensiviert. Nach einem Schulfest, welches eine gute Grundlage für die soziale Einbettung von Sandra bietet, kann sie wieder vollumfänglich am Unterricht teilnehmen. Ein weiterer Fokus ist, dass die Jugendliche ausgeruht zur Schule gehen kann und nicht wieder in eine Überforderung kommt, weil der übermässige Medienkonsum ihr den Schlaf raubt. Deswegen beziehe ich in Absprache mit ihr die Mutter in den Prozess ein. Ich weise sie auf ihre Verantwortung in der Begrenzung des Suchtverhaltens hin und berate sie in der Erziehung. Sandra gebe ich Erklärungsmöglichkeiten aufgrund ihres biographischen Hintergrunds und der psychodynamischen Situation (insbesondere zu Störungen in der Vaterbeziehung), wieso es bei ihr zu einer Fixierung (oder Sucht im Sinne einer Suche) auf den Leadsänger der Musikgruppe gekommen sein könnte.

Therapeutisches Handeln

Die erste Begleitung in die Schule ist für die Schülerin wichtig, damit sie den Wiedereinstieg findet. Wir haben zuerst nach anderen Möglichkeiten (wie den Einbezug von Freundinnen) gesucht, dies will Sandra aber zu dem Zeitpunkt nicht. Diese

Intervention ist eine Hilfe in der praktischen Lebensbewältigung (**LH**), zudem wird durch die gezeigte Solidarität eine Empowermenterfahrung ermöglicht (**SI**). Das gestufte Vorgehen ist eine verhaltensorientierte therapeutische Methode. Die Ausgestaltung geschieht aber intersubjektiv und die jeweiligen Schritte werden gemeinsam ausgehandelt. Es werden nur diejenigen zugemutet, welche aufgrund der individuellen Voraussetzungen möglich sind. – Wygotski (1974) nennt dies ein „approximales Vorgehen“ zur Erlebnisaktivierung, in welchem der nächste angemessene Entwicklungsschritt subjektiv unterstellt wird, mit dem Ziel, die Entwicklung zu fördern, aber nicht zu überfordern. Eine solche Erfahrung stärkt wiederum die Selbstwirksamkeit und das Selbsterleben (**PI**).

Für die stufenweise Planung des Wiedereinstiegs bin ich in engem Kontakt mit der Lehrperson und der Schulleitung. Mit den nötigen Informationen unterstützen sie mit ihrer Hilfsbereitschaft den Prozess und die tragfähigen sozialen Netzwerke werden gefördert (**TN**). Jugendliche brauchen stabile, entwicklungsfördernde, ressourcenreiche soziale Netzwerke (Petzold 2009, 310). Da Bezugssysteme der primären Lebenswelt des Kindes, wie zum Beispiel Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, immer weniger werden, wird das schulische Umfeld immer wichtiger (Katz-Bernstein, Zaepfel 2004, 386).

„Ein soziales Netzwerk wird (...) die Entwicklungsprozesse durch die Bereitstellung von Ressourcen und „protektiven Faktoren“ fördern, durch Risikofaktoren gefährden und durch Schadensfaktoren und Ressourcenmangel behindern bzw. verunmöglichen und auch die Ausbildung von Resilienzen, Widerstandskräften, beeinträchtigen. Netzwerke sind deshalb der zentrale Ort, an dem psychosoziale Interventionen ansetzen müssen.“ (Petzold 2009, 310)

Die Erziehungsberatung, das Empowerment und die verbindliche Abmachung mit der Mutter im Bezug auf die Begrenzung des Medienkonsums ist wichtig im Sinne der Förderung ihrer Tragfähigkeit (**TN**). Diese Intervention hat neben dem supportativen und konfrontativen Charakter einen wichtigen protektiven Anteil.

Die mögliche psychodynamische Erklärung für die Entstehung des Suchtverhaltens setze ich im Sinne von „Theorie als Intervention“ ein. Wie Ilse Orth immer wieder betont, ist es wichtig, dass wir unser Wissen auch den Patienten zugänglich machen. Theorie ist leiblich erfasste, verkörperte und mental durchdrungene Wirklichkeit, Verleiblichung und Mentalisierung von Welterfahrung (Petzold, 2000h). Theorie als Intervention ist unter dem Faktor Förderung von Einsicht (**EE**) einordbar.

7.4. Integrationsphase: voller Schulbesuch

Nachdem Sandra der Schulbesuch wieder voll gelingt, legen sich die Leistungsängste langsam und sie schreibt auch in Französisch, dem Fach, in welchem sie sich bis anhin wenig zugetraut hat, gute Noten. Wir halten nochmals Rückschau, wie es zur Schulverweigerung gekommen ist und welche Faktoren den Wiedereinstieg begünstigt haben. Zudem begleite ich sie in Themen, die für ihre soziale Einbettung wichtig sind, wie ihre oftmals überhöhten Erwartungen an Peers, sowie ihre Fähigkeiten, Kontakte und Beziehungen aktiver zu gestalten.

Therapeutisches Handeln

In der Rückschau und Auseinandersetzung damit, wie es zur Schulblockade gekommen ist, geht es darum, mit einer gewissen Distanz zum Geschehen und damit verbundener Exzentrizität, die Einsicht zu fördern (**EE**). Im Sinne der Integration handelt es sich um ein Durcharbeiten, um das Erlebte vertiefter verstehen und in den eigenen Lebenskontext einordnen zu können. Verschiedene Verursachungsmomente wie der biographische Hintergrund, Persönlichkeits-, Beziehungs- und Umweltfaktoren spielen eine Rolle im Hinblick auf das eigene Gewordensein. Durch diese Reflektion entsteht bei Sandra mehr Akzeptanz für sich, ein prägnantes Selbst- und Identitätserleben wird gefördert (**PI**) und sie kann sich selber gegenüber „mehr Milde walten lassen“, wodurch auch die positiven persönlichen Wertebezüge gestärkt werden (**PW**).

Durch die neuen schulischen Erfolgserlebnisse können die Selbstkonzepte (wie „In Französisch bin ich schon immer schlecht gewesen“) hinterfragt werden und neue Lernmöglichkeiten gefördert werden (**LM**).

Ein Schwerpunkt in dieser Phase ist die Förderung von Beziehungsfähigkeit (**KK**). Über die Ebene der Alter-Ego-Beziehung thematisiere ich Gefühle und Widerstände, die ich bei Sandra wahrnehme, wie wenig Eigeninitiative oder die abwartende Haltung in der Beziehung aufgrund einer Angst, abgelehnt werden zu können. Aufgrund der erfolgreichen Begleitung (der Wiedereinstieg in die Schule hat geklappt) ist unser Arbeitsbündnis stärker geworden, was ermöglicht, weitere entwicklungsrelevante Themen anzugehen. Auf der Ebene der Arbeitsbeziehung ist nun der Zeitpunkt gekommen, ein neues gemeinsames Ziel festzulegen.

7.5. Neuorientierungsphase: Öffnung für weitere Themen

Wir haben das gemeinsame Ziel erreicht und ich stelle Sandra die Frage, ob sie mit mir noch an weiteren Themen dran bleiben oder sie die Begleitung abschliessen möchte. Sie formuliert daraufhin den neuen therapeutischen Auftrag: „Ich möchte noch offener werden.“

Therapeutisches Geschehen

Sandras Wunsch, sich weiter entfalten zu können und der Welt offener gegenüber zu treten, zeigt, dass sie beginnt sich selber „zum eigenen Projekt zu machen“. Damit streift sie ihre gleichgültige Haltung weiter ab und will ihr Leben aktiver und „sinnvoller“ gestalten. In den Worten von *Antonovsky* (1997, 93): „Eine Welt, die wir (...) als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schliesslich eine Welt ohne jede Bedeutung.“

Der weitere therapeutische Prozess dreht sich nun um die Förderung des emotionalen Ausdrucks (**EA**), insbesondere das Ausdifferenzieren und Erweitern des emotionalen Repertoires. Es geht darum, sich der eigenen Haltung bewusster zu werden und positive Gefühle mehr nach Aussen zeigen zu können. Sandra kann die Übung, sich einmal am Tag bewusst im Spiegel zuzulächeln annehmen. Auch nutzte ich die dialogische Beziehung, um ihr Rückmeldungen ihres Wirkens auf mich zu geben. Ich führe Sandra an Rollenspiele heran, um soziale Situationen anzuspüren, kreative Erlebnismöglichkeiten zu fördern (**KG**). Sie kann über das erarbeitete Wissen über sich selber mehr Selbstsicherheit und „persönliche Souveränität“ (**PI**) erlangen und sich besser in andere einfühlen (**KK**).

7.6. Abschied

Ich schlage Sandra vor, nun die Termine in grösseren Abständen wahrzunehmen und bei weiterhin gutem Verlauf, langsam auspendeln zu lassen. Schliesslich kommt es auf ihren eigenen Wunsch hin zum Abschluss. Wir schauen zusammen an, was sie erreicht hat und feiern den Abschied mit Snacks und Süssgetränk. Insgesamt können wir auf einen erfolgreichen Verlauf zurückschauen, einzig die Gefahr zur Internetsucht besteht weiterhin. Sandra verspricht, sich Hilfe zu holen, falls ihr Verhalten wieder ausser Kontrolle geraten würde. Sandra schätzt sich als offener und fröhlicher ein als früher. Sie

habe mehr Selbstvertrauen bekommen. Die schulischen Blockaden seien verschwunden und sie schreibe gute Prüfungen.

8. Diskussion und Ausblick

Rückblickend auf die Frage, was in diesem Prozess Wirkung zeigte und auch in sonstigen Situationen von Schulverweigerung wichtig ist, sind die therapeutische Beziehung und die gegenseitige Verpflichtung im Sinne eines Arbeitsbündnis die Grundpfeiler, auf denen aufgebaut werden kann. Danach scheint mir das sogenannte „approximale Vorgehen“ fundamental. Dieses soll im Sinne von Wygotski so angewendet werden, dass den Jugendlichen durchwegs etwas zugemutet wird, die einzelnen Schritte aber intersubjektiv verhandelt werden. Gelingt es, ein gutes Mass an Anforderungen zu stellen, so werden Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht und das Arbeitsbündnis verstärkt. Nach *Miller et al. (2000, 60, 72)* enden Therapien meist dann erfolgreich, wenn die KlientInnen bald Veränderungen bemerken und diese sich selber zuschreiben. Auch die Förderung der psychophysischen Entspannung als übungszentrierter Ansatz ist meines Erachtens ein wichtiger Baustein in der Begleitung von schulverweigernden Jugendlichen. Wie *Knollmann et al. (2009)* feststellen, kann Schulabsentismus häufig als Bewältigungsversuch von Überforderungen im familiären, Gleichaltrigen- und/oder schulischen Kontext verstanden werden. Deswegen ist auch der konfliktorientierte, aufdeckende Fokus wichtig, damit Lösungen, ein neues Verstehen der Situation und ein anderer Umgang mit Anforderungen möglich werden.

Die vierzehn Wirkfaktoren bilden eine gute Reflexionsgrundlage zur Analyse eines therapeutischen Prozesses. Durch ihre Anwendung werden die therapeutischen Interventionen fassbarer, damit nachvollziehbarer und gewisse Handlungen können durchwegs auch kritisiert werden. Das therapeutische Handeln ist schliesslich immer auch von uns selber als Person abhängig, wobei auch eigene Wertvorstellungen und Überzeugungen einfließen. Selbstkritisch möchte ich anmerken, dass in der Prozessschilderung wahrscheinlich eine gewisse „beschönigende Zensur“ passiert und sie durch meine selektive Wahrnehmung geprägt ist. In der Verschriftlichung braucht es eine gewisse Reduktion des Geschehens, da es sonst von Aussen kaum mehr nachvollziehbar wäre. Natürlich habe ich ein Beispiel gewählt, in der das therapeutische

Handeln Wirkung zeigen konnte. Ich habe auch Erfahrungen gemacht, in denen es zu gemeinsamem Scheitern oder Kontaktabbruch gekommen ist.

Die vierzehn Wirkfaktoren sind insgesamt sehr breit gefasst, was einerseits der Komplexität des therapeutischen Geschehens entgegenkommt, manchmal aber auch die Konkretheit vermissen lässt. Dazu kommt, dass kinder- und jugendpsychologische Aspekte wenig gewichtet sind und ein anderes Kategoriensystem diesen Fokus besser abdecken könnte. Insbesondere die Ressourcen- und Bewältigungsorientierung, welche in der therapeutischen Haltung einer Kinder- und Jugendlichentherapeutin wichtig ist, hätte noch stärker herausgearbeitet werden können. Das Kategoriensystem bietet aber auch viele Freiräume, so wäre es unter den Faktoren Einfühlerndes Verstehen (EV) und Emotionale Stütze (ES) möglich gewesen, die therapeutische Beziehung noch stärker zu analysieren.

Was die vorliegende Kategorisierung nicht berücksichtigt, ist der Löwenanteil, welcher Sandra selber zum erfolgreichen Verlauf geleistet hat. Nach empirischen Befunden zu den Wirkfaktoren, welche *Miller et al. (2000, 55)* herausgearbeitet haben, macht der Anteil der Klienten und Umgebung am Therapieerfolg mit etwa 40% den Hauptteil aus. Ihre Veränderungsbereitschaft und Mitarbeit wirken sich entscheidend auf den positiven Verlauf einer Therapie aus.

Durch die vorliegende Analyse wird mir sichtbarer, dass mein Handeln, das häufig intuitiv passiert, stark theoriegeleitet ist und viel Wissen verinnerlicht ist. In der Auseinandersetzung mit dem Prozess wird die Integrative therapeutische Grundhaltung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen deutlich. Diese soll hier abschliessend in den Worten von *Ramin (1987, 817)* nochmals verdichtet werden:

„Integrative Kindertherapie richtet sich am Entwicklungsgeschehen aus. Sie soll eine fördernde Umwelt („facilitating environment“) bereitstellen, wo sie nicht vorhanden ist, wo Defizite die Lebenswelt des Kindes kennzeichnen. Sie muss eindeutige, klare Kommunikation bieten, wo Beziehungschaos zu Störungen und Konflikten geführt hat. Sie muss heilende Atmosphären schaffen, wo Traumata Verletzungen gesetzt haben.“

Zusammenfassung: Wenn die Barriere runtergeht. Was wirkt bei Schulverweigerung? Integrativer Ansatz und Analyse des therapeutischen Prozesses einer Jugendlichen.

Anhand der Methode einer Einzelfallstudie wird der Therapieprozess einer schulverweigernden Jugendlichen im Rahmen einer schulpsychologischen Begleitung dargestellt. Neben einer Einführung ins Thema Schulverweigerung werden ausgewählte Konzepte der integrativen Therapie wie die intersubjektive Bezogenheit, der informierte Leib und die Rolle des Lernens erläutert. Anhand der Pathogenesemodelle werden Erklärungsansätze zur Entstehung der Ängste und Blockaden der Jugendlichen gegeben. Mit Hilfe der 14 Wirkfaktoren der integrativen Therapie wird analysiert, welches therapeutische Handeln für die Problembewältigung und persönliche Weiterentwicklung hilfreich war.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Jugendliche, Schulverweigerung, Krankheitsmodelle, Wirkfaktoren

Summary: When the barrier goes down. What is helpful for dealing with school refusal? Integrative Approach and analysis of a therapeutic process of an adolescent girl.

This article describes within the framework of a school psychology treatment – with the method of the single case study – the therapy process of an adolescent girl that is school refusing. After an introduction on the issue of school refusal some selected concepts of Integrative Therapy are addressed, as intersubjective relationship, informed body and the role of learning. On the basis of the pathology models there will be explanations of the genesis of the fears and blockages of this adolescent girl. With the help of the 14 healing factors from the Integrative Therapy, the therapeutic practice is reflected. While highlighting what was specifically helpful for the problem solving and personal process.

Keywords: Integrative Therapy, adolescence, school refusal, pathology models, healing factors

Literatur

- Antonovsky, A., Franke A. (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt.
- Bolhaar, R., Petzold, H.G. (2008): Leibtheorien und „Informierter Leib“ – ein „komplexer Leibbegriff“ und seine Bedeutung für die Integrative Supervision und Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm. In *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 04/2008.
- Chudy, M., Petzold, H.G. (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm. In *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 03/2011.
- Döpfner, M., Walter, D. (2006): Schulverweigerung. In: *Steinhausen, H.-C. (Hg.): Schule und psychische Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer. 218-235.
- Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe.
- Hascher, T. (2004): Wohlbefinden in der Schule. Münster: Waxmann.
- Herzka, H.S. (1991): Kinderpsychopathologie. Ein Lehrgang. 3., ergänzte Auflage. Basel: Schwabe.
- ICD-10 (1994): International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index. World Health Organisation.
- Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie: Band 2*. Paderborn: Junfermann. 111-141.
- Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H. (2004): Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: *Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hg.): Gestalttherapie*. Wien: Facultas. 369-390.
- Knollmann, M., Al-Mouhtasseb, K., Hebebrand, J. (2009): Schulverweigerung und psychische Störungen: Merkmale von schulverweigernden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in einer kinder- und jugendpsychiatrischen „Schulverweigererambulanz“. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 58: 434-449
- Kracke, S. (2009): Stiller Protest – Schulverweigerung bei Mädchen. Ausprägungen – Ursachen – Lösungsstrategien. München: AVM.
- Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (2004): Schulverweigerung. Ein heterogenes Störungsbild. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47/9, 890-895.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Springer: Wien.
- Leuenberger, A. (2003): Integrative Therapie. Ein methodenintegratives multimodales Psychotherapieverfahren. *Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie*.
- Lévinas, E. (1999): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. München: Alber.
- Lévinas, E. (1987): Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität. München: Alber.

- Lukesch, B., Petzold, H.G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen.
Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm. In *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 05/2011.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*. Band 1, Paderborn: Junfermann
- Miller, S.D., Duncan B.L., Hubble M.A. (2000): *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Osten, P. (2000): *Die Anamnese in der Psychotherapie*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petitjean Gottfried, S. (2002): Wirksamkeit im Psychotherapieverfahren der „Integrativen Therapie“ (IT). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002.
- Petzold, H.G. (2012): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“. Erschienen in: *Integrative Therapie* 1/2012. Textarchiv H. G. Petzold et al. <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>
- Petzold, H.G. (2012): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung – Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. In: *Integrative Therapie* 3/2012, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-zwischen-innovation-und-vertiefung.html>
- Petzold, H.G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. Erschienen als Geleitwort zu: Ostermann, D.: *Gesundheitscoaching*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 19-26.
- Petzold, H.G. (2009): „Mit Jugendlichen auf dem WEG...“ Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für die Jugendlichentherapie. *Integrative Therapie*, 35, 2/3, 259-276.
- Petzold, H.G. (2008g): Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapiekollegInnen. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge. In *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2009.
- Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. 3. überarbeitete und ergänzte Neuauflage. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003): Traumatisierte Kinder brauchen eine „Zone optimaler Nähe“. *Psychologie Heute*, 5, 50.
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - “quenching” the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit: Düsseldorf/Hückeswagen.

- Petzold, H.G.* (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4, 435-471.
- Petzold, H.G.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3. überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie. Klinische Praxeologie (Bde. 3). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. Paderborn: Junfermann, 223-290.
- Schreiber, E.* (2007): Schulverweigerung. In: *Fleischer, T., Grewe, N., Jötten, B., Seifried, K. & Sieland, B.* (Hg.): Handbuch Schulpsychologie: Psychologie für die Schule (283-299). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D.* (2011): Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. 10. überarbeitete Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.* (1995): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Resch, F.* (2009): Frühe Kindheit und Persönlichkeitsentwicklung: Naturgesetz oder erlebte Geschichte? *Integrative Therapie*, 35, 2/3, 155-168.
- Seligmann, M.E.P.* (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Sieper, J.* (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*(Schweiz), Teil I 60, 14-21, Teil II 61(2008)11-21.
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge. In *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002.
- Spitzer, M.* (2012): Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer.
- Stamm, M.* (2008): Die Psychologie des Schuleschwänzens. Rat für Eltern, Lehrer und Bildungspolitiker. Bern: Hans Huber.
- Steinhausen, H.-C.* (2000): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4., neu bearbeitete Auflage. München: Urban & Fischer.
- Striedelmeyer, E.* (2003): Der Andere in der Ethik therapeutischen Handelns – Denkanstöße von Moreno und Lévinas für die Integrative Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 05/2003
- Thimm, K.* (1998): Schulverdrossenheit und Schulverweigerung. Berlin: Wissenschaft und Technik.
- Winnicott, D.W.* (1984): Familie und individuelle Entwicklung. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Wygotski, L. S.* (1974): Denken und Sprechen. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Yalom, I.* (2002): Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Wilhelm Goldmann.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit>, Stand 15.04.13