

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

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

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

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

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

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

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

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

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

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

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

Ausgabe 09/2012

Die 14 Therapeutischen Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in der Kindertherapeutischen Theorie und Praxis*

Mag. Lara Erpelding, Luxemburg

*. Aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Studiengang „Psychosoziale Supervision und Coaching“ (wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, „Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen, <mailto:forschung.eag@t-online.de>). Masterthesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science im Univ.-lehrgang Integrative Therapie – UP MSc 3, Betreuer: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold

DANK

Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold,
für seine Unterstützung und die vielen Anregungen,
die zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

Meinen LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen,
vor allem Bruno Metzmacher, Heinz Peters und Iris Lamacz-Koetz,
die mich durch die Lehrjahre der Integrativen Therapie begleite(te)n
und dazu beitragen, dass dieses Verfahren mir sehr am Herzen liegt.

Meinem Bruder Steve,
für seine Zeit und Geduld beim Korrekturlesen.

Sabine, Fabienne, Carine, Petra, Martine und Frank,
für die anregenden und ermutigenden Gespräche
und ihren Beitrag zu dieser Arbeit.

Nicht zu vergessen: den Kindertherapeutinnen und -therapeuten,
die mir bereitwillig von ihrer therapeutischen Arbeit erzählten.

»Alles hat sich für dich verändert, oder?«, sagte ich leise.

Keine Antwort

»Vermisst du Jan?«

Er zog die Schultern hoch, als ob er fröstelte, und dachte eine Weile nach. »Jan ist nicht tot. Er ist immer noch ein Teil von mir. Wenn ich wütend bin und das rauslasse, dann weiß ich, er ist bei mir. Nur nicht mehr so fies. Er ist jetzt eine gute Wut, verstehst du?«

Andreas Steinhöfel 2003, 268

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Die Integrative Therapie	9
2.1	Die Integrative Therapie	9
2.2	Die Metastruktur der Integrativen Therapie	9
2.3	Integrative Therapie als Behandlungsverfahren.....	10
2.4	Ein Megafaktor und vier Metafaktoren in der Integrativen Therapie..	11
2.5	Wege der Heilung und Förderung in der IT	13
2.6	Die 14 Wirk- und Heilfaktoren	15
3	Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Forschung	17
4	Entwicklung der Fragestellung und Zielsetzung	21
5	Die Wirksamkeit in der Kinderpsychotherapie.....	23
5.1	Resilienz und Vulnerabilität	23
5.2	Risiko- und Schutzfaktoren	25
6	Die Inhalte der 14 therapeutischen Wirk- und Heilfaktoren in der kindertherapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur	28
6.1	Einführendes Verstehen, Empathie	28
6.2	Emotionale Annahme und Stütze	31
6.3	Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe 33	
6.4	Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft	34

6.5	Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen	36
6.6	Förderung kommunikativer Kompetenz / Performanz und Beziehungsfähigkeit 39	
6.7	Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung.....	42
6.8	Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen... 45	
6.9	Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte ... 48	
6.10	Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten 51	
6.11	Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs.....	53
6.12	Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben und positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen	56
6.13	Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke	59
6.14	Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft	61
7	Untersuchungsmethode.....	63
7.1	Literaturstudie	63
7.2	Datenerhebung	63
7.2.1	Das Interview	64
7.2.2	Der Leitfaden	65
7.3	Datenauswertung	69
7.3.1	Transkription und Übersetzung.....	69
7.3.2	Die qualitative Inhaltsanalyse	69
7.3.3	Die Kategorienbildung	71
7.3.4	Die computergestützte qualitative Datenanalyse	73

7.3.5	Transkription und Auswählen der Analyseeinheiten	73
7.3.6	Darstellung der gefundenen Kategorien und Unter-Kategorien	75
7.3.7	Quantitative Auswertung	83
8	Darstellung der Ergebnisse	84
8.1	Beschreibung der Untersuchungsgruppe	84
8.1.1	Alter und Berufserfahrung	84
8.1.2	Berufliche Ausbildung	85
8.1.3	Arbeitsstelle	86
8.2	Ergebnisse der quantitativen Auszählung der Kategorien	87
8.2.1	Ergebnisse bezüglich der 14 Wirkfaktoren der IT	89
8.2.2	Ergebnisse bezüglich der zusätzlich gefundenen Wirkfaktoren	94
8.3	Ergebnisse bezüglich der Unter-Kategorien des WFs »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«	99
8.4	Die Rangfolge der Wirkfaktoren	106
8.5	Rangfolgenliste versus Kodierungsergebnisse der Interviews bezüglich der 14 IT-Wirkfaktoren	109
8.6	Ergänzung bzw. Reduzierung der Wirk- und Heilfaktorenliste	112
8.7	Vorgeschlagene Ergänzungen bzw. Reduzierungen	113
8.8	Vergleich zwischen den Wirkfaktoren der Kindertherapie und der Erwachsenentherapie	114
9	Zusammenfassung der Ergebnisse	115
10	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	117
10.1	Die Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Literatur	117

10.2	Die Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Praxis.....	117
11	Methodische Grenzen.....	134
12	Zusammenfassung und Ausblick.....	135
13	Schlussbetrachtung	137
14	Literaturverzeichnis.....	140
15	Tabellenverzeichnis.....	162
16	Abbildungsverzeichnis.....	163

1 Einleitung

Der kleine Max in der Geschichte »Der mechanische Prinz« von Andreas Steinhöfel (2003) ist ein vernachlässigtes Kind, dessen Eltern derart in ihr eigenes Leben und in ihre Problemen verstrickt sind, dass sie ihn fast nicht mehr wahrnehmen. Max versucht alleine durchs Leben zu kommen, bzw. er hat sich ein Alter Ego in Form seines Kumpels Jan geschaffen, der vor nichts Angst hat, groß und stark ist und jede Menge Witze und fiese Ideen auf Lager hat. Eines Morgens taucht ein Mann auf, der ihm ein goldenes U-Bahn-Ticket schenkt, mit dem er an Orte kommt, die sonst nur für Auserwählte zugänglich sind: die Refugien. Dort muss er sich seiner Traurigkeit und seiner Wut stellen, um sein Herz retten zu können. Dabei stellt er fest, dass er Jan nicht (mehr) braucht, um stark zu sein.

Viele Kinder haben – ähnlich wie Max – eigene Strategien entwickelt, wie sie mit den Gegebenheiten und Anforderungen ihres Umfeldes umgehen. Wenn diese Strategien dazu führen, dass sie im zwischenmenschlichen Zusammenleben dauerhaft Schwierigkeiten haben und/oder ihre persönliche Entwicklung oder ihre Leistungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, werden sie nicht selten zur Psychotherapie gebracht.

Wie kann die Therapie für diese Kinder zu einem Refugium werden? Was muss dort passieren, damit sie ihre Lern- und Spielfähigkeit zurückerlangen, ihre sozialen Kontakte auf vielfältige und befriedigende Art leben lernen, um anschließend ihren Weg in der Gesellschaft gestärkt und selbstbestimmt wählen zu können? Wie können Kindertherapeutinnen diese Entwicklung fördern und den ihnen anvertrauten Kindern unterstützend zur Seite stehen?

Die nachfolgende Studie geht diesen Fragen, d. h. den Fragen nach dem, was in der Kindertherapie wirkt, auf den Grund und untersucht, ob ein Unterschied zwischen den Wirkfaktoren in der Erwachsenentherapie und jenen in der Kindertherapie existiert. Als Grundlage hierfür dienen die 14 Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen (Erwachsenen-)Therapie.

Zur theoretischen Einbettung wird die Integrative Therapie zuerst mit ihrer Metastruktur des *tree of science* und den vier Wegen der Heilung und Förderung, die

als Grundlage für die 14 Wirk- und Heilfaktoren dienen, dargestellt. Es folgt eine kurze Übersicht über die Befunde der Wirkfaktorenforschung in der Kindertherapie.

Danach erfolgt die Auseinandersetzung damit, was eine erfolgreiche Psychotherapie ausmacht und was zur psychischen Gesundheit der Kinder beitragen kann.

Anhand einer Literaturrecherche in der kindertherapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur werden die 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie nach ihrer Gültigkeit für Kinder überprüft und mit kindbezogenen Inhalten gefüllt.

Der folgende Abschnitt stellt die für die nachfolgende Untersuchung verwendeten, methodischen Instrumente vor und beschreibt die verschiedenen Schritte der Datenauswertung.

Danach folgt der empirische Teil der vorliegenden Masterthese, in dem die beschriebenen Wirkfaktoren aus den Prozessbeschreibungen der Kindertherapeutinnen und -therapeuten untersucht und die Ergebnisse dieser Untersuchung dargestellt werden.

Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und die wichtigsten Erkenntnisse zusammenfassend dargestellt.

In den folgenden Ausführungen werden aus Gründen der Klarheit und sprachlichen Einfachheit abwechselnd die weibliche und die männliche Form benutzt; die eine steht jeweils für die andere mit, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

2 Die Integrative Therapie

2.1 Die Integrative Therapie

Die von Hilarion Petzold Mitte der 60er-Jahre begründete »Integrative Therapie« ist ein »neurowissenschaftlich (Lurija, Damasio), entwicklungspsychobiologisch (Vygotskij, Rutter) und zugleich durch moderne phänomenologisch-hermeneutische bzw. wissenschaftsphilosophische Ansätze fundiertes biopsychosozialökologisches Verfahren »methodenübergreifender Humantherapie«, die Psychotherapie als Kernbestand hat.« (Petzold 2008g, 4)

2.2 Die Metastruktur der Integrativen Therapie

In über 40 Jahren psychotherapeutischer Theorie- und Methodenentwicklung haben Hilarion Petzold und seine Mitarbeiter auf der Grundlage des Metamodells *Tree of Science* (vgl. Petzold 2003a, 383ff), eigenständige theoretische Konzepte und Modelle sowie eine differenzierte Behandlungsmethodologie (vgl. Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000, 2) entwickelt.

Der *Tree of Science* stellt ein wissensstrukturelles Metamodell dar, das sich aus den folgenden vier Ebenen zusammensetzt:

1. Metatheorien (*metatheories, large range theories*)
2. Klinische Theorien (*reality explaining theories, middle range theories*)
3. Praxeologie (*praxeology, small range theories*)
4. Praxis (*practice, concrete interventions with varying range*)

(vgl. Petzold 2003a, 383ff)

METATHEORIEN definieren sich durch ideologische Positionen, die zwar durch naturwissenschaftlich-empirische Forschung gestützt werden, jedoch nicht definitiv durch diese bewiesen werden können. Sie müssen aufgrund dessen solide Bezüge zu anderen Disziplinen, beispielsweise zur Philosophie, Wissenschaftsforschung, Geschichtswissenschaft (Geschichte der Denksysteme), sowie zu Sozial- und Kulturwissenschaften aufweisen.

KLINISCHE, REALEXPLIKATIVE THEORIEN sind Theorien »mittlerer Reichweite«, anhand derer versucht wird, Realität auf grundsätzlich empirischer Grundlage zu erfassen und zu erklären. Alle Positionen sollten dabei forschungsbasiert sein.

Die PRAXEOLOGIE ist der Wissenschaftsbereich, der Theorien und Forschungsergebnisse zur Praxis generiert und Methodenentwicklung betreibt. Sie ist eine sehr konkrete Wissenschaft »von der Praxis, über die Praxis, in der Praxis und für die Praxis«. Sie befasst sich empiriegestützt mit Methoden, Techniken, Medien, Prozessen und ihrer Wirksamkeit bzw. ihren Nebenwirkungen (vgl. Petzold 2008g, 18).

An dieser Stelle würde eine ausführlichere Beschreibung des genannten Metamodells die theoretische Einbettung der nachfolgenden Untersuchung unterstützen, sie würde jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

2.3 Integrative Therapie als Behandlungsverfahren

»Ein Spezifikum der Integrativen Therapie besteht in deren Orientierung an der ›Entwicklungspsychologie der Lebensspanne‹ in einem Kontext-Kontinuum-System sowie in deren leib- und bewegungstherapeutischen, kreativtherapeutischen und soziotherapeutischen Methoden, die einen ganzheitlichen und differenziellen therapeutischen Prozess der Heilung, Entwicklung und – wo angezeigt und gewollt – der ›Lebensstilveränderung‹ unterstützen« (Petzold 2008g, 4).

Sie bildet einen Ansatz, der auf die Entwicklungsförderung von Menschen zielt, weg von alleiniger Störungszentrierung hin zu Gesundheit und Wohlbefinden, zu Salutogenese, Ressourcen- und Potentialorientierung (vgl. Petzold, Sieper, Orth 2005, 1).

Diesen »Weg des Menschen« (Petzold 2008g, 6) zu begleiten und ihm mit einer an Methoden, Techniken und Medien reichen Praxeologie sowie mit der Breite ihrer erlebbaren Ideen und Konzepte, vor allen Dingen aber durch die erfahrbare intersubjektive, mitmenschliche Präsenz der Therapeuten und Therapeutinnen, »komplexe Lernerfahrungen« (Petzold, Sieper, Orth 2005, 21) zur Verfügung zu stellen, hat sich die Integrative Therapie zur Aufgabe gemacht.

Auf diesem Hintergrund theoretischer Fundierung und der stetigen Entwicklungs- und Revisionsarbeit der Integrativen Therapie sind die Psychotherapieforschung und insbesondere die Frage nach der Wirksamkeit und den Wirkfaktoren, den *healing factors* (Petzold 2003a, 1036), von großer Bedeutung.

2.4 Ein Megafaktor und vier Metafaktoren in der Integrativen Therapie

»Die Integrative Therapie will den ›Menschen als Ganzes‹ erreichen und seine Regulations- und Entwicklungspotentiale fördern«. (Petzold, Sieper, Orth 2005, 10)

Bei diesen Integrations-, Heilungs- und Entwicklungsprozessen spielt vor allem der Megafaktor einer **stimmigen mutuell-empathischen Beziehung** eine zentrale Rolle. Er kommt bei allen anderen therapeutischen Wirk- und Metafaktoren zum Tragen.

Evolutionsbiologisch ist die mutuell-empathische Beziehung durch eine empathische Grundfunktion und eine Affiliationstendenz des Menschen disponiert (vgl. *ibid.*), wobei die Affiliationstendenz das intrinsische Bedürfnis nach der Nähe zum Anderen im Hinblick auf bessere Überlebenschancen gegen alle Arten von Bedrohungen von außen bedeutet (vgl. Müller, Petzold 2003, auch Petzold, Müller 2005/2007).

Die vier Metafaktoren der Integrativen Therapie (vgl. Petzold, Sieper, Orth, 2005, 37) sind folgende:

1) Die therapeutische Beziehung:

Die Passung der therapeutischen Beziehung ist für die Erklärung der Varianz des Therapieergebnisses bedeutsamer als technische Interventionen (vgl. Schuch 2001, 18) und gilt als Metafaktor, der bei allen anderen therapeutischen Wirkfaktoren eine wichtige Rolle spielt (vgl. Petzold, Sieper, Orth 2005, 37).

Er schlägt sich in der »Grundregel der Integrativen Therapie« (vgl. Petzold 2000a) nieder, die besagt, dass Therapie im Zusammenfließen der beiden Qualitäten ›Konvivialität‹ und ›Partnerschaftlichkeit‹ stattfindet, wobei der Therapeut dem Patienten einen gastlichen Raum zur Verfügung stellt, in dem beide miteinander und in beständigen intersubjektiven Ko-respondenzprozessen die gemeinsame Aufgabe der Therapie in Angriff nehmen (vgl. Petzold 2003a, 1050). Dabei werden therapeutische Interventionen mit den Betroffenen ko-respondierend vorbereitet, erarbeitet, umgesetzt und so ausgelegt, dass die »doppelte Expertenschaft« (Petzold 2003a, 503) des Patienten und des Therapeuten sich verbindet und zusammenwirken kann.

2) Das konstruktiv kooperierende soziale Netz:

»Das soziale Netzwerk ist ein Ausschnitt der sozialen Beziehungen eines Individuums zu anderen Personen unter Einbeziehung der Beziehungen dieser Personen untereinander« (Hass, Petzold 1999, 194).

Durch Sozial- und Netzwerktherapie kann das in solchen Netzwerken latent vorhandene und aktivierbare Potential gefördert und als Ressource genutzt werden (vgl. ibid./auch Petzold, Sieper, Orth 2005, 37), und somit die Wirkung von therapeutischen Interventionen begünstigen.

3) Die hinlänglich konsolidierte Lebenslage:

Ein schlechter sozioökonomischer Status ist ein wesentlicher Risikofaktor für

psychische Erkrankungen. Soziotherapeutische, sozialarbeiterische und strukturelle Hilfsmaßnahmen zur Flankierung von Therapien, können helfen zu hinlänglich konsolidierten Lebenslagen zu finden und somit Lebensstress reduzieren (vgl. *ibid.*, 38).

4) Die »komplexe Selbsterfahrung«:

Eine differenzielle und komplexe Selbsterfahrung in persönlichen, professionellen und methodischen Bereichen schafft die Voraussetzung für den Therapeuten, eine komplexe Bewusstheit für die eigenen, biographisch bedingten Vulnerabilitäten und Resilienzen zu entwickeln und ermöglicht ihr bzw. ihm, einen persönlich und klinisch angemessenen Umgang mit ihren/seinen Reaktionen auf spezifische Themen sowie Resonanzen auf Menschen mit verschiedenen Störungsbildern (vgl. *ibid.*, 25).

2.5 Wege der Heilung und Förderung in der IT

Die Aufgabe der Therapeutinnen besteht darin, multiple Heilungs- und Entwicklungsprozesse der Patientinnen zu fördern. In der Integrativen Therapie sind diese in der Modellvorstellung der vier Wege der Heilung und Förderung zusammengefasst (vgl. Petzold 2003a, 76ff; auch Schuch 2001, 16).

1. Weg: Bewusstseinsarbeit

Ziel dieses Weges ist die Heilung und Persönlichkeitsentwicklung durch den Gewinn komplexen Bewusstseins und die Konstituierung von Sinn durch Bewusstseinsarbeit, d. h. durch multidimensionales Wahrnehmen, durch Erfassen von Bezügen, durch Verstehen von Auswirkungen und Nachwirkungen und schließlich durch Verändern (vgl. Petzold 2003a, 77). Mehrperspektivische Einsichten, Erfahrungen von »vitaler Evidenz« und intersubjektive Ko-respondenz tragen dazu bei, dass narrative Fixierungen aufgelöst und kognitive Strukturen derart verändert werden, dass Sinn wieder hergestellt bzw. gefunden werden kann (vgl. *ibid.* / auch Leitner 2008, 8 / Schuch 2001, 17).

2. Weg: Nach- und Neusozialisation

Bei diesem Weg geht es um Nachsozialisation zur Bekräftigung von beeinträchtigtem Grundvertrauen und um die Erweiterung bzw. die Wiederherstellung von defizitären Persönlichkeitsstrukturen, die durch Traumata beschädigt bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Durch die Vermittlung von alternativen, substitutiven und korrektiven emotionalen Erfahrungen, durch emotionale Differenzierungsarbeit und schließlich durch die Bereitstellung emotional abgestützter Bewältigungsmöglichkeiten erfolgt Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten (vgl. Petzold 2003a, 77).

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Bei diesem Weg geht es darum, die persönlichen und gemeinschaftlichen Ressourcen und Potentiale (z. B. Kreativität, Phantasie, Sensibilität, etc.) zu nutzen und zu erweitern. Dies geschieht durch die Bereitstellung einer fördernden Umwelt mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten. Mittel hierzu sind ›Erlebnisaktivierung‹ und ›multiple Stimulierung‹ in der erlebnis- und übungszentrierten Modalität der kreativen Therapie. (vgl. *ibid.*, 8 / auch Leitner 2008, 8)

4. Weg: Förderung von exzentrischer Überschau und Solidaritätserfahrungen

Ziel bei diesem Weg ist es, eine Metaperspektive und eine komplexe Bewusstheit für die Phänomene multipler Entfremdung zu entwickeln. So werden Selbstbestimmtheit und persönliche Souveränität zur Grundlage von engagierter Verantwortung für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen. Dies hat zur Folge, dass Solidarität durch aktive Hilfestellung und wechselseitige Hilfeleistungen praktiziert werden kann (vgl. Petzold 2003a, 78 / Leitner 2008, 8).

Hilarion Petzold (vgl. 2003a, 106) hat 14 therapeutisch wirksame Faktoren herausgearbeitet, die im Rahmen dieser »Wege der Heilung und Förderung« indikationsspezifisch eingesetzt werden können und die sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen der klinischen Entwicklungspsychologie und der

Longitudinalforschung decken (vgl. Schuch 2001, 18).

2.6 Die 14 Wirk- und Heilfaktoren

Die folgend aufgeführten 14 Wirkfaktoren, die in der Integrativen Therapietheorie beschrieben sind, sind feinkörnige »Mikroheuristiken«, die in der Behandlung von Patienten zum Tragen kommen. Sie wurden in den Jahren 1988–1993 aus unterschiedlichen Quellen (Forschungsliteratur, Therapiekasuistik, Behandlungsberichte, Patienteninterviews und entwicklungspsychologische Literatur) herausgearbeitet (zusammengefasst in: Petzold, Sieper, Orth 2005, 44).

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinneserleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft

3 Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Forschung

Im Rahmen einer höchst aufschlussreichen Untersuchung interviewte Hanna Wintsch (1998) zwölf bedeutende Kindertherapeuten und -therapeutinnen mit dem Ziel den Ablauf und den Inhalt des therapeutischen Prozesses besser zu verstehen (vgl. *ibid.* 11). Sie geht bei der Analyse der Interviews vor allem auf die therapeutische Beziehung und deren Wirkfaktoren ein und gliedert die verschiedenen Aspekte in die drei Themenkomplexe: Biographie, Berufsverständnis und therapeutische Beziehung (vgl. *ibid.* 223). Sie kommt zu dem Schluss, dass die therapeutische Beziehung zwar bei allen Berichten eine große Rolle spielt, bei den Interviewten aber kein Konsens darüber besteht, was eine therapeutische Beziehung genau definiert; dies wird daran ersichtlich, dass sich die Beschreibungen teils verhältnismäßig wenig, teils sehr stark differenzieren (vgl. *ibid.* 261).

Ulrich und Inge Berns (vgl. 2004, 42) betonen in ihrer Reaktion auf Manfred Döpfners Artikel »Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichen-therapie?« (vgl. 2003, 258) die Wichtigkeit von generellen Wirkfaktoren, die allen Psychotherapien gemeinsam sind und laut Forschungsergebnissen rund 70 % der Gesamtwirksamkeit ausmachen. Damit nehmen sie Bezug auf Döpfners Vorschlag verstärkt nach Kriterien für evidenzbasierte Interventionen zu suchen und die Wirksamkeit von spezifischen Interventionen für einzelne Störungsbilder in den Vordergrund der Forschung zu rücken. (vgl. Döpfner 2003, 261) Auch Michael Märtens und Hilarion Petzold (vgl. 1995, 369) fordern Untersuchungen mit der Fragestellung, welche Verfahren für welchen Störungsbereich nachweislich effektiv sind.

Die von Berns und Berns (vgl. 2004, 42) beschriebenen generellen Wirkfaktoren sind folgende:

- Das Arbeitsbündnis bzw. die Qualität der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin. Hierzu ist anzumerken, dass in der Arbeit mit kleinen Kindern nicht von einem Arbeitsbündnis gesprochen werden kann, sondern von Affiliation. Affiliation ist »die Tendenz von Menschen, die Nähe anderer Menschen zu suchen,

auch wenn keine gewachsenen emotionalen Beziehungen da sind, gleichzeitig auch die Tendenz, solche emotionalen Bezüge, ja Bindungen herzustellen, wenn das möglich ist.« (Petzold, Müller 2005a, 371).

- Die Allegianz, d. h. das Ausmaß, in dem der Therapeut in seiner therapeutischen Tätigkeit von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist. Dies könnte allerdings auch auf das Phänomen der *selffulfilling prophecy* zurückzuführen sein, das bewirkt dass eine Erwartung eine Interaktion so stark beeinflussen kann, dass das Handlungsergebnis sich an dieser Erwartung ausrichtet (vgl. Porsch 2009, 15).
- Die Persönlichkeit des Therapeuten d. h. dessen persönlichen Eigenschaften

Bei dieser Aufzählung gehen Berns und Berns (vgl. 2004, 42) allerdings von der Berechtigung aus, Befunde der Ergebnisforschung aus der Therapie mit erwachsenen Patienten auf diejenige von Kindern, wenn auch vorsichtig, übertragen zu dürfen. Im Gegensatz dazu betonen Klaus Grawe et al. (1994, 59), zitiert in Märtens und Petzold (vgl. 1995, 346), den Unterschied zwischen Erwachsenen- und Kinderpsychotherapie und fordern, dass die Studien an Kindern und an Erwachsenen separat berücksichtigt werden müssen. Zusätzlich weisen Märtens u. Petzold (vgl. *ibid.*, 369) darauf hin, dass Kinder unterschiedlichen Alters unterschiedliche Entwicklungsphasen durchlaufen und deshalb eine Generalisierung der angewandten Methoden über die untersuchte Population hinaus in Bezug auf andere Altersgruppen nicht zulässig ist.

Die Forschungsgruppe um Klaus Fröhlich-Gildhoff (vgl. 2007, 219) analysierte gefilmte und systematisch dokumentierte Psychotherapieprozesse von Kindern und Jugendlichen aus einer Metaperspektive heraus, um Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess zu identifizieren. Bei der Auswertung basierten sie sich auf das Modell der therapeutischen Wirkfaktoren von Klaus Grawe. Die Forschungsgruppe um Grawe hatte, ausgehend von ihren Metaanalysen, einen generellen »unspezifischen Wirkfaktor« und vier weitere »spezifische Wirkfaktoren« herausgearbeitet.

Bezüglich des Wirkfaktors »therapeutische Beziehung« legen die Ergebnisse der Analysen von Fröhlich-Gildhoff et al. (2007, 224) nahe, dass der Dimension der

Bezogenheit in der Kinder- und Jugendlichentherapie eine besondere Bedeutung zukommt. So lässt sich sowohl aufseiten der Therapeutin als auch aufseiten der Patientin eine Dimension mit den Polen »völliger Selbst-« bzw. »völliger Fremdbezug« unterscheiden. Sowohl in einzelnen Situationen als auch im therapeutischen Prozess insgesamt lässt sich eine »Zone optimaler Begegnung« bestimmen, in der auf beiden Seiten ein größtes Ausmaß an Authentizität von Therapeutin und Patientin realisiert wird. »In dieser Zone optimaler Begegnung lassen sich am ehesten wechselseitige Veränderungsprozesse initiieren.« (ibid.)

Die vier spezifischen Wirkfaktoren: Ressourcenaktivierung (1), aktive Hilfe zur Problembewältigung (2), Klärung (3) und prozessuale Aktivierung (4), konnten im Praxisforschungsprojekt von Fröhlich-Gildhoff (vgl. ibid., 227) ebenfalls in Kinderpsychotherapien identifiziert werden. In Abgrenzung zum Wirkfaktorenbegriff der Integrativen Therapie handelt es sich bei den Grawe-Wirkfaktoren eher um »Mesoheuristiken« um »wirksame Prozess-Strategien« (Petzold, Sieper, Orth 2005, 43).

Zusätzlich wurde in der Fröhlich-Gildhoff-Studie ein weiterer Wirkfaktor gefunden: der »allgemeine Kompetenzerwerb« (5). Dieser Faktor bewirkt, dass Kinder durch Spielen/Handeln auf einer realen Ebene neue Fähigkeiten erwerben, d. h. sie lernen z. B. beim Spiel an der Werkbank Nägel einzuschlagen.

Zu einem erfolgreichen Therapieverlauf trägt laut Fröhlich-Gildhoff (vgl. ibid. 229) das Jonglieren mit den einzelnen therapeutischen Wirkfaktoren, abhängig von Setting, Zeitpunkt im Therapieverlauf, Entwicklungsstand und Störungsbild des Kindes, bei. In dem Artikel wird aber nicht genauer darauf eingegangen, nach welchen Kriterien dieses Jonglieren stattfinden soll, und ob es eventuell geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.

Abgesehen von diesen vereinzelt Studien besteht nach wie vor ein großer Bedarf an Kinderpsychotherapieforschung mit praxisangemessenen Methoden. Insbesondere auch deshalb, weil sich die Ergebnisse der angloamerikanischen Forschung aufgrund vorhandener kultureller Differenzen nicht ohne Weiteres auf den

deutschsprachigen Raum übertragen lassen (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al. 2003, 201; Berns u. Berns 2004, 43).

Um die Forschungslage in der Erwachsenentherapie ist es diesbezüglich besser bestellt. In diesem Kontext sei auf eine Untersuchung mit dem Titel »14 Heilfaktoren in der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten« von Liesel Brumund und Michael Märtens (1998, 448ff) hingewiesen. In dieser Studie beantworteten 83 Therapeuten und Therapeutinnen die ihnen zugesandten Fragebögen; unter ihnen befanden sich vier Kinder- und Jugendtherapeutinnen. Im Vergleich zu den restlichen Therapeutinnen stuften die Kinder- und Jugendtherapeutinnen die Wichtigkeit der Faktoren: »kommunikative Kompetenz«, »Leibbewusstheit«, »kreative Gestaltungskräfte«, »positive Zukunftsperspektiven« und »Solidaritätserfahrungen« höher ein. Weniger wichtig waren ihnen hingegen die Faktoren: »persönlicher Wertebezug«, »tragfähige, soziale Netzwerke« und »Lebenshilfe«. Hierzu ist anzumerken, dass ein großer Teil der Befragten die Ausbildung vor der Publikation der Faktoren (1993) absolviert hatte, d. h. dass sie die 14 Wirkfaktoren noch nicht rezipiert hatten.

Außer der oben genannten Untersuchung existieren nach meinem derzeitigen Wissensstand keine weiteren spezifischen Studien zu den »14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie« in der Kindertherapieforschung.

4 Entwicklung der Fragestellung und Zielsetzung

Die Frage »Was wirkt in der Therapie?« nimmt meines Erachtens nach eine der zentralsten und spannendsten Positionen in therapeutischen Kontexten ein.

Bei der empirischen Erforschung der Therapiewirksamkeit wurden therapiewirksame Strategien bzw. Faktoren herausgearbeitet, von denen behauptet werden kann, dass sie auf die Prozesse der Heilung, der Symptomreduktion und auf das Wohlbefinden des Patienten eine große Wirkung haben (vgl. Petzold, Sieper, Orth 2005, 35).

Bei der Mehrzahl dieser Untersuchungen handelte es sich, wie bereits angedeutet, um die Wirkung von Therapie auf erwachsene Patienten.

Aufgrund meines Interesses für die integrative psychotherapeutische Arbeit mit Kindern hat sich folgender Titel für meine Untersuchung ergeben:

Die 14 therapeutischen Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in der kindertherapeutischen Theorie und Praxis

Die zentrale Frage der vorliegenden Untersuchung lässt sich folgendermaßen formulieren:

»Inwiefern lassen sich die 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie auf die Wirkung von Psychotherapie mit Kindern im ambulanten Setting übertragen?«

Aus dieser ergeben sich wiederum folgende spezifischere Fragestellungen:

1. Finden sich die Inhalte der 14 Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur wieder?
2. Welche der 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie finden sich in der Praxis

der Psychotherapie mit Kindern wieder?

3. Gibt es zusätzliche Wirkfaktoren, die in der Praxis der Psychotherapie mit Kindern zur Geltung kommen?
4. Wie häufig werden die einzelnen Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Praxis erwähnt?
5. Welche Wichtigkeit wird jedem der 14 Wirkfaktoren nach Einschätzung der Kindertherapeuten beigemessen?
6. Inwiefern stimmt diese Einschätzung der Therapeuten mit der Arbeit in der kindertherapeutischen Praxis überein?

5 Die Wirksamkeit in der Kinderpsychotherapie

Wer sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie auseinandersetzt, stößt unweigerlich auf die Frage der Salutogenese: Wie entsteht Gesundheit? (vgl. Ekhard Schiffer 2001) bzw. welche äußeren und inneren Bedingungen müssen erfüllt sein, damit ein Kind über genügend Potential verfügt, um seine altersspezifischen Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können?

Die Aufgabe der Kinderpsychotherapie reduziert sich somit nicht darauf, Symptome zu beseitigen oder zu vermindern, sondern auch Kinder und ihre Netzwerke zu stärken, ihre Kompetenzen zu fördern, sowie ihre psychosoziale Anpassung und ihre Lebensqualität zu verbessern (vgl. Döpfner 2003, 258).

Sie konzentriert sich also vor allem darauf, zusammen mit den Kindern Auswege und Bewältigungslösungen herauszuarbeiten, die ihnen auch unter schwierigen Bedingungen Verarbeitungsmöglichkeiten bieten und eine Sinnfindung erlauben (vgl. Franz Resch 2009, 165). Indem ihnen dabei geholfen wird, mit schwierigen Situationen umzugehen, ihren Stress abzubauen und Spannungen besser zu ertragen oder ihre sozialen Konflikte kompetenter zu bewältigen, wird der »Aufbau einer psychologischen bzw. psychophysiologischen Widerstandsfähigkeit«, d. h. der Aufbau von Resilienz (»Robustheit« [Grawe 2004, 208]) unterstützt (vgl. Petzold, Müller 2004, 8).

5.1 Resilienz und Vulnerabilität

Resilienzen sind »Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, bewältigbarer Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, in der Lebensspanne ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art psychischer Immunität gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen

oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die Bewältigungskompetenz des Subjekts bei Risiken und bei *stressfull life events*.« (ibid.)

Resilienz ist kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern variiert über die Zeit und über verschiedene Situationen hinweg (vgl. Rolf Oerter 1999, 5 cit. Masten et al. 1990), sowohl in Abhängigkeit von günstigen oder ungünstigen äußeren Lebenssituationen als auch in Beziehung zum Entwicklungsverlauf eines Menschen (vgl. Gisela Röper 2004, 242).

»Sie erstreckt sich auch keineswegs auf alle Bereiche, so dass in einem Bereich geringes, in einem anderen hohes Risiko bestehen kann.« (Oerter 1999, 5)

Unter Resilienzfaktoren sind folgende Phänomene zu verstehen (vgl. Petzold 1995a, 194; auch Petzold, Müller 2008, 10):

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet.
2. Die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen.
3. Die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen.
4. Die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten.
5. Die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen derart anzupassen, dass die Möglichkeit besteht, in diesen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden.
6. Die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Im Gegensatz dazu spricht man von Vulnerabilität, wenn »eine individuelle

Bereitschaft besteht, unter Risikobedingungen einen negativen Entwicklungslauf zu nehmen« (Resch et al. 1999, 25).

Das Vulnerabilitätsprinzip geht davon aus, dass genetische oder frühkindliche Risikofaktoren nicht unmittelbar zu psychischen Erkrankungen führen müssen, sondern dass eine Kombination von Risiken auf biologischer und psychosozialer Ebene eine zunehmende Labilisierung der Umwelanpassung der betreffenden Person bewirken kann (vgl. *ibid.*).

Folglich zeigt sich die Wirksamkeit von therapeutischen Prozessen im Aufbau von Resilienzen und in der Reduzierung von Vulnerabilitäten; diese hängen wiederum eng mit dem Vorhandensein von Risiko- und Schutzfaktoren zusammen: Was als unabhängiger Schutz- bzw. Risikofaktor wirken mag, führt im Laufe selbstorganisierender Prozesse, z. B. durch Erlebnisverarbeitung, Handlungskonstruktionen und Veränderung des Selbstkonzeptes, zur Veränderung des Systems. Auf diese Weise werden Risiko- und Schutzfaktoren zu Bestandteilen von Vulnerabilität bzw. Resilienz (vgl. Oerter 1999, 5).

5.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Stefan Schmidtchen (vgl. 2001, 67) unterscheidet zwischen biologischen, psychologisch-personalen, sozialen und ökologischen Risiko- und Schutzfaktoren.

»Protektive Faktoren sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen und andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozio-ökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, *significant caring adults*, Wohnung), des Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und des Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion).« (Petzold, Goffin u. Oudhof 1993, 185)

Dazu gehören u. a. Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, schützende Inselerfahrungen, positive Temperamentseigenschaften, positive Erziehungsklimata, Möglichkeit zur Gestaltung und Selbstwirksamkeitserfahrung, soziale Vorbilder, Werte und Sinnbezüge, realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Angebote für kokreative, sinnvolle Aktivitäten (Sport, Hobbys, Spielmöglichkeiten), usw. (vgl. Petzold, Müller 2004, 11).

Risikofaktoren stellen allgemeine Rahmenbedingungen innerhalb und außerhalb des Menschen dar, die belastend sind und die die Wahrscheinlichkeit, dass es zur Ausbildung einer psychischen Störung kommt, beeinflussen (vgl. Schmidtchen 2001, 67).

Risikofaktoren setzen sich aus sehr heterogenen Variablen zusammen. Dazu gehören distale Rahmenbedingungen wie Armut, Wohngebiet und Zugehörigkeit zu Randgruppen (vgl. dazu Oerter et al. 1999, 4). Gemeint sind ebenfalls: Aggression und Gewalt in der Familie, psychiatrische Probleme eines Elternteils, schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit, rigide Erziehungsvorstellungen der Eltern, schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion (vgl. Petzold, Müller 2004, 13). Schließlich zählen zu den Risikofaktoren aber auch internale Bedingungen wie Temperament, biologische Faktoren, Lebensstil, Problemlöse- und Copingstrategien (vgl. Oerter et al. 1999, 4). Hilarion Petzold und Lotti Müller (vgl. 2004, 13) ergänzen diese Liste mit folgenden Faktoren: dysfunktionale emotionale Stile und Abwesenheit von Netzwerkorientierung sowie geringe soziale Kompetenz des Kindes.

Im Sinne einer *life span developmental perspective* stellt der Entwicklungsablauf einen fortschreitenden Prozess unter dem Einfluss von Verkettungen schützender und widriger Ereignisse sowie ggf. prolongierter Mangelereignisse dar. Diese positiven, negativen und defizitären Stimulierungskonstellationen bestimmen maßgeblich die Entwicklung des Menschen und somit seine Vitalität und Vulnerabilität, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden sowie seine Morbidität und sein Unwohlsein (vgl. *ibid.*, 8).

Vor diesem Hintergrund ist die Therapie selbst, als Teil eines guten »Weggeleits« zu verstehen, die insofern eine »Schutzschildfunktion« übernimmt, als sie negative

Einflüsse »abpuffert«, gute Beziehungsqualitäten entwickelt und schützende Inselerfahrungen als eine »Kette positiver Ereignisse« bereitstellt (vgl. Petzold 1995a, 191).

6 Die Inhalte der 14 therapeutischen Wirk- und Heilfaktoren in der kindertherapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur

6.1 Einführendes Verstehen, Empathie

»Das Wunderbare an einer besten Freundin ist nämlich, dass sie einem vom Gesicht ablesen kann, wenn etwas nicht stimmt. Und so war es auch jetzt.«

(Isabel Abedi 2008, 30)

Empathie ist definiert als gefühlsmäßige Reaktion auf die wahrgenommene Empfindlichkeit anderer (vgl. Resch et al. 1999, 196) und resultiert aus dem »Zusammenwirken eines genetisch disponierten Verhaltensprogramms mit aktueller, subliminaler und supraliminaler sozialer Wahrnehmung und ihrer mnestischen Resonanz aufgrund vorgängiger Erfahrungen und antizipierender Entwürfe, wodurch ein affektives Teilnehmen an dem, was ein anderer empfindet, möglich wird.« (Petzold 2003a, 872). Affektives Teilnehmen und einfühlsames Verständnis sind die Voraussetzungen für einen partnerschaftlichen Dialog mit dem Kind.

Professionelles, einfühlsames Verständnis für ein Kind zu entwickeln, bedeutet dass durch Intuition und theoretisches Hintergrundwissen eine Ahnung darüber entwickelt wird, in welcher Weise es seine Selbst- und Fremdbilder konstruiert, wie es über Bewertungsvorgänge Gefühle erzeugt, welches Bild es von seinen Potenzialen und Ressourcen entwirft und in welche inneren, paradox-konflikthaften Bilder es letztendlich die Antworten und die Präsenz der Therapeutin übersetzt (vgl. Helmut Zaepfel, Bruno Metzmacher 1996, 99).

Dieses Verständnis für das Kind entwickeln Therapeutinnen, indem sie genau auf die eigenen emotionalen Empfindungen achten, die sie in der Interaktion mit dem Kind

an sich wahrnehmen. Diese Empfindungen analysieren sie als eine Art »emotionale Ansteckung«, die auf das Feuern von sogenannten »Spiegelneuronen« zurückzuführen ist. Spiegelneurone werden im Kortex von Affen und Menschen sowohl dann aktiviert, wenn das Individuum eine Bewegung ausführt, als auch, wenn es eben diese Bewegung beobachtet. Dies gilt auch für ein Individuum, das eine bestimmte Empfindung an sich selbst wahrnimmt oder eben diese Empfindung an einem anderen Menschen beobachtet (vgl. Martina Piefke 2007, 51f; Petzold 2002b, 6; Daniel Stern 2005, 91ff). Die Beobachtung des eigenen seelischen Erlebens erlaubt den Therapeutinnen auf das fremdseelische Erleben des Kindes zu schließen und so Strukturhypothesen aufzustellen (vgl. Zaepfel, Metzmacher 1996, 30). In dieser »Alter-Ego-Beziehung« bemühen sich die Therapeutinnen absichtlich bewusst und während eines begrenzten Zeitraums als ein anderes Selbst, als eine Art Doppel-Ich des Kindes, die eigene Person gewissermaßen auszuklammern (vgl. Jobst Finke 1999, 26). Sie stellen sich dem Kind als eine Art »Resonanzraum und Container für dessen Eigenrealitäten« (Zaepfel, Metzmacher 1996, 71) zur Verfügung.

Indem sie sich in sich in ihre eigene Innenwelt und in die des Kindes einfühlen und das Eigen- sowie das Fremdseelische gemeinsam mit dem Kind in Bilder fassen, werden diese Bilder mittels kreativer Medien und Bewegung veranschaulicht und für das Kind verständlich (vgl. Metzmacher u. Zaepfel 2006, 76).

Dadurch können sie als Übersetzerinnen und Vermittlerinnen zwischen dem fremden »Eigen-Sinn« der Welt der Heranwachsenden und der »multiplen Hauptrealität« der Erwachsenen fungieren (vgl. Zaepfel u. Metzmacher 1996, 71).

Nach Vygotskij (1931/1992, 230), zitiert in Petzold (vgl. 2010, 333), beginnt das Kind in seinem Entwicklungsprozess jene Verhaltensweisen sich selbst gegenüber anzuwenden, die zunächst andere ihm gegenüber praktiziert haben. Wird das Kind in seiner Lebenssituation mit seinen Problemen und seinem Leiden wahrgenommen und verstanden, fühlt sich »so gesehen, wie es ist« und erlebt »stimmige Empathie«. Dadurch lernt es sich selbst besser zu verstehen (Selbstepathie) und entwickelt Einfühlungsvermögen für andere Menschen (Fremdempathie).

Nach Resch et al. (vgl. 1999, 198) können vier Stadien von Empathieentwicklung unterschieden werden:

1. Globale Empathie, die durch affektive Ansteckungsprozesse gekennzeichnet ist, ist bereits bei Säuglingen zu beobachten.
2. Egozentrische Empathie kennzeichnet das Wiedererkennen eines Gefühlszustandes des Kindes bei sich selbst.
3. Emotionale Perspektivübernahme ist das Einfühlen des Kindes in einen anderen Menschen. Hier erkennen die Kinder bereits klar, dass Andere Gefühle und Bedürfnisse haben, die sich von den eigenen unterscheiden. Nach Tomasello (2010, 24) erkennen Kinder bereits zwischen 14 und 18 Monaten, wenn ein Erwachsener Hilfe braucht und helfen ihm sein Problem zu lösen. Im Alter zwischen 18 und 24 Monaten ist im Verhalten von Kindern klar zu erkennen, dass sie »mitfühlen«, auch wenn ihr Gegenüber keine erkennbare Reaktion zeigt.
4. Soziale Perspektivübernahme wird im Vorschul- und Grundschulalter erworben und erlaubt die Lebenssituationen anderer zu erkennen, sich in diese hineinzudenken und ihre Perspektive zu übernehmen.

»Diese wechselseitige Empathie als reziproke Einfühlungen in pluridirektionalen Beziehungen im Sinne des Erfassens von anderen ›minds‹ vor dem Hintergrund und Bewusstsein des eigenen ›mind‹ ermöglicht in einer ›Synergie‹ ein höchst differenziertes und umfassendes Erkennen und Erfassen eines anderen Menschen« (Petzold, Müller 2005, 36) und wirkt als »korrigierende emotionale Erfahrung« für negative biographische Einflüsse (vgl. Petzold 2003a, 1037).

Robert Emde (vgl. 1995, 223ff) unterscheidet verschiedene Arten von therapeutischer Empathie:

- die Entwicklungsempathie: Diese Art der Empathie erfordert von Therapeutinnen

eine beträchtliche Ich-Entwicklung. Vorübergehende Identifikationen erfordern ein zeitweiliges Gefühl des Einsseins mit dem anderen, gefolgt von einem Gefühl des Getrenntseins, um hilfreich sein zu können. Außerdem müssen die Therapeutinnen spüren, was für die Entwicklungsphase des Kindes angemessen ist.

- die kreative Empathie: Sie ist spielerisch. Inmitten negativer Affekte und Schmerz fördert sie nicht nur den Drang zum Explorieren, sondern steigert auch das Potenzial Überraschungen und andere positive Affekte zu empfinden.
- die bestätigende Empathie: Sie bewirkt eine Bestätigung von Verbindungen zwischen vergangenem und gegenwärtigem Erleben. Es entsteht beim Patient ein bejahendes Gefühl hinsichtlich der Kontinuität des Lebens.

Mathias Dekeyser et al. (vgl 2009, 15) machen darauf aufmerksam, dass der Erfolg einer Therapie nicht nur auf den Empathiefähigkeiten der Therapeutinnen beruht, sondern dass auch auf der Klientenseite entscheidende Faktoren dazu beitragen. Dazu gehören sowohl die Bereitschaft sich empathieren zu lassen als auch die Fähigkeit die Therapeutin wahrzunehmen und ihre Gefühle und Absichten zu erkennen.

6.2 Emotionale Annahme und Stütze

»Ich schenk dir einen Elefanten

... Wenn du traurig bist, packt er dich ganz sacht mit seinem Rüssel und hebt dich auf. Er wiegt dich her und wiegt dich hin.

Her und hin

und hin und her

Bis die ganze Traurigkeit weggeschaukelt ist. «

(Renate Welsh 2007, 36)

Wie unten ausführlicher beschrieben, braucht ein Kind für seine emotionale Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung die Erfahrung einer stimmigen Resonanz durch seine Bezugspersonen. Soziale Zuwendung und gelingende soziale

Interaktionen haben die Ausschüttung wichtiger Botenstoffe, sogenannter »Glücks- und Belohnungshormone«, zur Folge. Diese sorgen für positive Emotionen und für eine besonders gute neuronale Bahnung, d. h. für eine erleichterte Speicherung und Wiederabrufbarkeit von Erfahrungen und Handlungsoptionen (vgl. Peter Osten 2008, 142).

Erlebt ein Kind keine empathischen Rückmeldungen und fühlt es sich abgelehnt bzw. zurückgewiesen, wenn es sich mit seinen (negativen) Gefühlen an seine Bezugspersonen wendet, so zeigt es Rückzugs- und Ablehnungsreaktionen. Es lernt seine Gefühle zu minimieren oder ganz zu verbergen, um erneute Zurückweisungen zu vermeiden (vgl. Mechthild Papousek, Nikolaus von Hofacker 2004, 217). Prolongierte Erfahrungen von Resonanz- und Empathieentzug sowie die Abwesenheit von protektiven Faktoren können zu chronischen Empfindlichkeitsreaktionen mit ihren entsprechenden Schutzmechanismen wie Rückzug, Aggressivität, Hyperarousal, etc. führen.

Ein Kind, das zur Therapie kommt und das erlebt, dass sein therapeutisches Gegenüber versucht es zu verstehen und sich dadurch gesehen, verstanden und akzeptiert fühlt, lernt auch sich selbst anders zu sehen.

Durch die wiederholte Erfahrung einer ermutigenden Beziehung zu einer Bezugsperson beginnt es mit der Zeit durch »Interiorisierung« (Vygotskij 1931/1992, 230 zit. in Petzold 2010, 333) diese ermutigende Position sich selbst gegenüber einzunehmen (vgl. *ibid*, auch Petzold, van Beek, van der Hoek 1994a, 534). Erlebte Liebe und Wertschätzung ermöglichen dann Selbstwertschätzung, Selbstwertgefühl und Selbstliebe. Wenn das Kind traurig ist und spürt wie gut Trost tut, kann es zu einem späteren Zeitpunkt auf diese Erfahrung, die im Gehirn abgespeichert wurde, d. h. auf innere Bilder bzw. Bildgeschichten, Gefühle, Stimmungen, Atmosphären in Form von komplexen Repräsentationen bzw. Holorepräsentationen, zurückgreifen und sich selbst gegenüber anwenden (vgl. *ibid*). Der Interiorisierungsprozess ermöglicht in diesem Fall die Fähigkeit zur Selbsttröstung aber auch empathische Trostleistungen anderen gegenüber (vgl. Petzold 2010, 334).

Für die Therapie bedeutet dies, dass durch das Interiorisieren der Beziehungs- und

Interaktionsangebote des Therapeuten die bislang verwendeten »Beziehungsdrehbücher« und »Realitätsentwürfe« (Skripts) des Kindes verändert und neu geformt werden können, sodass es sich in schwierigen Momenten auf die zuvor erfahrene Stütze, Ermutigung und Hilfestellung zurückbesinnen und schwierige Situationen dadurch überwinden kann, dass es diese integrierten, inneren Beistände in sich aktiviert (vgl. Zaepfel, Metzmacher 1996, 77).

6.3 Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe

»Im Schultasche-Einträumen war der Zwerg absolute Spitze! Nie kam es vor, dass er etwas vergaß. Immer kam Anna mit allem, was sie brauchte, in der Schule an.«

Christine Nöstlinger (1999, 26)

In der Kindertherapie kann die Hilfestellung bei der praktischen Lebensbewältigung auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Auf der Ebene des Kindes selbst in Form von konkreten Lösungsstrategien für alltäglich anfallende Schwierigkeiten wie z. B. praktische Tipps für den Umgang mit anderen Kindern oder das gemeinsame Üben den Schulranzen richtig zu packen. So spürt das Kind, dass seine Probleme ernst genommen werden und es bekommt realitätsgerechte Lösungen an die Hand gegeben.

Durch die Resilienzforschung wissen wir, dass der bedeutendste Risikofaktor für Kinder ein »schlechter sozioökonomischer Status« der Familie ist. Daraus wird deutlich, wie wichtig auch sozioökologische Interventionen auf der Elternebene für die Kindertherapie sind, aber auch wo die Helfer an ihre Grenzen stoßen können (vgl. Petzold 1995a, 201).

Hier scheint ein Zusammenarbeiten mit dem zur Verfügung stehenden Helfersystem, wie z. B. dem Sozialamt, Solidargemeinschaften, Selbsthilfegruppen oder anderen externen Unterstützungsmöglichkeiten, von großer Bedeutung zu sein.

6.4 Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft

»Wenn du Angst hast, musst du einfach laut singen, kleiner Häwermann!« hat Mama früher gesagt. Und es hat ja auch immer geholfen, bis er eingezogen ist. Mamas Neuer. «

(Jutta Richter 2001, 20)

Gefühle wirken als Erregungszustände auf der körperlich-somatischen Ebene und bestimmen maßgeblich das Psychische und das Geistige. Sie werden situativ durch externale oder internale Stimuli ausgelöst, die komplexe endokrine und zentralnervöse Prozesse in Gang setzen, welche sich auf der Verhaltensebene manifestieren und als solche subjektiv wahrgenommen und bewertet werden. Gefühle sind für die Interpretation wahrgenommener Wirklichkeit unabdingbar (vgl. Petzold 2003a, 607ff). Sie bilden die fundamentale Ausdrucksmatrix des Menschen und stellen auch die wesentliche Entscheidungsgrundlage menschlichen Handelns dar (vgl. Resch 2002, 226). Gefühle haben motivationale und kommunikative Funktionen, sie bewirken Handlungen und geben Orientierung. Die emotionale Kultur, in der ein Kind aufwächst, ist ein zentrales Moment für die Ausbildung seiner Persönlichkeit und ist weiterhin bestimmend für die Entwicklung der Fähigkeit zu zwischenmenschlichem Miteinander (vgl. Petzold 2003a, 607ff).

Positive emotionale Interaktionen sind ein Prädiktor für Gesundheit. Gelingende emotionale Differenzierung, die Fähigkeit der empathischen Feinabstimmung emotionaler Befindlichkeiten durch ko-respondierende Gefühlsresonanzen und emotionale Sicherheit sind wichtige Funktionen der Sozialisation und ko-emotiver, entwicklungsfördernder Erziehung. Negative emotionale Interaktionen und zeitextendierte Stress- oder Extremzustände können, wenn sie ohne Kompensation zur Wirkung kommen, zentrale Momente in der möglichen Entstehung von Krankheiten sein (vgl. *ibid*).

Emotionale Stile werden in der Sozialisation ausgebildet und sind stark durch die

Kommunikation in der Primärgruppe zwischen dem Kind und seinen wichtigen Bezugspersonen geprägt. Emotionen sind aber in hohem Maße kontextabhängig und wandelbar und können sich, im Sinne eines *life long emotional development and socialisation*, durch zunehmende Differenzierungsarbeit, Klärung, Feinabstimmung, Regulation, Deutung und Versprachlichung verändern (vgl. *ibid*).

Mit dem Erwerb des Zeichengebrauchs und der Symbolisationsfähigkeit erlernen die Kinder mit entsprechender Hilfe ihrer Bezugspersonen ihre emotionalen Erfahrungen mit sich, ihren Mitmenschen und der Welt zu symbolisieren und auszudrücken (vgl. Zaepfel, Metzmacher 2004, 183). Ab ihrem vierten Lebensjahr wollen sie, dass ihr Gegenüber in gleicher Weise wie sie selbst ihrer Freude und Aufregung bzw. ihrem Ärger und ihrer Konsternierung zustimmt. Kinder lassen sich konsistenter regulieren, wenn ihre Bezugspersonen in der Lage sind, sich auf ihre Emotionen einzustimmen und mitzuschwingen und wenn erst danach eine Korrektur erfolgt. So lassen sich die Kinder z. B. besser beruhigen, wenn ihre Bezugspersonen sich zunächst auf ihre Traurigkeit einstimmen, ihr Raum geben, sie verbalisieren und erst anschließend in eine korrespondierende oder komplementäre Affektreaktion z. B. durch Trösten übergehen. Durch Mimik, Stimme oder körpersprachliche Gebärden können kindliche Emotionen sicherheitsvermittelnd beantwortet und benannt werden und es können auf diese Weise Zustände gemeinsamer und geteilter Aufmerksamkeit und Emotionalität hergestellt werden (vgl. Osten 2008, 152).

Durch den verständnisvollen Umgang mit ihren Bedürfnissen lernen Kinder auch auf Andere empathisch einzugehen, können sich dadurch emotional besser anpassen und sind beliebter (vgl. Daniel Goleman 2001, Kap. 5, 1'10" [mündlich]).

Das Kind lernt in der Therapie durch kreative Medien dasjenige auszudrücken, was es sonst aus Angst vor Bewertung und Verurteilung nicht zu zeigen vermag (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2006, 78). Dadurch kann es (wieder) erlernen alles Innerseelische, seine Gefühle, Motive, Volitionen, Leiberfahrungen und Handlungen zu symbolisieren und für sich und andere zugänglich zu machen.

Das Zeigen von »negativen« Gefühlen wie Schmerz, Angst und Wut sowie von »verbotenen« Gefühlen wie Scham, Schuld, Hass und Rache wird durch die positive

Unterstützung und akzeptierende Präsenz des Therapeuten ermöglicht. Ebenso kann er durch sein »partielles Engagement« und seine »selektive Offenheit« (Petzold 1994, 327) d. h. durch den, auf das Kind abgestimmten Ausdruck seiner eigenen Gefühle und das vorsichtige Einbringen seiner eigenen Bedürfnisse und Willensregungen, eine Modellfunktion für das Kind übernehmen. Die Atmosphäre der Offenheit, die dadurch entsteht, trägt zu einer Entwicklung einer positiven »emotionalen Kultur« und entscheidungsfreudigen Willenskultur bei (vgl. Petzold 2003a, 1039).

Emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit sind wichtige Aspekte kindertherapeutischen Handelns für die Behandlung »dysfunktionaler emotionaler Stile« oder die Entwicklung »adäquater Willensstile« (vgl. Petzold 1996, 173ff; Zaepfel, Metzmacher 1996, 74), da sie dem Kind helfen seine Motive und Intentionen unter Berücksichtigung seiner Ängste und Unsicherheiten so wahrzunehmen und zu hierarchisieren, dass es nicht zum Spielball seiner verschiedenen Impulse wird (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 116).

6.5 Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

»Aber sie (Oma) ist unsichtbar«, sagt Niklas.
›So unsichtbar wie ein Gedanke. Aber Gedanken sind sehr wichtig. Auch wenn man sie nicht anfassen kann. Die unsichtbaren Dinge auf der Welt sind genauso wichtig wie die sichtbaren«, sagt Opa.
›Die Luft zum Beispiel«, überlegt Niklas.
›Ohne die können wir nicht leben.«
›Oder die Liebe und die Freundschaft«, sagt Opa.
›Was wäre das Leben ohne sie!«
›Und Träume«, ergänzt Niklas.
›Die kann man auch nicht anfassen.««

Ursel Scheffler & Jutta Timm (2010)

Ein Kind, das sich den ihm gestellten Anforderungen gewachsen fühlt und überzeugt ist, etwas bewirken zu können, erlebt seine Umgebung als sinnvoll und verständlich. Es ist motiviert sich zu investieren und gibt sich Mühe seine Ziele zu erreichen. Sinnsetzung und Sinnerfassungskapazität in Wahrnehmung, Denken, Bewegen und

Wollen bedeuten Intentionalität (vgl. Resch et al. 1999, 160 cit. Mundt 1984) und spielen im Motivationssystem des Kindes eine wesentliche Rolle. Bereits kurz nach ihrem ersten Geburtstag sind Kinder in der Lage das Ziel eines Anderen zu erkennen und dieses mit dem eigenen Ziel zu einem gemeinsamen Ziel zusammenzuführen. Die gemeinsame Tätigkeit, die daraus resultieren kann, ist für sie wichtiger als das zu erreichende Ziel: Sie sind intrinsisch motiviert (vgl. Tomasello 2010, 58). Ebenso ist das Gefühl, in der Außenwelt sinnvolle Zusammenhänge zu bewirken und zu erkennen, ein zentraler Motivator von Lebensbeginn an (vgl. Martin Dornes 2004, 243).

Kinder entwickeln ihre »Sinnerfassungskapazität«, d. h. die Fähigkeit Sinn in Zusammenhängen zu erfassen (vgl. Petzold 2010, 337), durch die Abstimmung ihrer persönlichen Bedeutungszuschreibung zu Erlebnissen mit der Bedeutung derselben Erlebnisse für Andere, so dass sie in einen Kontext gemeinsamer Realität eingepasst werden kann. Sinn findet das Kind also nicht nur durch eigene affektiv-kognitive Prozesse der Bedeutungskonstituierung, sondern auch in einem zwischenmenschlichen Abstimmungsprozess, der diese Bedeutung mit anderen teilbar und für diese verständlich und nachvollziehbar macht (vgl. Resch et al. 1999, 160).

Weiterhin muss das Erfasste vom Kind verarbeitet und angewendet werden können. Diese »Sinnverarbeitungskapazität« erfordert, dass das Kind an den gedanklichen Prozessen seiner Bezugspersonen in einer Weise teilhaben kann, die seinem Alter und seinen Fähigkeiten entspricht. Optimalerweise geschieht dies jeweils in der »Zone der nächsten Entwicklung« (Vygotskij 1992 cit. Petzold 2010, 338) d. h. in der Interaktion mit älteren Kindern und Erwachsenen, die dem Kind Argumente und Erklärungen zur Verfügung stellen, die seiner nächst höheren Entwicklungsstufe entsprechen (vgl. August Flammer 2010, 147).

Das Zusammensein mit Anderen, die das Kind an gemeinsamen, kokreativen »Sinnschöpfungsprozessen« teilhaben lassen, fördert die Fähigkeit mit »sich selbst und verinnerlichten Anderen« in innere, vielfältige mentale Gespräche einzutreten, d. h. immer schöpferischer zu werden (vgl. Petzold 2010, 338).

Um einen persönlichen Entwurf der eigenen Lebensgeschichte erstellen und um Zusammenhänge erkennen und verstehen zu können, braucht das Kind diese intersubjektive Ko-respondenz mit wichtigen Bezugspersonen. Diese können ab seinem vierten Lebensjahr seine Selbstreflexion und Selbsterkenntnis fördern und somit die Prozesse der Selbstkonstitution und der Identitätsarbeit begleiten. Dadurch, dass die Umgebung die Reflexion über soziale Bezüge fördert und einen Raum für die Prozesse persönlichen und gemeinschaftlichen Sinnverstehens eröffnet, wird dem Kind ermöglicht Ursachen und Wirkungen zu verknüpfen, Zusammenhänge zu durchschauen und Hintergründe in möglichst umfassender Weise zu verstehen (vgl. Petzold 1995, 369).

Wird dieser Prozess der gemeinsamen Sinn-Konstitution und des Austauschs unterbrochen und kann das Kind über einen längeren Zeitraum seine »Eigenrealität« nicht mehr mit der »Hauptrealität« seines Umfeldes in Einklang bringen, dann ist eine konsensfähige Kommunikation nicht möglich und es besteht die Gefahr einer chronischen Überforderung seiner Sinnerfassungskapazität (vgl. Zaepfel, Metzmacher 1995, 70).

Diese Störungen stehen bei Kindern meistens in einem »selbstkonstruierten Lebens- und Sinnzusammenhang innerhalb des systemischen Kontextes der Betroffenen« (Nitza Katz-Bernstein 2004, 55).

In diesem Fall versucht die Therapeutin einen Zugang zur inneren Wirklichkeit des Kindes zu finden und ein gemeinsames Sinnverständnis herzustellen, um dadurch eine Annäherung der »Eigen- und Fremdrealitäten« zu fördern (vgl. Zaepfel, Metzmacher 1995, 70).

Für die betroffenen Familien ist oft allein die Möglichkeit, eine Sinnperspektive aufsuchen zu können, schon erleichternd und dadurch gesundheitsfördernd (vgl. Schiffer 2001, 25).

6.6 Förderung kommunikativer Kompetenz / Performanz und Beziehungsfähigkeit

»Nur ein ganz klein wenig weinte ich, als ich dort ging und spielte und nach Jum-Jums Flöte lauschte. Manchmal hörte ich sie in der Nähe und ich versuchte der Richtung zu folgen, aus der die Töne kamen. Näher und näher kamen sie. Klarer und klarer, lauter und lauter hörte ich die alte Melodie von einer anderen Flöte als meiner.«

Astrid Lindgren (2010, 122)

Gelingende oder misslingende Entwicklungsprozesse von Kindern sind von der Art der Eltern-Kind-Interaktion und ihren Kommunikationsmustern maßgeblich beeinflusst. Entwicklung findet im Kontext sozialer Beziehungen statt (vgl. Emde 1995, 223) und hängt in hohem Ausmaß von einer sicheren und einfühlsamen Kommunikation mit nahestehenden Lebenspartnern ab.

Voraussetzung für den Aufbau funktionierender Kommunikation sind einerseits die angeborenen kindlichen Interaktionskompetenzen (vgl. Osten 2008, 143) und andererseits zwischenmenschliche Begegnungen, die durch geteilte Rhythmen und wechselseitiges Anschauen begleitet werden, und Erwachsene, die bereit sind, die Zeichen der Kinder feinfühlig wahrzunehmen, zu interpretieren, zu lesen und auf sie einzugehen (vgl. Eva-Maria Topel 2005, 66f) sowie die Möglichkeit immer wieder unterschiedliche Perspektiven von innerem und äußerem Geschehen bei Anderen wahrzunehmen und selbst ausdrücken zu dürfen (vgl. Zaepfel, Metzmacher 2004, 184). So sind das Wechselspiel zwischen Aufforderungscharakter und Handlungsantwort in den Dialogen und die Resonanz zwischen Betreuungsperson und Kind grundlegend für die Verarbeitung und die Repräsentation von Bindungserfahrungen und die kindliche Entwicklung (vgl. Osten 2008, 145). Wiederholte gelungene, kommunikative Interaktionen sorgen dafür dass sich die Kinder als kompetente Gegenüber erleben und begünstigen die Entwicklung eines positiven (Selbst-)Bildes und das Gefühl optimierter Proximität und sicheren Eingebundenseins in der Familie bzw. in anderen Gruppenkontexten (ibid. 151).

Dabei helfen ihnen die Kompetenzen, die unter dem Stichwort »Theory of mind« zusammengefasst werden können: Mit ca. dreieinhalb Jahren beginnen Kinder zu verstehen, dass sie ein von den Anderen abgetrenntes, eigenes Bewusstsein haben. In der Folge unterscheiden sie ihre Meinung, Gefühle, Gedanken von denen eines Anderen und können andere Meinungen als falsch ansehen (vgl. Resch et al 1999, 199). Sehr früh (ab dem 18. Lebensmonat) sind Kinder in der Lage komplexe soziale Zusammenhänge in ihrer Dynamik zu durchschauen und die Handlungsmotivationen Anderer zu erfassen und zu verstehen (vgl. Tomasello 2010, 60). Sie sind dadurch gleichsam in der Lage sich neben sich selbst zu stellen und sich beim Denken zuzuschauen. Dadurch wird dem Kind bewusst, dass verschiedene Personen denselben Gegenstand unter unterschiedlichen Perspektiven betrachten können (vgl. Osten 2000, 203).

Das Kind kommt so in der Auseinandersetzung mit seinem Umfeld über das eigene und fremde Wahrnehmen und Handeln im gemeinschaftlichen Austausch und Verarbeiten des Aufgenommenen und durch den Prozess der Mentalisierung des Erlebten und Erfahrenen zu seiner »Realität« (vgl. Petzold 2006, 10). Der Prozess der Mentalisierung überträgt Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen in mentale Informationen. Diese Transformierung erfolgt durch »kognitive, reflexive und ko-reflexive Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf komplexen symbolischen Ebenen, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeiten vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle und Phantasieprodukte ermöglichen« (ibid, 11).

Durch die »Theory of mind« und die Mentalisierungsfähigkeit erlangt das Kind die Freiheit einem beliebigen Sachverhalt seiner äußeren oder inneren Realität, Symbole und Zeichen zuzuweisen und kann somit seine emotionalen Erfahrungen mit sich, seinen Mitmenschen und der Welt symbolisieren und von denen seiner Mitmenschen abgrenzen. Es ist hierdurch auch in der Lage sowohl sein eigenes Gefühlsleben, seine Wunsch- und Bedürfniswelt besser zu lesen (Introspektion), als auch das Verhalten anderer Menschen und deren Motivationen besser zu verstehen. Durch den zwischenmenschlichen Austausch zuerst mit Erwachsenen und später auch mit anderen Kindern, finden wichtige Ko-respondenzprozesse statt (vgl. Zaepfel,

Metzmacher 184).

In der Therapie kann die Entwicklung dieser Kompetenzen durch den Austausch mit der Therapeutin, durch Versprachlichung, kreative Medien und Leibarbeit gefördert werden. Am Modell der Therapeutin kann das Kind lernen, sich über seine innere Beziehungswelt auszutauschen und diese beweglicher zu gestalten (vgl. *ibid.*, 201). Durch das verbale Abspielen dieser interpersonalen Vorgänge wird ein gemeinsames Bedeutungsverständnis möglich: »Der Quantensprung der Bezogenheit findet statt.« (Stern 2007, 238).

Je mehr das Kind in der Lage ist gleichzeitig sowohl seine eigene Perspektive als auch die fremde Perspektive zu denken (vgl. Osten 2000, 203) und eine Distanz zwischen dem Objekt an sich und seiner Interpretation einzunehmen, desto größer wird seine Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zum inneren Positionswechsel und zur Rollenflexibilität und desto besser gelingt ihm auch die Kommunikation mit Anderen. Davon hängt auch die Entwicklung seines Selbstwertgefühls, seines Spielverhaltens, Leistungsverhaltens, Selbstkonzeptes, Selbstverwirklichungsverhaltens und seiner Fähigkeit zur Bewältigung existenzieller Lebensängste ab (vgl. Schmidtchen 1989, 44).

Durch den Austausch mit der Therapeutin kann das Kind neue Kommunikationsmöglichkeiten erschließen und erproben, die es dann in seinem Alltag umzusetzen erlernt. So stehen seine guten kommunikativen Fähigkeiten und seine Netzwerkorientierung ihm auch später zur Verfügung, um vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten zu aufzusuchen und so seine »soziale Geschicklichkeit« zu nutzen, um auch außerhalb des therapeutischen Rahmens positive emotionale Erfahrungen zu machen und seine Resilienz aufzubauen (vgl. Petzold 1995a, 196).

6.7 Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

»Der Hase aus Porzellan landete zu guter Letzt auf dem Meeresgrund, mit dem Kopf im Schlamm. Und hier, kopfunter dem Schlamm, empfand er sein erstes wahrhaftiges Gefühl. Edward Tulane hatte Angst.«

Kate DiCamillo (2006, 38)

Bereits zu Beginn ihres Lebens verfügen Neugeborene über eine Vielzahl von physiologischen Regulationsfertigkeiten. Diese beziehen sich u. a. auf die Atmung, den Kreislauf, die Körpertemperatur, die Verdauung, die Körperspannung, die Kraftbalance, die motorische Koordination sowie die Tonusbalance. Zudem müssen die Säuglinge ihre Schlaf- und Wachphasen regulieren, ihre Aufmerksamkeitszuwendung auf Bezugspersonen steuern und Spannungen aufgrund von Überreizung, Unwohlsein oder Unterstimulation bewältigen (vgl. Papousek 1999, 151ff und 2007, 605ff).

Für die Entwicklung ihrer emotionalen Reife sind Kinder auf die Resonanz ihrer Bezugspersonen angewiesen. Im Säuglingsalter entwickeln sich aus angeborenen affektiven Reaktionsbereitschaften Affekte / Emotionen, die sich weiterhin in Hinsicht auf Signalfunktion und Bewusstheit sowie auf ihre Bewertungsfunktionen und handlungsregulierenden Funktionen differenzieren. Diese Entwicklung und die Differenzierung der emotionalen Regulation sind auf die Kommunikation mit den primären Bezugspersonen angewiesen (vgl. Papousek, Hofacker 2004, 214) und werden größtenteils über deren nonverbalen emotionalen Reaktionen gesteuert, d. h. über Körperberührung, Blickkontakt, Stimmlage und Körperhaltung und -bewegung. (vgl. Osten 2000, 113f). Sind diese emotionalen Signale kontingent, eindeutig und Sicherheit vermittelnd, werden sie zu wichtigen Regulationshilfen. Dabei kommt das Konzept der »Kommutilität« zum Tragen, nach dem in zwischenmenschlichen Interaktionen Bewegungen in Form von »organismischer Ko-responndenz« (vgl. Petzold 2003a, 522) aufeinander abgestimmt sind und rhythmisch zusammenspielen.

Eine weitere wichtige Rolle spielt die Affekt Abstimmung: Die Bezugspersonen nehmen Anteil am momentanen Erleben des Kindes, greifen die affektive Dynamik einer kindlichen Handlung stimmlich oder mit anderen affektiven Äußerungen auf und ahmen sie nach. Sie nehmen damit dem Kind gegenüber eine Spiegelfunktion ein und helfen ihm sich seines eigenen subjektiven Erlebens gewahr zu werden, Gemeinsamkeiten zu erkennen und seine Gefühle zu teilen (vgl. Papousek, Hofacker 2004, 216). Der Empfang von verstehender Resonanz ist ein elementares biologisches Bedürfnis, ohne das wir nicht leben können (vgl. Osten 2008, 142).

Demnach ist die Fähigkeit zur Selbstregulierung eine zentrale Entwicklungsaufgabe der frühen Kindheit. Ab dem neunten Lebensmonat besitzt das Kind die Fähigkeit zur intentionalen Kommunikation. Indem es sich mit negativen Gefühlen, wie Angst, Frustration und Wut an seine Bezugspersonen wendet, fordert es Nähe, Sicherheit und Regulationshilfen ein. Durch diese kann es Strategien zur interpsychischen und innerpsychischen Regulation von negativen Affekten entwickeln (vgl. M. Papousek 2007, 626). Erhält das Kind regulatorische Unterstützung, wenn es diese einfordert, wird die Nähe zu seinen Bezugspersonen zu einer sicheren Basis, es entwickelt ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und gewinnt an Selbstsicherheit (vgl. H. Papousek, Hofacker 2004, 216).

Voraussetzung hierfür ist ein feinfühliges Verhalten der Bezugspersonen, die in der Lage sind, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und sie angemessen und prompt zu befriedigen.

Diese »sicher gebundenen« Kinder zeigen weniger Anpassungsprobleme und sind auch zu späteren Zeitpunkten eher in der Lage in Problemlösesituationen soziale Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen (vgl. M. Papousek 1999, 187).

Die Verweigerung von Regulationshilfen und die Zurückweisung dispositioneller Erwartungsmuster durch z. B. Sozial- und Bindungsdeprivation, (emotionale) Verwahrlosung, Entwertung oder Verlust von Kontrolle, führen zu Inkongruenzerfahrungen, die bei Säuglingen und Kleinkindern psychische Katastrophensituationen darstellen und sich nachweisbar auf die Biologie des

Körpers auswirken. Je nach Heftigkeit und Wiederholung von solchen durchaus traumatischen Erfahrungen bzw. dem Fehlen protektiver Faktoren können sich verschiedenste Störungen ausbilden (vgl. Osten 2008, 142).

Viele Kinder, die in die Therapie kommen, haben nicht ausreichend gelernt, ihre affektiven Erregungszustände selbstständig zu steuern. Sie zeigen dies z. B. mit unkontrollierten Wutanfällen, mit Kontaktabbrüchen, mit emotionalem Rückzug oder starken Stimmungsschwankungen.

Die Entwicklung zur emotionalen Selbstregulierung bedarf der Unterstützung durch Fremdregulierung (vgl. Grimmer 2004, 23), oder anders ausgedrückt: Das Erlernen der Affektregulierung unterstützt das Auftauchen des Selbstgefühls und die allmähliche Umwandlung der Ko-Regulation in eine Selbstregulation. Deshalb entwickelt sich psychische und psychophysische Selbstregulierung durch den Austausch mit Bezugspersonen und durch die Abgrenzung von ihnen.

Es ist also die Aufgabe des Therapeuten das Kind mit seinen Gefühlen wahrzunehmen und als »affektregulierender Anderer« (Hartmann, Lohmann 2004, 59) zur Ausbildung dessen Selbstregulierungsfähigkeiten beizutragen. Selbstregulierungsfähigkeiten sind aber nicht beschränkt auf Affektregulierung, sondern beziehen sich auf die Fähigkeit des Leibsubjekts, auf der organismischen, emotionalen, kognitiven und sozialen Ebene Abläufe zu steuern. »Therapie heißt dann: Unterstützung der dynamischen Regulationsprozesse.« (Petzold 2005ö, 16).

Im Spielgeschehen kann der Therapeut die Realitätsanforderungen und -prinzipien metaphorisch und spielerisch einbringen und das Kind anspornen, sich mit ihnen kindgemäß auseinanderzusetzen. Das Spiel erfordert und fördert die Lenkung des Bewusstseins bezüglich der Selbstwahrnehmung von inneren Regungen, Affekten und Intentionen, die dann zu Bildern verdichtet werden (vgl. Katz-Bernstein 2004, 70). So kann ein Kind lernen seine Gefühle und Erregungen auszuhalten. Es vermag sie zu lesen und zu beeinflussen, sodass es ein Gefühl erlebt und steuern kann und nicht von ihm überflutet wird (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 116).

6.8 Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

»Was man aus dieser Geschichte lernen kann?
Aus dieser Geschichte kann man lernen was man will.
Dass man nicht gegen Eichen pinkeln soll.
Dass man immer eine Banane und ein Taschenmesser bei sich haben soll. Dass man Mountainbiker nicht erschrecken soll. Oder – dass Jäger die seltsamsten Geschichten erleben.«

(Franz Sales Sklenitzka 2007, 58)

Der Mensch lebt und lernt als Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und im Zeitkontinuum (vgl. Petzold 2003a, 1062). »Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext« (Petzold 2003a, 1041). »Der Mensch lernt sein ganzes Leben lang, bereits im Mutterleib und auch noch lange nach der Rente. Der gesamte Evolutionsprozess ist als ein Lernprozess zu verstehen, unsere *WEGE* durch die Evolution waren und sind Lernprozesse (vgl. Petzold 2005t). Lernprozesse finden in unterschiedlichen Abschnitten der Lebensspanne in veränderter Form statt, aber sie finden statt (Müller, Petzold 2002b; 2004b; Petzold 2005a) und es handelt sich dabei um *differentielle* Lernprozesse.« (Chudy, Petzold 2011, 4).

Kinder, die in eine Therapie kommen, sind aus unterschiedlichen Gründen in ihrer persönlichen Entwicklung und in ihren Leistungsmöglichkeiten beeinträchtigt. Sie haben sich mit ihrer jeweiligen Lebenssituation und mit dem Kontext, in dem sie leben, auseinandergesetzt. Die »Lösungen«, die sie gefunden, d. h. gelernt haben, haben nicht nur zu psychischem Leid geführt, sondern oft auch zu Benachteiligungen in sozialen und schulischen Belangen (vgl. Topel 2005, 13).

In der Therapie beginnt dann ein Lernprozess, in dem Therapeutin und Kind mitsamt seinen Bezugspersonen sich kennenlernen und gemeinsam neue Wege der Bewältigung ihrer Probleme beschreiten: »Therapien sind begleitete Lernprozesse« (Petzold 2003a, 1041), die Veränderungen in mehreren Dimensionen bewirken,

nämlich Veränderung der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der kognitiven Struktur. Diese Veränderungen können auf der Ebene des Verhaltens (durch Verhaltenslernen), auf der Ebene der Emotion (durch emotionale Erfahrungen), und auf der Ebene der Kognition (über Einsicht) gelernt werden (vgl. Sieper, Petzold 2002, 9).

Therapie bedeutet auch alte, nicht mehr adäquate Bewältigungsstrategien zu »entlernen«. Dazu gehört, dass Kinder und ihre Bezugspersonen sich Zeit nehmen herauszufinden, was zu ihren Schwierigkeiten geführt hat und was geschieht, wenn sie sich ihre alten Reaktionsmuster abgewöhnen und sich an einem veränderten Umgang mit ihren Schwierigkeiten und miteinander versuchen. Eine große Herausforderung ist dabei das Ablegen alter Überzeugungen, was in der Hinsicht Schwierigkeiten bereitet, dass diese auf Erfahrungen beruhen, die im Leben gemacht wurden (vgl. Topel 2005, 17). So sind Lernerfahrungen teilweise mit Labilisierungen von Mustern verbunden, in denen sich Schemata verflüssigen, in Perturbationen geraten und so die Chance für Übergänge entsteht, in denen sie sich neu formieren oder ganz neue Muster entstehen (vgl. Sieper, Petzold 2002, 10).

Biologische Voraussetzung für diese Veränderungen ist die neuronale Plastizität des menschlichen Gehirns. Durch sie nimmt das seelische Erleben Einfluss auf die cerebralen Funktionen und somit auf die strukturelle Ausgestaltung des Gehirns im Entwicklungsprozess (vgl. Resch et al. 1999, 31).

Wenn sich also etwas im Verhalten verändert, werden im Gehirn bestimmte Prozesse und Umstrukturierungen in Gang gesetzt. Umgekehrt wirken Veränderungen im Gehirn sich auch auf der Ebene des Denkens, Fühlens und Verhaltens aus (vgl. Hüther 2006, 75). Veränderungen sind also zugleich Ursache und Folge von neuen Lernerfahrungen und als solche ebenfalls Lernen.

Der Lernprozess findet statt, indem häufig im Gehirn benutzte neuronale Verbindungen zu »Trampelpfaden« und später zu tieferen Spurrillen bis hin zu »Autobahnen« werden; dies bedeutet, dass Muster des Erlebens und Verhaltens, die wir häufig aktivieren, verstärkt werden und das neuronale Verschaltungsmuster sich strukturell verankert (vgl. Hüther 2006, 92).

Der Prozess des Verlernens vollzieht sich, indem diese tiefen Spurrillen im Gehirn, die weniger oder später eventuell überhaupt nicht mehr benutzt werden, sich zurückbilden (vgl. Hüther 1998, 82). Dies geschieht gemäß dem Prinzip *Use it or lose it* (vgl. Hüther 2006, 91).

Die neuroanatomischen, neurofunktionellen und neurochemischen Grundlagen, die zur Veränderung und Verarbeitung von Informationen im Gehirn beitragen, durchlaufen unterschiedliche Entwicklungsstufen.

Obwohl die neuronale Plastizität über die ganze Lebensspanne erhalten bleibt, ist sie insbesondere in der Kindheit und im Jugendalter ausgeprägter (vgl. Piefke 2007, 46).

Die Hirnforschung zeigt, dass der Mensch sich zu jedem Zeitpunkt seines Lebens neu konstruieren kann, indem er eines seiner alten motorischen, sensorischen oder affektiven Muster ablegt, und also anders zu sehen, zu handeln, oder zu fühlen beginnt als bisher. Gelingt es Kindern und/oder ihren Bezugspersonen auf einer dieser Ebenen ein neues Muster auszubilden, so werden alle anderen Ebenen davon gleichsam mitgezogen (vgl. Hüther 2006, 92). Eine dauerhafte Veränderung erfordert, dass die so entstandenen neuronalen Verbindungen über möglichst lange Zeit hin immer wieder so oft und intensiv wie möglich aktiviert werden (vgl. Grawe 2004, 55).

Dafür reichen aber Reden, Einsicht und Introspektion keinesfalls aus. Veränderung wird nur durch reale Erfahrungen in der Gegenwart bewirkt, welche »alte« grundgelegte neuronale Strukturen in neue überführen (ibid. 359). Deshalb ist der Einsatz von kompetenz- und performanzorientierten Methoden überaus wichtig, sodass Lernen durch Erleben und Handeln, durch Erfühlen und Verstehen in der Interaktion mit anderen Menschen und im Umgang mit Dingen passieren und zu einem komplexen Erfahrungslernen werden kann (vgl. Sieper, Petzold 2002, 8).

Damit multimodales Lernen möglich ist und Neues erlernt und gefestigt werden kann, müssen dem Kind in der Therapie optimale Lernbedingungen geboten werden.

6.9 Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

»Mein weißes Blatt
Ist voll von Wegen
Von rechts nach links
Von links nach rechts
Läuft es dem Glück entgegen«

Antonie Schneider (2007, 217)

Der Neugierde-Antrieb und der Poiesis-Antrieb, ein Gestaltungsdrang, sind zwei bedeutende Grundantriebe des Menschen (vgl. Petzold 2010, 359). Angetrieben von ihrer Neugierde, ihrem Wissensdrang und ihrer Experimentierfreudigkeit begegnen Kinder den Herausforderungen ihres Lebensumfeldes. In der Auseinandersetzung damit und zur Bewältigung eventuell auftauchender Schwierigkeiten, besteht der kreative Leistungsanspruch an das Kind darin, dass es aus den vorhandenen Fähigkeiten, dem Wissen und den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln in einem schöpferischen Prozess zu neuen Handlungsmöglichkeiten gelangt. So wird Kreativität auch als »das synergetische Verbinden von Vorhandenem« definiert (vgl. Orth, Petzold 1996, 98).

Alle kreativen Fähigkeiten ergeben sich aus der Sinnenstruktur des Leibes und seinem expressiven Vermögen und können gefördert und entfaltet, bzw. zum Verstummen gebracht werden (vgl. Petzold 2003a, 823). Kreativität steht auch immer in direktem Zusammenhang mit den Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Resonanz, des Erlebens und des Ausdrucks. Wahrnehmung an sich ist bereits als höchst kreativer Prozess anzusehen: Die Welt wird durch die Sinne wahrgenommen; die einzelnen Wahrnehmungen werden zu Ganzheiten verbunden und durch unterschiedliche Einflüsse (Bewertungen, Vergleiche, Beziehungen, Emotionen) in hohem Maße individualisiert im Gedächtnis abgespeichert und verarbeitet (ibid., 100).

Viele Kinder, die in die Therapie kommen, sind in ihrer Wahrnehmung und ihren Bewusstseinsprozessen eingeschränkt und somit auch in ihren Möglichkeiten des Erlebens und des Erfahrens der Welt begrenzt (vgl. Petzold 2003a, 1042).

»Spielen ist schöpferisches Handeln« (Winnicott 2006, 65). Insbesondere im Spiel, dem »natürlichsten Betätigungsfeld des Kindes« (Weinberg, 2005, 147), können Kinder neue Fähigkeiten auf einer sehr realen Ebene erwerben (Türme bauen, Jonglieren, Tischfußball spielen, etc.) (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2007, 11).

So ist das Spiel in der Kinderpsychotherapie das »vorrangige Kommunikationsmedium« des Kindes und des Therapeuten (Schmidtchen 1989, 23). Je jünger die Kinder in der Therapie sind, umso mehr entspricht das Spiel ihrer primären Erlebens-, Denk- und Mitteilungsfähigkeit.

Im Spiel können die Seligkeiten dieser Welt entdeckt werden. Spielen bedeutet leibhaftige Welterfahrung mit allen Sinnen, einschließlich der propriozeptiven Erfahrungen sowie der Regungen, Empfindungen, Gefühle und Stimmungen. Diese Erfahrungen spiegeln sich dialogisch in präsentativen und diskursiven Denksymbolen (inneren Bildern und Begriffen) wider, auf deren Grundlage die Fantasie entsteht (vgl. Schiffer 2002, 42).

Hanus Papousek (2003, 30) definiert Spiele als »Tätigkeiten und integrative[n] Prozesse, die aus innerer Motivation und Eigeninitiative ohne äußere Zweckbestimmung und unter stressfreien Bedingungen, um ihrer selbst willen aktiviert werden«.

Rolf Oerter (2008, 243) bestimmt das Spiel als »Tätigkeit mit Selbstzweck, bei der es zu einer Realitätstransformation kommt, und die wiederholende, teilweise ritualisierte Handlungssequenzen aufweist«.

Beide Definitionen legen einen starken Akzent auf den Selbstzweck des Spiels: Das Kind spielt nicht mit dem Ziel etwas zu lernen, sondern handelt um des Handelns willen. Dabei spielt das von Csikszentmihalyi (1991) sogenannte *Flow*-Erleben eine wichtige Rolle. In diesen Spielsituationen fühlt sich das Kind optimal beansprucht, kann ganz in seiner Tätigkeit versinken und sich optimal konzentrieren. Es schafft sich durch die »eingebildete Situation«, das »Tun-als-ob«, einen anderen, eigenen Handlungsrahmen und erlebt ein fließendes Strömen kreativer Impulse. Spielt es mit anderen Kindern oder mit seinem Therapeuten in kokreativem Miteinander, kann es Erfahrungen der gemeinsamen Faszination und des zusammenfließenden,

schöpferischen Tuns erleben (vgl. Orth, Sieper 2007, 571). Dieses Glückserleben einerseits und der Ansporn, der durch die Anwesenheit von Spielgefährten bzw. durch die Herausforderung zu bewältigender Schwierigkeiten entsteht, ermöglicht ihm aus eigener Kompetenz und Kreativität heraus etwas Anderes zu wagen, Möglichkeiten auszuprobieren, etwas Neues zu gestalten und zu erfahren (vgl. Oerter 2008, 243).

Die Anspannung, die dabei entsteht, verbunden mit der Frage: »Werde ich es schaffen?«, nennt Michael Balint (2000) *thrill*, d. h. »Angstlust«. *Thrill* und *Flow* wechseln sich ab und bilden zusammen äußerst positive Gefühlsmomente, die sich in unterschiedlicher Intensität beim gemeinsamen und selbstzentrierten Spielen und beim spielerischen Erwerb neuer Fertigkeiten und Techniken einstellen. Voraussetzung für ihr Erleben ist allerdings, dass sich die äußeren Anforderungen mit den Entfaltungsmöglichkeiten von Kompetenz (Wissen) und Performanz (Können) der Kinder die Waage halten (vgl. Schiffer 2002, 48) und dass sie wieder erlernen, sich dem Prozessgeschehen von Handlungen zu überlassen und sich ganz der »schöpferischen Synthese zwischen Vernunft und Gefühl hinzugeben« (Orth, Petzold, 1996, 107) d. h. ihre Handlungen nicht ausschließlich sensomotorisch wie kognitiv kontrollieren zu wollen (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2006, 75). Das Schaffen eines geschützten »Spielraumes« trägt dazu bei, dass sich die noch vulnerablen, in Entwicklung befindlichen Fähigkeiten des Kindes im Erleben positiver Wechselseitigkeit entfalten können (vgl. Papousek 2007, 634).

So beginnen 4- bis 5-jährige Kinder im Spiel Rollen zu übernehmen, die sie dann symbolisch-interaktional als leiblich konkrete Handlungsmuster und Verhaltensweisen einverleiben. In der Therapie besteht die Möglichkeit der Veränderung oder Beeinflussung des Spiels durch die Therapeutin im Sinn einer Bereicherung defizitärer oder Modifikation toxischer Spielkulturen (vgl. Petzold 2003a, 544; Petzold 1995b, 175). Das Kind lernt im Spiel sich auf neue Lebenssituationen und Anforderungen einzustellen, sich Lösungen anzueignen und auszuprobieren, umzusetzen, zu modifizieren und der jeweiligen »Aufgabenstellung« anzupassen und übt diese solange, bis sie für die Realsituation in seinem Verhaltensrepertoire abgespeichert und integriert sind (vgl. Schmidtchen 2001, 54).

Für die Therapeutin bedeutet dies, dass sie dem Kind einen sicheren Rahmen, einen *safe place* (vgl. Katz- Bernstein 1995, 111ff) zur Verfügung stellt und mitzugestalten hilft, indem es ihm durch einen guten Ausgleich von äußerem Anspruch und bereits vorhandener Kompetenz gelingt auf spielerische Art Lösungen zu suchen, zu finden und einzuüben. Gelingt dies, lernt es dadurch wieder Mut zum Ausdruck zu entwickeln und so fehlerfreundlich zu werden, dass es einen neuen Zugang zu seiner verloren gegangenen Freude am Experimentieren mit sich selbst und der Welt gewinnt (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 116).

Dies setzt eine gute Kenntnis der altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und eine genaue diagnostische Erfassung der Kompetenzen und Ressourcen, sowie der Defizite und inneren Konflikte des Kindes voraus.

6.10 Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

»Wer denkt, er ist stark, der ist auch stark. Aber er muss es so denken, dass er es weiss. Der Krieger handelt so, als sei er grenzenlos stark.«

(Janosch 1998, 59)

Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit, sie umfasst auch seine Zukunftsentwürfe (vgl. Petzold 2003a, 1042).

Klaus Grawe (vgl. 2004, 31) betont, wie wichtig es ist, dass die Patienten selbstgesteuerte, positive Ziele verfolgen und so Freude und Befriedigung beim Verstehen von Zusammenhängen und bei der Veränderung ihrer Beziehungen erleben können.

Bei Kindern entwickelt sich die Zeitauffassung eng verknüpft mit der Raumwahrnehmung und dem Aufbau der Denkfunktionen. Zeitlichkeit ist immer mit Leiblichkeit, Entwicklung und Räumlichkeit verbunden: Über die leiblich erfahrene und verinnerlichte Zeit bildet sich ein Gefühl für die Zeitlichkeit des Lebens und des

gemeinsamen Lebensvollzugs (vgl. Petzold 2003a, 299).

Mit der Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten wird es dem Kind möglich, ein Zeiterleben zu entwickeln, wie es durch seinen Kulturraum vorgegeben ist und somit die Gegenwart von Vergangenem und Zukünftigem zu erleben. Ab dem dritten Lebensjahr geben Begriffe wie gestern, heute und morgen eine Zeitperspektive wieder. Die Zeitrasterbildung in der Langzeitperspektive wird unterstützt durch Markierungspunkte emotionaler Art, wie Geburtstage, Weihnachten und familiäre Festereignisse. Erst ab dem späten Vorschul- und Schulalter ist in unserem Kulturraum eine raumzeitliche und situative Orientiertheit zu postulieren, über die auch kommuniziert werden kann (vgl. Resch et al. 1999, 185f) und die es den Kindern erlaubt, die ihnen vermittelten Zukunftsentwürfe zu übernehmen, eigene zu projizieren und sich in der Adoleszenz zunehmend in die Zukunft zu entwerfen.

Die Zeitauffassungen und das Zeiterleben von Kindern sind folglich anders als bei Erwachsenen. Erwachsene, die sich nicht in kindliche Zeitbedürfnisse hineinversetzen können und nicht verstehen, dass Kinder Zeithorizonte nicht einschätzen können und Zeitstrecken anders erleben, fällt es schwer empathisch zu reagieren und mit den Eigenarten des kindlichen Zeiterlebens adäquat umzugehen. An einer solchen Zeitsozialisation, die die kindlichen Formen des Zeiterlebens nicht beachtet, können Kinder Schaden nehmen. Auch in der Therapie sollte mit den in der Behandlung auftauchenden Zeitwelten empathisch stimmig umgegangen werden (vgl. Petzold 2003a, 307).

Den Kindern hilft es, wenn ihre Entwicklungsmöglichkeiten und Ressourcen von den sie widerspiegelnden und regulierenden Erwachsenen vorweggenommen werden. In der Therapie geschieht dies, indem der Therapeut den Blick auf Lösungsorientierung, auf »soziale Inselerfahrungen, Weggeleite und Schutzschilder« (Petzold 1995a, 169ff) ermöglicht (vgl. auch Zaepfel, Metzmacher 1996, 97) und indem er dem Kind signalisiert, dass er auf seine (Selbstregulierungs-) Fähigkeiten vertraut.

Auch können in Rollenspielen neue Verhaltensweisen enthalten sein, die nicht dem aktuellen Entwicklungsstand des Kindes entsprechen. Findet das Spiel nahe des

tatsächlichen Entwicklungsstandes in der »Zone nächster Entwicklung« (Vygostkij) statt, so kann es zu einer Übernahme der neuen Verhaltensweisen kommen (vgl. Rosner 1999, 125).

Durch eine »Eröffnung des Zukunftshorizontes« (ibid.) und die »Induktion positiver Erwartungen« (Grawe 1998, 25) durch den Therapeuten entwickelt sich auch die Hoffnung und die Zuversicht der Kinder auf eine positive Entwicklung. D. h. der Therapeut, der sich eine »positive Therapieerwartung« vorstellt und dem es gelingt diese auch den Eltern zu übermitteln, eröffnet dadurch eine »Hoffnungsperspektive« für das Kind (vgl. Grimmer 2004, 31).

6.11 Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs

»Kleine Käfer wollen starten,
krabbeln gern auf Käferkarten.
Können dann von uns erwarten,
dass wir tragen sie zum Garten.
Kribbel, krabbel Käferkarten
helfen allen Käferarten.«

(Erwin Grosche 2007, 42)

Werte spielen bei der menschlichen Identitätsentwicklung eine große Rolle. Sie stellen eine der fünf Säulen der Identität dar (vgl. Petzold 2003a, 996 & Sieper, Orth, Petzold 2010). Werthaltungen werden gesellschaftlich vermittelt, jedoch persönlich angenommen und verkörpert (vgl. Leitner 2008, 11). Sie steuern nicht nur die Handlungsauswahl und das Handeln, sondern auch Prozesse der Beurteilung, der Einstellungsbildung, der Argumentation, des Hinterfragens, des Rationalisierens und der Attribution. Werthaltungen implizieren Motive und Motive Verhaltensdispositionen. So ermöglichen Werte konstruktiv etwas aufzubauen, zu schaffen, was man in Rückbindung an gesellschaftlichen und kulturellen Konsens für »gut« oder »wahr« hält (vgl. Gernot Hauke 2004, 255f).

Gertrud Nunner-Winkler (vgl. 2007, 71) beschreibt, dass bei der Moralentwicklung von Kindern unterschiedliche Lernmechanismen aktiv sind. Einerseits wird das moralische Wissen der Kinder durch direkte Unterweisung erworben. So ist auch der

Umgang mit »Du-sollst-«, »Du-musst-« und »Du-darfst-nicht-« Sätzen für viele Kinder alltäglich und verhaltensbestimmend. Andererseits lesen Kinder Normen auch am alltäglichen Sprachgebrauch ab und erwerben durch das »moralische Sprachspiel« (Nunner-Winkler 2007, 72) ihrer Umgebung ein Wissen um moralische Grundgebote. Zusätzlich tragen Medien, Spielfilme, heroische Schauspielerfiguren und der Zuwachs von Internetzugriffsmöglichkeiten und Computerspielen zu Lern- und Identifizierungsprozessen bei. Durch die Interferenz dieser verschiedenen Systeme entstehen zum Teil sich ergänzende, zum Teil divergierende Wertorientierungen, die einerseits helfen Identität abzusichern, andererseits aber auch verunsichern können (vgl. Osten 2000, 242).

Die Wertorientierungen vollziehen im Laufe der Kindheit einen tiefgreifenden Wandel. Man kann davon ausgehen, dass moralische Regeln sehr früh erlernt werden. Während die Regelpraxis im Kleinkindalter noch egozentrisch und imitativ ist und sich an drohenden Strafen, Machtverhältnissen und eigenen Bedürfnissen orientiert (vgl. Resch 1996, 188), erhält sie ab dem 5. Lebensjahr kooperativen Charakter; die Kinder versuchen zu gewinnen und kontrollieren sich gegenseitig. Ab einem Alter von 8 Jahren gelten Regeln nicht mehr unveränderbar, sondern können als Gesetze angesehen werden, die aus gegenseitigem Respekt, Achtung und Loyalität entstehen. Sie sind durch intersubjektive Verhandlungen veränderbar. (vgl. Osten 2000 243) Das darauffolgende Stadium ist durch die Bemühungen, allgemeingültige ethische Prinzipien aufzustellen und durch das Hinterfragen von bestehenden Ordnungen, gekennzeichnet (vgl. Resch 1996, 189). Um moralische Regeln in konkreten Situationen anzuwenden, um angemessene und unangemessene Ausnahmen von konkreten Geboten unterscheiden zu können, bedarf es des Aufbaus komplexer inhaltlicher Wissenssysteme und der Entwicklung kognitiver Strukturen sowie der Übernahme kollektiver soziokultureller Muster (vgl. Nunner-Winkler 2007, 72).

In einem zweiten Lernprozess wird erst die moralische Motivation aufgebaut, was bedeutet, dass ältere Kinder sich die Befolgung moralischer Normen zu einem wichtigen Anliegen und zu einem persönlichen Ziel machen (vgl. Nunner-Winkler 2007, 70). In diesem Entwicklungsprozess spielen die Gefühle, die mit moralischen Prinzipien verbunden sein können, eine große Rolle. Beispiele hierfür sind: Empathie

oder Mitgefühl, Scham- und Schuldgefühle, Empörung, Ärger oder Verachtung und Stolz, Zufriedenheit und Bewunderung (vgl. Keller 2007, 25).

»Moralische Sensibilität entsteht in sozialen Beziehungen, in denen das Kind sich mit den Wünschen, Erwartungen und Gefühlen von sich selbst und anderen und mit den Regeln, die in diesen Interaktionen Geltung haben, auseinandersetzt.« (ibid., 40).

Nicht nur durch Autorität und Macht, die den Handlungsspielraum von Kindern einengen, wird das Bewusstsein für soziale Regeln bestimmt, sondern auch durch Beziehungswünsche, durch Einfühlung und den Wunsch andere zu erfreuen (vgl. Resch 1996, 189). Der Hauptmotivator bei der Auseinandersetzung mit Wertorientierungen ist, dass Kinder »dazugehören« wollen und sich aus diesem Grund mit ethischen Vorstellungen identifizieren. Dadurch wird deutlich, wie tief die Interiorisierung von Werten mit persönlichen Erfahrungen in Situationen mit Personen verbunden ist. Der internalisierte Wert ist das Resultat einer gelungenen sozialen Sequenz bzw. einer sinnstiftenden Erfahrung und die deshalb vom Kind »in den Stand einer prototypischen Orientierung« erhoben wurde (vgl. Osten 2000, 242).

Dabei geht es vor allem darum, wie ein Kind sich in der Interaktion mit bedeutsamen Anderen erfährt: Werden seine eigenen Bedürfnisse und Gefühle berücksichtigt? Gibt es Spielräume bei der Verhandlung von Regeln und Konflikten, etc.? Ist es in seiner Peergroup akzeptiert und kriegt es positive Rückmeldungen für sein soziales Handeln? Und kann es gleichzeitig konkurrenz- und leistungsfähig sein?

Auch in der Therapie konfrontiert die Therapeutin das Kind mit ihren oder seinen Bewertungen und ihrer bzw. seiner Moral- und Wertewelt (vgl. Metzmacher & Zaepfel 2008, 118) und fordert es zu einer Auseinandersetzung mit ihren bzw. seinen subjektiven Sichtweisen, eigenen Wünschen und Grenzen auf. Dazu gehört möglicherweise auch das Entschärfen von eventuellen Wertkonflikten sowie das Erarbeiten und Unterstützen des »Sowohl-als-auch« (vgl. Hauke 2004, 261).

Das dialogische Beziehungsangebot der Therapeutin lässt das Kind erleben, dass es als Person wahrgenommen wird und dass sein Gegenüber es in seinem Denken und Handeln ernst und auf seine Gefühle Rücksicht nimmt (vgl. Keller 2007, 41). Darüber hinaus erfährt das Kind, dass Beziehungen zwischen Menschen Mehr-Personen-

Veranstaltungen sind, und nicht nur dem Drehbuch eines der Akteure dauerhaft gefolgt werden kann (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 118).

Die Mitteilungen der Therapeutin bezüglich deren Wünsche, Assoziationen, Handlungsimpulse, angepasst an den Entwicklungsstand des Kindes (vgl. Emde 1995, 225), bedeuten für das Kind eine Konfrontation mit Mehrperspektivität und Ambivalenz (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 118). Sie fördern und erfordern das Abwägen von egoistischen und prosozial-moralischen Motiven (vgl. Keller 2007, 24) und erlauben ihm sich mit den positiven wie auch mit den schädigenden Konsequenzen seines Handelns für die Beziehung zu sich selbst und zur Therapeutin auseinanderzusetzen (vgl. Metzmacher, Zaepfel 2008, 118).

Die Erfahrung mit den Folgen bestimmter Handlungen beeinflusst oder steuert spätere Handlungen. Aus der Wiederholung der einzelnen konkreten Bewertungen von Handlungen entwickelt und interiorisiert das Kind ein eigenes Wertesystem. Dieses wird zu etwas Wünschenswertem Wertvollen, Wichtigem und Kostbarem. Es leitet das Handeln, prägt die Identität und wirkt sich auf seine Selbstdarstellung aus (vgl. Hauke 2004, 256). Ein positives gefestigtes Wertesystem zu haben, ist ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor (vgl. Petzold 2003a, 1043).

6.12 Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben und positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen

»Denn ich bin, ich weiss nicht wer,
dreh mich hin und dreh mich her,
dreh mich her und dreh mich hin,
möchte wissen, wer ich bin«

(Mira Lobe 1972)

Die Persönlichkeit eines Kindes entwickelt sich im »Zusammenwirken genetischer Dispositionen / Anlagen und Einwirkungen biopsychosozialökologischer Einflussphären wie Enkulturation und Sozialisation« (Petzold 2011e, 39). Aufbauend auf der Grundlage des »archaischen Leibselbst« (6. Gestationsmonat bis

3. Monat postnatal) formt sich das **Selbst** im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und äußeren Stimulierungen. Als weitere Dimension der Persönlichkeit bildet sich ein »archaisches **Ich**« (3. – 7. Monat), das sich zu einem reflexionsfähigen »reifen **Ich**« (18. Monat bis 4 Jahre) weiterentwickelt. Dieses »reife **Ich**«, das »**Selbst** in actu« als Gesamtheit aller primären Ich-Funktionen (d. h. bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten, Handeln) und sekundären Ich-Funktionen (intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, etc.) konstituiert die dritte Dimension der Persönlichkeit, die **Identität** (vgl. Petzold 2003a, 534ff). Dies geschieht aufgrund von erlebten Identifizierungen (Fremdattributionen) und erfahrenen Identifikationen (Selbstattributionen), ihrer emotionalen Bewertung (*valuation*) und kognitiven Einschätzung (*appraisal*). So entwickelt sich das Kind zum »reifen Leib-Subjekt« in der Lebenswelt und im Lebenskontinuum mit einer Persönlichkeit, die aus einem **Leib-Selbst**, einem **Ich** und einer **Identität** konstituiert ist (vgl. Petzold 2011e, 35; Petzold 2001p, 22).

In der kindlichen Identitätsentwicklung entstehen durch differenzierende, konnektivierende und Kohärenz stiftende Ich-Prozesse in der alltäglichen Kommunikation mit den Bezugspersonen und den Menschen aus dem nahen Umfeld multiple reziproke Identifizierungen (vgl. Petzold 2001, 22). Durch die Synthetisierung vielfältiger Identitätselemente entsteht eine facettenreiche, transversale Identität (vgl. *ibid.* 23). Mit dem Einsetzen der »Theory of mind« (ab dem 4. Lebensjahr) erwirbt das Kind die Fähigkeit sich gleichsam neben sich zu stellen und sich beim Denken zuzuschauen. So gewinnt es langsam Wissen über sich selbst, über sein **Selbst** und lernt sich mit seinen verschiedenen Seiten kennen und verstehen (vgl. Osten 2000, 203). Es entwickelt eine »Theory of **my** mind«, ein metakognitiv gegründetes »Modell seiner selbst« (Petzold 2011e, 25).

Durch Akte kritischer Metareflexion bildet sich eine **emanzipierte Identität** heraus, die eine wichtige Basis für die persönliche Souveränität des Kindes darstellt. Sie gestaltet sich im zwischenmenschlichen Austausch, in der Auseinandersetzung mit den Menschen seines relevanten Umfeldes, in bedeutsamen sozialen Räumen und in einem »Handeln um Grenzen« (vgl. *ibid.* 40). Dadurch erweitert sich der Freiheitsraum seines Willens und Wollens und seine Fähigkeit seinen Willen zu

nutzen und sein Wollen zu steuern; seine Verantwortlichkeit wächst (vgl. Petzold 2001p, 26).

In der Therapie geht es also darum, die Entwicklung einer facettenreichen transversalen (d. h. einer sich immer wieder selbst überschreitenden) und emanzipierten Identität zu unterstützen. Dies geschieht indem das Kind im Kontakt mit der Therapeutin auf, durch den Kontext gegebene Probleme, Ressourcen und Potenziale stößt und dann, durch das Aushandeln von Grenzen, das Eigene erkennt und in diesem erkannt wird (vgl. *ibid.* 35). Erkennt die Therapeutin Eigenschaften und Fähigkeiten beim Kind und teilt sie ihm diese durch ihre Reaktionen und ihr Verhalten, im Spiel oder im Gespräch, implizit oder explizit mit, so wird dies vom Kind bewusst oder unbewusst wahrgenommen. Seine kognitive Einschätzung (*appraisal*) und seine emotionale Bewertung (*valuation*) dieser Zuweisungen haben einen bedeutenden Einfluss auf die Konstitution seiner Identität (vgl. *ibid.* 38).

Psychotherapeutische Interventionen, die in einer Haltung des Respekts und der Achtung dem Kind gegenüber stattfinden, ermöglichen, wenn sie interiorisiert werden, Selbstachtung. Wenn das Kind sich von seinem Therapeuten in seinem So-Sein als Mensch erkannt und in seiner Einzigartigkeit und seinem Anderssein wertgeschätzt spürt, so wird es dies interiorisieren und eine positive Haltung sich selbst gegenüber entwickeln (vgl. Petzold 2010, 349).

Die Grundstimmung oder die Grundsicherheit, dass die unterschiedlichen Facetten der Identität innerlich zusammengehalten werden und nicht zu zerbrechen drohen, nennt sich das Kohärenzgefühl (vgl. Schiffer 2001, 29). Das Kohärenzgefühl und das gleichzeitige Halt-und-Unterstützung-Finden in äußeren Anbindungen ist entscheidend für die Gesundheit eines jeden Menschen.

»Eine Vielzahl ausdifferenzierter Selbstaspekte kann wie ein Puffer gegen physische und seelische Erkrankungen wirken.« (Resch 1999, 214)

Die Therapeutinnen können in Dyadenkonstellationen zu aufbauenden Identifizierungen beitragen und dem Kind ermöglichen, Attributionen positiv zu valuieren, sodass es zu Identifikationen kommen kann, die »gute Innenwelten« und ein breites »Rollenrepertoire« aufzubauen helfen (Petzold 2003a, 1043).

Dabei sind die Transfer-Dimensionen entscheidend: Wie gelingt es dem Kind, dank seiner in der Therapie gesammelten Erfahrungen, auch in seinem alltäglichen Umfeld negative Zuschreibungen abzuweisen oder zu bewältigen und positive Attributionen zu »kapitalisieren« (vgl. Petzold 1995a, 250; Petzold 1995b, 164f)?

6.13 Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke

»Also gut«, sagt sie dann. »Also gut, aber du schwörst, dass du den Kleinen nicht allein lässt! Du wirst bei ihm bleiben und auf ihn achten! Abgemacht?«

(Jutta Richter 2001, 41)

Aus der *social support* Forschung wissen wir, dass supportive, ressourcenreiche Netzwerke und soziale Unterstützung in engem Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Menschen stehen (vgl. Petzold 2003a, 1044; auch Dietrich Klusmann 1986).

Gerade in der Kindertherapie ist es wichtig, dass positive und negative Verstärkersysteme beeinflusst und verändert werden, damit durch die Kombination korrekativer therapeutischer Selbsterfahrung und alternativer Erfahrungen in der Therapie und im Leben nachhaltige neuronale Umbahnungen passieren können. Dies ist kaum möglich ohne tiefgreifende Veränderungen des Lebensstils und ohne Mitveränderung des relevanten »Konvois« (vgl. Petzold 2008g, 20).

In diesem Sinne ist es unerlässlich, das soziale Umfeld der Kinder genauer zu betrachten und mit einzubeziehen.

Kinder kommen sehr früh in Berührung mit ganz unterschiedlichen Systemen und sozialen Netzwerken: ihre Familien, Großfamilien, Nachbarn, Freunden und Peergroups, Kindertagesstätte, Vorschule, Schule, Sportverein und Musikklasse, etc. Diese Netzwerke können sowohl salutogenes, unterstützendes, entlastendes wie auch pathogenes, belastendes Potenzial haben.

Das erste und meistens wichtigste soziale Netzwerk, in das sie eingebettet sind, ist

ihre Familie. Die Kernfamilie hat sich allerdings über die letzten 2-3 Generationen sehr verändert und die Kindertherapeuten sehen sich einer bunten und vielfältigen Mischung unterschiedlicher Familienformen gegenüber: Elternfamilien, alleinerziehende Mutter- oder Vaterfamilien, erweiterte Familien oder Patchworkfamilien (vgl. Heymann 2007, 4). Dazu kommen die Kinder, die in Adoptivfamilien oder Pflegefamilien leben und diejenigen, die in Heimen fremd untergebracht sind und mit ihren Ursprungsfamilien und/oder Pflegefamilien in Kontakt stehen. Die Vielfalt der existierenden Familienstrukturen und -konstellationen, Erziehungspraktiken und Werte nimmt ständig zu.

Den Personen, die das Kind auf seinem Entwicklungsweg begleiten, ist in der therapeutischen Arbeit besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Meistens sind sie es, die das Kind in die Therapie begleiten und die aktiv dazu beitragen möchten, dass es ihm besser geht.

Symptombildungen und Störungen in der Entwicklung von Kindern sind nicht monokausal, sondern ein Ergebnis aus »Ketten negativer, positiver und defizitärer Ereignisse, protektiver Faktoren und Risikofaktoren, pathogener und salutogener Einflüsse in ihrer Interaktion und Summation« (Petzold, 1995a, 191).

Wie oben beschrieben, zeigt die Resilienzforschung, dass neben genetischen Faktoren, auch Lernprozesse, die in der Interaktion mit der Umwelt erfolgen, Kinder stärken und ihnen helfen genügend Bewältigungsstrategien auszubilden, um schwierige Situationen zu meistern und so mit »gestärkter Selbstwahrnehmung, höherer Kontaktfreudigkeit und interaktiver Performanz« aus ihnen hervorzugehen. Dabei kann z. B. eine positive Bindung zu einem Mitglied der Kernfamilie oder zu einem *significant caring adult* als »protektiver Faktor« wirken (Petzold 1995a, 195). Ebenso wird das Risiko für eine psychische Störung durch eine Häufung von familiären Risikofaktoren erhöht (vgl. Mattejat 2007, 28).

Deshalb ist es wichtig die »Ressourcen und Potenziale des nahen Netzwerkes, insbesondere die der Familie, zu erfassen und zu nutzen, Ressourcendefizite, kommunikative Schwierigkeiten, Probleme in der Familienatmosphäre bzw. im Familienklima aufzugreifen und pathologische Interaktionsmuster zu beeinflussen.«

(Petzold 1995i, 191)

Aber nicht nur die Arbeit mit der Familie und den Bezugspersonen des Kindes ist von großer Bedeutung, sondern auch die Unterstützung beim Aufbau eines stabilen Freundeskreises und einer tragfähigen Peergroup.

Eine gelingende Therapie trägt dazu bei, dass das Kind durch seine Interaktionen mit dem Therapeuten neue »Formen des Zusammenseins-Mit« entwickelt. Die innere Abspeicherung jeder dieser einzelnen Erfahrungen und die Generalisierung der Gesamtheit der Erfahrungen werden als Repräsentationen generalisierter Interaktionen (RIGs) bezeichnet (vgl. Stern 2007, Einleitung) und ermöglichen es dem Kind in seinen unterschiedlichen Bezugssystemen neue Formen der Interaktionen auszuprobieren.

Die begleitende Arbeit mit den Bezugssystemen kann dies unterstützen indem das Kind anders verstanden oder erlebt wird ohne Sanktionen zu erhalten und so in seinen Interaktionen andere Antworten erhält als die bisher gewohnten.

6.14 Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft

»Danke«, sagte Schnuddelvater, »so rettet einer den anderen, und keiner geht mehr unter.«

(Janosch 2003, 21)

Wie bereits mehrmals erwähnt, findet Entwicklung im Kontext sozialer Beziehungen statt. Frühe Betreuerbeziehungen sind prägend, weil die Beziehungserfahrungen zur selben Zeit internalisiert werden, wie die ersten Repräsentationen des Selbst und anderer stattfinden (vgl. Emde 1995, 221). Aber auch spätere Beziehungserfahrungen formen und beeinflussen die Entwicklung und können einen korrigierenden Einfluss auf früh internalisierte problembeladene Beziehungen ausüben (vgl. Dornes 2004, 144). Voraussetzung dafür ist, dass die Beziehung einen Nahraumcharakter und Affiliationsqualitäten hat und dass eine Atmosphäre von

Engagement, Vertrauen und emotionaler Verfügbarkeit besteht, die »wechselseitige Empathie« (Petzold, Müller 2005/2007) ermöglicht. Gerade pluridirektionale Empathie, wie sie in der familiären Gruppe tagtäglich praktiziert wird, macht Kinder lebensstauglich. Sie sind Gruppenwesen. Das positive Erleben von Wechselseitigkeit und Gemeinsamkeit fördert die Entwicklung einer Selbst- und Fremdwahrnehmung für das soziale Miteinander, die Sicherheit im sozialen Kontakt und der Herstellung von Beziehungen gibt (Metzmacher, Zaepfel 2008, 116).

Ein Kind, das erlebt wie seine Therapeutin es versteht, sich für seine Belange einsetzt und sich somit solidarisch an seine Seite stellt, empfindet dies als sehr hilfreich. Besonders dann, wenn es in früheren belastenden Situationen diese Solidarität nicht erfahren durfte.

Durch wiederholtes Erleben solcher Solidaritätsbekundungen wird es diese auch internalisieren und in Form von »innerem Beistand« auch später, wenn es alleine ist, zu aktualisieren wissen, d. h. sich selbst ein guter Freund sein können (vgl. Zaepfel u. Metzmacher 1995, 77) und anschließend auch die soziale Verantwortung für andere übernehmen können.

7 Untersuchungsmethode

7.1 Literaturstudie

Zur verwendeten Literatur gehören vorwiegend die aktuellen, deutschsprachigen Werke der entwicklungspsychologischen und der kindertherapeutischen Fachliteratur. Einige ältere (Standard-) Werke dienen der Vollständigkeit.

Die ausgesuchte Literatur wurde hinsichtlich folgender Aspekte konsultiert:

- Werden die Konzepte bzw. die Inhalte der 14 Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie in der Literatur thematisiert?
- Werden in der Literatur theoretische und / oder praktische Belege und Erklärungen für die Nützlichkeit bzw. Wirksamkeit der 14 Wirkfaktoren aufgegriffen?
- Wie wird in der Literatur die Umsetzung der Inhalte der 14 Wirkfaktoren in der praktischen therapeutischen Arbeit beschrieben?

7.2 Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten wurden zwanzig Kindertherapeuten, davon 16 weibliche und 4 männliche, mittels halbstrukturierter narrativer Interviews und anschließender Rangfolgeklassifizierung befragt. Die Therapeuten und Therapeutinnen stammen aus Luxemburg und Deutschland und hatten sowohl unterschiedliche Grundausbildungen als auch Weiterbildungen in unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren absolviert.

Sie wurden einzeln und in ihrem vertrauten Umfeld, entweder an ihrer Arbeitsstelle oder zuhause, interviewt.

Zu Beginn des Interviews informierte ich die Therapeuten und Therapeutinnen über das Thema und bedankte mich für ihre Bereitschaft mir von ihrer Arbeit mit den Kindern zu erzählen.

Besonders wichtig war es mir ihnen zu vermitteln, dass es keinesfalls darum ginge, ihre Arbeit zu bewerten. Ich versicherte ihnen, dass die Daten nur für meine wissenschaftliche Arbeit verwendet werden, und dass ihre Anonymität dabei vollkommen gewahrt werde.

Mit dem Mikrofon eines digitalen Aufnahmegerätes zeichnete ich schließlich die Gespräche auf.

7.2.1 Das Interview

Für diese explorative Untersuchung wurden qualitative und quantitative Erhebungsmethoden verwendet, die in Form eines Interviews mit 20 Kindertherapeuten und -therapeutinnen umgesetzt wurden.

Die geführten Interviews bestanden aus jeweils 3 Phasen:

- 1) Erhebung von konkreten Angaben zur Therapeutenperson
- 2) Halbstrukturierte, offene und erzählgenerierende Interviewfragen
- 3) Rangfolgeklassifizierung der 14 Wirkfaktoren

Interviews gehören zu den wichtigsten Erhebungsverfahren; sie »ermöglichen den Beforschten selber zur Sprache kommen zu lassen und ihre subjektiven Deutungen zu erfassen.« (Erik Hölzl 1994, 55). Den Befragten ist dadurch die Möglichkeit gegeben, ihre Wirklichkeitsdefinitionen mitzuteilen (vgl. Siegfried Lamnek 1995, 61).

Teilstrukturierte Leitfaden-Interviews lassen dem Befragenden weitgehend Freiheiten in der Fragenabfolge entlang eines Gesprächsleitfadens und geben vor allem keine Antwortvorgaben, sodass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können. Die Interviewer können die im Leitfaden vorgegebenen Fragen nach eigenem Ermessen und nach Einschätzung des theoretischen Anliegens der Studie durch klärende Nachfragen ergänzen und Themen aufgreifen oder vertiefen die im Fragekontext der Untersuchung als bedeutsam erscheinen (vgl. Christel Hopf 1995, 177).

7.2.2 Der Leitfaden

Um die Rahmenbedingungen zu erklären, leitete ich das Interview mit folgenden (geschriebenen und gesprochenen) Worten ein:

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Zuerst einmal möchte ich mich bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben an meiner Untersuchung teilzunehmen.

Sie wissen, dass es sich dabei um die Beforschung der Wirkfaktoren in der Kindertherapie im ambulanten Setting handelt.

Zu diesem Zweck möchte ich Sie bitten sich den Verlauf einer, ihrer Einschätzung nach positiv verlaufenen, Kindertherapie genau zu vergegenwärtigen, die sie im letzten Jahr durchgeführt haben. Eine Therapie also, von der Sie denken, dass sie dem Kind (das zwischen 6 und 12 Jahren alt sein sollte) geholfen hat und zu einer Verbesserung seiner Situation beigetragen hat.

Es ist selbstverständlich für mich, dass ich Ihre Angaben vertraulich behandle. Sie dienen einer statistischen Auswertung und Ihre Anonymität wird dabei vollkommen gewahrt.

Nach dieser kurzen Einleitung stellte ich einige Fragen zur Therapeutenperson:

Name:	Vorname:
Geschlecht:	Alter:
Ausbildung:	
Berufserfahrung als Kindertherapeut/-in:	
Arbeitsstelle:	
Klientel:	

Danach begann ich das narrative Interview mit der **erzählgenerierenden** Frage:

»Wenn Sie den Verlauf der Therapie genau im Kopf haben, beschreiben Sie mir bitte die Ausgangssituation (mit ICD10-Diagnose oder klinischer Diagnose) und den Verlauf der Therapie?«

In der Nachfragephase folgten die halbstrukturierten Fragestellungen zur Vertiefung der Prozessbeschreibungen, die ggf. durch Verständnisfragen ergänzt wurden.

Anschließend sollten die Therapeutinnen und Therapeuten die 14 Wirkfaktoren in eine Rangfolge hinsichtlich der Einschätzung ihrer Wichtigkeit bringen und die Liste bei Bedarf ergänzen bzw. reduzieren.

- Haben Sie die Eltern (bzw. Bezugspersonen) des Kindes mitbehandelt? Wenn ja, wie intensiv?
- Was, glauben Sie, hat dem Kind geholfen? Welche Faktoren haben ihrer Meinung nach zum Erfolg oder zu Teilerfolgen der Therapie beigetragen?
- Was, glauben Sie, hat den Eltern geholfen? Welche Faktoren haben ihrer Meinung nach zum Erfolg oder zu Teilerfolgen der Therapie beigetragen?
- An welchem Punkt oder an welchen Punkten haben Sie eine Veränderung beim Kind oder bei seinen Bezugspersonen feststellen können?
- Wie würden Sie vorwiegend ihre Arbeit beschreiben?
- Was würde das Kind sagen, was ihm geholfen hat?
- Was würden die Eltern sagen, was ihnen geholfen hat?
- Wie viel Einfluss, glauben Sie, hatte die Mitbehandlung der Eltern auf den positiven Verlauf der Therapie?
- Bitte ordnen Sie folgende 14 Wirkfaktoren nach ihrer Wichtigkeit?
 - o Einführendes Verstehen
 - o Emotionale Annahme und Stütze
 - o Hilfen bei der Lebensbewältigung

- o Förderung des emotionalen Ausdrucks und Willens
 - o Förderung von Einsicht
 - o Förderung von kommunikativer Kompetenz
 - o Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
 - o Förderung von Lernprozessen
 - o Förderung von kreativem Handeln und Erlebnismöglichkeiten
 - o Förderung positiver Zukunftsperspektiven
 - o Förderung persönlicher Wertebezüge
 - o Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen
 - o Förderung tragfähiger sozialer Netze
 - o Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen
- Würden Sie diese Liste gerne durch einen oder mehrere Faktoren ergänzen? Welche?
 - Würden Sie diese Liste gerne um einen oder mehrere Faktoren reduzieren? Welche?
 - Denken Sie, dass in der Therapie mit Kindern die gleichen Faktoren wirksam sind wie in der Erwachsenentherapie? Wenn ja, welche? Wenn nein; können Sie diese Unterschiede beschreiben?

7.3 Datenauswertung

7.3.1 Transkription und Übersetzung

Die mit dem digitalen Tonbandgerät aufgenommenen Interviews wurden anschließend in eine lesbare Form gebracht, indem sie transkribiert wurden. Die Transkription stellte die wörtliche Wiedergabe des aufgezeichneten Gesprächs dar, war aber ansonsten grob, da es in dieser Untersuchung um eine Zusammenfassung von konkreten Inhalten geht und nicht um sprachwissenschaftliche Details (vgl. Uwe Flick 1995, 162).

Die luxemburgischen Interviews wurden dabei ins Deutsche übersetzt, wobei die Erhaltung des Informationsgehalts in den Aussagen im Vordergrund stand.

Am Schluss des Transkriptionsverfahrens erfolgte noch die Anonymisierung. Hier wurden alle Eigennamen sowie Zeit- und Ortsangaben, letztendlich alle Hinweise im Text, die Rückschlüsse auf die Erzählerin oder den Erzähler zulassen können, durch Decknamen maskiert oder gestrichen (vgl. Hopf 2000, 596).

7.3.2 Die qualitative Inhaltsanalyse

Diese Methode der Datenauswertung findet vor allem bei der Bearbeitung von qualitativem Datenmaterial Verwendung, das durch offene, nicht-standardisierte Erhebungsverfahren gewonnen worden ist: z. B. zur Auswertung von transkribierten Tonbandaufnahmen, Intensivinterviews, Gesprächsprotokollen und von Antworten auf offene Interviewfragen (vgl. Walter Spöhring 1995, 185).

Des weiteren schreibt Spöhring (1995, 191), dass die explorative Aufgabe der qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung in der »Suche und Formulierung von

Analysekategorien besteht, welche die inhaltlich wesentlichen Untersuchungsdimensionen der ausgewerteten Materialien festlegen soll und welche in formaler Hinsicht die eindeutige, ausschließliche, vollständige, voneinander unabhängige und jeweils eindimensionale Zuordnung sämtlicher relevanter Zählheiten des Textes erlauben soll«.

Der größte Vorteil der qualitativen Datenanalyse ist die Systematik; d. h. das regelgeleitete, schrittweise Vorgehen, das Arbeiten mit einem Kategoriensystem als Analyseinstrument und das Zerlegen des Materials in Bearbeitungseinheiten. Dies führt zu entscheidend exakteren Ergebnissen als bei einer »freieren« Textinterpretation. (vgl. Philipp Mayring 1995, 213)

7.3.3 Die Kategorienbildung

Als Grundlage für die Kategorienbildung wurde größtenteils auf die 14 »Healing Factors«, also die 14 Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie (Petzold 2003a, 1036ff) zurückgegriffen.

Zusätzlich konnten durch kodierendes Vorgehen und durch die Analyse und flexible Anpassung an das Material (vgl. Mayring 2000, 474) sieben neue, ergänzende Kategorien entwickelt werden.

Rahmenbedingungen
Therapeutische Beziehung
Sympathie
Persönlichkeit der Therapeutin
Entwickeln von Problemlösestrategien
Ressourcen aktivieren
Förderung einer Akzeptanz, eines Annehmens von Gegebenheiten

Tabelle 1: zusätzlich gefundene Kategorien

Aus Gründen der Schwerpunktsetzung wurde der Wirkfaktor »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« durch die gleiche, vorher angeführte Vorgangsweise in neun Unter-Kategorien unterteilt.

Elternarbeit als Informationsaustausch
Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und Nicht-Bewertung, Verständnis
Erkennen und Bearbeiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds
Förderung einer positiven Grundeinstellung zur Therapie
Förderung positiver Blicke auf das Kind
Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie
Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes
Ressourcen der Bezugspersonen aktivieren, anerkennen
Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie

Tabelle 2: Unter-Kategorien des WF »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«

7.3.4 Die computergestützte qualitative Datenanalyse

Die Benutzung von Computerprogrammen als Instrumente der Datenanalyse können die Prozesse der Reduktion und Analyse qualitativer Daten so unterstützen, dass man Verlauf und Ergebnisse der Untersuchung genau kontrollieren, rekonstruieren und vor allem kommunizieren kann (vgl. Günter Huber 1995, 243).

Das Programm NVivo8 von der QSR-Software ermöglicht durch einfaches Erfassen von Textmaterial Informationen computergestützt zu verwalten und stellt einen umfangreichen Arbeitsbereich für die Entdeckung von Strukturen, die Identifizierung von Themen und Erkenntnisgewinnung zur Verfügung (vgl. QSRinternational, 2009).

Die einzelnen Textabschnitte wurden klassifiziert oder kategorisiert.

Dabei werden sogenannte »Knoten« (engl.: nodes) verwendet. Diese virtuellen »Ablageboxen« ermöglichen eine zusammengefasste Anzeige aller Informationen zu einem bestimmten Thema bzw. einer Kategorie.

7.3.5 Transkription und Auswählen der Analyseeinheiten

Nach dem Importieren der transkribierten Texte konnten diese Schritt für Schritt durchgearbeitet werden:

Dazu wurden in einem ersten Auswertungsdurchgang mit einer Stichprobe von Texten die vorher genannten Kategorien differenziert.

Der nächste Schritt war das systematische Durchgehen aller Interviews. Dabei wurden drei verschiedene Aussagetypen in den Interviews herausgesucht und anschließend kategorisiert:

- 1) alle konkreten Interventionen, die von den Therapeuten und Therapeutinnen beschrieben wurden.

2) die konkret geäußerten Hypothesen der Therapeuten und Therapeutinnen zu dem was gewirkt hat

3) die Metabeschreibungen einzelner Prozesse oder des ganzen Therapieprozesses

Als Beispiel für die konkrete Darstellung dieser Methode werden drei Analyseeinheiten, die jeweils zu einem dieser drei Aussagetypen gehören, verwendet:

Beispiel 1 - konkrete Intervention:

»Ich fange die Stunde mit allen Kindern da drüben in dem Raum am Tisch sitzend an und spreche erst mal mit denen, weil ich wissen will, wie es denen so geht und was es in der vergangenen Woche an Sachen gegeben hat, die besonders schön waren oder blöd.«

Beispiel 2 - geäußerte Hypothese

»... geholfen hat glaube ich, die Erfahrung ein Gegenüber zu finden, wir sprechen ja da von einem Objekt, das hört sich ja so schrecklich an finde ich, aber na gut (lacht), also ein Objekt zu erleben, das seinen eigenen Impulsen und Gefühlen gewachsen, also gewachsen fühlte und also diesen Dingen standhalten konnte und ... das Mädchen im Rahmen dieser Beziehung eigene Gefühle, die sehr schwierig sind, die es abwehren musste, zuzulassen und in einer Weise zu verarbeiten, dass sie nicht mehr so angstbesetzt sind und sie bestimmte Gefühle und Affekte, eben auch traurige Gefühle ähm psychisch zu integrieren, also ich glaube einmal ist die Beziehungserfahrung entscheidend...«

Beispiel 3 - Metabeschreibung eines Prozesses

»... im Verlauf [des Prozesses; Anm. d. Verf.] auch diese ganze Wut, die er in sich hatte und die Traurigkeit, dass es mit dem Vater so schwierig war und der Schwester und so, dass das hier so einen Platz hatte, dass er darüber sprechen konnte und dass ich da jetzt nicht gleich das beschwichtigen musste, und schon auch punktuelle Hilfe mit dem Vater über so schwierige Themen ins Gespräch zu kommen, dass er sich beispielsweise vernachlässigt fühlt, weil er mit dieser Frau zusammen war, dass er wütend ist, weil er mit dieser Frau überhaupt was hat und so.«

Jede einzelne Aussage der Therapeuten und Therapeutinnen, die zu einem dieser drei Aussagetypen gehört, wurde durch 2 Raterinnen (unabhängig voneinander) kodiert, d. h. einer oder mehreren Kategorien zugeordnet. Unterschiede in den Bewertungen konnten durch einen angeregten und interessanten fachlichen Austausch beseitigt werden.

7.3.6 Darstellung der gefundenen Kategorien und Unter-Kategorien

Bei der Auswertung ergaben sich folgende 21 verschiedene Kategorien von Wirkfaktoren, die in der nachfolgenden Tabelle in alphabetischer Reihenfolge dargestellt sind.

1	Einführendes Verstehen, Empathie	EV
2	Emotionale Annahme und Stütze	ES
3	Entwickeln von Problemlösestrategien	EP
4	Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten	PZ
5	Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft	SE
6	Förderung einer Akzeptanz, eines Annehmens von Gegebenheiten	AA
7	Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs	PW
8	Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen	PI
9	Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft	EA

10	Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte	KG
11	Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung	LB
12	Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke	TN
13	Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen	EE
14	Förderung von kommunikativer Kompetenz, Performanz und Beziehungsfähigkeit	KK
15	Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen	LM
16	Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung, Lebenshilfe	LH
17	Persönlichkeit der Therapeutin oder des Therapeuten	PT
18	Rahmenbedingungen	RB
19	Ressourcen aktivieren	RA
20	Sympathie	SY
21	Therapeutische Beziehung	TB

Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der Kategorien

Zur Veranschaulichung der Kodierungen sind in der Folge einige Beispiele von Analyseeinheiten aus den Interviews mit den ihnen zugeordneten Kategorien (Wirkfaktoren) dargestellt. Die Prozessbeschreibungen und konkreten Interventionen der Therapeuten und Therapeutinnen erforderten meistens Mehrfachnennungen,

d. h. eine beschriebene Intervention kann auf unterschiedliche Art auf mehreren Ebenen agieren und ihre Wirkung entfalten und wurde deshalb bei der Kodierung mehreren Wirkfaktoren zugeordnet.

Analyseeinheit	Wirkfaktor
<p>»... der Rahmen war ganz wichtig. Der gleiche Ort, die gleiche Zeit [...] aber den Rahmen ganz klar abstecken, ...«</p> <p>(Interview 4)</p>	<p>- Rahmenbedingungen (RB)</p>
<p>»...vorausschicken muss ich noch, dass ich den Jungen von Anfang an ausgesprochen sympathisch fand und ich glaube der mich auch, so dass das von Anfang an gut klappte. Dann hab ich ihn darauf aufmerksam gemacht, dass ein Kind, das solche Phantasien hat ganz offensichtlich ein kreatives Kind ist und wenn man solche Phantasien hat, dann kann man sich auch im Kopf einen Ausweg ausdenken, der ein Gegengewicht darstellt zu diesen Ängsten, beispielsweise: Alle Menschen sind gesund. Keiner hat was getrunken.«</p> <p>(Interview 2)</p>	<p>- Emotionale Annahme (EA)</p> <p>- Förderung kreativer Gestaltungskräfte (KG)</p> <p>- Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen (PI)</p> <p>- Ressourcen aktivieren</p> <p>- Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (PZ)</p> <p>- Sympathie (SY)</p>
<p>».... konkret bemühe ich mich eben über das was sich zwischen dem Kind und mir entwickelt, was sich hier im Raum abspielt ähm, eine Idee zu bekommen welcher der emotionale Gehalt des Geschehens ist,</p>	<p>- Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)</p> <p>- Förderung von Einsicht,</p>

<p>sowohl in dem was das Kind spielt, was es malt, aber auch was sich, und das ist das eigentlich Entscheidende, wie sich die Beziehung zwischen mir und diesem Kind entwickelt, also das Modell der Übertragung und Gegenübertragung, und dabei versuche ich natürlich zu gucken was sich manifestiert, was das Kind darstellt in Verbindung mit der ... mit der ähm affektiven Bestimmtheit des Kindes, aber auch und das ist das Entscheidende und das ist eigentlich etwas zu kurz geraten, ähm unter Nutzung dessen was sich bei mir emotional abbildet, [...] ich versuche zu ergründen was sich in mir für ein Bild entwickelt von der inneren Situation der Patientin und wenn ich das Gefühl habe, dass das bei mir in einer Weise gereift ist, dass ich das auch benennen kann und wenn ich den Eindruck habe, das Kind kann das aufnehmen, dann würde ich es versuchen das in einer Weise zu formulieren, dass das Kind etwas damit anfangen kann, [...]es muss zu einem Zeitpunkt und auch in einer Weise gesagt werden wenn das Kind das auch aufnehmen kann, sonst verpufft es auch so und die können dann nichts damit anfangen und es wird im schlechtesten Fall sogar bedrohlich oder verfolgend.«</p> <p>(Interview 10)</p>	<p>Sinnerleben, Evidenzerfahrungen(EE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführendes Verstehen, Empathie (EV) - Förderung kreativer Kompetenz, Performanz und Beziehungsfähigkeit - Therapeutische Beziehung (TB) - Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
<p>»... Du kannst hier das machen und mit der Säge sägen!«, da hat ihm jemand eine Verantwortung aufgetragen und ihm auch Vertrauen gegeben: »Du kannst das! Wir machen das jetzt zusammen und du bist alt genug, um mit einer Stichsäge zu arbeiten!« und das war so der Beginn von, also Frauen können</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbst-referentieller Gefühle und

<p><i>aber trotzdem mit Handwerkszeug umgehen und die können auch Sachen bauen und das ist nicht nur Männersache und das waren zwei Dinge, die für den Dennis ganz neu waren, also dass jemand, oder ich als Frau, und da war auch die Wahl, also nun ja, das war keine Absicht, aber das hat aber geholfen, also ich als Frau, ähm, gegenüber von diesem Jungen um ihm zu zeigen: ›Ja, Moment mal!‹.</i></p> <p>(Interview 4)</p>	<p><i>Kognitionen (PI)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)</i> - <i>Persönlichkeit der TherapeutIn (PT)</i> - <i>Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (PW)</i>
--	--

Tabelle 4: Tabellarische Darstellung der Kodierungen der Wirkfaktoren

Auf die große Menge der Nennungen des Wirkfaktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«, aber vor allem auf der offensichtlichen Heterogenität dieser Nennungen basiert die Entscheidung, diesen Wirkfaktor anschließend in die oben genannten Unter-Kategorien aufzuteilen, um ihn genauer analysieren zu können.

Dies ergab wiederum 9 verschiedene »Unter-Kategorien« von Wirkfaktoren, die alle die begleitende Arbeit mit den Bezugspersonen der Kinder betreffen. Sie sind in der nachfolgenden Tabelle in alphabetischer Reihenfolge dargestellt.

Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke		
1	Elternarbeit als Informationsaustausch	EIA
2	Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und Nicht-Bewertung, Verständnis	PNB
3	Erkennen und Bearbeiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds	ESF
4	Förderung einer positiven Grundeinstellung zur Therapie	PGT
5	Förderung positiver Blicke auf das Kind	PBK
6	Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie	KKF
7	Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes	VVK
8	Ressourcen der Bezugspersonen aktivieren, anerkennen	RAF
9	Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie	SNA

Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Unter-Kategorien

Zur Veranschaulichung der Unterteilung des Wirkfaktors »Tragfähige soziale Netzwerke« und der Kodierungen sind in der Folge einige Beispiele von Analyseeinheiten aus den Interviews mit den ihnen zugeordneten Kategorien (Wirkfaktoren) dargestellt. Auch hier waren Mehrfachkodierungen möglich.

Analyseeinheit	Wirkfaktor
<p>»... Ja, den Eltern hat es geholfen, dass wir verschiedene Dinge thematisiert haben, die sie in der Form noch nicht angesprochen hatten, also was zum Beispiel ihre Partnerschaft betraf, also ihre Schwierigkeiten und dann eine Verbindung herzustellen, inwiefern ihre Partnerschaftsprobleme auf das Befinden ihres Kindes abfärben können. Also dass das Kind das infrage stellen kann und keine Antwort darauf findet, dass es jemanden die Schuld gibt, wo es überhaupt keinen Grund gab, weil das ..., das war aber vielleicht wichtig, dass es sich Hilfe holen konnte, und dass wenn sie eine Konfliktsituation zuhause hatten, dass das auch darauf zurückzuführen war, und dass die Mutter nicht immer die Tochter beanspruchen musste um mit ihr dann zu klären und nicht immer auf alles eine Antwort geben zu müssen, dass es da auch eine Erwachsenenenebene und eine Kinderebene gab, dass wir das so ein bisschen aufgebröselst haben.«</p> <p>(Interview 13)</p>	<p>- Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds (ESF)</p> <p>- Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie (KKF)</p> <p>- Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes (VVK)</p>
<p>»... Als Zweites würden sie sagen, dass ich, dadurch dass ich mit der Lupe ihre Familie geguckt hätte, ermöglicht hätte dass sie doch mal selbst Sachen hinterfragen und ihre Möglichkeiten einsetzen um das zu hinterfragen.«</p> <p>(Interview 17)</p>	<p>- Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds (ESF)</p> <p>- Förderung von kommunikativer Kompetenz in der</p>

	<p>Familie (KKF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen der Familie - aktivieren und anerkennen (RAF)
<p><i>»... dass einerseits das emotionale Innenleben sowohl beim Kind, also auch bei der Mutter benannt werden konnte, dass sie, also die Mutter mit andern Augen auf ihr Kind gucken konnte, dass das Kind Antworten auf seine Angebote bekam, das bedeutet, dass es eine Stimulation in der Entwicklung erlebte, die ihr zuvor verwehrt wurde, aus den besagten Gründen, also ja, in der Zusammenfassung war es so, dass die Beziehung zwischen dem Kind und der Mutter aufgelebt ist.«</i></p> <p>(Interview 19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie (KKF) - Förderung positiver Blicke auf das Kind (PBK)

Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der Kodierungen der Unter-Kategorien

7.3.7 Quantitative Auswertung

Die qualitative Auswertung der Interviews ermöglicht die Findung der Kategorien, d. h. sie hilft die, in den Interviews erwähnten und enthaltenen, Wirkfaktoren herauszuschälen.

Danach folgte die quantitative Auswertung, bei der die gefundenen Kategorien ausgezählt wurden.

Eine weitere quantitative Auswertung erlaubte, die Ergebnisse der Rangfolgeneinschätzung der Wirkfaktoren durch die Therapeuten und Therapeutinnen auszuwerten und anschließend mit den Ergebnissen der Auszählung der gefundenen Wirkfaktoren zu vergleichen.

8 Darstellung der Ergebnisse

8.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

8.1.1 Alter und Berufserfahrung

Die interviewten Therapeuten und Therapeutinnen stammten aus Luxemburg und Deutschland. 80 % (16) waren weiblich und 20 % (4) männlich. Sie hatten ein Durchschnittsalter von 46 Jahren, wobei die/der Älteste von ihnen 55 und die/der Jüngste 34 Jahre alt war und eine Berufserfahrung in kindertherapeutischer Arbeit, die zwischen 3 und 30 Jahren lag. Die durchschnittliche Berufserfahrung war 12,6 Jahre.

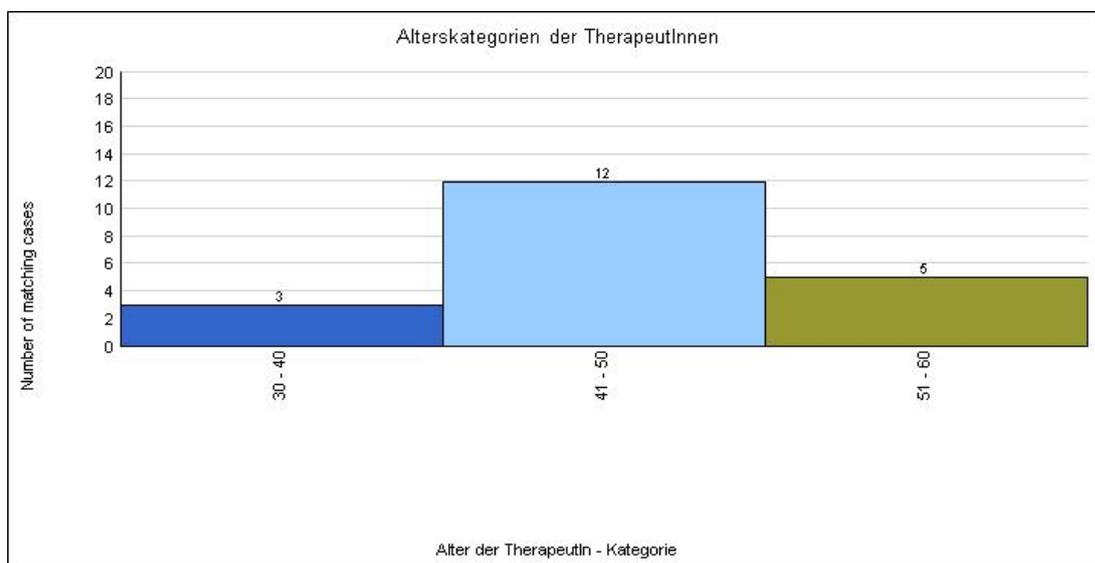


Abbildung 1: Verteilung des Alters der Therapeuten

8.1.2 Berufliche Ausbildung

Die befragten Therapeutinnen und Therapeuten hatten unterschiedliche Grundausbildungen und Zusatzausbildungen in unterschiedlichen therapeutischen Verfahren.

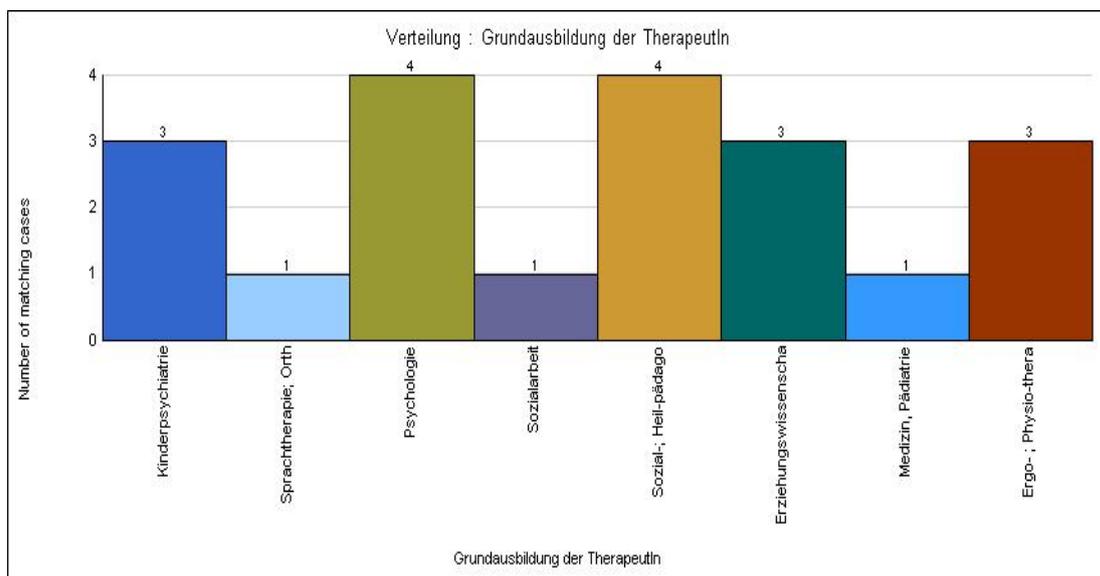


Abbildung 2: Verteilung der Berufe

Am höchsten vertreten waren die Psycholog(inn)en ($n=4$; 20 %) und die Sozial- bzw. Heilpädagog(inn)en (FH) ($n=4$; 20 %). Jeweils 15 % ($n=3$) waren Kinderpsychiater(innen), Erziehungswissenschaftler(innen) (Pädagog(innen)) und Ergo- bzw. Physiotherapeut(inn)en und jeweils eine Person (5 %) war Orthophonist(in) (Sprachtherapeut(in)), Kinderärztin oder -arzt und Sozialarbeiter(in).

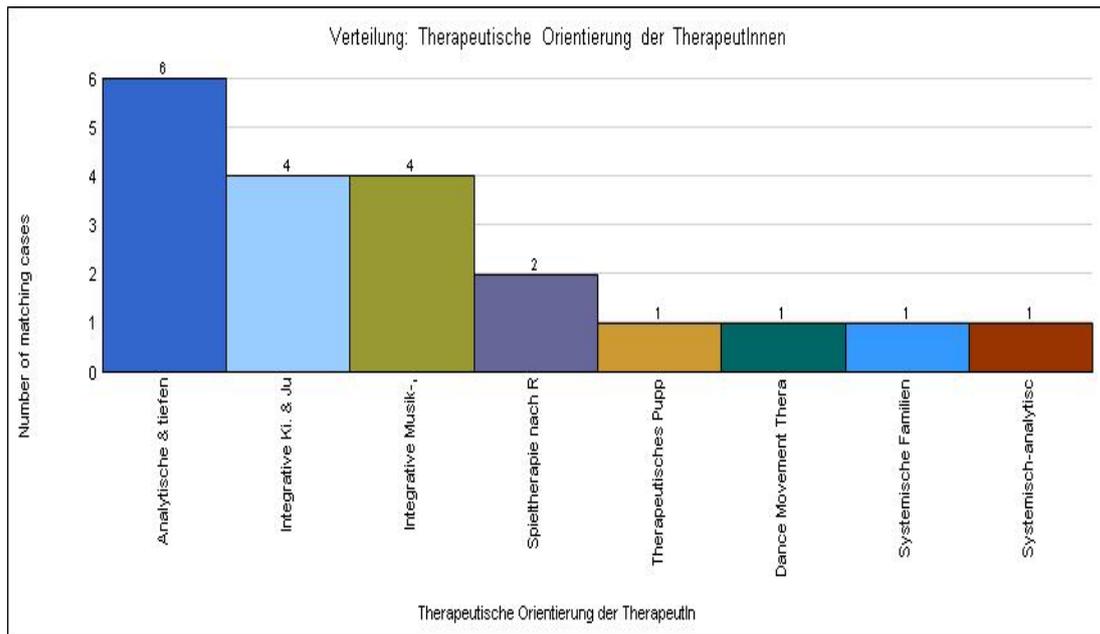


Abbildung 3: Verteilung: therapeutische Richtung

Die 20 Personen nannten 8 verschiedene therapeutische Richtungen in denen sie ausgebildet wurden. 6 von ihnen (30%) gaben »analytische Therapie« und »tiefenpsychologische Psychotherapie« mit Kindern und Jugendlichen als Ausbildungsrichtung an; 4 »Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie« (davon 1 in Ausbildung); 4 »Integrative Musik-, Gestalt-, oder Bewegungs-therapie« ; 2 »Spieltherapie nach Rogers«; 1 »Therapeutisches Puppenspiel«; 1 »Dance Movement Therapy«; 1 »Systemisch-Analytische Therapie« und 1 »Systemische Familientherapie«.

8.1.3 Arbeitsstelle

Von den 20 befragten Therapeutinnen und Therapeuten arbeiteten 11 (55%) in eigener psychotherapeutischer Praxis; 8 (40%) in einer kinderpsychiatrischen Ambulanz und 1 (5%) in einer psychosomatischen Rehaklinik.

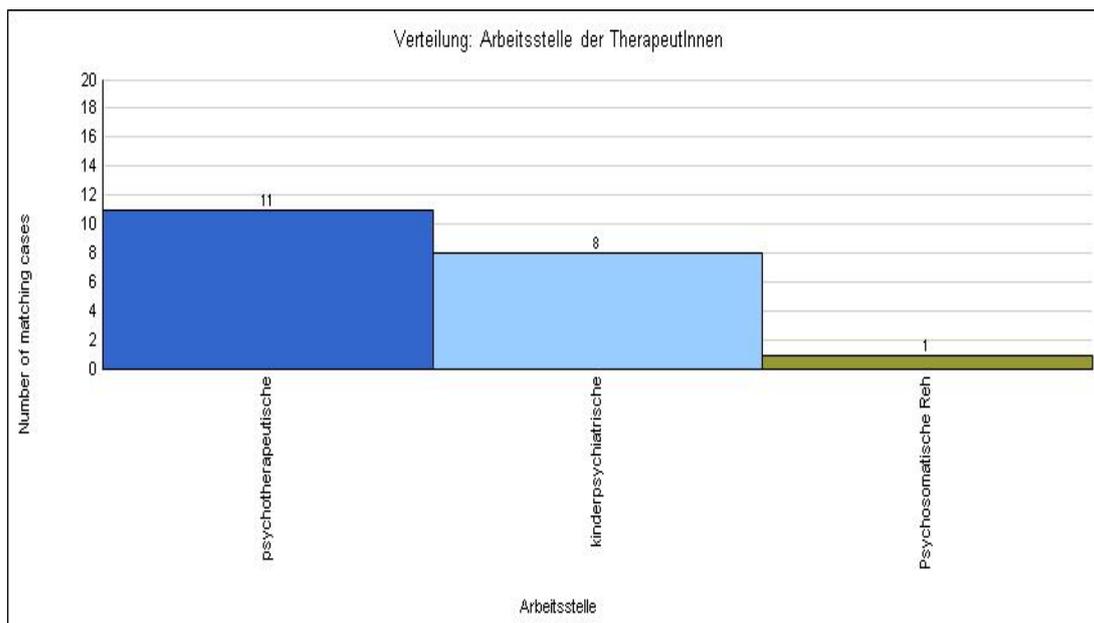


Abbildung 4: Arbeitsstelle der Therapeuten und Therapeutinnen

8.2 Ergebnisse der quantitativen Auszählung der Kategorien

Die anhand der Interviews herausgearbeiteten Kategorien von Wirkfaktoren wurden ausgezählt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt an, von wie vielen Therapeutinnen und Therapeuten (Quellen) und wie oft (Referenzen) der jeweilige Wirkfaktor genannt oder beschrieben wurde.

Wirkfaktoren		Quellen	Referenzen
Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft	EA	20	132
Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke	TN	20	131

Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen	PI	19	97
Emotionale Annahme und Stütze	ES	19	92
Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen	EE	19	67
Förderung von kommunikativer Kompetenz, Performanz und Beziehungsfähigkeit	KK	18	76
Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte	KG	18	69
Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen & Interessen	LM	17	61
Einführendes Verstehen, Empathie	EV	17	47
Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung	LB	14	48
Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft	SE	14	37
Rahmenbedingungen	RB	11	14
Therapeutische Beziehung	TB	11	13
Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung, Lebenshilfe	LH	10	23
Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten	PZ	7	13

Sympathie	SY	6	8
Persönlichkeit der TherapeutIn	PT	6	7
Entwickeln von Problemlösestrategien	EP	4	12
Ressourcen aktivieren	RA	4	9
Förderung einer Akzeptanz, der Annahme von Gegebenheiten	AA	2	2
Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs	PW	1	2

Tabelle 7: Anzahl der Nennungen pro Wirkfaktor

8.2.1 Ergebnisse bezüglich der 14 Wirkfaktoren der IT

Alle 14 Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie nach H. Petzold (2003a, 1036) wurden in den Beschreibungen der Therapeutinnen und Therapeuten ihrer kindertherapeutischen Arbeit erwähnt, wobei es große Unterschiede in der Häufigkeit ihrer Anwendung gab.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden hier nur die Wirkfaktoren herausgegriffen, deren Resultat bedeutsam erscheint und die dann anschließend in der Diskussion der Ergebnisse genauer ausgeführt werden.

Besonders die beiden ersten: »Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft« und »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« wurden von allen 20 Kindertherapeutinnen und -therapeuten angewendet und 132 bzw. 131 mal in deren Prozessbeschreibungen erwähnt.

Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft

Der Kategorie »Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft« enthält alle Interventionen der Therapeutinnen und Therapeuten, die eine emotionale Differenzierung der Kinder fördern und sie dabei unterstützen ihre Gefühle und Wünsche auf unterschiedlichste Art und Weise auszudrücken.

Beispiel: *»...dazu kommt auch, dass die Kinder eben merken, oder die Patienten, dass solche Gefühle wie dieses Chaos, oder dieses Chaos das dieser Bösewicht da gemacht hat, dass das ähm, Tendenzen oder Impulse, Affekte und Gefühle sind, die die Kinder ja erstmal beunruhigen, aber die auch sozusagen aussagbar sind, also dadurch dass in therapeutischer Beziehung diese Dinge sich vollziehen können und ich das nicht unterbinde, also so: »Nun lass das mal! Das ist ja ganz schrecklich!«, oder auch nicht versuche das schön zu reden, so: »So schlimm ist das ja gar nicht!«, sondern dass ich das entfalten lassen kann, wird es für die Kinder psychisch verarbeitbar und kann psychisch integriert werden und dadurch, so ist zumindest mein Verständnis, ähm, wird die pathogene Wirkung dieser Affekte verringert, das ist aber nur eine Ebene.... «*

Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke

Unter dem Wirkfaktor »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« wurden alle Interventionen gruppiert, die das Umfeld des Kindes (direkt oder indirekt) mit einbezogen. Dazu gehörten Elterngespräche, Gespräche mit Lehrern und/oder Freunden sowie auch die Motivierung oder Ermunterung der Kinder zu anderen Kontakt aufzunehmen. (z. B.: einer Fußballmannschaft beizutreten oder auf ein anderes Kind zuzugehen)

Beispiel: *»...ich glaube auch, dass die Mutter letztendlich davon profitiert hat, dass es möglich wurde ihre Einfühlung in ihre eigene Situation, in ihre Tochter und das Zusammenspiel zwischen ihnen beiden hier Raum hatte und*

weiterentwickelt werden konnte....«

Die Faktoren »Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens«, »Emotionale Annahme und Stütze« und »Förderung von Einsicht« wurden von nur jeweils einer Therapeutin oder einem Therapeuten nicht beschrieben, kamen aber mit 97 bzw. 92 und 67 Referenzen auf weniger Nennungen.

Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens

Zur »Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens« (19 Quellen, 97 Referenzen) gehörten die Interventionen, die dem Kind ermöglichten sich selbst zu spüren und sich (dadurch) besser kennenzulernen, zu experimentieren und Neues auszuprobieren.

Beispiel: *»...etwas Neues gelernt zu haben. Dieses Gefühl etwas zu können, was die meisten nicht können. Viele Kinder können keine Stelzen laufen. Auf jeden Fall nicht spontan, viele Jugendliche auch nicht. Und mit diesem neu Erlernten dann auch zu experimentieren. Und das sind dann so Verknüpfungen, wo ich dann sehe ob es ihm gefällt, was er dabei fühlt und wo ich ihm auch mein Feedback gegeben habe und auch stolz auf ihn war wie er das gemacht hat, ihn auch gelobt habe und ihn auch ein bisschen angespornt... «*

Emotionale Annahme und Stütze

Der Faktor »Emotionale Annahme und Stütze« (19 Quellen, 93 Referenzen) beinhaltet vor allem eine Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten: sie nehmen die Kinder und ihre Gefühle ernst und nehmen Anteil an ihrem Erleben.

Beispiel: *» da war ein König auf der Burg und der schickte seine Reiter aus um den anderen Königen Mitteilungen zu machen, und ich habe ihm dann einmal gesagt dass diese Reiter auch Boten sein könnten: »Das sind ja*

Boten, die Nachrichten aussenden!«, ob es das auch in ihm gibt und dass seine Angst vielleicht auch Boten sind, die etwas über ihn sagen wollen, und das hat ihn sehr beschäftigt, das war ein Thema, mit dem wir uns lange und immer wieder beschäftigt haben.... «

Förderung von Einsicht

Die »Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen« (19 Quellen, 67 Referenzen) beinhaltet alle Interventionen, die den Kindern helfen sollen ihre Beweggründe, Motive, inneren Handlungsmuster zu erkennen und besser zu verstehen z. B: durch Spiegeln, Konfrontieren, Beschreiben...

Beispiel: » ... mit erhobener Lautstärke und da hat er sofort aufgehört und guckte mich an und da sagte ich: »In der Therapie gibt es einen der führt und leitet, und manchmal bist du derjenige der leitet vom Inhalt her, also von dem her was du mir erzählen willst, aber der Rahmen, also alles was den Rahmen der Therapie ausmacht, den bestimme ich, da bin ich der Chef!« und da guckte er mich und meinte: »Ah ja!« und da hörte er mit schreien auf und ab dem Tag an, war ich mehr oder weniger auf seiner Höhe und wir fingen an Spiele zusammen zu machen, aber ich glaube das war das erste Mal das der so etwas hörte, dass da jemand war ... also dass er verschiedene Rechte hatte und er verschiedene Sache entscheiden konnte und andere nicht ...«

Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung

Der Faktor »Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung, Lebenshilfe« rangiert an 14. Stelle aller gefundener Kategorien und kam in der Hälfte der Prozessbeschreibungen vor. Hier geht es um ganz konkrete Hilfen, wo die Therapeutin oder der Therapeut das Kind auch mal mit in sein alltägliches Umfeld

begleitet oder mit ihm alltagspraktische und konkret umsetzbare Bewältigungslösungen ausarbeitet.

Beispiel: *»...Dann kam er sehr aufgelöst hier an, weil das seine Monatskarte war mit der er sonst auch in die Schule fährt. Und dann ist er zu mir und zu einer Praktikantin, die zu der Zeit da war und wir haben dann angeboten, dass wir gucken gehen, gemeinsam. Ich bin dann mit ihm in die Schule gegangen und dann als wir da waren, sind wir auch reingegangen, Hausmeister haben wir keinen gefunden und dann haben wir ihn gefragt: »Was können wir als Nächstes machen? Wo warst du noch?« Dann sind wir noch ins Sekretariat. Da bin ich dann vor und hab angeklopft und wir sind dann zusammen da rein und die Sekretärin hat uns dann den Briefkasten aufgemacht innerhalb von zwei Minuten und hat uns dann die Fahrkarte gegeben. Das war auch noch so ein Erfolg ...«*

Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

Die »Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten« kam in weniger als der Hälfte (7 von 20) der Prozessbeschreibungen vor (13 Referenzen).

In diese Kategorie gehören solche Interventionen, durch die es der Therapeutin oder dem Therapeuten gelingt eine positive Vision der Zukunft zu vermitteln, z.B: die Vorstellung, dass ein Leben ohne Ängste vorstellbar ist oder dass das Kind diesen schwierigen Schritt bestimmt schaffen wird

Beispiel: *»...ein Teil, der einen wichtigen Fortschritt gebracht hat, wo ich die Mutter auch ein bisschen unterstützt hab, dass sie ihn alleine kommen lassen kann. So von meinem Gefühl her wie ich ihn kennengelernt habe die zwei ersten Male, dachte ich er würde das hinkriegen. So von seinem ... was er so draufhat ... sag ich mal...«*

Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs

An letzter Stelle überhaupt rangierte der Faktor »Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs«, der von nur einer Therapeutin oder einem Therapeuten beschrieben wurde. Hier bewirkte die Intervention dass ein Geschlechtsstereotyp aufgeweicht wurde und neben einer »alten« Überzeugung eine neue Erfahrung gemacht werden konnte.

Beispiel: *»...ich habe wirklich ganz, ganz viel Geduld haben müssen, weil manchmal hat er mich überaus wütend gemacht (...) ich sagte dann, also wenn er kam und meinte: »Alle Frauen sind blöd!«, dann war das, das war so: »Und wer sagt denn so was?« – »Ja, mein Vater sagt das!«, wo ich dann auch so, also wo ich dann im Familiengespräch mir auf die Zunge beißen musste du wo ich merkte, dass ich wütend auf den Vater wurde, (...)war so der Beginn von, also Frauen können aber trotzdem mit Handwerkszeug umgehen und die können auch Sachen bauen und das ist nicht nur Männersache und das waren zwei Dinge, die für den D* ganz neu waren, also dass jemand, oder ich als Frau, und da war auch die Wahl, also nun ja, das war keine Absicht, aber das hat aber geholfen, also ich als Frau, ähm, gegenüber von diesem Jungen um ihm zu zeigen: ›Ja, Moment mal!‹....«*

8.2.2 Ergebnisse bezüglich der zusätzlich gefundenen Wirkfaktoren

Bei den zusätzlich zu den 14 Wirkfaktoren gefundenen Kategorien sind die meist beschriebenen der Faktor »Rahmenbedingungen« (11 Quellen, 14 Nennungen) und der Faktor »Therapeutische Beziehung« (10 Quellen, 12 Nennungen).

Rahmenbedingungen

Unter Rahmenbedingungen wurden alle Äußerungen der Therapeutinnen und Therapeuten kodiert, die sich darauf bezogen dass die Rahmenbedingungen einer Therapiestunde d.h. ein bestimmter Raum oder immer der gleiche Raum, die Zeit und/oder die Regelmäßigkeit dazu geführt haben, dass die Therapie wirksam war.

Beispiel: *»also indem ich ihr den Raum gegeben habe sich entwickeln zu können und ich auch nicht meine Bedürfnisse in den Vordergrund gestellt habe, sie hat einen festen Rahmen gehabt, ähm, der für sie zur Verfügung stand, damit meine ich den Raum, die die Kontinuität, die Verlässlichkeit, das pünktliche Beginnen, das pünktliche Ende, sodass es einen gesicherten Raum gab, der auch stabil genug war, ähm diese Dinge aufkommen zu lassen«*

Therapeutische Beziehung

Unter »Therapeutische Beziehung« wurden alle Aussagen zusammengetragen, die den Aufbau eines tragenden, zwischenmenschlichen Miteinanders durch Verständnis, Vertrauensaufbau, und Vermittlung von Sicherheit beschrieben.

Beispiel: *»Und J. fängt jetzt an, irgendwann hat sie jetzt erzählt sie ihre kleine Schwester hätte ja soviel Glück, weil sie hätte eine Freundin, und sie hätte ja keine Freundin und das fand ich so ganz bemerkenswert, dass sie mir das so anvertraut hat und das zu den Wirkfaktoren, das geht nur wenn ein wirkliches Vertrauen da ist«*

Auffallend bei diesem Faktor ist, dass er vorwiegend von den älteren Therapeutinnen und Therapeuten erwähnt wird: von den 30-40 Jährigen wurde er überhaupt nicht beschrieben, bei den 41-50 Jährigen wurde er von 58% und bei den 51-60 jährigen von 80% der Therapeutinnen und Therapeuten erwähnt.

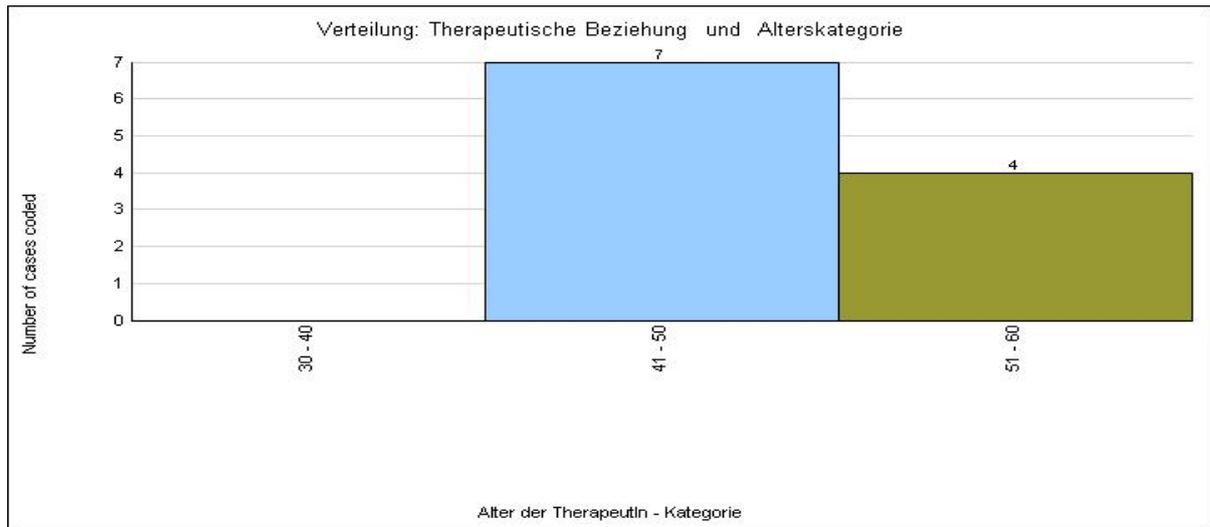


Abbildung 5: Verteilung: Therapeutische Beziehung und Alterskategorie

Sympathie

Unter dem Wirkfaktor »Sympathie« (6 Quellen, 8 Referenzen) wurden alle Äußerungen kodiert, die besagten dass die gegenseitige Sympathie der Therapeutin oder des Therapeuten und des Kindes bzw. dessen Bezugspersonen zu der Wirksamkeit der Therapie beigetragen haben.

Beispiel: *»Ich mochte ihn sehr, ich mochte ihn von Anfang an, er war ein Kind, das ich sofort mochte. Er war ein fantasievolles Kind, er war ein begabtes Kind, diese Geschichten, die Phantasmen, die er entwickeln konnte, das mochte ich, ich mag das selber auch. Er war mir, wenn Sie so wollen, nicht fremd«*

Persönlichkeit der Therapeutin bzw. des Therapeuten

Unter dem Wirkfaktor »Persönlichkeit der Therapeutin oder des Therapeuten« (6 Quellen, 7 Referenzen) wurden Merkmale der Therapeutinnen und Therapeuten, die

sie sich selbst zuschrieben und die sie in Verbindung mit dem Erfolg der Therapie brachten, regroupiert. Dazu gehört u. a.: die Fähigkeit gut und mehrperspektivisch hinzuschauen und achtsam wahrzunehmen; die Fähigkeit Distanz einzunehmen und anders (z.B. unkonventioneller) zu handeln als andere, das Geschlecht, die Berufserfahrung, und Supervisionspraxis... etc.

Beispiel: *»Aber mehr perspektivisches Denken ist nicht nur Theorieanspruch, sondern auch praktisch in dem gerade beschriebenen Sinne und ich glaube, dass meine Offenheit den Kindern gut tut, (.....) und dann spielt natürlich meine langjährige Berufserfahrung einfach eine grosse Rolle, in unterschiedlichsten Settings, stationär, teilstationär, hier in der Praxis, meine langjährige Supervisionserfahrung wo ich immer wieder mit fremden Fällen konfrontiert werde und aufgefordert bin gemeinsam mit demjenigen der hier zur Supervision kommt eine Lösung zu finden ... «*

Entwickeln von Problemlösestrategien

Alle 12 Interventionen der 4 Therapeutinnen und Therapeuten, bei denen es ausdrücklich darum ging durch Gespräche, Spiele und die Verwendung von kreativen Medien mit den Kindern ganz gezielt Lösungen auf reelle oder erfundene Probleme zu suchen, wurden in der Kategorie »Entwickeln von Problemlösestrategien« zusammengefasst.

Beispiel: *»... über dem Spielen, wo die Kinder eben die Regisseure von ihrem Stück, ähm, wird erst einmal das Problem klarer und wenn das Problem schon mal klarer ist, dann kann man sich auf die Suche nach Handlungsmöglichkeiten und Lösungen machen...«*

Ressourcen aktivieren

Der Wirkfaktor »Ressourcen aktivieren« (4 Quellen, 9 Referenzen) beinhaltet vor allem dass die Therapeutinnen und Therapeuten ausdrücklich betonten nicht nur auf

die Schwächen und Symptome der Kinder zu achten, sondern auf deren Fähigkeiten. Sie beschrieben das ressourcenorientierte Arbeiten und Stärken dieser vorhandenen Fähigkeiten als einen wesentlichen Faktor für die Wirkung der Therapie.

Beispiel: *»... Dann hab ich ihn darauf aufmerksam gemacht, dass ein Kind, das solche Phantasien hat, ganz offensichtlich ein kreatives Kind ist und wenn man solche Phantasien hat, dann kann man sich auch im Kopf einen Ausweg ausdenken, der ein Gegengewicht darstellen zu diesen Ängsten, beispielsweise: Alle Menschen sind gesund. Keiner hat was getrunken ...«*

Förderung von Akzeptanz, Annehmen von Gegebenheiten

Zwei Therapeutinnen bzw. Therapeuten beschrieben, wie wichtig es in dem von ihnen beschriebenen therapeutischen Prozess gewesen sei, dass die Kinder lernten, eine bestimmte Tatsache oder ein Ereignis anzunehmen und zu akzeptieren und dass die Arbeit daran zur positiven Wirkung der Therapie beigetragen habe. Daraus ergab sich die Kategorie »Förderung einer Akzeptanz, eines Annehmens von Gegebenheiten«.

Beispiel: *» ...sich abzufinden«, das passiert bei dem V. ja irgendwie auch, also so Dinge die passiert sind, Dinge die nicht mehr zu ändern sind, auch Beziehungsstrukturen die man ähm nicht auflösen kann, zu denen man eine bessere Distanz einnehmen kann, höchstens, wie kann man das nennen? Abfinden klingt ein bisschen schwierig (lacht).*

L: Annehmen?

I. 3: *Annehmen! Stimmt! Annehmen ist besser ...«*

8.3 Ergebnisse bezüglich der Unter-Kategorien des WFs »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«

Die Auszählung der Kategorien zur Unterteilung des Wirkfaktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« ergab folgende Ergebnisse:

Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke		Quellen	Referenzen
Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und Nicht-Bewertung, Verständnis	PNB	17	29
Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie	KKF	14	34
Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds	ESF	13	39
Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes	VVK	13	31
Ressourcen der Familie / Bezugspersonen aktivieren und anerkennen	RAF	8	12
Förderung positiver Blicke auf das Kind	PBK	7	18
Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke ausserhalb der Familie	SNA	6	12
Förderung einer positiven Grundeinstellung zur Therapie	PGT	6	10
Elternarbeit als Informationsaustausch	EIA	6	6

Tabelle 8: Anzahl der Nennungen pro Unter-Kategorie

Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und Nicht-Bewertung, Verständnis

Innerhalb des Wirkfaktors »Förderung sozialer Netzwerke« beschrieben 17 Therapeutinnen und Therapeuten in 29 Referenzen, dass ihre Präsenz und die Nicht-Bewertung der bzw. ihr Verständnis für die Familie / Eltern zu einer Verbesserung der Situation des Kindes führte. Zu dieser Kategorie gehören alle Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten, die darstellten wie die Eltern und Bezugspersonen von dem Verständnis und der Akzeptanz, die sie ihnen entgegen brachten, profitierten und so zu einer positiven Entwicklung des Kindes beitrugen.

Beispiel: » ... *Vielleicht Entlastung! Was ihnen vielleicht geholfen hat: Entlastung! Da ist jetzt jemand wo ihr Sohn eine eigenständige Beziehung aufnimmt und auch eine andere Erfahrung macht, die ihm offensichtlich auch gut tut, so dass sie nicht mehr alleine die Angst und diese Last, also diese ganze Verantwortung nicht mehr alleine tragen mussten, schätze ich jetzt mal, dass es das ist was sie entlastet hat ...*«

14 Therapeutinnen und Therapeuten beschrieben die »Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Familie« (34 Quellen) und jeweils 13 das »Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie / oder eines Familienmitglieds« (39 Quellen) und die »Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes« (31 Quellen).

Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Familie

Zur »Förderung kommunikativer Kompetenz in der Familie« zählen alle beschriebenen Interventionen der Therapeutinnen und Therapeuten mit denen sie Dialoge und Polyloge in der Familie und unter den einzelnen Familienmitgliedern initiierten und somit zu einer gemeinsamen Lösungssuche und/oder einer ausgeglichenen, jeden mit einbeziehender Kommunikation beitrugen.

Beispiel: ».. *.ich glaube dass die das entlastet hat und dass sie angefangen haben*

eine Idee zu bekommen über Probleme zu sprechen und dass Probleme benennbar sein durften, also es kam auch dann zu einem Paarkonflikt, da konnten die nicht drüber sprechen, das wollten die auch nicht, ähm, ich habe das auch akzeptiert, aber es war so dass es mal benannt werden durfte und ich glaube, das hat sie entlastet, dass man eine Sprache für Gefühle gefunden hat, ähm, die die nicht sein durften, die da waren, aber die nicht sein durften ...«

Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie und/oder eines Familienmitglieds

Der Wirkfaktor »Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie und/oder eines Familienmitglieds« beinhaltet alle Interventionen der Therapeutinnen und Therapeuten, die sich nicht auf das Kind beziehen, sondern auf die Schwierigkeiten der Bezugspersonen und / oder eventuell auch der Geschwister. Dazu gehören u. a. das Erkennen einer ev. psychischen Krankheit eines Elternteils, die Schwierigkeiten in der Paarbeziehung der Eltern, ungeklärte psychodynamische Konflikte eines Elternteils, die Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben... etc.

Beispiel: *»... im Einvernehmen mit den Eltern, die in der begleitenden Elternarbeit ihre Anteile an der Aufrechterhaltung eines gewissen Geschwisterkonfliktes und auch an der Aufrechterhaltung eines recht hohen intellektuellen Anspruches an den Jungen mit ihrer eigenen Biographie ganz gut verbinden konnten und da auch Verhaltensmodifikationen eingeführt haben, die Mutter hat eine Psychotherapie begonnen und der Vater hat dem Jungen mehr Zeit gewidmet ...«.*

Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes

Unter dem Wirkfaktor »Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes« wurden die geäußerten Interventionen der Therapeutinnen und Therapeuten zusammengefasst, die darauf zielten, den Eltern das emotionale Erleben des Kindes zugänglich zu machen und dadurch Verständnis für das Kind und sein Verhalten zu entwickeln.

Beispiel: *».. .sie konnte sehr davon profitieren, dass ich mit ihr zusammen versucht habe eine Einfühlung oder mehr Einfühlung zu entwickeln in das innere Erleben der Tochter, das war für beide Eltern sehr schwierig weil sie gerne Tipps gehabt hätte, sie hätten gerne von mir gehört: »Machen Sie das so! Machen Sie jenes so und das lassen Sie bitte!« ähm, das war so die Ebene, auf der die Eltern funktioniert haben, die Mutter konnte diesen Schritt vollziehen, und das war nicht einfach, weil sie zu Anfang immer unzufrieden waren, sie hätten gerne andere Handreichungen von mir bekommen und ihnen das zu verdeutlichen, dass das nicht viel bringen würde, wenn ich ihnen einen Tipp gebe, der aber in der übernächsten Situation überhaupt nicht mehr passt, sondern dass es darum geht mehr Vorstellung davon zu entwickeln, was in ihrem Kind vorgeht, das war für beide Eltern schwierig, die Mutter konnte sich daran entwickeln oder konnte das umsetzen und das für sich auch entwickeln, bei dem Vater gab es da deutliche Grenzen! ... «*

Ressourcen der Familie / der Bezugspersonen aktivieren und anerkennen

Der Wirkfaktor »Ressourcen der Familie / der Bezugspersonen aktivieren und anerkennen« (8 Quellen, 12 Referenzen) regruppiert analog zum Wirkfaktor »Ressourcen des Kindes aktivieren« alle Interventionen der Therapeutinnen und Therapeuten, die zum Ziel haben auf die Fähigkeiten der Familien zu achten und diese zu stärken.

Beispiel: *»...dann dass ich in der Familie versucht habe stark die Ressourcen zu*

stärken, also dass sie darin zu bestärken die Sachen in der Familie, die sie gemeinsam machen, die positiv laufen, weil die auch so eine große Verwandtschaft haben, dass sie zusammen Ausflüge machen, Picknick, all diese Dinge wieder zu machen und dies so in den Mittelpunkt zu stellen, dass eben nicht mehr die Symptome im Mittelpunkt stehen, ich glaube eben auch, dass sie sich gestärkt gefühlt haben dadurch, dass sie nicht immer kritisiert wurden im Wesentlichen, sondern eher gestärkt und dann glaub ich, dass ihnen geholfen hat, ...«

Förderung positiver Blicke auf das Kind

In die Kategorie »Förderung positiver Blicke auf das Kind« (7 Quellen, 18 Referenzen) wurden alle Interventionen kodiert, die die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen für die positiven Eigenschaften Verhaltensweisen und Stärken des Kindes schärfen und dadurch auch kleine und große Fortschritte besser in Evidenz setzen.

Beispiel: *»...der Feedback, den sie von mir bekamen, ein anderer war, den sie in der Schule bekamen, dass sie einfach unmöglich wäre, und also, dass sie einen ort gefunden hatten, an dem G** Stärken und positiven Qualitäten ... eben dadurch, dass sie in der Schule keine Hausaufgaben machen wollte, ihre Benehmensstörungen waren ja nicht nur auf das Familienleben beschränkt, sie war frech mit der Lehrerin oder dem Lehrer und so bekamen sie von aussen halt viel negativen Feedback, und hier haben sie halt auch positiven Feedback über ihr Kind bekommen ...«*

Am wenigsten wurden beschrieben die »Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie« (6 Therapeutinnen und Therapeuten, 12 Referenzen), die »Förderung einer positiven Grundeinstellung der Eltern zur Therapie« (6 Therapeutinnen und Therapeuten, 10 Referenzen) und die

»Elternarbeit als Informationsaustausch« (6 Therapeutinnen und Therapeuten, 6 Referenzen).

Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie

Die »Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie« beinhaltet die Bestärkung der Kinder zu anderen Bezugssystemen Kontakt aufzunehmen (z. B. einem Sportclub beizutreten, auf Gleichaltrige zuzugehen ...etc) und die Kontaktaufnahme bzw. Unterstützung und Beratung der Therapeutin bzw. des Therapeuten von anderen Bezugssystemen der Kinder wie z.B. Schule, Sportclub, Musikschule ... etc. Auch die Weiterleitung der Familien zu anderen sozialen Einrichtungen und Netzwerken, die präzise, sozialpädagogische Hilfeleistungen stellen können, gehört zu dieser Kategorie.

Beispiel: *»...konnte auch mit dieser Freundin, die eben alleine in der Familie gelebt hat über ihre Problematiken erzählen und hat gemerkt die Freundin versteht sie und die hat ihr kräftig Lösungstipps gegeben, und das hat sie hier in der Therapie erarbeitet, dass sie sich außerhalb des Familienkontextes einfach überhaupt öffnen konnte, weil Familienkonsens war eher, wir sind eine große Familie und da bleibt auch alles drin...«*

Förderung einer positiven Grundeinstellung der Eltern zur Therapie

6 Therapeutinnen und Therapeuten stellten fest, dass die positive Einstellung der Eltern zur Therapie und deren Verständnis für den therapeutischen Prozess zum Therapieerfolg beitragen und befanden dahinführende Interventionen wichtig.

Beispiel: *»... Also bei den Eltern war glaube ich das Wesentliche eine gute Beziehung herzustellen, dass die irgendwie ein gutes Gefühl hatten zur Therapie, dass die irgendwie das Gefühl hatten: »Mensch, da schicken wir den gerne hin und hier fühlen wir uns auch gut aufgehoben!«, aber ich habe nicht so tief mit den*

Eltern an Veränderungen gearbeitet, die Therapie, also die Haupttherapie hat mit dem Jungen stattgefunden. Also die ..

L.:Und wenn du es umdrehst. Wenn du sie überhaupt nicht hier gehabt hättest?

I. 11: Nein, das ist nicht denkbar, das kann auch ein zwölfjähriger Junge noch nicht! Also wenn die Eltern nicht dahinter stehen, dann hätte er sich hier auch gar nicht sicher und wohl gefühlt, also der brauchte das zu wissen, dass die Eltern das hier irgendwie gut finden und unterstützen, also das Gefühl musste auf jeden Fall da sein, der war viel zu sehr noch auf seine Eltern fixiert gewesen, aber dieses emotionale gute Gefühl hat ausgereicht, ich musste jetzt mit ihnen nicht Themen bearbeiten oder so, also es musste nur klar sein, die unterstützen das und tragen das mit. Und die erlauben ihm autonome Schritte zu tun, die erlauben ihm sich zu verändern, die halten den nicht fest und sagen: »Es muss alles so bleiben wie früher!«, da hätte es überhaupt nicht geklappt, also die Grundhaltung musste stimmen von den Eltern«

Elternarbeit als Informationsaustausch

Der Wirkfaktor »Informationsaustausch mit den Eltern« fasst die Aussagen der Therapeutinnen und Therapeuten zusammen, die in den therapeutischen Prozess des Kindes durch einen Informationsaustausch mit den Eltern ergänzten. Hier schien es wichtig zu sein, dass sie Eltern regelmäßig informiert wurden, was in der Therapie mit dem Kind passiert und umgekehrt aber auch die Therapeutinnen und Therapeuten regelmäßig Rückmeldungen bekamen, wie sich das Kind in seinem alltäglichen und familiären Umfeld entwickelt.

Beispiel: *»...Ich habe die Mutter ja manchmal gesehen, um ihr eine Rückmeldung zu geben und auch um etwas über die Situation zuhause zu erfahren, aber es ging dabei selten um die Familienlage...«*

8.4 Die Rangfolge der Wirkfaktoren

Die Frage an die Kindertherapeutinnen und -therapeuten: » Bitte ordnen Sie folgende 14 Wirkfaktoren nach ihrer Wichtigkeit.« hat folgendes Resultat ergeben:

	EV	ES	LH	EA	EE	KK	LB	LM	KG	PZ	PW	PI	TN	SE
I 1	10	9	2	13	6	7	14	4	12	5	1	11	3	8
I 2	14	13	12	3	1	4	10	6	11	5	7	8	9	2
I 3	7	14	8	13	3	4	6	5	12	9	2	11	10	1
I 4	14	12	4	10	8	7	2	1	5	6	9	3	13	11
I 5	11	14	3	9	5	8	12	7	10	2	4	13	1	6
I 6	13	10	8	12	1	2	9	3	11	4	5	14	6	7
I 7														
I 8	14	13	4	12	10	2	7	11	6	9	3	8	1	5
I 9	13	14	6	11	1	7	12	3	10	8	4	9	5	2
I 10	14	13	6	11	10	9	5	4	8	3	2	12	7	1
I 11	14	12	2	13	5	11	10	8	9	6	1	4	3	7
I 12	14	13	11	12	10	9	6	3	8	2	5	7	1	4
I 13	13	14	3	11	7	12	2	8	9	5	6	10	4	1

I 14	14	13	7	12	2	6	8	1	11	3	9	10	4	5
I 15	13	14	6	11	4	8	10	5	9	2	7	12	3	1
I 16	13	14	9	12	8	10	3	4	11	7	6	5	2	1
I 17	13	14	4	8	1	7	6	5	9	3	2	12	10	11
I 18	13	11	1	10	3	8	14	7	12	4	5	9	6	2
I 19	14	10	8	13	6	12	5	2	3	1	11	7	9	4
I 20	14	13	7	10	3	9	4	1	12	11	5	6	8	2
Durchschnitt	12,9	12,6	5,8	10,8	4,9	7,5	7,6	4,6	9,3	5	4,9	9	5,5	4,3
Rangfolge	1	2	8	3	11	7	6	13	4	10	11	5	9	14
	EV	ES	LH	EA	EE	KK	LB	LM	KG	PZ	PW	PI	TN	SE

Tabelle 9: Rangfolge der Wirkfaktoren

Eine Therapeutin bzw. ein Therapeut wollte keine Angaben zu dieser Frage machen.

Folglich sind die Resultate der Rangfolgenrechnung der Wirkfaktoren das Durchschnittsergebnis von den restlichen 19 Klassifizierungen.

Graphische Darstellung der Rangfolgeliste

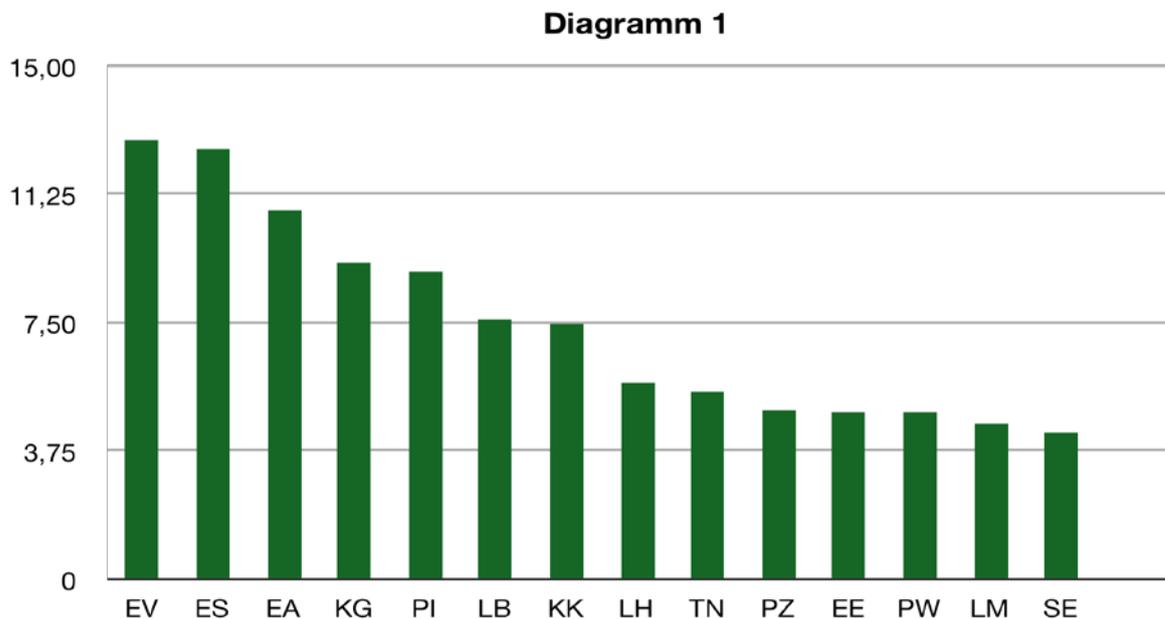


Abbildung 6: Rangreihe der 14 Heil- und Wirkfaktoren

Die Faktoren »Emotionales Verstehen (EV)«, »Emotionale Annahme und Stütze (ES)« und »Förderung des emotionalen Ausdrucks und Willens (EA)« wurden als die wichtigsten erachtet. Darauf folgten die Faktoren »Förderung von kreativem Handeln und Erlebnismöglichkeiten« und »Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen«.

An zweitletzte und an letzte Stelle kamen die Faktoren »Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen« und »Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen«. Bei den beiden erstplatzierten Faktoren fällt auf, dass hier eine sehr homogene Klassifizierung stattgefunden hat: keine der Bewertungen war unter 10 Punkten, während es bei den beiden letztplatzierten Faktoren durchaus auch Therapeutinnen und Therapeuten gab, die deren Wichtigkeit höher einschätzten.

8.5 Rangfolgenliste versus Kodierungsergebnisse der Interviews bezüglich der 14 IT-Wirkfaktoren

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Auszählung der »14 Integrativen Wirkfaktoren« der Interviewkodierungen den Ergebnissen der Rangfolgeerhebung gegenübergestellt.

Die Auflistung der Wirkfaktoren erfolgt in alphabetischer Reihenfolge:

Wirkfaktor		Resultat der Interviewkodierung	Resultat der Rangfolge
Einführendes Verstehen, Empathie	EV	8	1
Emotionale Annahme und Stütze	ES	3	2
Erarbeitung von pos. Zukunftsperspektiven, Erwartungshorizonten	PZ	13	10
Ermöglichen von Solidaritäts-erfahrungen & fundierter Partnerschaft	SE	10	14
Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs	PW	14	11
Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und pos. selbst-referentieller Gefühle und Kognitionen	PI	3	4
Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft	EA	1	3
Förderung kreativer Erlebnis-möglichkeiten & Gestaltungskräfte	KG	6	4

Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation & psychophysischer Entspannung	LB	10	6
Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke	TN	1	9
Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen	EE	3	11
Förderung von kommunikativer Kompetenz & Beziehungsfähigkeit	KK	6	7
Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen	LM	8	13
Hilfe bei der realitätsgerechten Lebensbewältigung, Lebenshilfe	LH	12	8

Tabelle 10: Vergleich: Rangfolgeliste vs Kodierungsergebnisse der 14 Wirkfaktoren

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Rangfolgenliste mit der Auszählung der Kodierungen ergibt, dass es in der Mehrzahl der Fälle kein großer Unterschied bei der Platzierung des einzelnen Wirkfaktors gibt.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden hier nur die Vergleichsergebnisse herausgegriffen, die bedeutsam erscheinen und die dann anschließend in der Diskussion der Ergebnisse genauer ausgeführt werden.

Der größte Unterschied in der Platzierung ist beim Wirkfaktor »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« festzustellen. Mit einem Durchschnitt von 5,5 Punkten setzen ihn die Therapeutinnen und Therapeuten auf den 9. Platz in der Rangfolgeliste, während er in der Kodierungsausählung der Prozessbeschreibungen am häufigsten vorkommt, also auf dem 1. Platz rangiert.

Ebenfalls 8 Rangplätze Unterschied sind beim Faktor »Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen« (Platz 11 in der Rangfolgenliste und Platz 3 in der Interviewkodierung).

Weitere Unterschiede zeigen sich bei den beiden Wirkfaktoren »Einfühlerndes Verstehen, Empathie« (Platz 1 in der Rangfolgenliste und Platz 8 in der Interviewkodierung) und »Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen, Lebenshilfe« (RP 13 in der Rangfolgenliste und Platz 8 in der Interviewkodierung)

8.6 Ergänzung bzw. Reduzierung der Wirk- und Heilfaktorenliste

Auf die Frage ob sie die Liste der 14 Wirk- und Heilfaktoren gerne um einen oder mehrere Faktoren ergänzen oder reduzieren würden, gaben die Therapeutinnen und Therapeuten folgende Antworten:

12 von ihnen (60 %) wollten die Liste so belassen wie sie ist, 5 (25%) gaben an sie würden die Liste um einen Faktor ergänzen und 3 (15%) wollten die Liste reduzieren.

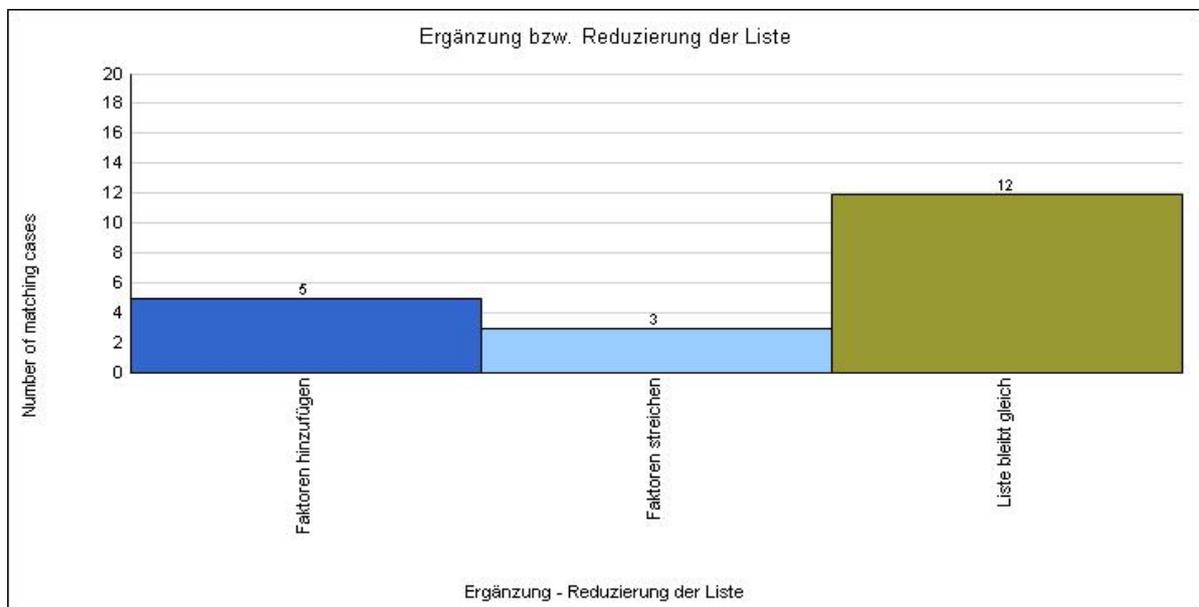


Abbildung 7: Ergänzung bzw. Reduzierung der Wirkfaktorenliste

8.7 Vorgeschlagene Ergänzungen bzw. Reduzierungen

5 Kindertherapeutinnen und -therapeuten schlugen vor die Liste um folgende Wirkfaktoren zu ergänzen:

Vorgeschlagene Ergänzungen	Anzahl
Arbeit mit Bezugssystemen (Eltern, Familie, Schule)	2
Förderung von Annahme / Akzeptieren	1
Rahmen definieren	1
Spass haben	1

Tabelle 11: vorgeschlagene Ergänzungen der Wirkfaktorenliste

2 von den 3 Therapeutinnen und Therapeuten, die die Liste reduzieren wollten, fanden folgende Wirkfaktoren in der Kindertherapie nicht anzuwenden. Eine weitere machte keine Angabe um welchen Faktor sie/er die Liste reduzieren möchte.

Vorgeschlagene Reduzierungen	Anzahl
Förderung von Einsicht	1
Förderung positiver Wertebezüge	1

Tabelle 12: vorgeschlagene Reduzierungen der Wirkfaktorenliste

8.8 Vergleich zwischen den Wirkfaktoren der Kindertherapie und der Erwachsenentherapie

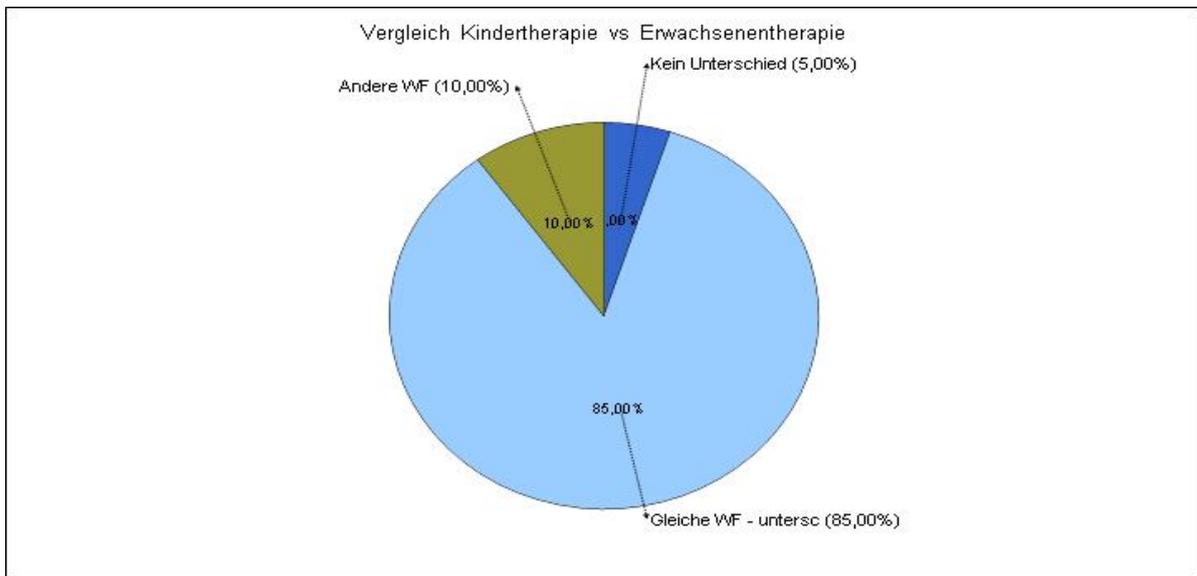


Abbildung 8: Der Vergleich zwischen Kindertherapie und Erwachsenentherapie

Die Frage ob sie glauben, dass in der Kindertherapie die gleichen Wirk- und Heilfaktoren wirksam sind als in der Erwachsenentherapie, bejahten 90% (d.h. 18 Kindertherapeutinnen und -therapeuten).

Allerdings betonten 17 dieser 18 Therapeutinnen und Therapeuten, dass sie trotzdem Unterschiede sähen: sowohl in der Gewichtung der einzelnen Wirkfaktoren als auch in den Methoden ihrer Umsetzung.

2 von 20 Therapeutinnen und Therapeuten waren der Meinung, dass in der Kindertherapie andere Faktoren wirksam sind als in der Erwachsenentherapie.

9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die Inhalte der 14 Wirkfaktoren konnten als wichtige Elemente in der entwicklungspsychologischen und in der kindertherapeutischen Literatur wiedergefunden werden.
2. Die 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie kamen alle in den Prozessbeschreibungen der Kindertherapeutinnen und -therapeuten vor.

Am häufigsten erwähnt wurden die WF »Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft« und »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«.

Am wenigsten erwähnt wurden die WF »Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten« und »Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs«.

3. Es konnten sieben zusätzliche Wirkfaktoren aus den Prozessbeschreibungen der Kindertherapeutinnen und -therapeuten herauskristallisiert werden.
4. Die zusätzliche Unterteilung des Wirkfaktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« ergab neun verschiedene Unter-Kategorien.
5. In der Beurteilung der Rangfolge der Wichtigkeit der 14 Wirkfaktoren wurden die WF »Einführendes Verstehen, Empathie« und »Emotionale Annahme und Stütze« am wichtigsten und die Wirkfaktoren »Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft« und »Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen u. Interessen« am wenigsten wichtig erachtet.
6. Im Vergleich zwischen dieser Rangfolgeliste und den Ergebnissen der Kodierung der Wirkfaktoren stimmen die meisten in der Häufigkeit ihres

Gebrauchs und der Einschätzung ihrer Wichtigkeit mehr oder weniger überein. Die größte Diskrepanz liegt bei den WF »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« und »Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen«.

7. Die Mehrzahl der Kindertherapeutinnen und -therapeuten wollten die Liste der 14 Wirkfaktoren weder ergänzen noch reduzieren.
8. Die meisten Kindertherapeutinnen und -therapeuten glauben, dass die gleichen Wirkfaktoren in der Kindertherapie wirksam sind als in der Erwachsenentherapie, betonen aber den Unterschied in der Gewichtung und den angewandten Methoden.

10 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

10.1 Die Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Literatur

Die Inhalte und die theoretischen Aspekte der 14 Wirk- und Heilfaktoren konnten durch die kindertherapeutische und entwicklungspsychologische Literatur hinlänglich belegt und untermauert werden. Es gibt einen großen Bestand an entwicklungspsychologischen Untersuchungen und an Standardwerken, die diese zusammentragen, sodass der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit lediglich einen zusammenfassenden Überblick über die einzelnen Thematiken wiederzugeben vermag.

Deutlich weniger wurde der Einsatz von Wirkfaktoren in der Literatur behandelt. Untersuchungen zum therapeutenspezifischen Einsatz kommen dabei noch seltener vor als jene zum indikations-, patienten- und störungsspezifischen Einsatz von Wirkfaktoren; dies insbesondere in der kindertherapeutischen Literatur und Forschung.

Auch scheint es keine Einigkeit in der Literatur zu geben, ob Befunde aus der Erwachsenentherapieforschung auf die Kindertherapie übertragen werden dürfen (vgl Märtens, Petzold 1995, 346 vs Berns & Berns 2004, 42).

10.2 Die Wirkfaktoren in der kindertherapeutischen Praxis

Aufgrund der spezifischen Fragestellung und der geringen Stichprobengröße der vorliegenden Untersuchung behalten die nachfolgenden Interpretationen und Diskussionspunkte ihren explorativen Charakter und können nur als vorläufige Erklärungsversuche und Tendenzen gewertet werden.

Von den 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie nach H. Petzold (vgl. 2003, 1036ff) kamen alle in den Prozessbeschreibungen der Kindertherapeutinnen vor; 12 davon in über der Hälfte der Fälle. Anschließend wird die Frage behandelt, warum die Faktoren »Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten« und »Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs« von den Kindertherapeutinnen weniger beschrieben wurden.

Die **»Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten«** besteht vor allem in der Vorwegnahme einer »hinreichend guten Zukunft« (Zaepfel, Metzmacher 1996, 97) und bedeutet, dass die Therapeutin durch ihr Vertrauen in die Fähigkeiten des Kindes, eine (zeitweilige) Fremdregulierungsfunktion übernimmt und so das Kind seinen Mut wieder findet und eigene Ziele verfolgt.

Der Aufbau einer solchen »Kreditierungsbeziehung« (Grimmer 2004, 31) gelingt nur durch die Vermittlung »echter« Einstellungen und Erwartungen der Therapeutin zum Kind und kann nicht als pures technisches Instrument gehandhabt werden (vgl. *ibid.* 32). Es kann also auch nicht punktuell und bewusst von den Therapeutinnen eingesetzt werden. Der unbewusste Einsatz dieses Wirkfaktors kann ein Teil der Erklärung sein, wieso dieser Wirkfaktor in weniger als der Hälfte (7 von 20) der Prozessbeschreibungen von den Kindertherapeutinnen erwähnt wurde.

Andere Gründe dafür könnten sein, dass die Wirkung einer positiven Zukunftsperspektive der Kinder von den Therapeutinnen als nicht wichtig oder zu weit entfernt von der täglich zu bewältigenden Realität eingeschätzt wird.

Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass die aktuelle gesellschaftlich-wirtschaftliche Lage mit Themen wie Arbeitslosigkeit und Wirtschaftskrise die therapeutische Arbeit in dem Maße beeinflusst, dass die Therapeutinnen es bevorzugen, das Thema Zukunft mit allen Unsicherheiten zu vermeiden. Haben sie Angst vor den eigenen Ansprüchen und ihrem Leistungsdruck, wenn die Erwartungen der Kinder und ihrer Bezugspersonen klar benannt werden?

Die **»Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs«** scheint den Faktor darzustellen, der die kindertherapeutische Arbeit am stärksten von der Arbeit mit

Erwachsenen trennt. Er wurde nur von einer Kindertherapeutin erwähnt und rangiert somit an letzter Stelle. Die geringe Wichtigkeit, die die Kindertherapeutinnen diesem Faktor zuschreiben, wird auch in der Studie von Brumund & Märtens erwähnt (vgl. 1998, 456). Es ist möglich, dass ein »positiver persönlicher Wertebezug« von den Therapeutinnen eher als Folge von anderen Wirkfaktoren, wie z. B.. »prägnantes Identitätserleben« oder »Einsicht, Sinnerleben« gesehen wird und aufgrund dessen nicht eigens als selbstständiger Faktor angeführt wird. Ein anderer Grund dafür könnte sein, dass die Wichtigkeit von positiven eigenen Werten für Kinder, die schon sehr jung wertesensibel sind und einen guten Sinn für Tier- und Naturliebe, Mitleid, Unrecht/Gerechtigkeitssensibilität besitzen, von den Therapeutinnen unterschätzt wird. Es ist aber auch möglich, dass gerade bei diesem Faktor die Werte in der Familie des Kindes als viel prägender erlebt werden und dass die Therapeutinnen deshalb versuchen auf dem indirekten Weg der Elternarbeit, die Werteorientierung der Kinder zu stärken.

Zusätzlich zu den 14 beschriebenen Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie wurden in den Prozessbeschreibungen der Therapeutinnen weitere sieben Faktoren angewendet. Diese neu gefundenen Faktoren werden anschließend diskutiert und ihre Inhalte mit denen der (kinder-) therapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur verglichen bzw. belegt.

Mehr als die Hälfte der Kindertherapeutinnen schrieben dem Faktor »Rahmenbedingungen« eine Bedeutung bei der Wirksamkeit ihrer Therapie zu. Annette Streeck-Fischer (2009, 585) geht davon aus, dass die Rahmenbedingungen einer Psychotherapie die Funktion von »entwicklungsförderlichen Laufställen« übernehmen und eine Art »äußeres Stützkorsett des Ichs« darstellen. Zu den Rahmenbedingungen gehören die Regelmäßigkeit der Therapiestunden, die gemeinsam verbrachte Zeit und der Raum der Begegnung bzw. auch die Gestaltung des Raumes. Räume, insbesondere Kindertherapieräume, sind »atmosphärische Inseln, Zonen der Erlebniswelt« (Wolfgang Meisenheimer 2004, 35, vgl. auch Petzold, Goffin Oudhof 1993, 202), die auf besondere Weise materiell gestaltet wurden und den Kindern zur Verfügung stehen. Sie wurden mit bestimmten Formen, Materialien, Licht-, Farb-Kompositionen usw. von jemandem hergestellt und werden dadurch in ihrem Gesamteindruck zu einem atmosphärischen Artefakt. Die einmalige

Atmosphäre eines Raumes ist an diesem Ort verankert, man kann sie wiederfinden und sich später an sie erinnern. Es besteht wohl eine Wechselwirkung zwischen der subjektiv eingefärbten Wahrnehmung der räumlichen Atmosphäre und der objektiv gegebenen atmosphärischen Struktur; dem persönlichen Erlebnis ist aber immer der gestaltete Raum mit seiner ihm eigenen Atmosphäre vorgegeben (vgl. *ibid.* 23). Der Kindertherapieraum, in dem die Kinder als Klientel ernst genommen werden, ermöglicht die Betätigung einer großen Bandbreite von Körperfunktionen (klettern, laufen, bauen, lesen, werken, verstecken, kochen, grübeln, entspannen, Alleinsein, spielen usw.) und stellt eine größtmögliche Vielfalt an »Sinnesschulungsmaterial« zur Verfügung (vgl. Hockel 2004, 147). Die optimale Größe, Ausstattung und Atmosphäre des Therapieraums sind folglich nicht unabhängig von entwicklungspsychologischen Erkenntnissen und vom Entwicklungsalter der empfangenen Kinder festzulegen. Wenn diese Parameter die Erlebnisaktivierung und ev. die Problemaktualisierung (vgl. Resch et al. 2008, 15) der Kinder gewährleisten und somit das Ziel einer Erweiterung ihrer freien Mitteilung, ihres Ausdrucks (vgl. *ibid.* 144) und ihres Handlungsspielraums unterstützen, können sie maßgeblich zum Gelingen einer Therapie beitragen. Zusätzlich hilft die Konstituierung eines geschützten Raumes, eines »Safe Place« (Katz-Bernstein 1996, 118), in dem vorher festgelegte zeitliche und räumliche Grenzen eingehalten werden, bei der Etablierung eines hinreichend gelungenen »holding-environment« (*ibid.* 114). Im Sinne der Sicherheit und Regelmäßigkeit kann auch die Einhaltung von klaren Zeitgrenzen, sowohl jene für jede einzelne Begegnung als auch jene für die Dauer des gesamten Prozesses, eine wichtige Rahmenbedingung sein. Da Kinder aber ein anderes Zeiterleben haben und Zeithorizonte anders einschätzen, sind feste Zeitgrenzen besonders für Kleinkinder nicht nachvollziehbar und gehen eigentlich gegen ihr natürliches Bedürfnis. Die Ökonomisierung der Zeit hat den Umgang mit der Zeit dermaßen beeinflusst, dass den Rhythmen des Körpers, der »biologischen Zeit« und den Bedürfnissen der Seele und der »psychologischen Zeit« wenig Rechnung getragen wird (vgl. Petzold 2003a, 305).

Ein anderer Aspekt, die Wirkdimension Zeit, der aber noch wenig erforscht zu sein scheint, ist die Frequenz und die Häufigkeit bzw. Intensität des Therapieangebotes. Dieser Aspekt spielt besonders in den Diskussionen zur Forderung einer

Ökonomisierung von Therapie eine große Rolle. Weitere Rahmenbedingungen, die in der Literatur genannt werden, sind z. B. Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, Kurzzeit-, Mittelzeit- oder Langzeitpsychotherapie, ambulante oder stationäre Psychotherapie und Einzelbehandler oder Behandlungsteam (vgl. Schmidtchen 2001, 145ff). Diese Rahmenbedingungen wurden aufgrund der spezifischen Fragestellung von den befragten Kindertherapeuten nicht erwähnt.

Ein weiterer »neuer« Faktor ist die **»therapeutische Beziehung«**. Sie ist ein entscheidender Faktor in der Therapie und »ist Rahmen, Basis und auch Medium des therapeutischen Entwicklungsprozesses« (Rahm et al. 1999, 351).

Aus diesem Grund hat H. Petzold, wie oben beschrieben, diesen Faktor nicht zu den 14 Wirk- und Heilfaktoren dazu gezählt, sondern ihn durch seine übergreifende Rolle als Metafaktor eingestuft, der alle anderen Faktoren mit beeinflusst (vgl. Petzold, Sieper, Orth 2005, 37). Die Beziehung, die die Kinder und ihre Bezugspersonen zur Therapeutin oder zum Therapeuten aufbauen, ist der tragende Untergrund, auf dem die Heilungsprozesse stattfinden können. Folgende Therapeutenmerkmale tragen dazu bei: einführendes Verständnis, emotionale Unterstützung, Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, Wertschätzung, Geduld, Hilfsbereitschaft (vgl. Schmidtchen 2001, 204).

Die von den befragten Therapeutinnen zusätzlich genannten Wirkfaktoren **»Sympathie«** und **»Persönlichkeit der Therapeutin«** stehen also m. E. in direktem Zusammenhang zum Metafaktor »Therapeutische Beziehung«; sie beeinflussen ihn und werden von diesem beeinflusst.

Herman Renz und H. Petzold (2006, 5) schreiben: »In die therapeutische Beziehung kann ich nur einbringen, was ich selbst in mir und an mir erlebt und hinlänglich (Winnicott) bearbeitet habe. Die Verwendung von Techniken und Vorgehensweisen steht immer in Beziehung zur Individualität meiner Persönlichkeit und ihrer Kollektivität, nämlich meinem eigenen Herkommen. Kein Individuum ist ohne seinen internalisierten Kontext zu verstehen.«

Der Faktor **»Ressourcen aktivieren«** wurde von 4 Therapeutinnen in ihren Prozessbeschreibungen als wirksam erachtet. »Ressourcen sind Hilfsquellen, die zur

Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben mobilisiert werden können« (Lorenz 2004, 116). Um ein Ziel zu erreichen, werden innere Ressourcen wie z. B. Demarkations-, Introspektionsfähigkeit und Realitätssinn und äußere Ressourcen, wie z. B. das soziale Netz, Nahrung, Geld aktiviert und genutzt um absichtsvolle und zielführende Handlungen zur Problembewältigung auszuführen. So dienen Ressourcen in Krisen- und Überforderungssituationen als Pufferung und stabilisieren die Persönlichkeit sowie ggf. das ganze Familiensystem (vgl. *ibid.*). Laut Metzmacher & Zaepfel (2008, 118) vermittelt die Aktivierung von Ressourcen in der Therapie »die Fähigkeit, zwischen einer Problem- und einer Lösungstrance flexibel hin- und herzupendeln«. Das Kind und seine Bezugspersonen müssen Zugang zu »veränderungswirksamen, heilungsfördernden« (Schmidtchen 2001, 204) Handlungen d. h. zu ihren Ressourcen finden. In diesem Sinne sind Ressourcen - innere und äußere - Voraussetzung und Ziel von Therapie und auf jeden Fall Hilfe bei der Bewältigung von Lebens- und Entwicklungsaufgaben (vgl. Lorenz 2004, 116).

Eng in Zusammenhang mit dem Faktor »Ressourcen aktivieren« steht der Wirkfaktor **»Entwickeln von Problemlösestrategien«** der ebenfalls von 4 Kindertherapeuten beschrieben wurde. Nach Grawe (vgl. 2004, 109) gehören die sogenannten Problemlösetherapien zu den wirksamsten Verfahren überhaupt. Oft ist bei den Familien und Kindern, die zur Beratung und Therapie kommen »kreatives Problemlösen u. a. aufgrund einer starken Problemfixierung, einer Verernstung der Sozialbeziehungen, spezifischen Repertoirelücken und fehlenden handlungsbezogenen Wirksamkeitserfahrungen beeinträchtigt bzw. findet nicht statt« (Metzmacher, Zaepfel 2008, 118) Die zu entwickelnden Denk- und Problemlösungskompetenzen sind eng mit der geistigen Entwicklung des Kindes verbunden (vgl. Schmidtchen 2001, 53). Es muss zu deduktivem und induktivem Denken in der Lage sein und analoge Schlussfolgerungen ziehen können. (vgl. Oerter, Dreher 1995, 590ff) Die Therapie bietet den Kindern die Möglichkeit durch Symbolisierung in einen inneren Dialog mit sich selbst zu treten und so erweiterte Möglichkeitsräume zu eröffnen. Dieses innere und äußere kreative Probedenken ermöglicht ein »Spielen« mit den eigenen Wissensbeständen und ein Ausprobieren verschiedener Handlungsstrategien (vgl. Zaepfel, Metzmacher 1996, 75). In diesem Sinne kann das Entwickeln von Problemlösestrategien als eine Form der

Ressourcenaktivierung angesehen werden.

Zweimal erwähnten die Therapeutinnen die »**Förderung von Akzeptanz und das Annehmen von Gegebenheiten**« als wirksamen Faktor in ihrer kindertherapeutischen Arbeit. Für Kinder stellt sich häufig die Frage, inwieweit sie sich Erwachsenen oder äußeren Gegebenheiten anpassen, sich unterwerfen oder inwieweit sie autonom entscheiden, sich abzugrenzen und unabhängig zu agieren (vgl. Lutz Christiane 2009, 169). Sieht man menschliches Verhalten in seiner allgemeinsten Ausprägung als den »Gesamtkomplex der funktionellen Austauschprozesse zwischen Subjekt und Objekt, deren Ziel immer die Equilibration, d. h. die Wiederherstellung des Gleichgewichts ist« (Resch et al. 1999, 122), so kann man es als Anpassung an die Umwelt mit den beiden Polen Assimilation und Akkommodation begreifen (vgl. ibid. 123). Nach Jean Piaget bedeutet Assimilation die Aufnahme eines Gegenstandes in ein bereits bestehendes geistiges Schema hingegen Akkommodation die Anpassung an die Wirklichkeit, d. h. die Umbildung von vorhandenen, für diese Gegebenheit untauglichen Schemata, bedeutet (vgl. Montada 1995, 522). Anpassung besteht immer in einem Gleichgewicht zwischen Assimilation und Akkommodation. Negative Affekte rufen die Dringlichkeit der Anpassungsprozesse hervor und klingen ab, wenn diese gelungen sind (vgl. Resch et al. 1999, 123). So wird die Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen bewältigt, die nicht durch gewohnheitsmäßige Reaktionen gemeistert werden können. Gelingt dennoch eine Anpassung über längere Zeit nicht, können psychopathologische Symptome auftreten (vgl. ibid. 47). Dies kann u. a. der Fall bei Kindern sein, die mit Realitäten konfrontiert sind, auf die sie keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss haben. Zur Bewältigung solcher Schwierigkeiten durch Coping ist es wichtig, dass die Kinder lernen in ihrer sozialen Bezogenheit zu bleiben, möglichst viel Informationen zu sammeln und sich einem sozialen Abstimmungsprozess zu unterziehen, sodass die Bewältigungsprozesse durch absichtsvoll gewählte und flexible Strategien geschehen, die der intersubjektiven Realität und Logik verpflichtet bleiben (vgl. ibid., 233). Dabei kann die Therapeutin den Kindern in ihrer stützenden und haltenden Funktion zu einer neuen inneren Einstellung verhelfen, bei der nicht nur die innere Akzeptanz ihrer Lebensrealitäten eine wichtige Rolle spielt, sondern auch der Vorgang, diesen eine innere Bedeutung

zu geben (vgl. Burchartz Arne 2009, 76).

Die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke

Die Unterteilung des Wirk- und Heilfaktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« hat neun verschiedene Unterkategorien ergeben. Diese werden anschließend in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Nennungen unter kindertherapeutischen, entwicklungspsychologischen und systemisch-sozialpsychologischen Aspekten beleuchtet.

Der Wirkfaktor »**Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und die Nicht-Bewertung, Verständnis**« war die meistgenannte Unterteilung des Faktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«. Die Therapeutinnen haben damit wohl der Tatsache Rechnung getragen, dass Eltern, die für ihr Kind eine Therapeutin aufsuchen, sich oft schuldig fühlen, so als hätten sie in ihrem Elternsein versagt und nicht selten geben sie ihrem Kind die Schuld daran. Eine möglichst weitgehende Neutralität und nicht-bewertende Haltung gegenüber allen Familienmitgliedern und das Anerkennen, dass jeder gute Gründe für sein Verhalten hat, die es zu verstehen gilt, kann das familiäre Klima positiv beeinflussen (vgl. Schweitzer 2007, 83). Eltern, die sich in ihrem Schmerz und ihrer Enttäuschung über ihr Kind gesehen spüren und nicht erst Schuldzuweisungen abwehren müssen, können eher anfangen alte, untaugliche Muster umzukrempeln, wenn sie sich in ihren Werten und Leistungen bestätigt fühlen (vgl. Omer, Von Schlippe 2004, 87).

Die »**Förderung kommunikativer Kompetenz in der Familie**« ist dann ein weiterer Schritt im Prozess der Familie. Resch & Lehmkuhl (2002, Internet) betonen dass der emotionale Austausch in der Familie eine wesentliche Grundvoraussetzung für die positive Persönlichkeitsentwicklung von Kindern ist. In der Therapie wird die Anregung eines »individuierenden, befreienden innerfamiliären Dialoges« (Schmidtchen 2001, 190) durch die Etablierung eines angemessenen Gesprächsklimas und einer partnerschaftlichen Beziehungskonstellation ermöglicht. Dabei ist es wichtig, dass die »kognitive, emotionale und kommunikative Entwicklungsebene jedes Familienmitglieds« (Petzold 1995i, 192) berücksichtigt wird, sodass z. B. die Sprache auch an die »Sinnerfassungskapazitäten« kleinerer

Kinder angepasst wird (vgl. ebd. 190). Dies ermöglicht den »familiären Kommunikationsstil in Richtung auf eine gegenseitige Anerkennung, Empathie und Kongruenz zu verbessern« (Schmidtchen 2001, 176) und jedem einzelnen Familienmitglied an der Suche nach Lösungen teilzunehmen. Die Therapeutin sorgt dafür, dass in den Gesprächen die Kommunikation nicht »zerstreut, diffus und bruchstückhaft« ist (Oaklander 2001,380) und dass jedes Familienmitglied gehört und verstanden wird. Gelingt die Förderung eines positiven Kommunikationsstils, können zunehmend strittige Punkte angesprochen und Konflikte geregelt werden (vgl. Oelkers-Ax 2007, 119).

Mit dem Wirkfaktor »**Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie und/oder eines Familienmitglieds**« wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Kinder oft auf etwas reagieren, was in ihrem Umfeld für sie schwierig ist. »Eltern sind für das Kind in der Regel die bedeutsamsten Bezugspersonen, die Familie stellt den wichtigsten Erfahrungsraum des Kindes dar und die familiären Faktoren sind am längsten von der frühen Kindheit an wirksam« (Mattejat 2007, 20). Mögliche familiäre, umweltbezogene Risikofaktoren für Kinder bei der Entstehung von psychischen Auffälligkeiten sind u. a. Konflikte in der Familie, unvollständige Familien, psychiatrische Erkrankungen und/oder Kriminalität der Eltern, körperliche und psychische Vernachlässigung des Kindes, inadäquate Beziehungsangebote der Eltern und dysfunktionale Bewältigungsstrategien der Eltern (vgl. *ibid*).

Die Rolle der Therapeutin besteht darin, Probleme in der Familienatmosphäre bzw. im Familienklima aufzugreifen und pathologische Interaktionsmuster zu beeinflussen (vgl. Petzold 1995j, 191). Ihre Interventionen sollten zum Ziel haben, günstige und protektive familiäre Entwicklungsbedingungen zu fördern, z. B.:

- Zusammenhalt und emotionale Verbundenheit der Familienmitglieder.
- Höhere Autonomie der Familienmitglieder bei hoher wechselseitiger Unterstützung.
- Eine aufmerksame, authentische und einfühlsame, aber auch konsequente und bestimmte Erziehungshaltung gegenüber dem Kind.
- Eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung in der Familie, eine stabile familiäre

Hierarchie, die flexibel neuen situativen Erfordernissen angepasst werden kann.

- Die Fähigkeit der Familienmitglieder, sich außerhalb der Familie Unterstützung zu suchen bzw. ein stützendes soziales Netzwerk zu aktivieren.
- Ein hinreichend klarer und eindeutiger Kommunikationsstil.
- Funktionale Bewältigungsstrategien der Familie.

(vgl. Mattejat 2007, 21)

Viele Eltern oder Bezugspersonen, die mit ihren Kindern zur Therapie kommen, verstehen die Reaktionen ihrer Kinder nicht (mehr). Viele scheinen ihre Kinder gar nicht richtig zu kennen und sich nicht in sie hineinversetzen zu können. Dies kann zu Einfühlungsproblemen des Kindes in sich selbst und andere führen (vgl. Schmidtchen 2001, 98).

Mit Interventionen zur **»Förderung von Verständnis und Erklärungen für das Verhalten des Kindes«** sollen die Eltern befähigt werden, Verständnis für die Schwierigkeiten ihres Kindes zu entwickeln. Dabei versteht sich die Therapeutin als »Dolmetscherin des Kindes« (Topel 2005, 49) und fördert eine empathische Haltung bei den Eltern. Dies setzt die Fähigkeit voraus, sich ganz in die Position des Kindes zu versetzen und elterliche Interessen und Bewertungen für einen Moment zurückzustellen (vgl. Schmidtchen 2001, 98).

Auch bezüglich ihrer eigenen Gefühle zu ihren Kindern sollten Eltern sich besser kennenlernen, um so besser mit ihnen umgehen zu können (vgl. Rau 1996, 414) und dadurch wiederum auch ihre Kinder besser zu verstehen.

Im Idealfall beginnt die Familie dadurch die Bedeutung des Symptoms des Kindes im Sinne eines »Signals gestörter Familiendynamik« (ibid. 1996, 416) zu verstehen und beginnt dadurch das Kind von seinen Schuldgefühlen zu entlasten.

Indem sie die **»Ressourcen der Familie / Bezugspersonen anerkennen und aktivieren«**, gehen die Therapeutinnen von der Annahme aus, dass Ressourcen für die Bewältigung alltäglicher und besonderer Anforderungen und Belastungen von

zentraler Bedeutung sind und dass die Ressourcen der Familien »lediglich« aktiviert und genutzt werden müssen, weil die Familienmitglieder im Grunde schon über alle Möglichkeiten verfügen, um ihre Probleme zu lösen und ihr Wohlbefinden wiederherzustellen (vgl. Rotthaus Wilhelm 2004, 29). Dazu gehören sowohl ihre externen Ressourcen (soziale Netzwerke, sozioökonomischer Status, Bildung, soziale und relationale Ressourcen etc.) wie auch ihre internen Ressourcen (Copingstrategien, Kohärenzgefühl, kognitive Überzeugungssysteme etc.).

Die »**Förderung positiver Blicke auf das Kind**« ist wichtig, weil das Blickverhalten in seiner spezifischen Wechselseitigkeit für die Entwicklung der menschlichen Kommunikation und Persönlichkeit von zentraler Bedeutung ist (vgl. Petzold 2003a, 593).

Resch (vgl. 1999, 273ff) beschreibt, dass das emotionale Klima und die intrafamiliäre Kommunikation zwischen Eltern und Kindern einen großen Einfluss auf die psychische Entwicklung der Kinder haben. Besonders Kinder mit einem sogenannten »schwierigen Temperament« sind besonders häufig Ziel der elterlichen Kritik bzw. Ablehnung (vgl. Mattejat 2007, 29). Ein negatives emotionales Klima kann durch verbale Äußerungen aber auch durch nicht-verbale Kommunikation wie z. B.: Vermeiden von Blickkontakt, feindselige und abweisende Mimik und Gestik, eine gereizte, emotional »kalte« Stimme etc. entstehen.

Wenn in der Therapie ein Perspektivenwechsel möglich wird und die Blicke der Bezugspersonen auf ihr Kind verständnisvoller, wertschätzender und liebevoller werden, dann kann das (familiäre oder sonstige lebensweltliche) Umfeld für das Kind (wieder) zu einem entwicklungsfördernden »safe place« (Katz-Bernstein 1995) werden. Durch das Anerkennen der kindlichen Fähigkeiten und Ressourcen sowie die Förderung des Verständnisses und der Akzeptanz der Veränderungsprozesse in der Therapie kann die Therapeutin ein freundliches und wertschätzendes emotionales Klima in der Familie unterstützen.

Die Eltern-Kind-Beziehung beeinflusst jedoch nicht nur die kindliche Entwicklung (vgl. ibid. 105). Zu dem sozialen Netzwerk der Kinder gehören auch Beziehungen zu

anderen Erwachsenen außerhalb der Familie und Freundschaften mit anderen Kindern. In der Regel wachsen und vertiefen sich die außerfamiliären Beziehungen mit dem zunehmenden Alter des Kindes. Ein Kind, das sich auf seinem Weg begleitet fühlt und Unterstützung von seinem Umfeld erfährt, lernt auch spätere Hilfen zu nutzen und tragfähige Netzwerke mitzugestalten (vgl. Petzold 1995a, 211ff). Diese supportiven Erfahrungen können die Funktion eines »sozioemotionalen Schutzschildes« (ibid. 216) haben.

Die Interventionen der Therapeutinnen zur »**Suche und Förderung tragfähiger Netzwerke außerhalb der Familie**« können also einerseits dem Kind zu einer sozialen Unterstützung im Umgang mit alltäglichen Sorgen verhelfen und andererseits eine hohe präventive Bedeutung haben (vgl. ibid. 218). Zu den außerfamiliären Netzwerken können die sozialen Kontakte der Kinder zu Gleichaltrigen sowie die Schule und ihre Freizeitbeschäftigungen (Sportklubs, Musikschulen etc.) gehören, aber auch die sozialen Kontakte der Eltern, die Beziehungen der Kernfamilie zur weiteren Verwandtschaft und ihre Einbettung in die Gemeinde (vgl. Mattejat 2007, 30). In Absprache mit den Kindern und ihren Bezugspersonen ist eine Einbeziehung der Schule oft hilfreich, besonders wenn die Lehrerinnen den Anstoß zur Behandlung des Kindes gegeben haben. In dem Fall können weitere fremdanamnestiche Daten erhoben werden und der Lehrerin kann geholfen werden sich in spezifischer Weise auf das Kind einzustellen (vgl. Resch, Lehmkuhl & Schulte-Markwort 2007, 16).

Die »**Förderung einer positiven Grundeinstellung des Umfeldes zur Therapie**« ist ganz besonders in der Arbeit mit Kindern von großer Bedeutung, weil diese nicht alleine und durch eigene Motivation zur Therapie kommen, sondern von ihren Bezugspersonen bei diesem Schritt unterstützt werden müssen (vgl. Rau 1996, 414).

Obwohl sich viel schneller Erfolge in der Therapie einstellen, wenn die Familie gemeinsam an den Schwierigkeiten arbeitet (vgl. Topel 2005, 48), spüren die Therapeutinnen oft deutliche Grenzen in der Bereitschaft der Eltern, sich auf einen therapeutischen Kontakt einzulassen. Manchmal scheinen die Therapie der Kinder und die Implikation ihrer Eltern von erheblichen Widerständen und Ängsten oder von Mythen und Familiengeschichten überschattet (vgl. Landsberg, Malzahn 1996, 407).

Wenn das familiäre Milieu keine Flexibilität aufweist, um auf die Auswirkungen einer Einzeltherapie zu reagieren bzw. den Weg des Kindes nicht versteht und akzeptiert, kann es in große Loyalitätskonflikte geraten (vgl. *ibid.* 414). Dies kann sogar zu plötzlichen, traumatisierenden Behandlungsabbrüchen führen (vgl. *ibid.* 407).

Bei der »**Elternarbeit als Informationsaustausch**« geht es darum, dass die Bezugspersonen ein Verständnis für die Schwierigkeiten des Kindes entwickeln, indem die Therapeutin sich mit ihnen austauscht und ihnen die Veränderungen, die während der Behandlung in dem Kind vor sich gehen, nahebringt. Dies hat den Vorteil, dass die Problematik des Kindes von der der Eltern getrennt bearbeitet werden kann, dass es einfacher ist, sich auf einen bestimmten Fokus zu begrenzen und dass der Therapeut ggf. den Widerstand der Eltern akzeptiert und die Familiendynamik nicht »direkt« zu beeinflussen versucht (vgl. Rau 1996, 414-415). In dem Fall ist die Therapie des Kindes eventuell nicht mit sichtbaren systemischen Veränderungen verbunden, aber es handelt sich oft um schadensbegrenzende, präventive Maßnahmen (vgl. Katz-Bernstein 2004, 50).

Die Rangfolgenliste

Den Kindertherapeuten wurde die Aufgabe gestellt, die 14 Wirkfaktoren ihrer Wichtigkeit nach zu einzuordnen. Es stellt sich die Frage wie die Therapeuten zu dem Ergebnis ihrer Einschätzung kamen? Da sie sich aufgrund der offenen Frage nicht auf die vorherige Prozessbeschreibung beziehen, sondern die Wirkfaktoren unabhängig von dieser einschätzen sollten, wird ihre Antwort sich wohl intuitiv aus unterschiedlichen Quellen gespeist haben:

- Aus dem Rückblick über andere Prozessverläufe aus ihrer therapeutischen Praxis und der Einschätzung dessen, was in diesen Prozessen zum Erfolg geführt haben mag. Dies ist abhängig von ihrer Praxiserfahrung und von ihrer therapeutischen Ausbildung (je nachdem in welchem Verfahren die Therapeuten ausgebildet sind, ist es wahrscheinlich, dass sie Therapieerfolge auf schulenspezifische Wirkfaktoren zurückführen d. h. durch die »Brille« ihrer schulenspezifischen Theorie auf den Prozess schauen).
- Aus theoriegeleiteten (und daher auch verfahrensabhängigen)

Schwerpunktsetzungen.

Man kann also davon ausgehen, dass die Einschätzung der Wichtigkeit der Wirkfaktoren in Zusammenhang mit dem Verfahren steht, in dem der Therapeut ausgebildet ist.

Die »allgemeinen unspezifischen Wirkfaktoren« (Brumund & Maertens 1998, 464) »**Einführendes Verstehen**« und »**Emotionale Annahme und Stütze**« wurden von den befragten Kindertherapeuten als die wichtigsten eingeschätzt. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass sie in allen Therapieverfahren eine wichtige Rolle spielen und ihnen deshalb intuitiv eine hohe Bedeutung beigemessen wird (vgl. Gauda 2001, 27; Petzold 2003a, 1037; Rogers 2002, 43 etc.).

An letzte Stelle setzten die Kindertherapeuten den Wirkfaktor »**Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen**«. Da der Begriff »Lernen« in der Therapie oft in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Techniken gebracht wird, ist anzunehmen, dass dieses Ergebnis auf die Ablehnung der traditionellen Verhaltenstherapie seitens der Kindertherapeuten zurückzuführen ist (vgl. Brumund, Märtens 1998). Außerdem ist »Lernen« in der Kindertherapie eng mit Schule und Hausaufgaben verbunden; Bereiche, in denen die vorgestellten Kinder oft Rückschläge und Niederlagen erleben.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Einschätzung der Wichtigkeit der 14 Wirkfaktoren der IT und ihrer Anwendung in der Praxis:

Rangfolgenliste versus Kodierungsergebnisse der Interviews

Die Unterschiede in den Resultaten der beiden Teiluntersuchungen können auf Dissonanzen zwischen der theoretischen Einschätzung und dem praktischen Vorgehen der Therapeuten hinweisen.

Eine andere Möglichkeit ist, dass die Gewichtung der eingesetzten Wirkfaktoren von einem Therapieprozess zum anderen stark variiert. Der Grund hierfür könnte ein störungsspezifischer bzw. patientenspezifischer und der altersspezifische Einsatz der

Wirkfaktoren sein.

Der Wirkfaktor »**Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke**« wurde von jedem Kindertherapeuten in seiner praktischen Arbeit im Durchschnitt 6,5 Mal erwähnt und ist so der am meisten genannte Faktor neben der »Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft«. Im Gegensatz dazu wurde er in der Rangfolgeuntersuchung deutlich weniger wichtig bewertet und befindet sich in der Rangfolgeliste an der neunten Stelle. Schätzen die Kindertherapeuten diesen Faktor in ihrer allgemeinen intuitiv- theoretischen Bewertung als viel unwichtiger ein, weil sie unter dem etwas abstrakteren Begriff »tragfähige soziale Netzwerke« etwas anderes verstehen als die »Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen«, oder wird das Selbstverständliche ihrer praktischen Arbeit in der theoretischen Reflexion von ihnen nicht besonders hoch eingeschätzt?

Die »**Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen**« spielt in der allgemeinen Einschätzung der Therapeuten eher eine untergeordnete Rolle (11. RP), ist aber in ihrer praktischen Arbeit der am dritthäufigsten beschriebene Wirkfaktor. Ist den Kindertherapeuten wenig bewusst, dass sie auch mit spieltherapeutischen Mitteln und dem Einsatz von kreativen Medien zu Einsicht und Sinnerleben der Kinder beitragen? Verbinden sie mit den Begriffen Einsicht und Sinnerleben eher einen verbalen, kognitiven Austausch und unterschätzen sie deshalb die Präsenz dieses Wirkfaktors in ihrer praktischen Arbeit?

Dass der Wirkfaktor »**Einführendes Verstehen**« trotz seines 1. Rangplatzes in der Rangfolgeuntersuchung in den Interviews nicht öfter beschrieben wurde, mag damit zusammenhängen, dass er zu den »allgemeinen unspezifischen Wirkfaktoren« (Brumund u. Maertens 1998, 464) gehört und deshalb wohl als Grundhaltung der Therapeuten bei ihren Interventionen präsent war, ohne dass sie ihn in den Interviews ausdrücklich erwähnten.

Warum ist für die Kindertherapeuten der Faktor »**Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen**« im Kontext theoretischer Fragestellung der annähernd unwichtigste (RP 13), während er bei der Beschreibung ihrer therapeutisch-praktischen Interventionen von 17 Therapeuten beschrieben wird

und im Durchschnitt 3 Mal pro Interview vorkommt? Wie oben angeführt, wird der Begriff Lernen oft einerseits mit dem Verfahren der »Verhaltenstherapie« andererseits mit »Schule« in Verbindung gebracht. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass die Therapeuten sich dagegen entschieden, Kindertherapie mit diesen Begriffen in Verbindung zu bringen, denn es geht ihnen nicht um »schulisches Lernen« und auch nicht um Konditionierungsprozesse. Sie setzen den Wirkfaktor Lernen aber sehr wohl in ihrer praktischen Arbeit im Sinne eines »interpersonalen Lernens« ein und erachten ihn also als wichtig. In der eigenständigen und expliziten Theorie des »komplexen Lernens« der Integrativen Therapie (vgl. Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011; Lukesch, Petzold 2011), spielt die Interpersonalität eine wichtige Rolle, da »Passung«, »wechselseitige Empathie« (Petzold), die »Zone der nächsten Entwicklung« (Vygotskij 1992) ohne Interpersonalität nicht zu denken sind (vgl. Petzold 2010p). Denn: »Alles Intramentale war zuvor intermental« (Vygotskij 1992, 236) und muss also interpersonal vermittelt worden sein.

Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Kindertherapie im Vergleich zur Erwachsenentherapie

Die direkte Frage, ob in der Kindertherapie die gleichen Wirkfaktoren wirksam seien, als in der Erwachsenentherapie bejahten 90 % der Kindertherapeuten. Allerdings betonten sie den Unterschied in der Gewichtung der Wirkfaktoren und die Anwendung unterschiedlicher Methoden im Vergleich zur Erwachsenentherapie.

Eine offensichtliche Besonderheit der Kinderpsychotherapie ist die, dass Kinder nur selten die »Auftraggeber« für therapeutische Maßnahmen sind. Meistens werden sie von ihren Bezugspersonen zur Therapie gebracht. Es folgt daraus, dass der Erfolg der Behandlung und die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis von dem behandelten Patienten (Kind) und von der auftraggebenden Person eingeschätzt wird und eventuell auch unterschiedlich eingeschätzt werden kann (vgl. Märtens, Petzold 1995b, 360).

Da Kinder stark abhängig von ihren Eltern oder dem Bezugssystem sind, in dem sie leben, sind die familiäre Mitarbeitsbereitschaft und die Anzahl von familiären Selbsthilferessourcen für den Erfolg einer Kinderpsychotherapie von großer

Bedeutung (vgl. Schmidtchen 2001, 137). Vom Therapeuten erfordert die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern Mut, wenn es darum geht, ungeliebte Wahrheiten anzusprechen, Spannungen zu halten, Ausdauer zu beweisen und sich mit vielen und widersprüchlichen Gesichtspunkten auseinanderzusetzen (vgl. Topel 2005, 111).

Eine weitere Besonderheit der Kindertherapie ist, dass Kinder je nach Altersniveau auf einem spezifischen kognitiven, emotionalen und sozial-interaktionalen Entwicklungsstand sind, der vom Kindertherapeuten richtig eingeschätzt werden muss. Auch ist die Zahl der relevanten Informationskanäle bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern größer als bei Erwachsenen. Neben der Gesprächsebene spielen noch die Ebenen des Spiels oder des Agierens eine bedeutende Rolle. Ein Kindertherapeut muss also nicht nur verbale Äußerungen angemessen verstehen, er muss – oft gleichzeitig – auch die Symbolik der spielerischen bzw. handlungsmäßigen Ausdrucksweisen seiner Klienten erfassen und auf angemessener Ebene beantworten können.

Die Einschätzung der befragten Kindertherapeuten stimmt also mit den entwicklungspsychologischen Erkenntnissen überein, die dafür sprechen, »dass nach erfolgter Mentalisierung die grundsätzlichen, Bedeutung erfassenden und Bedeutung gebenden, bewussten und unbewussten Verarbeitungsweisen emotional relevanter Erfahrungen altersunabhängig sind, wenngleich das, was aktuell emotional relevant ist und wie es aktuell prozessiert wird, sich in einem ständigen Wechsel und Entwicklungsprozess befindet« (Berns u. Berns 2004, 39).

11 Methodische Grenzen

Petzold und Märtens (1995b, 364) schreiben: »Nur die Effekte, von denen ein Patient glaubt, dass sie durch eine Therapie (...) hervorgerufen wurden, können von ihm als tatsächliche Effekte einer Behandlung angesehen werden.« Analog hierzu ist zu bemerken, dass auch Therapeutinnen nur jene Faktoren als wirksam beschreiben können, die sie auch als solche erkennen und deren Einsatz sie sich bewusst sind oder im Nachhinein bewusst geworden sind.

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Untersuchung die Therapeutinnen darum gebeten, eine positiv verlaufene Kindertherapie zu beschreiben, die dem Kind geholfen hat. Es stellt sich die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und ob es eine Übereinstimmung der Evaluation der Therapie durch die Therapeutinnen, durch die auftraggebenden Bezugspersonen oder durch die Kinder selbst gibt. Um die Wirksamkeit der beschriebenen Therapien beurteilen zu können, wäre es hilfreich gewesen, auch die Kinder und ihre Familien bzw. Bezugspersonen nach ihrer Einschätzung der Wirksamkeit und der Wirkfaktoren der Therapie zu befragen.

Ein anderer Nachteil dieser Erhebungsmethode liegt darin, dass die Stichprobe der befragten Therapeutinnen zu klein ist, um eventuelle Korrelationen zwischen den verschiedenen Wirkfaktoren, oder zwischen den Wirkfaktoren und den Eigenschaften der Therapeutinnen bzw. den angewandten therapeutischen Verfahren herauszuarbeiten.

12 Zusammenfassung und Ausblick

Der Einsatz aller 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie kann in den Prozessbeschreibungen der befragten Kindertherapeuten bestätigt werden. Nach der Diskussion der Ergebnisse und dem Abgleichen mit theoretischen Konzepten können folgende drei Faktoren von den zusätzlich gefundenen Wirkfaktoren für die Kindertherapie zurückbehalten werden:

1. Rahmenbedingungen
2. Aktivieren von Ressourcen und Entwickeln von Problemlösestrategien
3. Förderung von Akzeptanz und Annehmen von Gegebenheiten

Da die vorliegende Untersuchung weiterhin ergeben hat, dass die Unterschiede der Kindertherapie zur Erwachsenentherapie eher in der Methodik oder in der Gewichtung der Wirkfaktoren liegen, stellt sich die Frage, ob die Erwachsenentherapie diese drei Wirkfaktoren entbehren kann. Dies ergibt eine interessante Grundlage für weitere Untersuchungen zu diesem Thema.

Die Unterteilung des Wirkfaktors »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke«, der, laut den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, in der Kindertherapie eine besonders wichtige Rolle spielt, ergab 9 Wirkfaktoren in der Arbeit mit den Eltern bzw. Bezugspersonen der Kinder und ihrem weiteren Umfeld.

1. Entlastung der Bezugspersonen durch Präsenz und Nicht-Bewertung, Verständnis
2. Förderung von kommunikativer Kompetenz in der Familie
3. Erkennen und Begleiten von Schwierigkeiten in der Familie oder eines Familienmitglieds
4. Förderung von Verständnis, Erklärungen für das Verhalten des Kindes
5. Ressourcen der Familie / Bezugspersonen aktivieren und anerkennen
6. Förderung positiver Blicke auf das Kind

7. Suche und Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke außerhalb der Familie
8. Förderung einer positiven Grundeinstellung zur Therapie
9. Elternarbeit als Informationsaustausch

Aufgrund dieser Ergebnisse erscheinen weitere Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe zur Überprüfung der einzelnen Wirkfaktoren in der Arbeit mit dem sozialen Umfeld der Kinder sehr interessant und sinnvoll.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse könnten Anhaltspunkte für die Entwicklung der Fragestellungen weiterer Untersuchungen liefern.

13 Schlussbetrachtung

Die Frage, was eigentlich Therapie ist, habe ich mir seit dem Anfang meiner therapeutischen Ausbildung immer wieder gestellt und meine Antwort darauf hat sich im Laufe der Zeit ständig geändert und meinem jeweiligen (therapeutischen) Entwicklungsstand angepasst.

In diesem Kontext ist auch die vorliegende Arbeit entstanden. Meine Faszination und mein Interesse dafür, was in einem therapeutischen Prozess tatsächlich abläuft, hat sich im Laufe der annähernd drei Jahre, die die Fertigstellung dieser Arbeit gebraucht hat, immer weiter vertieft. Von der Freude und Befriedigung geleitet, die das »Hineintauchen« in die Vielfalt der einzelnen (theoretischen) Felder bedeutete, konnte ich Momente der Zweifel oder der Ängste überwinden, um mich mit neuem Mut immer wieder hinzusetzen und zu schreiben. Die Auseinandersetzung mit den Prozessbeschreibungen der Kindertherapeutinnen und ihre offene Bereitschaft mich an ihrer Arbeit teilnehmen zu lassen, haben meine eigene therapeutische Arbeit in dieser Zeit sehr verändert und bereichert.

Ein bleibender Eindruck ist in mir durch die Therapeutinnen entstanden, die es fertiggebracht haben durch die Schilderung der kindlichen Prozesse die Welt »langsamer drehen zu lassen«, dadurch, dass sie aufmerksam und achtsam beschrieben, was sich in Mikroprozessen bei ihrem Therapiekind abgespielt hat. Diesen Therapeutinnen, die die »Welt im Sandkorn« (William Blake zit. in Stern 2005, 8) sehen können und die häufige Schnelligkeit und Hektik der (kindlichen) Welt zu entschleunigen verstehen, gehört meine große Bewunderung. Genau diese Fähigkeit, scheint mir, erlaubt es ihnen die vielen Wirkfaktoren in ihrer Arbeit mit den Kindern umsetzen zu können, weil sie ihnen einen Raum eröffnet für den, in der Arbeit mit Kindern unabdingbaren Schritt: die Übersetzung von der Spiel- und Symbolebene der Kinder auf die Erwachsenenenebene und wieder zurück.

Parallel zu der Herausarbeitung der Ergebnisse meiner Studie entwickelte sich auch mein beruflicher Werdegang und ich wechselte von der Kinderpsychiatrie, in der ich hauptsächlich Kinder in Einzeltherapie behandelte, in ein Projekt, in dem mit einem ganzheitlichen und mehrperspektivischen Ansatz intensiv mit Kindern und ihren Familien gearbeitet wird. Dort arbeite ich jetzt hauptsächlich mit den Müttern der Kinder, in enger Zusammenarbeit mit den Kindertherapeutinnen und -therapeuten, dem Therapeuten, der die Väter begleitet und dem Lehrpersonal, das sowohl für die schulische Unterstützung der jeweiligen Kinder als auch für die Beratung der Lehrer(innen) aus deren Ursprungsklassen zuständig ist.

In der Arbeit mit den Müttern wiederum stoße ich oft auf die Frage, was genau eigentlich an meiner Arbeit den Kindern weiterhelfen wird. Ich drücke mich bewusst so aus, weil es in der Elternarbeit zwar auch darum geht, dass es den Eltern gut geht, das Augenmerk ist jedoch überwiegend auf die Befindlichkeit der Kinder gerichtet. Oft stehen Eltern unter dem Druck »etwas« oder sich selbst ändern zu müssen, was sie ohne die Symptome ihrer Kinder und ohne einen gewissen Druck von außen nicht infrage gestellt hätten.

Die Frage danach, was in der Elternarbeit der befragten Therapeutinnen Auswirkungen auf die Kinder hatte, wurde in meiner Arbeit ansatzweise herausgearbeitet und das Resultat weist einige Pisten auf, die es weiter zu verfolgen gilt. So mündet auch diese Arbeit, getreu dem heraklitischen Prinzip des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens, Erklärens, in diese nächste spannende Fragestellung.

Zusammenfassung: Die 14 Therapeutischen Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in der Kindertherapeutischen Theorie und Praxis

Die vorliegende Arbeit untersucht, ob in der Kindertherapie die gleichen Wirkfaktoren zum Einsatz kommen als in der Erwachsenentherapie. Als Grundlage dienen die 14 Wirk- und Heilfaktoren der Integrativen Therapie. Zuerst werden anhand einer Literaturrecherche in der kindertherapeutischen und entwicklungspsychologischen Literatur die 14 Wirkfaktoren auf ihre Gültigkeit für Kinder überprüft und mit kindbezogenen Inhalten gefüllt. Anschließend werden aus den Prozessbeschreibungen einer Stichprobe von 20 interviewten Kindertherapeutinnen und -therapeuten die beschriebenen Wirkfaktoren herausgearbeitet und kategorisiert. Die Rangreihe, in die die Kindertherapeutinnen und -therapeuten die 14 Wirkfaktoren bringen sollten, wurde mit der Häufigkeit der tatsächlichen Verwendung der Wirkfaktoren verglichen. Alle Resultate wurden unter unterschiedlichen Aspekten interpretiert und zueinander in Beziehung gesetzt.

Schlüsselwörter: Kindertherapie, Wirkfaktoren, Elternarbeit

Summary: The 14 therapeutic healing factors of Integrative Therapy and the theory and practice of child psychotherapy

The study investigates whether in child therapy the same therapeutic healing factors are effective than in adult therapy. Thereby the 14 healing factors of Integrative Therapy serve as a foundation. First based on a literature search of child therapy and developmental psychology literature, the 14 healing factors are checked for their validity for children and filled with child-related content. Thereafter, in the process descriptions of a sample of 20 interviewed child therapists, described healing factors emerged and were developed and categorized. The child therapists' ranking of the 14 healing factors was compared with the frequency of their actual use. All results were interpreted under different aspects and set in relation to each other.

Keywords: child therapy, effective healing factors, parental involvement

14 Literaturverzeichnis

- Abedi, Isabel (2008) Lola Löwenherz. 3. Auflage. Bindlach: Loewe Verlag
- Balint Michael (2000, 5. Auflage) Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett- Cotta
- Baer Udo (2005) Neurowissenschaften, Säuglingsforschung und Therapie, Neukirchen-Vluyn: Affenkönig Verlag.
- Berns Ulrich & Berns Inge (2004) Stellungnahme zu Döpfner »Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?« in: Psychotherapeutenjournal 4/2003, S. 258-266.
- Brumund Liesel & Märtens Michael (1998) Die 14 Heilfaktoren in der »Integrativen Therapie« und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. Gestalt und Integration 2 (1998), 448 - 466
- Burchartz Arne (2009) Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Hopf Hans und Windaus Eberhard (Hg.) (2009, 3. Auflage) Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien, 63 - 82.
- Chudy Mareike, Petzold Hilarion (2011) »Komplexes Lernen« und Supervision – Integrative Perspektiven. Betrachtung des Lernbegriffs unter Einbezug lerntheoretischer Ansätze, Blick auf den aktuellen Forschungsstand und Essenz für die supervisorische Arbeit unter der Perspektive des Integrativen Ansatzes. In: SUPERVISION. Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift. 03/2011. www.fpi-publikationen.de/supervision (Juni 2011)

- Csikszentmihalyi Mihaly (1991) Flow. The Psychology of optimal experience. Steps toward enhancing the quality of life. NewYork: HarperPerennial
- Dekeyser Mathias, Elliott Robert & Leijssen Mia (2009) Empathy in Psychotherapy: Dialogue and embodied understanding. In: Decety Jean & Ickes William (Hrsg.) The Social Neuroscience of Empathy. Maassachusetts: The MIT Press. (113 – 124)
- DiCamillo Kate (2006) Die wundersame Reise von Edward Tulane. Hamburg: Cecilie Dressler Verlag
- Döpfner Manfred (2003) Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Psychotherapeutenjournal 4/2003. 258-266
- Dornes Martin (2004, 11. Auflage) Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt am Main: Fischer Tb Verlag.
- Diepold Barbara (1997) Zum Spiel-Raum zwischen Narzißmus und Triebdynamik. (Veröffentlicht in: Kinderanalyse 5 (1997), 370-383)
www.diepold.de/barbara_zum_spielraum.pdf (2008)
- Emde N. Robert (1995) Die Aktivierung grundlegender Formen der Entwicklung: Empathische Verfügbarkeit und therapeutisches Handeln In: Petzold, G. Hilarion (Hrsg.) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 219 - 252
- Finke Jobst (1999) Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag
- Flammer August (2010) Der Beitrag der Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie. In: Integrative Therapie Vol. 36, No 2/3. Wien:

Krammer Verlag. 145 – 160.

Flick Uwe (1995) Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe; v.Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; v.Rosenstiel, Lutz & Woff, Stephan (Hrsg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag. 147 - 173

Fonagy, Peter; Gergely, György; Jurist, Elliot & Target, Mary (2004)
Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.
Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag

Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, G., & von Zülow, C. (2003)
Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit
Kindern und Jugendlichen. Gesprächspsychotherapie und
Personzentrierte Beratung, (34) 4, 197-206.

Fröhlich-Gildhoff Klaus (2007) Wirkfaktoren in der Kinder und Jugendpsychotherapie.
Methodik und Ergebnisse eines Praxisforschungsprojekts in: J. Hein &
K.-O. Hentze (Hg.): Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur. Bonn:
Dt. Psychologen Verlag. 219-231.

Gauda Gudrun (2002) Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels.
Lebendige Psychologie C.G. Jungs. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Goleman Daniel, Kaufman Paul & Ray Michael (1999) Kreativität entdecken.
3. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.

Goleman Daniel (2001) EQ Emotionale Intelligenz. Hör-CD. München: der hörverlag

Grawe Klaus (1998) Psychologische Therapie. Göttingen: Verlag Hogrefe

Grawe Klaus (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Verlag Hogrefe

- Grimmer Bernhard (2004) Selbstregulierung und Kreditierung in der kindlichen Entwicklung und in der therapeutischen Beziehung. In: Peter Geißler (Hrsg.) Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung. Gießen: Psycosozial-Verlag. 23-40.
- Grosche Erwin (2007) Die Käferpostkarte. In: Knödler Christine (Hrsg.) Geschichtenkoffer für Glückskinder. Erzähltes, Gemaltes, Gereimtes, Ungereimtes, Tiefsinn und Unsinn. Köln: Boje Verlag. 42
- Hahlweg Kurt (1996) Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In: Ehlers Anke & Hahlweg Kurt (Hrsg.) Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie (585-648). Göttingen: Verlag Hogrefe
- Hartmann Lohmann (2004) Selbstregulation. In: Peter Geißler (Hrsg.) Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung. (41 - 68) Gießen: Psychosozial-Verlag
- Hass Wolfgang, Petzold G. Hilarion (1999) Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H., Märtens, M. (Hrsg.) (1999) Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Buderich Verlag
- Hauke Gernot (2004) Über die Bedeutung persönlicher Werte in der Psychotherapie mit Heranwachsenden. In: Metzmacher, Bruno; Wetzorke, Friederike (2004) (Hg.) Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichentherapie. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 254 - 278.
- Heinze, Thomas (1995). Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. 3. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

- Herzka, Heinz Stefan; Reukauf, Wolf (1995) Kinderpsychotherapie als dialogischer Prozeß - ein der frühen Mutter-Kind-Entwicklung entsprechendes Konzept. In: Petzold, Hilarion (Hrsg.) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung. Bd 2. Paderborn:Junfermann-Verlag.
- Heymann W. Eckhard (2007) Biologische Grundlagen von Familien - Familien bei Primaten. In: Resch & Schulte-Markwort (Hrsg.) Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Hockel Curd Michael (2004) Spiel - Raum - Zeit - Kindgemäße Spielumwelten. Zur Nutzung und (minimalen) Ausstattung von kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen. In: Metzmacher Bruno, Wetzorke Friederike (2004) (Hg.) Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 134 - 163
- Hölzl Erik (1994) Qualitatives Interview. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung. (Hrsg.) Verführung zum Qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Hopf Christel (1995) Befragungsverfahren. In: Flick Uwe; v.Kardorff Ernst; Keupp Heiner; v. Rosenstiel Lutz & Woff Stephan (Hrsg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag. 177 – 182.
- Hopf Christel (2000) Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick Uwe, von Kardorff Ernst & Steinke Ines (Hrsg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 589 - 599

- Huber, Günter (1995) Computergestützte Auswertung qualitativer Daten.
In: Flick, Uwe; v.Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; v.Rosenstiel, Lutz & Woff, Stephan (Hrsg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag. 243 - 248
- Hufnagel Gerhard & Jürgens-Jahnert Stefan (s.a.) Wirkfaktorenforschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Workshop 14.
www.ptkj.de/assets/applets/Jurgensjahnert_Workshop_Wirkfaktoren.pdf
(31.03.1010)
- Hüther Gerald (2006) Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Hrsg. Storch, Maja; Cantieni, Benita; Hüther, Gerald; Tschacher, Wolfgang. Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Verlag Hans Huber. 73 – 98.
- Hüther Gerald (1998) Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Van den Hoeck & Ruprecht
- Janosch (1998) Hannes Strohkopp. Hamburg: Little Tiger Books
- Janosch (2003) Schnuddels gute Nachtgeschichten. Hamburg: Little Tiger Books
- Katz – Bernstein Nitza (1995) Das Konzept des »Safe Place« - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (Hrsg) Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 111 - 141.
- Katz – Bernstein Nitza (2004) Innen-Außen und der Raum dazwischen. Kindertherapeutische Methoden zur Verbindung von innerer und äußerer Realität. In: Metzmacher, Bruno; Wetzorke, Friederike (2004) (Hg.) Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer

schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichentherapie.
Verlag Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 47 - 79.

Keller Monika (2007) Moralentwicklung und moralische Sozialisation.
In: Horster Detlef (Hg.) Moralentwicklung von Kindern und
Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 17-45

Klusmann Dietrich (1986) Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung.
Eine Übersicht und ein Interviewleitfaden. Dissertation Universität
Hamburg

Lamnek Siegfried (1995) Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und
Techniken. 3. korrigierte Auflage. Weinheim: Psychologie
VerlagsUnion Beltz

Landsberg Walter & Malzahn Klaus (1996) Integrative Therapie für Kinder- und
Jugendpsychiatrie. In: Metzmacher Bruno, Petzold Hilarion & Zaepfel
Helmut (Hg.) Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative
Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann
Verlag

Leitner Anton (2008) Kurze Zusammenfassung der Integrativen Therapie. Unterlagen
zum Psychotherapeutischen Fachspezifikum Integrative Therapie.
[www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/artikel/
leitner_it_theorie_2008.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/artikel/leitner_it_theorie_2008.pdf)

Lindgren Astrid (2010) Mio, mein Mio. Hamburg: Oetinger-Verlag

Lobe, Mira (1972) Das kleine Ich bin Ich. Gemalt von Weigl, Susi. Wien, München:
Verlag Jungbrunnen

Lorenz Rüdiger (2004) Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner,

Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Reinhardt Verlag

Lukesch Bettina , Petzold Hilarion (2011) Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. Supervision: Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift. 5/2011
www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm (Juni 2011)

Lutz Christiane (2009) Projektive Verfahren und ihre Verwendung für die psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In: Hopf Hans und Windaus Eberhard (Hg.) (2009, 3. Auflage) Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien, 159 -176.

Märtens Michael, Petzold Hilarion (1995) Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzmacher Bruno, Petzold Hilarion & Zaepfel Helmut (Hg.) Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 1. Paderborn: Junfermann Verlag. 345 - 394.

Masten A.S., Best K.M. & Garmezy (1990) Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. In: Development and Psychopathology, 2, 425-444 (Kap. 0,1,19)

Majettat Fritz (2007) Familienmerkmale und die Entwicklung psychischer Störungen. In: Resch & Schulte- Markwort (Hg.) Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 18 - 33.

Mayring Philipp. (1995) Analyseverfahren erhobener Daten. In: Flick Uwe; v.Kardorff Ernst; Keupp Heiner; v.Rosenstiel Lutz & Woff Stephan (Hg.) Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen.2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-

Verlag. 209 - 213

Mayring Philipp (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick Uwe, von Kardoff Ernst & Steinke Ines (Hg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 468 - 475.

Meisenheimer Wolfgang (2004) Das Denken des Leibes und der architektonische Raum. Köln: Verlag der Buchhandlung Walther König

Metzmacher Bruno & Zaepfel Helmut (1996) Methodische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Zur Verbindung von tiefenpsychologischem und sozialem Sinnverstehen in der Integrativen Kindertherapie. In: Metzmacher Bruno, Petzold Hilarion & Zaepfel Helmut (Hg.) Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 1. Paderborn: Junfermann Verlag. 75-130.

Metzmacher Bruno & Zaepfel Helmut (2006) Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Resch, Franz & Schulte-Markwort, Michael. (Hg.) Kursbuch für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Psyche und Soma. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Metzmacher Bruno & Zaepfel Helmut (2008) Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie. In: Schulte-Markwort Michael, Resch Franz (Hg.) Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Einführung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Müller Marianne, Petzold G. Hilarion (2003) Affiliation, Reaktanz – sozialpsychologische Beziehungsmodelle und ihre Bedeutung für die Praxis der Supervision; veröffentlicht in: Supervision, Theorie-Praxis-Forschung. Eine interdisziplinäre Online- Zeitschrift: <http://www.fpi-publikationen.de/supervision>
Düsseldorf/Hückeswagen: © FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper.

- Montada Leo (1999) Die geistige Entwicklung aus der Sicht Jean Piagets
In: Oerter, Rolf & Montada Leo (Hrsg.) Entwicklungspsychologie.
3., vollst. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.
518 - 560.
- Mundt Ch. (1984) Der Begriff der Intentionalität und der Defizienzlehre von den
Schizophrenen. Nervenarzt, 55, 582 - 588.
- Nöstlinger Christine (1999) Der Zwerg im Kopf. Weinheim Basel: Verlagsgruppe
Beltz
- Nunner-Winkler Gertrud (2007) Zum Verständnis von Moral - Entwicklungen in der
Kindheit. In: Horster Detlef (Hg.) Moralentwicklung von Kindern und
Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 51-76
- Oaklander Violet (2001) Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. 12. Auflage.
Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag
- Oelkers-Ax Rielke (2007) Kasuistik II: Familientherapie. In: Resch & Schulte-
Markwort (Hrsg.) Kursbuch für integrative Kinder- und
Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie. Weinheim, Basel: Beltz
Verlag. 108 – 123.
- Oerter Rolf (2008) Spiel. In Hrsg: Herpertz-Dahlmann, Beate; Resch, Franz; Schulte-
Markwort, Michael & Warnke, Andreas. Entwicklungspsychiatrie.
Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.
2. Auflage. Stuttgart: Verlag Schattauer. 242 - 256
- Oerter Rolf (1999) Einleitung. Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen
Integration zweier Fächer. In: Oerter Rolf, Von Hagen Cornelia, Röper
Gisela, Noam Gil (Hrsg.) Klinische Entwicklungspsychologie.
Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1 - 10

- Oerter Rolf, Dreher Michael (1995) Entwicklung des Problemlösens. In: Oerter, Rolf & Montada Leo (Hrsg.) Entwicklungspsychologie. 3., vollst. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion. 561 - 621.
- Omer Haim, Von Schlippe Arist (2004) Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. »Elterliche Präsenz« als Systemisches Konzept. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Orth Ilse, Petzold, Hilarion (1993c) Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen. In: Hrsg. Petzold H., Sieper J. (1996, 2. Aufl.) Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn: Junfermann Verlag. 93 – 116.
- Orth Ilse, Sieper Johanna (2007) Einführung: Neurowissenschaften und Kreativität. In: Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius
- Osten Peter (2000) Die Anamnese in der Psychotherapie. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Osten Peter (2008) Evolution, Familie & Persönlichkeitsentwicklung. Integrative Perspektiven in der Ätiologie psychischer Störungen. Wien: Verlag Krammer
- Papousek Hanus (2003) Spiel in der Wiege der Menschheit In: Papousek, Mechthild & Gontard, Alexander (Hrsg.) Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. Stuttgart: Verlag Pfeiffer bei Klett - Cotta
- Papousek Mechthild (1999) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, Rolf; Hagen, Cornelia von; Röper, Gisela & Noam, Gil (Hrsg.) Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. (148-169) Weinheim:

Beltz Psychologie Verlags Union

Papousek Mechthild, Von Hofacker Nikolaus (2004) Klammern, Trotzen, Toben – Störungen der emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglingsalters und Kleinkindalters. In: Papousek Mechthild, Schieche Michael & Wurmser Harald (Hrsg.) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern: Verlag Hans Huber. 201 - 232.

Papousek Mechthild (2007) »Augenblicke« der Begegnung in den frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen. In: Sieper Johanna, Orth Ilse & Schuch Waldemar (Hrsg.) Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld/Locarno: Aisthesis Verlag. 607 – 642.

Petri Horst (1994) Geschwister - Liebe und Rivalität. Die längste Beziehung unseres Lebens. Zürich: Kreuz Verlag

Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1994): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei »frühen Schädigungen« und »negativen Ereignisketten« in unglücklichen Lebenskarrieren. In: Hilarion Petzold (1994j) (Hg.) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann. 325 - 490.

Petzold Hilarion G. (1995a) Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozio-ökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie In: Hrsg. Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H.

(1996) Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 1. Paderborn: Junfermann Verlag. 169 – 280.

Petzold Hilarion G. (1995b) Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungszentrierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. Teil II: Methodische und praxeologische Konzepte. In: Hrsg. Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (1996) Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 143 – 188.

Petzold Hilarion G. (1995i) Integrative Eltern- und Familientherapie bzw. -beratung (IFT) - einige Kernkonzepte In: Hrsg. Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. (1996) Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 189 – 198.

Petzold H.G. (2000a): Eine »Grundregel« für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, »riskanter Therapie«, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialienaus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 12/2001; Updating 2005 (auch in Petzold, 2003a)

Petzold Hilarion (2002b) Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der »INTEGRATIVEN THERAPIE«. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus EAG 03/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006.

Petzold Hilarion G. (2003a, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage) Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende

Psychotherapie. Bd 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold Hilarion (2005ö) Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie. In: Gestalt (Schweiz) 25 (2005) 17-60.

Petzold Hilarion (2005t) Homo migrans. Der »bewegte Mensch« – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Übungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. In: POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm.

Petzold Hilarion (2006v) Mentalisierung und die Arbeit mit der »Familie im Kopf«. Die »repräsentationale Familie« als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2006

Petzold Hilarion (2008g) Zusammenfassung: Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapekollegInnen. In: Integrative Therapie 03/2009. Düsseldorf/ Hückeswagen: FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper

Petzold Hilarion (2010) »Brain Wizards«, hochbegabte Kinder – Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, »creating life styles«. Überlegungen aus der Integrativ-Systemischen Kindertherapie. In: Integrative Therapie Vol.36, No.2/3. 325-380. Wien: Krammer Verlag.

Petzold Hilarion (2011e) Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie – Materialien zu »Klinischer Wissenschaft« und »Sprachtheorie« Bei: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Ausgabe 01/2011. www.fpi-publikation.de/polyloge

- Petzold Hilarion, Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491 - 646.
- Petzold Hilarion, Goffin Joy & Oudhof Jolanda (1993) Protektive Faktoren und Prozesse - die »positive Perspektive in der longitudinalen, »klinischen Entwicklungspsychologie« und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold H., Sieper J. (Hg.) (1996, 2. Aufl.) Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn: Junfermann Verlag. 173 - 266
- Petzold Hilarion, Hass Wolfgang, Märtens Michael, Steffan Angela (2000) Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting.
www.integrative-therapie.ch/forschung/wirksamkeit-a.htm (07.2007)
- Petzold, H.G., Müller, Marianne (2005a): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer »klinischen Sozialpsychologie« für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.
- Petzold Hilarion, Müller Lotti (2004) Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychtherapie Forum 4. 185 - 196
- Petzold Hilarion G., Sieper Johanna, Orth Ilse (2005) Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen

der »Integrativen Therapie« als »Entwicklungstherapie«. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In : Petzold, H.G.; Schay, P.; Scheiblich, W. : Integrative Suchttherapie. Bd II. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Piefke Martina (2006) Neuronale Plastizität und emotionale Entwicklung: Altersabhängige Veränderungen emotionaler Verarbeitungsprozesse im Gehirn des Menschen und ihre Störungen. In: Becker, Reinhold; Wunderlich, Hans-Peter (Hg.) Wie wirkt Psychotherapie? Forschungsgrundlagen für die Praxis. Stuttgart: Thieme Verlag, 46-63.

Porsch Udo (2009) Allgemeine und psychologische Grundlagen der Psychotherapie. In: Hopf Hans und Windaus Eberhard (Hg.) (2009, 3. Auflage) Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien, 3-28.

QSRinternational (2009) Brochüre zu NVivo 8. www.qsrinternational.com

Rahm Dorothea, Otte Hilke, Bosse Susanne, Ruhe-Hollenbach Hannelore (1999) Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag

Rau Hartmut R. (1996) In: Metzmacher, B., Petzold, H. & Zaepfel, H.(1996) (Hg.) Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 411 – 434.

Reiband Nadine (2006) Klient, Therapeut und das unbekanntes Dritte. Placeboeffekte in der Psychotherapie und was wirklich wirkt. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

Renz Hermann, Petzold Hilarion (2006) Therapeutische Beziehungen – Formen

»differentieller Relationalität« in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. In: Polyloge. Eine Internetzeitschrift für »Integrative Therapie« Ausgabe 13/2006 Düsseldorf/Hückeswagen.
www.fpi-publikation.de/polyloge (11.12.2009)

Resch Franz et al. (1999) Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. 2. Auflage. Weinheim: Psychologische Verlags Union

Resch Franz (2002) Was brauchen Jugendliche im Zeichen des postmodernen sozialen Wandels? In: bkj (Hsg.) Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust. Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen. Münster: Verlag für Psychotherapie. 225 – 236.

Resch Franz, Lehmkuhl Ulrike (2002) Was Kinder brauchen. Zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit: Grundbedürfnisse und Forderungen an die soziale Umwelt. Veröffentlichung in der Zeitung: Frühe Kindheit (4/02).
www.liga-kind.de/fruehe/402_resch.php

Resch Franz, Lehmkuhl Ulrike & Schulte-Markwort Michael (2007) In: Resch & Schulte- Markwort (Hrsg.) Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Resch Franz (2009) Frühe Kindheit und Persönlichkeitsentwicklung. Integrative Therapie Volume 35, No. 2/3 (2009), 155 - 168

Richter, Jutta (2001) Hinter dem Bahnhof liegt das Meer. München Wien: Carl Hanser Verlag

Roeper Gisela (2004) Schutzfaktoren als Dritte im Bunde. Interne Schutzfaktoren und affektiv-kognitive Entwicklung als Wirkfaktoren in der Therapie. In:

Metzmacher Bruno, Wetzorke Friederike (2004) (Hrsg.)
Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulen-
übergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Göttingen:
Vandenhoeck & Ruprecht. 239 – 253.

Rogers Carl R. (2002) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-
Centered Therapy. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Rosner Rita (1999) Entwicklungsdiagnostik und Entwicklungstests in der Klinischen
Entwicklungspsychologie In: Oerter Rolf, Von Hagen Cornelia, Röper
Gisela, Noam Gil (Hrsg.) Klinische Entwicklungspsychologie. Ein
Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 119 – 147.

Rotthaus Wilhelm (2004) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In:
Metzmacher Bruno, Wetzorke Friederike (2004) (Hg.)
Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer
schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 25 – 45.

Scheffler Ursel & Timm Jutte (2010) Schmetterlingspost: Eine Geschichte von Trost
und Erinnerung. München: ArsEdition Verlag

Schiffer Ekhard (2001, 5. Auflage) Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese:
Schatzsuche statt Fehlersuche. Weinheim und Basel: Beltz
TaschenbuchVerlag

Schiffer Ekhard (2002) Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde – Spiel und
Dialog als salutogenetische Ressourcen und präventive Momente
gegen die Sucht. Theorie und Praxis. In: bkj- Berufsverband der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Hrsg) Viele Seelen
wohnen doch in meiner Brust. Identitätsarbeit in der Therapie mit
Jugendlichen. Münster: Verlag für Psychotherapie. 42 - 54.

Schmidtchen Stefan (1989) Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Ziele, Methoden.
Stuttgart: Kohlhammer-Verlag

Schmidtchen Stefan (2001) Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und
Familien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag

Schneider Antonie (2007) Mein weißes Blatt. In: Knödler Christine (Hrsg.)
Geschichtenkoffer für Glückskinder. Erzähltes, Gemaltes, Gereimtes,
Ungereimtes, Tiefsinn und Unsinn. Köln: Boje Verlag

Sklenitzka Sales Franz (2007) Die ausgestopfte Banane. In: Knödler Christine (Hrsg.)
Geschichtenkoffer für Glückskinder. Erzähltes, Gemaltes, Gereimtes,
Ungereimtes, Tiefsinn und Unsinn. Köln: Boje Verlag

Schweitzer Jochen (2007) Wozu (systemische) Familientherapie? In: Resch &
Schulte- Markwort (Hrsg.) Kursbuch für integrative Kinder- und
Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Familie. Weinheim, Basel: Beltz
Verlag. 81 – 93.

Sieper Johanna, Petzold Hilarion (2002) »Komplexes Lernen« in der Integrativen
Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und
behavioralen Dimensionen. In Polyloge: Eine Internetzeitschrift für
»Integrative Therapie« – www.fpi-publikationen.de/polyloge (02.06.2011)

Sieper Johanna, Orth Ilse, Schuch Waldemar (2007) Neue Wege Integrativer
Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit - Polyloge.
Bielefeld/Locarno: Edition Sirius im Aisthesis Verlag

Sieper Johanna, Orth Ilse, Petzold Hilarion (2010) Warum die »Sorge um Integrität«
uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität,
Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. Ausgabe 09/2010. In
Polyloge: Eine Internetzeitschrift für »Integrative Therapie« –

www.fpi-publikationen.de/polyloge (12.06.2011)

Spöhring Walter (1995) Qualitative Sozialforschung. 2. Auflage. Stuttgart: Teubner
Studienskripten

Schuch Hans, Waldemar (2001) Integrative Therapie. Ein kurzer Überblick über
Denken, Positionen und klinische Verfahrensweise. www.hwschuch.de

Steinhöfel Andreas (2003) Der mechanische Prinz. Hamburg: Carlsen Verlag

Stern Daniel (2007) Die Lebenserfahrung des Säuglings. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-
Cotta

Stern Daniel (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in
Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt am Main: Verlag
Brandes & Apsel

Streeck-Fischer Annette (2009) Stationäre tiefenpsychologisch fundierte und
analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. In: Hopf Hans
und Windaus Eberhard (Hg.) (2009, 3. Auflage) Lehrbuch der
Psychotherapie. Bd. 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch
fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. München: CIP-Medien.
579 -590.

Tomasello Michael (2010) Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp Verlag

Topel Eva-Maria (2005) Die Psychotherapie mit Kindern. Eine praktische
Orientierungshilfe. Stuttgart: Kreuz Verlag

Vygotskij Lev Semyonovich (1992) Geschichte der höheren psychischen Funktionen.
Reihe: Fortschritte der Psychologie. Band 5.
Hamburg, Münster: Lit Verlag.

- Weinberg Dorothea (2005) Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Interventionen und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Verlag Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Welsh Renate (2007) Ich schenk dir einen Elefanten. In: Knödler Christine (Hrsg.) Geschichtenkoffer für Glückskinder. Erzähltes, Gemaltes, Gereimtes, Ungereimtes, Tiefsinn und Unsinn. Köln: Boje Verlag. 59.
- Winnicott D. W. (2006) Vom Spiel zur Kreativität. 11. Auflage. Stuttgart: Clett-Cotta
- Wintsch Hanna (1998) Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendtherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch. München: Verlag Ernst Reinhardt
- Zaepfel Helmut, Metzmaker Bruno (1996) Integrative Fokal- und Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dargestellt anhand der Angstsymptomatik eines 14jährigen Jugendlichen. In: Hrsg. Metzmaker B., Petzold H. & Zaepfel H. Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 17 – 51.
- Zaepfel Helmut, Metzmaker Bruno (1996) Die Konstruktion innerseelischer und sozialer »Wirklichkeit« im therapeutischen Prozess: Sozialkonstruktivistische Überlegungen zum Verfahren der Integrativen Kinder- und Jugendlichen-therapie. In: Hrsg. Metzmaker, B., Petzold, H. & Zaepfel, H. Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis – Bd 2. Paderborn: Junfermann Verlag. 57 – 107.
- Zaepfel Helmut; Metzmaker Bruno (2004) Der Verlust der Triangulierungsfähigkeit und der sozialen Fantasie. In: Metzmaker, Bruno; Wetzorke, Friederike (Hrsg.) Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichen-therapie. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. 182 - 202.

Zepke Georg. (1994) Vom Interview zum Text: Transkription. In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung. (Hrsg.) Verführung zum qualitativen Forschen. Eine Methodenauswahl. Wien: WUV-Universitätsverlag

15 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: zusätzlich gefundene Kategorien.....	71
Tabelle 2: Unter-Kategorien des WF »Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke« ..	72
Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der Kategorien.....	76
Tabelle 4: Tabellarische Darstellung der Kodierungen der Wirkfaktoren.....	79
Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Unter-Kategorien.....	80
Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der Kodierungen der Unter-Kategorien	82
Tabelle 7: Anzahl der Nennungen pro Wirkfaktor.....	89
Tabelle 8: Anzahl der Nennungen pro Unter-Kategorie.....	99
Tabelle 9: Rangfolge der Wirkfaktoren	107
Tabelle 10: Vergleich: Rangfolgeliste vs Kodierungsergebnisse der 14 Wirkfaktoren	110
Tabelle 11: vorgeschlagene Ergänzungen der Wirkfaktorenliste.....	113
Tabelle 12: vorgeschlagene Reduzierungen der Wirkfaktorenliste.....	113

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung des Alters der Therapeuten.....	84
Abbildung 2: Verteilung der Berufe	85
Abbildung 3: Verteilung: therapeutische Richtung.....	86
Abbildung 4: Arbeitsstelle der Therapeuten und Therapeutinnen	87
Abbildung 5: Verteilung: Therapeutische Beziehung und Alterskategorie.....	96
Abbildung 6: Rangreihe der 14 Heil- und Wirkfaktoren	108
Abbildung 7: Ergänzung bzw. Reduzierung der Wirkfaktorenliste.....	112
Abbildung 8: Der Vergleich zwischen Kindertherapie und Erwachsenentherapie ...	114