

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1995

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

***Hilarion G. Petzold (1995b): Integrative Kindertherapie
als sozialökologische Praxis beziehungszentrierter
und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung
-Teil II: Methodische und praxeologische Konzepte-****

Erschienen in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel: Praxis der
Integrativen Kindertherapie (1996), 143-188.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

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

Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungs-zentrierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung

Hilarion Petzold

Teil II: Methodische und praxeologische Konzepte

In der Integrativen Kindertherapie und ihren theoretischen Konzepten, wie sie im ersten Teil (Bd. 1, Teil I) dieses Beitrages vorgestellt wurden, sind wir mit den entwicklungspsychologisch, sozialökologisch, sozialphänomenologisch und tiefenhermeneutisch erarbeiteten Relationalitätsverhältnissen in Kontext und Kontinuum, den gesunden wie den gestörten, beständig befaßt, nicht zuletzt durch die Arbeit mit Eltern, Angehörigen, Personen des sozialen Netzwerkes und deren Beziehungen untereinander sowie zum Kind hin, mit dem wir arbeiten, oder zu uns selbst, also zu den Therapeuten hin. Das ganze Spektrum intersubjektiver Beziehung und ihrer Pathologie muß deshalb für kindertherapeutische Arbeit zum Tragen kommen, und dies in einer Art und Weise, daß die sozialisationsadäquate, stimmige *Performanz* und ein breites Spektrum der Relationsformen im Netzwerk, im „Konvoi“, in mikroökologischen Kontexten gefördert werden, eine Bewußtheit für die *Diskurse des Beziehungsgeschehens* entstehen kann, *interpersonale Differenzen* (Levinas 1983) wahrgenommen werden, unbewußte oder dissoziierte Störfaktoren dem Bewußtsein zugänglich und veränderbar werden sowie eine *Exzentrizität* der Kommunizierenden gegenüber dem eigenen Interaktions- bzw. Kommunikationsprozeß und dem Kontext, in dem er stattfindet, möglich wird. In der Kindertherapie sind bestimmte Aspekte dieser Zielsetzung natürlich nur mit älteren Kindern und mit Jugendlichen zu realisieren, aber auch in der Behandlung mit kleineren Kindern können in spielerischen Aktionen verschiedene Qualitäten *erkannt, erfaßt* und *verstanden* werden, denn Kinder sind für Formen des ökologischen und interpersonalen „Beziehungslernens“ offenbar gut ausgerüstet. Sie haben eine gute Fähigkeit zum „Konflux“, dem kokreativen Zusam-

menspiel auf der körperlichen, emotionalen, kognitiven und sozialen Ebene.

8. Kindertherapeutische Praxis im Integrativen Ansatz

Einige Dimensionen der in Band 1, Teil I vorausgegangenen theoretischen Ausführungen sollen nun anhand einer Kasuistik exemplifiziert werden. Dabei werden bestimmte theoretische Positionen in besonderer Weise aufgezeigt, damit deutlich wird, wie Konzepte, die die Kindertherapie im Integrativen Ansatz nachhaltig prägen, umgesetzt werden. Natürlich kann anhand einer Kasuistik nicht die ganze Breite des Spektrums integrativtherapeutischer Arbeit aufgezeigt werden, deshalb sei auf andere systematische Darstellungen in verschiedenen methodischen Orientierungen verwiesen (*Metzmacher 1987; Ramin, Petzold 1987; Petzold, Kirchmann 1990; Müller 1994*, sowie die Beiträge dieses Bandes). Die Kasuistik beschreibt kindertherapeutische Arbeit im Forschungskontext. Die zugrundeliegenden neuro- und psychomotorischen Störungen der kleinen Patientin eignen sich besonders für die sozioökologische Behandlungsmethodik. Die in der Baby- und Kleinkindforschung entwickelten Methoden videogestützter Beobachtung (*Papoušek, Papoušek 1981*) können interventiv eingesetzt werden als filmisches Feedback, wie es als erster *Moreno (1944)* im Psychodrama verwendet hat, als videogestütztes Imitationslernen (*Steller et al. 1978*), wie es im Kontext der „social learning theory“ entwickelt wurde (*Bandura et al. 1983*), oder zur Kommunikationsanalyse, wie es sich in der Familientherapie verbreitete und sich insgesamt als „modeling method“ (*Marlatt, Perry 1975*) bewährt hat.

Den sozioökologischen Aspekten, der beziehungsorientierten Arbeit und den Fragen der Netzwerkintervention wird in diesem Praxisteil besondere Aufmerksamkeit geschenkt, weil das Zusammenspiel dieser Interaktionslinien noch zu wenig Beachtung gefunden hat und im Feld der Kinderpsychotherapie bislang zuwenig an systematischen Darstellungen der in diesen Konzepten gegründeten Praxis vorliegt. Es ist aber davon auszugehen, daß in konzeptueller wie in interventiver Hinsicht diese Linie therapeutischen Handelns besonders Gewicht gewinnen wird, weil hier Chancen für echte Fortschritte in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

gegeben sind und eine wirklich innovative Qualität in die traditionellen Behandlungskonzeptionen hereingetragen wird.

Die Entwicklung *sozioökologischer Kontexte* und *sozialer Netzwerke*, wie sie im voranstehenden dargestellt wurde, und die mit der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten von Kindern einhergehende Ausbildung von „*social worlds*“ (Strauss 1978), kollektiven Kognitionen bzw. „*répresentations sociales*“ (Moscovici 1984) ist für das Verständnis der *Lebenswelt* des Kindes und seiner Bezugspersonen von großer Bedeutung. Die *Lebenswelt* (Kiwitz 1991) umfaßt beide der genannten Dimensionen, die numerische Personenmenge des Netzwerks sowie die repräsentationalen Aspekte dieser Personengruppen und damit ihre *Probleme*, *Ressourcen* und *Potentiale* (wie die des Kindes, vgl. Petzold, Orth 1995b). Damit bietet sie die Grundlage für die *Therapieplanung*, die Ausarbeitung eines „therapeutischen Curriculums“ (idem 1988n, 208ff) – Festlegung der kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen *Ziele* und ihrer differentiellen Gewichtung (Global-, Grob-, Feinziele) –, weiterhin für die Planung der „Eingriffstiefe und -weite“ der Intervention (Welche Personen sind in therapeutische Maßnahmen einzubeziehen?) sowie die Wahl der *Methoden*, *Techniken* und *Medien*, die zum Erreichen von Therapiezielen in „Prozessen“ des therapeutischen Geschehens zum Einsatz kommen sollen (Petzold 1993h).

Der **Prozeß** der therapeutischen Beziehung wird nach dem Konzept der Integrativen Therapie (Petzold 1988n, 282 ff) bestimmt durch die psychodynamischen Pfade (*viationen*) des Klienten, die des Therapeuten und – besonders in der Kindertherapie ist dies bedeutsam – die *Viationen* der relevanten Bezugspersonen im Netzwerk bzw. durch die Dynamik dieses „convoys“ auf dem Lebensweg. Hinzu kommen die strukturierenden Interventionsstrategien des Therapeuten (*trajectories*), der selbst Teil des Netzwerks, Mitglied des „convoys“ geworden ist und versucht, dieses „System in Bewegung“ im Interesse des Kindes und seiner Familie bzw. Bezugsgruppe zu beeinflussen, indem er eine „*sichere Basis*“ bereithält, Ressourcen mobilisiert, adäquate Copingstile des „convoys“ unterstützt und schädigende Einflüsse im Netzwerk zu beseitigen oder zu mildern sowie *Potentiale* des Netzwerks zu erschließen sucht. *Ohne ein adäquates Erfassen des sozioökologischen Kontext/Kontinuums des Kindes und seiner Probleme, Ressourcen und Potentiale werden adäquate Interventionen nicht möglich.* Diese Aussage gilt auch für die sogenannte *Einzeltherapie*, die, wenngleich sie im *dyadischen Setting* er-

folgt, immer den ganzen „convoy“ im Blick und zum Ziel haben muß, denn die relevanten Bezugspersonen des Kindes sind im Therapiezimmer unsichtbar anwesend – sie sind ja kognitiv repräsentiert (Petzold et al. 1994a) –, was sich zum einen in der Dynamik der Relationalität und des Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehens, zum anderen in den Inhalten von Spielsituationen, etwa mit Puppen, dem Sandkasten, Szenomaterial oder gemalten Bildern zeigt, die das ökologische und das soziale Umfeld des Kindes in das Therapiezimmer bringen.

Die sozioökologische Perspektive (Gibson 1979; Valenti, Good 1989; Rogoff 1990; Petzold et al. 1994a) verlangt deshalb nach einer differenzierten Bestandsaufnahme des sozialen und materiellen Raumes. Diese erfolgt einerseits durch eine „Lebensweltanalyse“ (idem 1993p, 325) *in situ* – wo immer dies möglich ist, sollten Hausbesuche gemacht werden (Rau 1982; Keupp 1995) –, andererseits durch diagnostische Fragen, die den Lebenszusammenhang des Kindes, seine emotionale und kognitive Bewertung dieses Kontextes und gegebenenfalls unbewußte Dynamiken erfaßbar machen (Osten 1994, 1995), Vorgehensweisen also, die durchaus auch projektive Dimensionen haben. Wir haben in der Integrativen Therapie solche Verfahren verschiedentlich beschrieben – die „Identitätssäulen“, „Ich-Funktions-Diagramme“, „innere Kinder und Kinderländer“ usw., Instrumente, die sich sowohl für die Arbeit mit Erwachsenen (Petzold, Orth 1994a) als auch mit Kindern (Petzold 1972e, 1987a) eignen. Werden diese Instrumente eingesetzt, so müssen sie selbstverständlich auf die jeweilige Altersstufe und den Entwicklungsstand des Kindes zugepaßt werden. Das Erfassen sozialer Netzwerke in der Adoleszenz, etwa bei drogenabhängigen Jugendlichen (idem 1982u), erfordert andere Methoden der Kartierung als bei kleineren Kindern, Erwachsenen oder auch bei Alterspatienten (idem 1994e).

Für kleinere Kinder – Alter drei bis sieben Jahre – ist das Szenomaterial (Staabs 1964), die „Puppenkiste“ oder die „Puppenstube“ (Petzold 1972e, 1987a) und das Zeichnen sozialer Netzwerke in symbolisierender Form *durch* das Kind (bei Drei- bis Vierjährigen oder Entwicklungsverzögerten *mit* dem Kind bzw. *für* dieses) eine sehr gute diagnostische Möglichkeit, einen Teil der angesprochenen Informationen zu erhalten. Die Technik der „Familie in Tieren“ (Bremm-Gräser 1970) haben wir als Anregung genommen, soziale Netzwerke und ökologische Kontexte kleiner Kinder zu explorie-

ren. So verfügen wir über vielfältige Instrumente, ein Bild von der Lebenswelt des Kindes zu gewinnen. Wir machen derartige Kontexterkundungen zu einem Schwerpunkt unserer initialen diagnostischen Bemühungen.

8.1 Clara im „Land der Tiere“ – integrative, sozial-ökologische Therapie mit dem Netzwerk und der „social world“ einer Fünfjährigen

*Clara** wird von ihrer Mutter in eine psychomotorisch orientierte Kinderpsychotherapie gebracht, weil sie es „mit dem Kind nicht mehr aushält!“ und *Clara* schon einmal psychomotorisch behandelt worden war. Die Fünfjährige hat Dunkelängste, ist extrem aggressiv, verkrampft sich leicht und näßt und kotet bei ihren Wutausbrüchen gelegentlich ein. Unlängst mußte sie aus dem Kindergarten genommen werden, weil sie andere Kinder schlug und verletzte. Im Sozialkontakt in der Familie ist *Clara* schwierig. Im engeren Netzwerk (Nachbarn, Nachbarskinder) ist man dem Kind gegenüber sehr ambivalent. *Clara* wurde fünf Wochen vor Termin geboren. „Sie wurde mir sofort weggenommen, in den Brutkasten, und dann war es eigentlich nur noch schwierig!“ Das Kind hatte – so berichtet die Mutter – eine leichte Spastik. „Die tritt aber kaum noch auf!“ wie sie hinzufügt, „nur bei ihren Wutanfällen!“ Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns war sie für uns jedenfalls bewegungsdiagnostisch nicht mehr objektivierbar. Dysfunktionale, verkrampfte Gangbewegung unter Streß – wenn *Clara* wütend war – haben wir nicht als „spastisch“ klassifiziert. *Clara* hatte bis zum 20. Monat unregelmäßig krankengymnastische Behandlungen bekommen (wahrscheinlich nach *Vojta* 1981), in die die Mutter einbezogen wurde, die mit dem Kind „täglich üben sollte“. *Clara* ist von der Intelligenz her normal entwickelt. Beide Eltern lieben das Kind sehr, sind aber über *Claras* Verhaltensprobleme „völlig resigniert“. „Wir wissen nicht mehr, was wir noch machen sollen. Die Kinderärzte konnten uns mit den Problemen auch nicht richtig helfen!“ Beide Eltern waren zur Beratung gekommen. Der Kontakt war gut, und es zeigte sich eine große Kooperationsbereitschaft. Die pädiatrische, neurologi-

* Das Fallbeispiel wurde anonymisiert.



Abb. 8: Claras „Land der Tiere“

sche und psychomotorische Diagnostik wurde in zwei Terminen in der pädiatrischen Ambulanz durchgeführt und ergab keine somatischen Befunde.

Die therapeutischen Erstkontakte mit dem Kind wurden als „Spielsituation mit der Mutter“ im Therapieraum und als Hausbesuch zum Abendessen als „Gast der Familie“ gestaltet. Die Möglichkeiten der sozioökologischen Diagnostik „in vivo“ waren mit Blick auf das Interaktions-Kommunikationsverhalten sehr ergiebig. Das Kind war in beiden Situationen unruhig und schwierig. Jedesmal gab es Tränen, wütendes Schreien von seiten des Kindes und angestrenzte Bändigungsversuche von seiten der Eltern. Um so erstaunter waren wir (Therapeut und Psychomotoriktherapeutin in Ausbildung), in den ersten Einzelkontakten mit *Clara* von seiten des Kindes eine gute Kooperation in den angebotenen Spielsituationen zu erhalten. *Clara* malt gerne und erzählt dabei vor sich hin oder hört auch gerne Geschichten, die wir beim Spielen erzählen.

Zur Exploration der Netzwerksituation verwenden wir in einer Stunde die Technik „Land der Tiere“. Dabei schlagen wir dem Kind vor, alle wichtigen Leute, die es kennt, seine Familie, seine kleinen und großen Freunde, Nachbarn, Onkel oder Tanten – natürlich auch Haustiere – einmal hinzumalen. Wir bieten bei dieser Technik ein großes Blatt Papier und Wachsmalblöcke an und stimmen uns in spezifischer Ausrichtung auf das jeweilige Kind ein, so daß derartige Induktionen durchaus eine gewisse Variationsbreite haben.

„*Clara*, warst du schon einmal im Zoo?“

„... schon soo oft! (hält die linke Hand hoch) ... bei den Elefanten.“

„Dann weißt du ja, wie das Land der Tiere aussieht.“

„Wie im Zoo ...“

„Na so ungefähr. Nur im Land der Tiere, da ist kein Tier im Käfig, da laufen alle durch die Gegend. Manche spielen ganz schön zusammen, manche zanken sich, manche schlafen, manche essen.“

„Wo ist denn das ... wo?“

„Wenn man träumt, dann kann man dahin gehen, und wenn man ein bißchen zaubern kann, dann kann man alle Leute mitnehmen, die man kennt.“

„Ich träum' ja nicht, ich schlaf' so schlecht ... kann gar nicht schlafen.“

„Aber wir können eine Geschichte machen, wenn man Geschichten macht, kann man auch ins Land der Tiere gehen. ... Ich habe

hier einen Zauberstab, und dann können wir schauen, wen du alles mitnehmen willst. Wenn du den Zauberstab hochhältst und ein Tier sagst, dann male ich dir eins. Du kannst für jeden, den du mitnehmen willst, ein Tier sagen, und du kannst auch selbst welche malen. Wen nimmst du denn zuerst?"

„Den ... den Daniel, die Bärbel und die Petra (Nachbarskinder) ..., aber die Mutter von der nicht, ... die nicht.“

„Und von deiner Familie?"

„Die auch nicht ..., aber die Omi kommt mit, die ist eine ‚Putzhenne‘, die ist immer so lieb!“

„Was soll denn der Daniel sein und die Petra?"

„Der Daniel ... der darf ... der ist ... Hund und die Bärbel und Petra eine Katze.“

„Willst du den Hund und die Katze malen?"

„Mach' du das!“

„Mit welcher Farbe denn? Du kannst ja auch noch was dran malen!“

Ich male die verschiedenen Personen-Tiere nach Anweisung von Clara (Abb. 8). Daniel wird als ein großer, böser Hund, wie ein Wolf gemalt, der heult (rot). Die Nachbarskinder werden ein kleiner Hund (blau) und eine Katze (grün). Die Umrißzeichnungen werden von Clara ausgemalt, bedächtig mit kräftigem Druck, so daß kräftige Farbflecken entstehen. Die ‚Putzhenne‘ malt sie selbst: schwarz und rot, ebenso wie ihren Teddy (dunkelbraun und gelb) und ihren Legokasten (rot/schwarz).

„Und du selbst? Was für ein Tier willst du denn werden?"

„ ... eh ... ein Hund und Elefant.“

Auf Claras Anweisung und mit Claras Hilfe entsteht ein großer Elefant, der ganz grün ist und einen roten Hundeschwanz hat und ein Halsband. Er steht über den Kindern, unter sich den Teddy und den Legokasten. Den Wolfshund hat er vor den beiden riesigen Stoßzähnen.

„Und ich, kann ich da auch mitkommen? Und was für ein Tier soll ich dann sein? Und wo willst du mich da stehen haben?"

„Du bist auch ein Hund-Elefant. Du muß da stehen (zeigt auf die Ecke des Papiers, rechts oberhalb der anderen Gruppe).“

Ich erhalte eine schwarze Umrißzeichnung zugewiesen, die aber nicht ausgemalt werden darf, mit grünem Hundeschwanz. Von meiner Position aus kann ich auf die ganze Szene sehen und stehe

Clara im Rücken. Um noch mehr über die Primärfamilie zu erfahren, schlage ich vor:

„Die Mama und der Papa und noch andere Leute, die kann man ja doch mit ins Tierland nehmen. Man kann sie ja in eine Ecke malen, so daß sie nur da bleiben (Claras Gesicht wird ärgerlich). Vielleicht hinter einem Zaun?“

„Die kommen in den Zoo!“ Es muß ein anderes Blatt genommen werden.

Wir malen einen Zoo mit dem Vater als Brummbar (schwarz mit roten Augen, größer als der Hund-Elefant), die Mutter als Brummbar (gelb, mit blauen Augen und teilweise schwarzer Umrißzeichnung und einem großen schwarzen Punkt im Bauch), der Opa wird Hahn, der ziemlich bunt ausgemalt wird. Hinzu kommt noch eine Kindergartentante, die als Schwein dargestellt wird (schwarz, mit grünen Punkten ausgemalt). Der Zoo wird mit einer dicken Mauer umzogen (schwarz). In das Tierland auf dem ersten Bild werden noch Bäume und Blumen eingemalt und auf Claras Anweisung noch einen Teich. Der Zoo auf dem zweiten Blatt bleibt ohne Pflanzen. Eine Geschichte entsteht, die gemeinsam erzählt wird, in der die Kinder-Tiere noch einen Wassergraben um den Zoo machen, so daß keine der Zoo-Tiere raus können. Dann meint Clara plötzlich, daß Daniel blöde sei und sie keine Lust mehr habe weiterzumachen. Sie wird unleidlich und beginnt aggressiv zu weinen.

„Komm, wir machen was anderes, wir packen das Bild jetzt weg. Wir können uns das ja wieder holen!“

Wir spielen noch etwas mit Legosteinen, und dann wird Clara abgeholt.

Das Bild „Im Land der Tiere“ wird noch zweimal in der Therapie aufgegriffen. Einmal wird eine lange Geschichte gemeinsam erzählt, das andere Mal anderen lasse ich Clara zu jedem Tier etwas berichten – Geschichtenerzählen und / oder -spielen ist ein wichtiger methodischer Ansatz in unserem Verfahren (Petzold 1969b, 1972b, 1987a). Die Struktur des sozialen Netzwerkes wird durch das ganze Prozedere sehr deutlich und bestätigt die projektiv-symbolisierende Aussage der Darstellung. Vater und Mutter werden als bedrohlich erlebt. Sie bilden dem schwierigen Kind gegenüber eine Koalition, die beständig diszipliniert. Die Kindergartentante ist nur blöde und doof. Die Oma ist die „protektive Figur“ (Petzold 1972e). Auch der Therapeut, mit dem eine positive Identifikation besteht (zwei

Hund-Elefanten) ist eine Schutzfigur. Die Nachbarskinder werden als ambivalent erlebt, sie spielen mit Clara zusammen, bilden gleichsam ein „Rudel“, sie zanken sich aber auch, und es kommen die aggressiven Komponenten in der Farbe und der Darstellung zum Tragen. Diese heftigen Qualitäten schlagen aber auch wieder schnell um.

In der familienanamnestischen Arbeit mit den Eltern wird immer wieder betont, daß das Kind „schon als Baby schwierig war“ und es da schon „Auseinandersetzungen“ gab. „Clara schrie viel und sträubte sich immer, beim Füttern, beim Wickeln, später beim Kämmen,“ so die Mutter. Alles deutet darauf hin, daß Clara ein „schwieriges Temperament“ hatte (Zentner 1993a, b). Die Eltern sind seit Jahren mit dem Kind „überanstrengt“ (Petzold 1996).

Mutter: „Die haben es durch die Nase ernährt, und es war die erste Woche ganz weg von mir. Ich hab es auch nicht stillen können.“ Auf dem Gesicht zeigt sich Trauer.

Die ganze Belastung der Frühgeburt und der Krankenhauserlebnisse, die damit verbunden waren, kamen nochmals auf, und es wurde Trauerarbeit möglich, Trauerarbeit über das bedrückende Faktum, daß es keine unbelastete, glückliche Mutter-Säuglingszeit gab, wie bei all den anderen Müttern in ihrer Bekanntschaft. Auch der „vikarielle Streß“ als sekundäre und *partizipative Traumatisierung* (ibid.; Petzold, Petzold 1996) kam noch einmal auf, die innere physische und psychische Belastung von Eltern, wenn sie die körperliche Not ihres frühgeborenen Kindes miterleben – wieder und wieder. Das zeigt sich auf ihren Gesichtern, in ihrer Haltung, ihren Verspannungen, denn sie nehmen Schmerz, Spasmen, Dystonien leibhaftig auf (vgl. Lehrfilm *Beek, Hoek, Petzold* 1995). Wir finden hier Frühgeburt als ein „kritisches Lebensereignis“, vielleicht als ein traumatisches (van der Kolk et al. 1996), das viele „adversive events“ im Gefolge hat. Deshalb ist in der kindertherapeutischen Behandlung immer auch eine Bearbeitung der Situation der Eltern als Hilfe in der Aktuelsituation oder als nichtsprachliche Bearbeitung der „vikariellen traumatischen Erfahrung“ wesentlich um posttraumatische Streßstörungen (PTSD) und ihre Folgen (*hyperarousal, numbing, gestörter Sozialkontakt, Erosion der persönlichen Tragfähigkeit und malignen Burnout* – z.B. bei Eltern oder Pflegepersonal) zu verhindern (Petzold, Petzold 1996).

In dem Bild „Im Land der Tiere“ und dem damit verbundenen Gestaltungsprozeß werden zu den vorhandenen medizinischen

spezifische diagnostische Informationen (Osten 1994, 1995; Althen 1991; Petzold, Orth 1994a) für die Psychotherapie gewonnen, die mit anderen diagnostischen Instrumenten, dem fokussierten Elterngespräch, der Familienanamnese, der standardisierten Diagnostik (ICD-10), ein recht komplexes Bild des Kindes in seinem „social support system“ ergibt.

Das soziale Netzwerk von Clara ist recht problematisch. Auf der Ebene der „Spielgefährten“, der „kleine Freunde und Freundinnen“, finden wir hohe Ambivalenzen, die wesentlich durch Claras unkontrollierte Agressionsausbrüche verursacht werden. Die Nachbarkinder wollen oft schon gar nicht mehr mit ihr spielen. Auf der einen Seite wird eine gewisse Kohäsion signalisiert – die Gruppe der Tiere spielt miteinander –, aber sie kämpft und streitet auch in aggressiver Weise, wobei sich Clara eine starke und aggressive Figur gibt. Die „Putzhenne“, die Großmutter, scheint die einzige stabile und im Hinblick auf Wechselseitigkeit (Petzold 1986h, 1991b) im emotionalen Bezug zuverlässige Person zu sein, was von der Mutter bestätigt wird. Clara hatte in ihrem „convoy“ zwar einen „significant caring adult“ (idem et al. 1993; Rutter 1985), aber ihre engsten Bezugspersonen, die Eltern, waren trotz aller Mühen nicht in der Lage, mit dem „schwierigen Temperament“ und der eventuell durch die verfrühte Geburt und die klinische Frühbehandlung (Sondenernährung, häufige Blutentnahme, intensivmedizinische Untersuchungen und Behandlung) verursachte Dysästhesie und Hyperarousal-Tendenz (van der Kolk 1994) und der damit verbundenen Berührungsempfindlichkeit (van Beek, Samson 1994; Petzold et al. 1994a) umzugehen. Mangelhafte ärztliche und psychologische Beratung der Familie, insbesondere „Temperamentsberatung“ (Zentner 1993, 1994), haben die Karriere dieses Kindes und seines „convoys“ problematischer verlaufen lassen, als dies notwendig gewesen wäre. Entlastung der Eltern, insbesondere der Mutter, eine methodische Stützung in der Handhabung des Säuglings, der ein „gaze averter“ (Keller, Gauda 1987) war, hätte ein besseres „handling“ des „non-optimal functioning babys“ (Petzold et al. 1994a) ermöglicht und eine negative Interaktions-Kommunikation-Karriere (ibid.) mit den engen Bezugspersonen des „convoys“ vermieden.

„Ich bekomme mit dem Kind nie richtig Kontakt. Sie hat mich schon als Baby nie richtig angeschaut und auch jetzt, wenn ich was von ihr will oder die kommt mal von selbst ... also ... die schaut mich nie richtig an!“ so die Mutter.

Die Frustration über fehlende Blickdialoge in den Eltern-Kind-Beziehungen sind ein bekannter Belastungsfaktor für Eltern. Besonders, wenn – wie in diesem Fall – das Kind erwünscht, ersehnt und geplant war und von seiten beider Eltern „viel in das Kind investiert“ wurde, um die frühen Komplikationen auszugleichen. Für Clara ist eine Tragik darin zu sehen, daß sie die vorhandene Intensität der emotionalen Zuwendung, die beide Eltern trotz immer wieder auch aufkommender Resignation und Überlastung haben, nicht erleben und annehmen kann. Sie gerät dadurch in einen permanenten *Konflikt*, da die wohlmeinenden und auch notwendigen Förderabsichten und -maßnahmen der Eltern von Clara als Druck erlebt werden, gegen den sie sich auf ihre Weise zur Wehr setzt. Bei Personen, die derartige „*social affordances*“ nicht anbieten – die Großmutter und die Therapeuten z.B. – erfolgt auch keine Inszenierung des Konfliktes in der Beziehung. Im Gegenteil, es wird von seiten des Kindes die Situation für das *display* anderer, in ihrem Repertoire auch vorhandener Interaktions- bzw. Beziehungsvarianten genutzt. Hier wird es aber wesentlich zu reflektieren, ob nicht von seiten des Therapeuten das Konfliktthema – überwältigende Ansprüche der Eltern/Erwachsenenwelt, gegen die sich das Kind massiv wehrt – vermieden oder zu lange aus dem Kontext der therapeutischen Beziehung herausgehalten wird (und wenn ja, warum?). Die damit implizierte Festlegung auf die Eltern als „die Bösen“, wäre eine problematische Folge. Es wurde indes bewußt die Entscheidung getroffen, nicht die Konfliktthematik zu *konstellieren*. Beim „*display*“ der entsprechenden *affordance* – z.B. der Anforderung, des „sanften Zwanges“ – hätte Clara die gleichen Formen des Problemverhaltens produziert, wie es in allen Beziehungen (die Großmutter ausgenommen) konstelligiert wurde. Das Ermöglichen einer Alternative, die Sensibilisierung des Kindes für andere *affordances*, der Spielraum für andere *effectivities* erschien uns wichtiger, zumal wir bei den kooperationsbereiten Eltern die Möglichkeit hatten, die Konflikte am *Realort*, in der Eltern-Kind-Beziehung, bearbeiten zu lassen. Elternberatung und *Transferarbeit* waren hier für uns die besseren Wege, wobei, wenn das Konfliktthema sich stark reinszeniert hätte, dieses auch in der Therapie bearbeitet worden wäre.

Ich möchte an dieser Stelle nochmals unterstreichen: Bei vielen Kindern (und Erwachsenen) findet sich *kein generalisierter* Reinszenierungsmechanismus biographisch bestimmter Konfliktkonstellationen. Ihre Verhaltensmöglichkeiten sind dif-

ferenziert. Übertragungen kommen nicht „automatisch“ auf. Sie werden oft „konstelliert“, wie man in der Supervision von multidisziplinären Teams immer wieder beobachten kann. Bei klientenzentrierten, behavioral oder systemisch orientierten Therapeuten tauchen Übertragungsreaktionen (z. T. in der Arbeit mit dem gleichen Patienten – psychodynamische Einzeltherapie, behaviorales Rollenspiel in der Gruppe) deutlich weniger auf, als bei psychodynamisch orientierten Therapeuten, ohne daß man sagen könnte, die Behandlung wäre weniger effektiv (das Gegenteil ist oft genug der Fall), weil andere Zugangsweisen und Wirkfaktoren (Petzold 1994g) zum Tragen kommen. Verhaltenserwartungen und Formen der Beziehungsstrukturierung spielen offenbar eine immense Rolle. Patienten nutzen die Möglichkeit zu alternativen Performanzen und Beziehungsmöglichkeiten (von älteren Kindern und Jugendlichen habe ich oft gehört: „Endlich mal ‘ne Möglichkeit, normal zu reden. Zu Hause geht das einfach nicht!“).

Auf ein Problem sei noch hingewiesen. Bei intensiver Elternberatung können sich – wie bei *Claras* Mutter geschehen – auch Übertragungen zum Therapeuten hin entwickeln, der dann gegebenenfalls von der regressiv-hilflosen Mutter und von ihrem Kind Vaterübertragungen erhält. Theoretisch konsequent überdacht, wirft eine solche Konstellation größte Schwierigkeiten auf (*Ferenczis* Verstrickungen mit Mutter, Tochter und aller drei mit „Vater Freud“ sind ein berühmtes Beispiel). Da aber die Mehrzahl der im klinischen Kontext – etwa der Kinderpsychiatrie – so arbeitenden Therapeuten diese Konstellationen nicht problematisieren, funktionieren sie offenbar schlicht und einfach und zumeist ganz gut, eben weil alle Beteiligten über flexible Möglichkeiten differentieller Beziehungsgestaltung verfügen.

Mit Blick auf die Wirkung unterschiedlicher therapeutischer Zugangsweisen sei nochmals hervorgehoben, daß „*significant caring adults*“ als der wichtigste protektive Faktor im Leben von Kindern gelten (Petzold et al. 1993; Rutter 1985). Zugewandte, kindgemäß arbeitende Therapeuten profitieren von diesem Faktum in der Regel – allerdings nicht immer. Hier ist zu beachten: Es zählt nicht nur ihre faktische Präsenz, die geleistete emotionale Unterstützung der Schutzperson, sondern es ist darauf zu achten, ob das Kind die Liebe, das „*caring*“ wahrnehmen und als solches werten und annehmen kann. „*Perceived caring*“, „*perceived support and acceptance*“ etc. sind zusammen mit dem „*positive appraisal*“ des wahrgenommenen Bestands (vgl. Bd. 1, Teil I, Abb. 4, Legende) ausschlaggebend dafür, daß die faktisch vollzogenen Handlungen der Unterstützung und Zuwendung auch in positiver Weise zum Tragen kommen können und nicht konflikthaft werden.

Ein wichtiger Teil der Therapie zur Seite der Eltern von *Clara* hin war Beratung, die ein Verständnis für die Zusammenhänge, die Schwierigkeiten des Temperaments (Zentner 1994), die Karriere nicht-optimaler Interaktionen eröffnen sollte und für die *Konfliktodynamik* – Förderung und Sorge als belastender Anspruch und Forderung –, um Entlastung und andere Verhaltensmöglichkeiten dem

Kind gegenüber zu erreichen sowie Hilfen zu bieten, mit den eigenen Frustrationen besser umgehen zu können. Förderlich war hier die Verwendung von Videoreplay zur Analyse und als Feedback, wofür die zu Forschungszwecken gefertigten Aufzeichnungen dienten.

In der Mutter-Kind-Beobachtung zeigte sich z.B., daß bei „ostentativem“ Wegwenden des Kopfes durch *Clara* der Mutter „das Gesicht herunterfiel“, d.h. daß sie auf diese „social affordance“ mit Mimik von Resignation und Frustration reagierte. Die Mikroanalyse der Videoaufzeichnung aber ergab, daß *Clara* nur das Gesicht, nicht aber den ganzen Blick abwandte. Dann aber, bei der Veränderung der im Initialkontakt zunächst freundlichen mütterlichen Mimik hin zur Verstimmtheit wurde auch der trotz abgewandter Schrägstellung des Gesichtes noch kurz „anwesende“ Blick wegwendet. Mikroanalysen nonverbalen Verhaltens anhand von Videoaufzeichnungen sind nicht nur für Forscher, sondern auch für Therapeuten äußerst aufschlußreich. Die familientherapeutische Praxis der Supervision anhand von Videoaufzeichnungen beginnt sich nur allmählich auch in anderen Settings durchzusetzen. (Der Autor hat über Jahre videogestützte Supervisionen im Therapeutenteam des Berner Psychotherapieforschungsprojektes [Grawe et al. 1990c, d] als Gastprofessor durchgeführt.) Werden derartige Aufzeichnungen mit den Betroffenen (hier der Mutter) angeschaut, sind sie auch für die Planung alternativer Verhaltensformen sehr nützlich. Mutter und Tochter zeigen subtile Verhaltensmuster, die als „social affordances“ gewertet werden können, in denen entsprechende, eingeschliffene und dysfunktionale „effectivities“ (Petzold et al. 1994a) erhalten sind, die zur *Performanz* kommen. Da es sich um komplexe Interaktionssequenzen handelt – die Interaktion läuft ja weiter – sind diese Begrifflichkeiten aus der sozioökologischen Theorie in der Tradition Gibsons (ibid.; Reed 1988; Valenti, Good 1990), die Kontext und Handlung nicht trennt (*affordance* umfaßt beides), ein besserer referenztheoretischer Rahmen, als nur von Stimulus-response-Konstellationen im behavioristischen Sinne auszugehen. Es liegen überdies neben der *behavioralen Performanz* ja auch *repräsentationale Muster* von variierender, entwicklungsgebundener Komplexität vor, die mit dem offenen *display* des Verhaltens verbunden sind: die Repräsentation der Mutter von ihrem Kind, die Repräsentation des Kindes von seiner Mutter, die jeweilige Repräsentation der beiden über ihre Formen der Interaktion (vgl. Bd. 1, Teil I, Abb. 6),

welche dazu führen können, daß der situative Kontext (z.B. das Kinderzimmer) oder der Gegenstand (G in Abb. 6) der Interaktion (z.B. ein Spielzeug) oder die Funktion (F) der Interaktion (etwa das Aufräumen des Kinderzimmers) ständig durch Störeffekte „habitualisierten Mißverstehens“, durch emotionale „mismatches“, durch fehlende interaktive bzw. kommunikative „fits“ beeinträchtigt wird, dergestalt, daß sich Perception-action-cycles (PAC) oder Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspiralen (WVH) nicht organisch vollziehen können (vgl. Bd 1, Teil I, Abb. 5 und 6).

8.2 Clara mit ihrer sozialen Kernzone

Es war für den Therapeuten immer wieder eine Frage, wie er in optimaler Weise Claras Mutter an der Behandlung beteiligen und wie er die Beziehung zu ihrer Mutter in angemessener Weise gestalten könne, denn natürlich kamen Übertragungen auf. Mißtrauen, Konkurrenzgefühle wechselten bei der Mutter mit Idealisierungen. Der Therapeut wurde zum einen als eine „andere Mutter“ gesehen, die es besser macht, die versucht, das Kind „abspenstig“ zu machen, zum anderen aber als ein „idealer Vater“, von dem man Rat und Hilfe erhält, der den richtigen „Durchblick“ hat (und es natürlich viel besser macht als der eigene Ehemann). Zuweilen kommen auch Vater-Tochter-Qualitäten in der Beziehung auf. Die Mutter holt sich Rat beim guten, verständnisvollen Vater. Sie nimmt in ihrer Überforderung selbst eine Kindrolle ein, gibt Verantwortung ab, und dies zum Teil in einem Maße, daß die Wahrnehmung ihrer eigenen Mutterrolle beeinträchtigt wird. All diese Beziehungskonstellationen und Qualitäten mit ihren Übertragungs- und Gegenübertragungsanteilen (*Resonanzen*) mußten berücksichtigt werden und wurden zum Teil angesprochen, zum Teil gedeutet, zum größten Teil aber dadurch gehandhabt, daß der Therapeut sich bemühte, in seinem Sozialverhalten, in seinen Interaktionsformen und -qualitäten andere „social affordances“ bereitzustellen, indem er, wurden die Tochterübertragungen von seiten der Mutter zu intensiv, in der nächsten Sitzung stärker aus der Rolle des Familienberaters die Kompetenz der Mutter als Erzieherin ihrer Tochter „anfragte“. Im offenen Verhalten zeigte sich dies durch Informationsfragen und einer signalisierten Bereitschaft, ihre Antworten aufzunehmen. Bei den Interaktionen habe ich mich in der „inneren Haltung“ (vgl. Bd. 1,

Teil I, Abb. 6, auf die sich auch die im folgenden Text gebrauchten Siglen beziehen) auf die kompetenten Seiten der Mutter gerichtet, indem ich mir die eine oder andere Situation vergegenwärtigte, in der wir gute Gespräche über die Situation des Kindes und über Erziehungsfragen hatten. Durch die Veränderung des Fokus auf der repräsentationalen Seite (des „Bildes“, das ich von der Mutter und der Interaktion mit ihr [sI] hatte) und der Interaktionsseite (der Art und Weise unserer offenen Interaktion [oV] im Vollzug) waren andere Möglichkeiten für das „*interplay of affordances and effectivities*“ gegeben, und es veränderte sich die Übertragungsqualität.

Wir haben mit dieser Vorgehensweise eine hervorragende Möglichkeit, Übertragungen besser zu handhaben, insbesondere, wenn wir diese Zusammenhänge auch noch besprechbar machen und eine Transparenz über den Zusammenhang von inneren Vorstellungswelten [RM] und offenen Verhaltensweisen [oV] herstellen, denn genau diese Prozesse galt es ja auch in der Beziehung der Mutter zu ihrer Tochter handhabbar zu machen: Wenn eine Veränderung der Beziehungsqualität ermöglicht werden soll, muß die Mutter ihre innere Einstellung (d h. ihre dominierenden Repräsentationen des Kindes [B] und der gemeinsamen Interaktionen [I]) sowie ihre Absichten [AI], ihren gedanklichen Vollzug [sI] und ihre äußeren Verhaltensweisen in der Interaktion [oV] verändern. Das Erklären dieser Zusammenhänge – es wurde dabei „Theorie als Intervention“ verwandt (Petzold, Orth 1994) – förderte in der Tat das Verstehen und das Verständnis der Mutter (und bei entsprechender Gelegenheit auch des Vaters). Eine bessere Kooperation und Fortschritte in der Familienarbeit und der Therapie mit *Clara* waren die Folge des interaktionszentrierten Vorgehens.

Die Arbeit an solchen Interaktionsmustern von Mutter und Vater, d.h. an Kommunikation und Interaktion in der *Kernzone des „convoy“*, wurde ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die Eltern lernten, das Lächeln „im Gesicht zu behalten“, auch wenn von *Clara* der Kopf abgewandt wurde. In der Mutter-Kind-Interaktion hat dann der Therapeut, um das Muster des „Abwendens im zweiten Schritt“ zu durchbrechen, durch einen Positionswechsel und einen kurzen Zuruf den Blick dieses Kindes wieder umgelenkt, und zwar in einer Weise, daß die Mutter mit im Gesichtsfeld lag. „Gaze aversion“ und Abwendung des Gesichtes konnten auf diese Weise schon bald dank einer Veränderung der „social affordances“ in der Frequenz verändert werden. In diesem Prozeß war eine Interaktions-

analyse einer im Spielzimmer des Kindes zu Forschungszwecken mit Video aufgezeichneten Spielsequenz mit der Großmutter aufschlußreich, der eine erneute Exploration mit der Technik „Land der Tiere“ vorausgegangen war. Es wurde *Clara* nämlich vorgeschlagen, einmal eine Geschichte vom Elefanten-Hund *Clara* und der „Putzhenne“ zu machen, wobei ich versprach, für sie ein paar Sachen hinzumalen, wenn sie das wolle.

Clara trug mir auf, die Großmutter „ganz schön zu malen“, und sie suchte sich ein sehr großes Blatt aus. Ich erhielt dann noch zahlreiche Anweisungen, bis die „Putzhenne“ richtig war. Dann forderte ich *Clara* auf:

„Und du, wo willst du dich hinmalen? Mal dich doch selbst einmal hin!“

Clara überlegt ein bißchen und malt ein Oval mit einem schwarzen Stift, ein Ei, direkt neben die Henne:

„Da bin ich drin ...“ – Sie lacht.

„Willst du denn nicht malen, wie du da drin bist?“ – *Clara* schüttelt den Kopf.

„Soll ich dich da drin einmal malen?“ – *Clara* schüttelt den Kopf und lacht.

„Dann erzähl’ mir mal, wie es da drin ist.“

„Ganz toooolll, ganz toll warm.“

„Da kann dir nichts passieren!“

Clara wendet ihr Gesicht abrupt ab. Es schießt in ihr offenbar ein Gefühl hoch. Die *Kontextdeutung* (Petzold 1988n, 338, 3. Aufl. 1996) hat sie offensichtlich getroffen. Ich rechne – wie in anderen Fällen – mit der kurzen, aber heftigen Wutreaktion, doch das Kind wirft sich plötzlich an mich, kriecht in meinen Arm, wo es eine Zeit lang liegenbleibt, sich ankuscht. Dann sagt sie:

„Du bist wie die Omi!“

Die Interaktionsanalyse von im Forschungskontext erstellten Videoaufzeichnungen mit den Spielszenen zwischen *Clara* und der Großmutter zeigt nun, daß diese 61jährige Frau beständig *benannte*, was das Kind *tat*, welche Gefühle es zeigte, und das in einer eher beschreibenden, nicht wertenden Art und Weise. In der Regel wurden die Handlungsäußerungen des Kindes in dieser Weise akzeptiert, zuweilen wurden auch klare Abgrenzungen gesetzt, die von *Clara* gut angenommen wurden. Bei einem wütenden „in die Haare

greifen“, z.B. in der Form: „Das tut mir weh! Ich will das nicht! Du bist jetzt wütend, zieh die Susi [Puppe] am Haar, aber mich nicht! Du bist ganz einfach wütend, *Clara*. Ich seh das, aber *ich* will das nicht!“

Bei einer fröhlichen Spielaktion hört sich ein Textausspruch so an: „Da lachst du, *Clara*! Das macht Spaß! Kind, hab ich Spaß! Auch die Susi lacht und der Hans [Teddy] ... macht das Spaß!“ – Die Äußerungen sind von Kichern und Lachen der beiden unterbrochen.

Videoanalysen oder – im Praxiskontext oft leichter zu bewerkstelligen – Life-Beobachtungen der Interaktion von Kindern mit verschiedenen Bezugspersonen sind für die Erschließung des Potentials von Beziehungsmöglichkeiten und für die Planung, Ausrichtung und gegebenenfalls Korrektur des eigenen Beziehungsangebots in der Therapie äußerst nützlich.

Ich stellte z.B. fest, daß auch ich im Umgang mit *Clara* gleichfalls sehr viele affirmative Äußerungen „ins Spiel bringe“, denn Spielaktivitäten sind das Zentrum dieser Therapie. In dieser Hinsicht haben es Therapeuten natürlich viel einfacher als Eltern oder Erzieher, die mit dem Kind in einem unmittelbaren Lebenszusammenhang stehen, in dem sie beständig im vitalen Bereich (Essen, zu Bett gehen, Schutz von Gegenständen, Aufräumen, die Notwendigkeit, eigene Arbeit ungestört zu tun, Fernsehen, Erteilen von kleinen Aufträgen etc.) in einer Weise Grenzen zu setzen oder notwendige Ansprüche durchzusetzen haben und dabei Widerstände auslösen, die äußerst schwierig sein können und mit der Handhabung der Interaktion in der therapeutischen Situation kaum vergleichbar sind. Es ist relativ einfach, als Kinderpsychotherapeut ein schwieriges Kind gut „handhaben“ zu können, vergleicht man dieses Setting mit der Situation von Eltern, es sei denn, man bringt in unbewußter Übernahme elterlicher Sorgen und durch innerliche Beifügung dramatischer therapeutischeideologischer Szenarien über die „Schwere der Schädigung“ des Kindes (*Petzold, Orth 1995a*) soviel an „problem-affordances“ in die Interaktionssituation mit dem Kind, daß sich bei diesem „problem-effectivities“ konstellieren und es schwieriger wird, als es sein müßte.

8.3 Exkurs: „Schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“

Die klinische Beobachtung zeigt, wenn sie das Familiensystem einbezieht, daß der Transfer von positiven Interaktionsqualitäten aus der „Einzelbehandlung“ von Kindern, die durch ein gutes „*match*“ der Therapeut-Kind-Dyade zustande gekommen sind, in das soziale Außenfeld des Kindes äußerst schwierig und oftmals nicht erfolgreich ist. Viele Schwierigkeiten im Interaktionsverhalten dauern innerhalb des sozialen Netzwerkes an. Negative Einwirkungen (Schimpfe, Schläge, Abwertungen, destruktive Attributionen) zum Kind hin persistieren. Daß dennoch Symptombesserungen erfolgen, geschieht wohl dadurch, daß in einer gelingenden Kindertherapie *protektive Faktoren* zum Tragen kommen (Petzold et al. 1993): Es ist ein „*significant caring adult*“ (ibid. 198) vorhanden, und die Therapie vermittelt „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ (ibid. 220, idem 1969c, 12). Es wird hiermit ein in der Kindertherapie aller Schulen als „Schutzfaktor“ benanntes oder impliziertes Konzept herausgestellt. Winnicott (1972) sprach von „*potential space*“, Bowlby (1979) und die Attachmenttheoretiker sprechen von „*secure base*“, Ferenczi (1929) von den „Segnungen einer normalen Kinderstube“, Axline (1947) von der „*warm and friendly atmosphere*“. Anna Freud unterstrich für die Behandlung schwergestörter Kinder: „Was bei diesen Patienten therapeutisch wirkt, ist die geduldige, teilnehmende, durch nichts gestörte Zuwendung des Erwachsenen“ (A. Freud 1965/1968, 208). Es sind dies Qualitäten der „schützenden Inselerfahrung“, die Nitzka Katz-Bernstein (dieses Buch) in der „Integrativen Therapie“ unter das Konzept des „*safe place*“ faßt, das sie methodisch in besonderer Weise vertieft hat. Ich habe folgende Momente herausgestellt:

„Als ‚schützende Inselerfahrungen‘ und als ‚gute Zeit‘ bezeichnen wir in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einen ‚sicheren sozialen und physikalischen Ort‘, der dem Kind das Erleben einer ‚guten Zeit‘ von Zuwendung, Wertschätzung, Sicherheit, Geborgenheit und Freiheit ermöglicht. Dazu sind erforderlich: Bezugspersonen, die wertschätzend, eindeutig und liebevoll mit dem Kind umgehen, ein physikalischer Raum – Spielecke, Kinderzimmer, Spielplatz, Station, Wohngruppe –, der dem Kind Entfaltungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bietet, der nicht einengt, einen hohen Aufforderungscharakter hat und ihm und den anderen Kindern und Jugendlichen seines sozialen Netzwerkes ungestört zur Verfü-

gung steht. Wo immer solche Räume bereitgestellt werden, sei es in der Therapie, einer Pflegefamilie, einem Heim, einer Wohngruppe oder einer therapeutischen Wohngemeinschaft, können wir davon ausgehen, daß ‚schützende Insel-Erfahrungen‘ gemacht und ‚gute Zeiten‘ erlebt werden, die, selbst wenn sie nur von vorübergehender Dauer sind, die Chance des Weiterwirkens haben“ (Petzold 1969c, 16).

Das Konzept der „schützenden Inselerfahrungen und guten Zeiten“, das in der Arbeit mit Heimwehreaktionen im pädagogischen Kontext einer „Deutschen Schule im Ausland“ entdeckt (Petzold 1968c) und dann in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inauguriert wurde (idem 1969b, c; Petzold et al. 1993, 218) geht davon aus, daß „Kontext und Kontinuum“ von lebendigen Wesen als „diskontinuierliche Kontinuität“ erfahren werden. Leben ist gemeinsamer „Erlebensraum in zeitlicher Erstreckung“, ständigen Wandlungen. Ausgehend von wechselnden Örtlichkeiten, Personen, Stimmungslagen, Ereignissen, wird die gelebte Zeit (*temps vecu*) in unterschiedlicher Fließdichte und Intensität erlebt (Petzold 1991e). So finden sich Erlebensströme, die die Qualität relativer Durchgängigkeit und *fluency* haben, aber auch Ereignisketten, bei denen „events“ unterschiedlicher Größe, Gewichtung und Wertigkeit aneinandergereiht sind. Oft genug wird ein und dieselbe Zeitstrecke aus unterschiedlichsten Stimmungslagen heraus in beiden Dimensionen erlebbar: kontinuierlich-diskontinuierliche *Erlebnisqualität* (Fließqualität, Ondular-Aspekt) und additive *Ereignisqualität* (Faktenreihung, Korpuskular-Aspekt), wenn man eine solche physikalistische „Modellmetapher“ (vgl. Petzold 1994a) heranziehen will. Beiden Dimensionen kommt Wichtigkeit zu, und es darf weder einer einseitigen Betonung von Kontinuitäten noch einer einseitigen Betonung von partikulären „events“ das Wort geredet werden. Wenn belastenden Einzelereignissen, die immer auch eine zeitliche Erstreckung haben, in manchen Pathogenesetheorien (Traumatheorien) sehr nachhaltige Wirkung zugeschrieben wird, warum nicht ebenso „*protective events*“, die gleichfalls auch eine nachhaltige salutogene Wirkung haben? Alle Einzelereignisse sind aber von anderen „events“ – vorausgegangenen, zeitgleichen und nachfolgenden – umgeben. Deshalb sehen wir Summations- und Konfluxeffekte, multikausale, prolongierte Einwirkungen – *zeitextendierter Streß* sowie länger wirkende *Defizite*, aber auch *gute Lebensstrecken* – als die maßgeblichen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit an, und zwar in der Interaktion dieser drei Dimensionen. Es steht außer Zweifel, daß es

lebensverändernde und lebensbestimmende Einzelereignisse (positive wie negative) gibt, und darauf basiert das Konzept der „*schützenden Inseleerfahrung und guten Zeit*“, das in diagnostischer Hinsicht für das Erfassen von Lebensläufen unter einer longitudinalen Perspektive, die auch protektive und salutogene Einflüsse zu erfassen sucht, wichtig ist, um gezielt vergangene „*schützende Inseleerfahrungen*“ zu nutzen bzw. für den gegenwärtigen Verlauf der Therapie solche gezielt einzuplanen, weil sie Therapie selbst unter dieser Perspektive von „*secure base*“ bzw. „*safe place*“ sieht.

Da Entwicklungsprozesse bei schwer geschädigten Kindern und schwierigen Netzwerksituationen eigentlich eine langfristige Begleitung „im Konvoi“ erfordern – dies kann in der Regel nicht Aufgabe eines einzelnen Therapeuten sein, sondern die einer *Kette karrierebegleitender Hilfsagenturen* (Müller 1994; Petzold, Hentschel 1991) –, da aber oftmals solche Maßnahmen bei Ressourcenknappheit oder mangelnder Kooperation nicht möglich sind, setzen wir auf die gezielte Arbeit mit „*schützenden Inseleerfahrungen und guten Zeiten*“, was auch immer wieder ein spezifisches therapeutisches Vorgehen notwendig macht, etwa bei der Gestaltung von Abschieden, die gut vorbereitet werden müssen und dem Kind vermitteln sollten: Es wird immer wieder auf deinem Lebensweg Menschen geben, die dich gut verstehen und von denen du Hilfe erwarten darfst (Müller 1994; Ramin, Petzold 1987, 3, 99 ff).

Weil Therapie einen solchen „*safe place*“ (Katz-Bernstein, dieses Buch) bereitstellen kann, kommt es zu Wirkungen, und diese sind zu berücksichtigen: Verhalten verändert sich, Symptome bessern sich. Das ist auch für das Außenfeld sichtbar. Derartige Veränderungen haben immer wieder – wenngleich nicht „*automatisch*“ – auch im Außenfeld verändernde Wirkung, abhängig davon, wie wichtig das Kind im *Familiensystem** ist.

* Die systemische Perspektive war für die Integrative Therapie theoretisch und methodisch immer wesentlich (Petzold 1974j, 295 ff), ohne daß die kybernetischen und autopoietischen Moden größere Bedeutung gewonnen hätten. Vielmehr erweist sich ein „*dynamic systems approach*“ (Turvey 1990; Adolph et al. 1993; Turvey, Fitzpatrick 1993; Thelen, Smith 1994; Thelen 1994; Geert 1991) für bestimmte Fragestellungen (sensumotorische Koordination), aber auch „*social systems approaches*“ (Witte 1989, 9f; Luhmann 1984; Parsons 1976; Heil 1992) für andere Fragen (z.B. soziale Netzwerke, vgl. Keul 1993) als sehr nützlich, wenn man sich nicht in Fallstricken der Systemmetapher fängt (Steinbacher 1990, 500 ff; Schiepek 1987, 14 ff). Leider wird in der Psychotherapie und Familientherapie und in den Sozialwissenschaften die Systemmetapher oft in schlechter Analogisierung verwandt, und

Die Veränderung einer wichtigen Systemgröße – wenn man diese *Modellmetapher* verwenden will – bewirkt Veränderung im Gesamtzusammenhang. In Familiensystemen sind dies beileibe nicht immer nur positive, denn der Druck negativer Attributionen kann dem sich verändernden Systemmitglied auch noch vermehrte Schwierigkeiten bringen.

Deshalb ist flankierende Elternberatung oder Familientherapie erforderlich, um positive Entwicklungen zu unterstützen. Wir haben hier im Integrativen Ansatz eigene familientherapeutische Konzepte entwickelt (*Rau*, dieses Buch).

Interventionen „ins System hinein“, wie sie von den verschiedenen Varianten der Familientherapie vorgenommen werden, haben denn auch positive Auswirkungen und es nimmt nicht wunder, daß familientherapeutisch orientierte Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Vergleichsuntersuchungen bessere Ergebnisse zeigen als etwa psychoanalytisch orientierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, für die in der internationalen Literatur kaum Wirksamkeitsnachweise vorliegen (*Heekerens*, dieses Buch; *Märtens, Petzold*, dieses Buch), was nicht nur mit fehlenden Studien zu begründen ist oder mit der Schwierigkeit, kinderpsychoanalytische Prozesse empirisch adäquat zu evaluieren, sondern was auch in der Psycho-Logik des Konzeptes liegt.

8.4 Transferspezifität statt Generalisierungseffekte

Die Beobachtungsdaten, die aus der Interaktion mit *Clara* in der Therapiesituation sowie familientherapeutisch begleiteten Eltern-Kind-Interaktionen und aus Spielsequenzen mit der Großmutter, aber auch in der netzwerktherapeutischen Arbeit mit den Nachbarskindern gewonnen wurden, stehen im Rahmen unseres dargestellten theoretischen Gesamtkonzeptes, das sowohl die *behaviorale Ebene offenen Verhaltens* wie auch die *repräsentationale Ebene mentalen Geschehens* zu erreichen sucht und deshalb das Kind *und* sein Um-

„eine Metapher ist dann am gefährlichsten, wenn sie eine falsche Glaubwürdigkeit vermittelt“ (*Genter, Grudin* 1985, 190). In den genannten Bereichen „ist die Angemessenheit der Projektion des systemtheoretischen Begriffrahmens auf den Gegenstandsbereich kontrovers, auch innerhalb der Systemtheorie selbst“ (*Steinbacher* 1990, 505).

feld in die Intervention einbeziehen muß. Verbunden ist damit die grundlegende Überzeugung, daß es wichtig ist, über den „safe place“, die „schützende Insel“ und die „gute Zeit“ der psychotherapeutischen Situation hinaus das soziale Netzwerk des kleinen Patienten zu einem „guten Ort“ zu machen oder zumindest hierzu beizutragen. Es ist ja nicht nur für das Kind, sondern für die Familie insgesamt eine Entlastung, wenn ein schwieriges Kind auch im familiären Rahmen zurecht kommt und die Eltern und Geschwister mit ihm zu befriedigenden Kommunikationen finden. Die Familie wird mehr Glück und mehr Zufriedenheit erleben, und ihr „Klima“ wird sich sichtlich bessern. Dazu aber ist es erforderlich, daß *Transferleistungen* von positiven Verhaltensmöglichkeiten, die im Raum der Kindertherapie erarbeitet wurden, für das soziale Umfeld und die Familie vorbereitet und umgesetzt werden. Man darf eben nicht nur auf „unspezifische Generalisierungseffekte“ hoffen. Es kann sogar das Gegenteil eintreten, nämlich daß die im therapeutischen Raum gegebene Entlastung und die von den Eltern in der Interaktion zwischen Therapeut und Kind wahrgenommenen positiven Verhaltensmöglichkeiten im Außenfeld zu Frustration, Neid, Resignation auf seiten der Eltern führen oder daß es auf seiten des Kindes zu einer Verschärfung dysfunktionaler Interaktionspraktiken kommt. Die **Generalisierungshypothese**, die fast allen einzeltherapeutischen Verfahren – den psychoanalytischen, aber auch der Gestalttherapie, Gesprächstherapie oder anderen humanistisch-psychologischen Behandlungsmethoden – zugrunde liegt, ist sehr problematisch, weil sie Behandlungswirkungen schmälert, zum Teil verhindert oder auf den Sektor der Therapie begrenzt. Es werden allenfalls „*sleeper effects*“ initiiert, die dann später in anderen Kontexten des Alltagslebens positiv zum Tragen kommen können. Die vielleicht deshalb nur vordergründige Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Verfahren (die ja durch den *mainstream* der Evaluationsforschung belegt wird, *Grawe et al. 1994*; für die Kindertherapie vgl. *Märtens, Petzold*, dieses Buch; *Heekerens*, dieses Buch) ist wohl in diesen geschilderten Zusammenhängen der Transferorientierung zu suchen.

Unter dem Gesichtspunkt *sozioökologischer Theorie* kann man annehmen, daß eine jeweils gegebene Umwelt bestimmte „*affordances*“ enthält, einen Aufforderungscharakter für den zugleich spezifische Handlungsmöglichkeiten bereitstehen, die das Individuum zur Verfügung hat (*effectivities*). Der „therapeutische Raum“ als neuer

sozioökologischer Mikrokontext hat die große Chance, habitualisierte Wahrnehmung von *affordances* und *stereotypes Display* der in ihnen gegebenen *effectivities* aufzulösen. Es können in diesem neuen Setting leichter neue Verhaltensmöglichkeiten aufkommen und entwickelt werden, nämlich dadurch, daß der Therapeut und sein „Spielraum“ einerseits ungewöhnliche, für das Kind neuwertige „*affordances*“ bereitstellt, die in ihrer Auf- und Annahme gefördert werden, zum anderen aber auch dadurch, daß man an evolutionsbiologisch angelegte (Plomin 1986) funktionale Verhaltensdispositionen für Kommunikations-Interaktionsmöglichkeiten anschließen kann, wie wir sie in gelingenden Eltern-Kind-Interaktionen vom frühen Typus des „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981, 1989) oder des „*sensitive caregiving*“ (Petzold et al. 1994a) finden, Muster der Blick- und Gesichtsdialoge, der zwischenleiblichen Körpersprache, die im engeren sozialen Netzwerk des Kindes nicht mehr zum Tragen kommen können, weil sie von anderer *Affordance/effectivity-Konstellationen* überlagert oder abgelöst worden sind oder zumindest für diesen Sektor nicht zur Wirkung kommen. Immer wieder beobachtet man ja bei schwierigen Kindern (und nicht nur bei diesen, auch bei Erwachsenen, die im Kontext der Gruppentherapie liebenswerte Menschen sein können, aber im kollegialen Raum, im Arbeitszusammenhang oder in der Familie unausstehlich sind) gleichermaßen eine *Sektorialisierung von Verhaltensinszenierungen*. Clara kann im Spiel mit ihrer Großmutter ein Maß an Umgänglichkeit zeigen, das ihr sonst mit den Eltern und im Bereich der Nachbarschaft mit anderen Kindern nicht möglich war. Die *Affordance-Qualität* dieser Mikrokontexte muß verändert werden, um ein „*Display*“ von problematischen Verhaltensweisen einzuschränken.

Das elterliche Verhalten in der Kommunikation-Interaktion mit Clara und der Kontext, in dem dieses Verhalten sich inszeniert, muß deshalb Ziel der Intervention sein, die sich nicht an irgendwelchen systemischen Ideologien über Kommunikationsregeln orientiert und auch nicht an fragwürdigen Deutungshypothesen über unverarbeitete innere Konfliktkonstellationen der Eltern (in der Regel der Mutter, vgl. Massie et al. 1988; Dornes 1995), wie sie zuweilen von psychodynamisch orientierten Autoren vertreten werden, oft unter Zugrundelegung höchst spekulativer Konstrukte (z.B. Kastrationsängste des Jungen, Penisneid des Mädchens) oder *entwicklungstheoretischer* Annahmen (etwa einer autistischen Phase), die mit

entwicklungspsychologischen Beobachtungen nicht zu konsolidieren sind. Derartige Modelle können allenfalls als okkasionelle Möglichkeiten oder Sonderfälle „im Kopf“ behalten werden, ohne daß sie die Richtung der Exploration bestimmen dürfen. Vielmehr ist auf sehr minutiöse Beobachtungen von verbalem und nonverbalem Interaktions-/Kommunikationsverhalten in Alltags- und Spielsituationen zu zentrieren, denn *diese* sind der „Königsweg“ nicht nur zum Verstehen von „overt behavior“, sondern auch zum Erschließen von kognitiven Informationskonfigurationen bzw. Repräsentationssystemen (Tergan 1993; Petzold et al. 1994a). Gerade bei sehr fest etablierten Kommunikations-Interaktionssystemen mit ihren behavioralen und repräsentationalen Dimensionen, wie sie sich im tagtäglichen Miteinander von Familien ausbilden, haben wir es mit sehr hartleibigen „social affordances“ zu tun, die keineswegs nur „in den Köpfen“ der einzelnen Mitglieder eines sozialen Netzwerkes sind, sondern ineinander verschränkte Verhaltensmuster von Menschen, die füreinander ein mehr oder weniger breites bzw. eingeschränktes Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten bereitstellen – *mutual affordances*. Deshalb sind spezifisch zugepaßte Transfermaßnahmen oder sektorielle Interventionen auch *a u ß e r h a l b* der eigentlichen „kindertherapeutischen Dyade“ erforderlich.

8.5 Modeling affordances

Die berichtete kleine Interaktionssequenz von Clara und ihrer Mutter soll dazu dienen, das Konzept des „modeling of affordances“ zu erläutern: Immer wenn die Mutter ihre Tochter unmittelbar anspricht und insbesondere berührt oder wenn die Tochter spontan auf die Mutter zukommt, diese dann von sich aus das Kind „anfaßt“, kommt es zu spezifischen Reaktionen der „Abwendung“. Das Kind dreht das Gesicht weg, meistens auch den Blick und geht in eine Haltung *motorischer Resistenz* (Petzold 1992a, 756). Seine Muskulatur spannt sich an, und es zeigt sich Abwehrmimik und Abwehrgestik, was bei der Mutter ihrerseits wieder Rückzug, Verstimmung, Frustration, Resignation auslöst.

„Manchmal verhält sie sich so, als hätt' sie eine Höllenangst vor mir. Als wollte ich ihr was tun. Dabei ist das Kind von *mir* nie geschlagen worden, und sie hat mir weiß Gott oft das Leben schwer gemacht, daß mir es schon mal in der Hand gezuckt hat. Wirklich!“

– bricht in Tränen aus. Aber vom Vater habe das Kind gelegentlich „mal einen Klaps bekommen“.

Im Vergleich zur Videoaufzeichnung von der Interaktion mit der Großmutter war auffällig, daß diese das Kind sehr selten als erste berührte, die Qualität der Berührung keinen „Zugriffcharakter“ hatte und daß sehr oft die Interaktionen über *Intermediärobjekte* (Petzold 1987a) liefen. Irgendein Spielzeug, eine Puppe, ein Stofftier, ein Spielzeugauto waren das Zentrum der Interaktion, aus der sich dann auch zwischenleibliche Ereignisse, wechselseitige Berührungen ergaben, in denen es kaum zu Problemen kam. Wo sie auftauchten, wurden sie durch ein sehr leichtes „Freigeben“ von seiten der Großmutter gelöst. Auch im Verbalen fand sich bei ihr keine Direktivität im Sinne eines zugreifenden, anweisenden Sprachverhaltens, ganz im Unterschied zur Mutter und zum Vater, die schon im Vorgriff auf erwartete Verweigerung die Stimme anhoben, mit einem subtil klagend-aggressiven („genervten“) Ton von Clara Dinge verlangten, die sie dann sehr häufig verweigerte und die nur mit ziemlichem verbalen Nachdruck (bei der Mutter durch Insistenz, beim Vater durch erhöhte Lautstärke, die allerdings niemals in ein Brüllen umschlug) durchgesetzt werden konnten.

Auf dem Hintergrund unseres Wissens über Dysästhesien, die bei Frühgeborenen und bei im Inkubator versorgten Säuglingen in der Folge auftreten können, weiterhin über die Rolle der Mutter bei der krankengymnastischen Behandlung (die nach der Beschreibung vermutlich an *Vojta* orientierte Behandlung kann für einen Säugling bzw. für ein Kleinkind z.T. eine anstrengende bis belastende Prozedur sein), erscheinen einige Aspekte im Verhalten von Clara erklärbar. In der Geste ihres Abwendens, das besonders in seiner intensiven Ausprägung auch von einer Mimik des Widerwillens begleitet ist, erinnert es an den Ausdruck der frühen Grundemotion (Izard 1977/1982, 376) bzw. Vorläuferemotion „*disgust*“ (Petzold 1992a, 802). Eine derartige linearkausale Ableitung würde aber dem Faktum nicht gerecht, daß hier fünf Jahre Sozialisationserfahrung und Entwicklungsgeschehen – im kognitiven und emotionalen Bereich ist dies bei Kindern eine lange Zeit (Izard 1982; Izard, Reed 1986) – zu berücksichtigen sind und sich kontextuell vernetzte Interaktionsformen etabliert haben, die nicht über den Weg der Einsicht – zumindest auf seiten des Kindes – aufgelöst werden können und auch auf seiten der Eltern mehr erfordern als das Erkennen der Zusammenhänge. Vielmehr müssen systematisch „*social and physical affordan-*

ces“ verändert werden. Die „physical affordances“, d.h. die mikroökologischen Zusammenhänge werden erwähnt, weil Küche, Wohnzimmer und Badezimmer über Jahre Orte der Auseinandersetzung sind, wo immer wieder geradezu „richtige Kämpfe“ mit diesem „nicht zu bändigenden Kind“ stattgefunden haben. „Die war teilweise überhaupt nicht ins Badezimmer zu kriegen!“ – so die Mutter.

Wenn es darum geht, „Interaktion-Kommunikation im Kontext“ zu verändern, so darf die mikroökologische Dimension nicht unberücksichtigt bleiben, müssen die kontextuelle, behaviorale und die repräsentationale Dimension einbezogen werden. Im Sinne eines „socio-ecological modeling“ muß die Gesamtsituation, der Kontext beeinflußt werden, in einer Art und Weise indes, die nicht in sozial-behavioristische Verkürzungen führen darf – emotionale Erfahrung und rationale Einsicht, das Verstehen der Sinnhaftigkeit, sind von zentraler Bedeutung, aber ohne die Beeinflussung der Verhaltensdimension sind nachhaltige Behandlungserfolge kaum zu erwarten. Im Fall von *Clara* und ihrer Familie ging es darum – und das war das wichtigste *Globalziel* des „therapeutischen Curriculums“ (idem 1988n, 208) –, diese wieder zu einem sicheren „Weggeleit“ füreinander werden zu lassen, mit einer positiv getönten Familienatmosphäre und Möglichkeiten kokreativer, konstruktiver Vernetzungen im übergreifenden sozialen Umfeld. Dafür war es notwendig, einige *Grobziele* zu realisieren, nämlich die Schwierigkeiten in der Kommunikation von *Clara* und ihren Eltern und – darüber hinausgehend – im Kontext der Nachbarskinder zu vermindern.

In der therapeutischen Situation wurde die Arbeit mit *Besitztümern* (Eggers 1984), *Übergangsobjekten* (Winnicott 1953; Mitscherlich 1984), *Intermediärobjekten* (Petzold 1987a) und *kreativen Medien* (idem 1972e, 1977c) genutzt, um einen entlastenden Freiraum (neben dem mit der Großmutter) zu schaffen, in dem das Kind erleben konnte: „Es gibt noch (neben der Putzhenne) Menschen und Situationen, in denen ich zurechtkomme“. „Besitztümer“ kleiner Kinder, Übergangs- und Intermediärobjekte haben als solche einen spezifischen Affordance-Charakter, eine „natürliche Ladung“ (ibid., 108), die zu Handlungen einlädt, und natürlich eine persönliche Bedeutung, emotionale Wichtigkeit für das Kind. Dieses Potential entfaltet sich im sozialen Kontext, wo Puppen eingeschlifene soziale *Affordance-effectivity-Konstellationen* aufbrechen können – vor dem Gesicht der Mutter ist plötzlich das Gesicht der Stabpuppe, die sie in den Händen hat und spielt (idem 1972e, 1987a).

8.5.1 Exkurs: Modeling mit Intermediär- und Übergangsobjekten

Für *Clara* wird das Spiel mit Puppen und Spielmitteln von großer Bedeutung. Ihr Lieblingstier war von Kleinkindstagen an ein Stoffhund. „An dem hat sie vom Laufstälchen an total gehangen. Der war viel zu groß, ursprünglich, aber der mußte überall hin mit – bis heute ist das ihr Lieblingsspieltier!“ – so die Mutter (das wirft Licht auf den Hund in der bildlichen Darstellung im „Land der Tiere“ in seiner Bedeutung als „Protektionsfigur“ [vgl. *Petzold, Geibel* 1972, 333]). Die Frage nach „wichtigen Besitztümern“, dem Lieblingsspielzeug oder bevorzugten Spielmitteln ist immer wesentlicher Bestandteil der initialen „ökologisch“ orientierten Exploration im Elterngespräch und im Gespräch mit dem Kind, weil hier einmal etwas über die Entwicklung des Besitzdenkens (*Eggers* 1984; *M. Papoušek* 1984), des Umgangs mit Übergangs- und Intermediärobjekten über Beziehungsgestaltung (*Grossmann* 1984), die familiäre Spielkultur (*Frühmann* 1992) und die Orte des Spielens (Spielzimmer, Spielecke, Spielplatz, vgl. *Bierhoff* 1990) zu erfahren ist, zum anderen aber auch nützliche Anknüpfungspunkte in interventiver Hinsicht gefunden werden können, wenn man die Affordance-Qualitäten der Spielmittel nutzen kann. Die Eltern werden gebeten, *Clara* doch den Hund für den ersten Kontakt mit dem Kind in die Therapie mitzugeben – in diesem Fall für das erste gemeinsame Treffen von Vater, Mutter und Kind in der Therapiesituation. Und in der Tat erwies sich der Stoffhund „Berry“ als Brücke. Er diente dem Kind als Intermediärobjekt, d.h. als Möglichkeit, über den Hund mit den Therapeuten in Kontakt zu kommen und sie in das Spiel mit den Eltern einzubeziehen. Berry „kam zu mir hin“, nahm mich in Augenschein. „Tag Hund!“ sagte ich. „Der heißt Berry!“, antwortete *Clara*. „Also, Tag Berry! Du bist ja ein ganz besonders schöner Hund!“ – „Du kannst den mal haben, aber nicht lange!“

Wir haben *Clara* in der Folge des öfteren mit dem Hund spielen sehen. Wenn sie keinen Kontakt mehr wollte, verstimmt oder verärgert war, unterhielt sie sich mit dem Hund, spielte mit ihm, erzählte ihm Geschichten. Der Hund hatte hier klar die Funktion eines *Übergangsobjektes* (*Winnicott* 1953; *Mitscherlich* 1984). Er half *Clara*, Einsamkeit und Isolation auszuhalten und bot auch Möglichkeiten, starke Affekte mit dem Stofftier auszuleben, an ihn gekuschelt zu weinen. Die emotionale Stützfunktion des Übergangsobjektes war deutlich erkennbar, aber auch der Inszenierungsaspekt (dem *Winnicott* keine Beachtung geschenkt hatte). *Clara* inszenierte mit ihrem Hund Situationen. Ihre Spiele hatten szenische Qualitäten. Sie fütterte den Hund, schlug ihn, drückte und herzte ihn. Ihre Geschichten schufen Zusammenhänge, die für sie emotionale Entlastungen boten, zuweilen sogar einen explorativen Charakter hatten, wenn Pläne geschmiedet wurden. *Clara* bereitete sich mit Berry auf Situationen vor. Schließlich zeigte sich ein *reinszenierendes Moment*. Mit Berry, dem Hund und mit Puppen erzählte sich *Clara* ihre Geschichte aus der Zeit, als sie noch „ganz klein“ war. Sie nahm dazu eine Babypuppe für sich selbst, legte den Hund dazu und erzählte dann von der kleinen kranken *Clara* und daß Berry sie immer beschützt habe. Autobiographisches Memoriieren (*Conway* 1990; *Granzow* 1994) als Grundlage der *Konstruktion einer eigenen Biographie* setzt einerseits an bei dem Erinnern eigener, erinnerbarer Geschichte (*Nelson* 1994, 1993), führt weiter in die Inszenierung von Gegenwartseignissen und zur antizipatorischen Inszenierung von Situationen, die erwünscht, ersehnt, erwartet oder befürchtet werden. Sie greift aber auch aus zu Zeiten, die sich der Erinnerung entziehen und versucht, diese Leerstellen auszufüllen: Durch Fragen nach Erzählungen über diese

Zeit, die sich an die Eltern richten oder auch an den Therapeuten oder durch eigene phantasierte Rekonstruktionen, die inszeniert werden. Und hier haben *Übergangsobjekte* eine wichtige Funktion, weil sie Kontexte bereitstellen, die Memorations fördern (Davies, Thomson 1988), was von Kindertherapeuten bislang noch zu wenig beachtet und genutzt wurde. Im Spiel mit Clara und Berry nahm das Phantasieren über die eigene Geschichte, das Erzählen von Ereignissen aus ihrer frühen Kinderzeit einen wichtigen Platz ein, zumeist war es das Kind, das eine eigene Geschichte erzählte, zuweilen der Therapeut, der sich in die *Narration* einzufügen versuchte, ohne sie zu determinieren. Berry bekam in solchen Inszenierungen immer wieder auch die Funktion des „*Intermediärobjektes*“, die sich von der des Übergangsobjektes unterscheidet (Petzold 1987a), weil hier das Spielzeug in der Funktion einer kommunikativen Brücke im Interaktionsgeschehen verwandt wird. Der Stoffhund ermöglicht es, mit Clara immer wieder in Kontakt zu treten, auch in Zeiten und Bereichen, die für sie schwierig sind oder unvertraut. Es wurde versucht, die Intermediärobjektfunktion so viel wie möglich zu nutzen, auch mit der Absicht, die Übergangsobjektqualität von Berry weniger bedeutsam zu machen, denn es zeigte sich, daß diese hinderlich für emotionale, kommunikative Prozesse war. Immer wenn es schwierig wurde, zog sich Clara mit Berry oder zu Berry zurück. Sie zog es vor, Zuflucht zu Berry zu nehmen, um Trost zu erhalten, anstatt den Trost beim Therapeuten oder der Praktikantin zu suchen. Der emotionale „*Affordance-Charakter*“ dieses Übergangsobjektes ist für Claras Sozialverhalten abträglich, wenngleich dem Kind durch das Stofftier immer wieder eine Flucht und Entlastungsmöglichkeit für seine *inneren und äußeren Konflikte* geboten wurde, die für es auch notwendig war. Eine „*Umpolung*“ gelang allmählich dadurch, daß wir Geschichten erfanden, in denen Berry „traurig war“ und er von uns beiden getröstet wurde und so das Kind den Therapeuten und die Praktikantin „gut im Trösten“ sah und hier eine Qualität erlebbar wurde, die das Kind in andere Situationen übertragen konnte, indem es Trost mit ihrem Berry beim Therapeuten suchte, sich – ihren Hund im Arm – bei ihm ankuschte. Der Mutter wurde dieser Zusammenhang geschildert, und sie wurde ermutigt, in ähnlicher Weise zu versuchen, den Hund in Interaktionen einzubeziehen, wenn dies vom Kind akzeptiert würde. Auch hier gelang es, die Intermediärobjektfunktion des Hundes zu nutzen, um einen direkten, interpersonellen Zugang in schwierigen emotionalen Situationen mit Clara zu finden.

Das *modeling of affordances* durch Puppen, Spielmittel, ungewöhnliche Kommunikationsformen bedarf, das muß unterstrichen werden, einer guten Beziehungsqualität, denn es ist nicht nur ein ökologisches *environment*, das wertneutrale, physikalische Stimulierung bereitstellt. Es ist ein *guter Ort* für einen Menschen in Leid und schwierigen Lebensverhältnissen, für ein Kind, das einen „*safe place*“ (Katz-Bernstein, dieses Buch) dringend nötig hat.

Die kindertherapeutische Situation als „*secure base*“, als „*safe place*“ muß allerdings so genutzt werden, daß die „*schützende Inselerfahrung*“ nicht eine isolationsistische Wirkung entfaltet, wie dies zum Teil bei Kindereinzelterapien mit tiefenpsychologischer Orientierung beobachtet werden kann, wo sich das Kind in den „*Schutzraum*“ der Therapie flüchtet und hier bei positiver Beziehungserfahrung diesen Rückhalt auch als „*Schutzschild*“ gegenüber dem Außenfeld erfährt und nutzt. Dadurch können die dysfunktionalen Interaktionsformen in seinem sozialen Kontext bestehen bleiben, weil sich die *Affordance-effectivity-Konstellationen* nicht ändern. „*Conduct problems*“ bleiben auf diese Weise nicht nur erhal-

ten, sondern können sich sogar zuweilen verschärfen, was auf seiten der Familien zu Vertrauenskrisen der therapeutischen Maßnahme gegenüber führt, zuweilen Therapieabbrüche nach sich zieht, die von TherapeutInnen immer wieder auch auf das Konto der „Kooperationsunwilligkeit oder -unfähigkeit“ der Familie gebucht werden, ohne daß erkannt wird, daß es sich hier eher um behandlungsmethodische Fehler handelt, und zwar um folgende: Es findet keine gezielte *Transferarbeit* statt. Die *Affordance-Situation* in der Familie bleibt unverändert. Die Familie wird über die Möglichkeiten eventuell eintretender Wirkungen der Therapie nicht informiert: Entlastung im Schutzraum kann zur Symptomverschärfung im Außenfeld führen, Mobilisierung neurotischer Muster in der Therapie kann eine vorübergehende Intensivierung der Symptomatik im Gefolge haben oder ein Aufkommen neuer Symptomatiken. Sie wird oft auch nicht ausreichend gestützt. Insbesondere sollten Hilfen für den emotionalen Umgang mit dem Faktum der Idealisierung gegeben werden, diesem psychischen Prozeß, der den Therapeuten z.B. in den Augen des Kindes zum „besseren Vater“ / zur „besseren Mutter“ macht. Dies wird zum Teil auch den Eltern gegenüber aggressiv geäußert („Der Doktor H. hat aber gesagt ...! Der versteht mich viel besser als ihr!“ etc.). Eltern können auf diese *affordances* mit habitualisierten Negativreaktionen antworten. Hier gilt es, den Eltern gegenüber Verständnis, aktive Solidarität und neue Verhaltensmöglichkeiten zu vermitteln, eine Aufgabe, die nicht ganz einfach ist, weil sie Zeit erfordert und es zwischenzeitlich zu *Loyalitätsproblemen* gegenüber dem kleinen Patienten kommen kann, besonders wenn Eltern sich hier ungeschickt agierend verhalten (meist in Situationen, wo sie durch das Kind hilflos gemacht werden, z.B.: „Dein geliebter Therapeut hat uns da aber etwas ganz anderes über dich gesagt ...!“). Als einer der wichtigsten Fehler von Kindertherapeuten ist also zu benennen, wenn dem Problem des „*Transfers*“ in die *Alltagswirklichkeit* zu wenig Beachtung geschenkt wird im überzogenen Vertrauen auf Effekte der *Generalisierung* (vgl. 8.4).

Dem Transfer gelingender Kommunikation in der Kindertherapie hin zu den verschiedenen Sektoren der kindlichen „Lebenswelt“ (Schubert 1995; Buchholz 1984) – Familie, Nachbarschaft, Kindergarten, Spielkontexte (Spielplatz, Straßenareale, Hof, Garten etc.) – kommt, das sollte deutlich geworden sein, besondere Bedeutung zu. Er muß deshalb systematisch betrieben werden. Intermediärobjekte können hier hilfreich sein. Weiterhin ist Wissen um den *Affordancecharakter* von Emotionen und der leiblichen Dimension von „*protektive Faktoren*“ (Petzold et al. 1993) wesentlich. Bei *Clara* ist ihr niedliches Aussehen sicher ein protektiver Faktor. Menschen werden „aufgefordert“ sich ihr immer wieder zuzuwenden. Andererseits werden *Claras* aggressive bzw. abweisende soziale Interaktionsformen dann auch als besonders verletzend erlebt, was zu intensiver Ablehnung besonders auf seiten von Kindern führt. *Clara* hat wenig Impulskontrolle und nach Aussagen der Mutter: „Keine Fähigkeit, sich in andere Menschen einzufühlen. Die macht einfach immer nur ihr Ding! Daß sie da andere Kinder verletzt, das kommt ihr gar nicht in den Sinn!“ Da gezeigte Emotionen mächtige *social affordances* sind, wird es wichtig, emotionales Verhalten zu modellieren. *Übergangsobjekte* können dabei für ein Kind Hilfen bieten, besonders, wenn sie sich in der Interaktion zu *Intermediärobjekten* wandeln.

8.6 Emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit als Strategie Integrativen kindertherapeutischen Handelns

In den Spielsequenzen der Therapie hat sich immer wieder gezeigt, daß Clara sehr wohl die Stimmungslage des Therapeuten wahrnehmen kann, also keineswegs eine „empathische Blindheit“ als emotionaler Stil vorliegt (Petzold 1992b, 223 ff), daß sie aber auch diese Wahrnehmung durch einen plötzlichen emotionalen „shift“ (ibid.) beiseiteschiebt. Es wird ihr offensichtlich unangenehm, besonders, wenn sie „böse war“ und Schuldgefühle bekommt. Aggressives Verhalten oder schroffer Rückzug sind ihre Strategien und sie kann die Affordance-Wirkungen ihres emotionalen Verhaltens nicht abschätzen. Als Therapeuten hier entsprechend „anzuspringen“ hieße, die volle Konfliktdynamik als Artikulation einer spezifischen Übertragungsdynamik zu evozieren, und das wäre nur sinnvoll, wenn es eine Indikation und Möglichkeit gibt, diese Dynamik durch Arbeit „in der Übertragung“ oder „an der Übertragung“ (Ludwig-Körner 1991, 1992) anzugehen. Wir hatten uns entschlossen, einen anderen Weg zu gehen: der Arbeit mit der und durch die Beziehung, mit anderen Übertragungsqualitäten sowie durch Arbeit an der Eltern-Kind-Beziehung. Wir sahen überdies Claras Verhaltens-Display keineswegs nur als Ausdruck innerer Konfliktdynamik, sondern überwiegend als Problem der Affekt- und Verhaltenskontrolle sowie der unzureichenden Kompetenz und Performanz in der Gestaltung sozialer Situationen, d.h. des *affordance-effectivity-management*, und hatten deshalb unsere Behandlungsstrategien entsprechend als „Förderung von sozialer Kompetenz und Performanz“ angelegt.

Ausgehend von dem Fakt, daß die *Einfühlung* in einen emotionalen Zustand einer anderen Person als Kriterium von *sozialer Kompetenz* zu sehen ist (Bischof-Köhler 1989; Camras, Grow, Ribordy 1983) und Kinder, die Gefühle gut „lesen“ und kommunizieren können, bei anderen Kindern besonders beliebt sind (Edwards, Manstead, MacDonald 1984; Vosk, Forhand, Figueroa 1983), gehen wir daran, diese Fähigkeit systematisch zu üben, indem wir Fotobände mit Kinderbildern anschauen, dazu Geschichten erfinden und „Gefühle raten“. Dieses Spiel eignet sich hervorragend zur *emotionalen Differenzierungsarbeit* (Petzold 1992b), die immer zugleich auch ein *mode-*

ling of social affordances ist, wenn damit nicht nur das Gefühl benannt wird, sondern auch Situationen erzählt werden, kleine Geschichten, in denen diese Gefühle vorkommen, und ein Schritt zu Spielen gemacht wird, in denen *Clara* ein lustiges, ein trauriges, ein wütendes, ein langweiliges Gesicht „aufsetzt“ und den Therapeuten raten läßt, „was es ist“. Umgekehrt versucht sie das Gefühl in der Mimik des Therapeuten zu benennen, was ihr recht gut gelingt. Dabei kommt es immer wieder auch auf seiten des Kindes durch die „Feed-forward“-Prozesse aus der Gesichtsmimik, Haltung und Atmung (Izard 1990; Fogel 1993; Petzold 1992b) zu „emotionalen Ereignissen“, die nicht nur „gespielt“ sind. *Genuine* Traurigkeit erfordert dann natürlich ein „ko-respondierendes Gefühl“ in einer genuinen Qualität, das von seiten des Therapeuten gezeigt, kommuniziert werden muß durch Berührung, Versicherung und Bemühungen zur „Umstimmung“ (ibid. 843). Emotionsäußerungen als „social affordances“ werden so zugleich aus der Wechselseitigkeit stimmige „effectivities“.

In der Folge wird das Kind ermutigt, diese Ratespiele auch mit der Großmutter und mit den Eltern zu machen, die darauf in einem Beratungsgespräch vorbereitet werden, wobei ihnen der Sinn dieser Maßnahmen erläutert wird. Weiterhin wird angeregt, ob nicht einmal eines von den Nachbarskindern mit in die „Spielstunde“ (Therapie) kommen kann. Die Mutter, die zu der Nachbarin einen guten Kontakt hat, verspricht, dies vorzuklären. Die Zustimmung wird gegeben. Nun ging es darum, *Clara* zu motivieren, einmal eine Freundin aus dem „Land der Tiere“ mit in die Spielstunde zu bringen. Sie ist über diese Anfrage verwundert, beginnt aber dann, die Idee gut zu finden.

„Aber nicht immer! Das will ich nicht!“

„Nein, natürlich nur einmal oder zweimal!“

Es werden innerhalb von drei Wochen zwei Spieltermine möglich gemacht. In ihnen sind das „Gesichterraten“ und „Grimassenschneiden“ wichtige Elemente. In beiden Situationen kommt es zu keinen außergewöhnlichen Zwischenfällen, im Gegenteil, die Ratespiele machen sehr viel Spaß, wobei *Clara* „ihren“ Therapeuten mit besonderem Stolz vorführt und demonstriert, daß sie da etwas ganz besonderes habe. Die kleine Freundin (Katze Petra) ist denn auch voller Bewunderung.

Die Transferleistungen in die Gruppe der Nachbarskinder hinein erweist sich als leichter als Umstellungen in den Interaktionsmu-

stern mit Mutter und Vater. Es wird vorgeschlagen, für Spielsituationen Küche und Wohnzimmer zu meiden, weil diese von den „*physical affordances*“ her zu leicht habitualisierte Szenarien aufrufen. Der Balkon, der Hobbyraum des Vaters, gelegentlich das Kinderzimmer oder das elterliche Schlafzimmer werden als „Spielplätze“ vorgeschlagen, um innerhalb des häuslichen Kontextes Orte aufzubauen, in denen Interaktionen eine bessere Chance erhalten können, in neuen Mustern abzulaufen. Neue ungewöhnliche Spielsituationen sollen dabei helfen. Hand- und Stabpuppen aber auch psychomotorisches Spielzeug wird den Eltern empfohlen. Durch den Aufbau einer neuen „Spielkultur“* über neues gemeinsames Tun (es werden pro Woche 4-5 solcher „alternativen Spielsequenzen“ der Familie anempfohlen, und es kann auch die Kooperation für dieses Unterfangen gewonnen werden) wird der Versuch unternommen, neue *Performanzmuster* aufzubauen, weil hiermit sich auch die Möglichkeit ergibt, *repräsentationale Systeme* zu verändern, die mit den interaktiven Handlungen unlösbar verschränkt sind. Clara hat *Vorstellungen* von ihrer Mutter und Repräsentationen über die Interaktion zwischen der Mutter und ihr. Die Mutter hat *Vorstellungen* von ihrem Kind und gleichfalls Repräsentationen der Interaktionsmöglichkeiten. Beide, das behaviorale und repräsentationale Subsystem, bilden aber *ein* ineinandergreifendes Interaktionssystem (Bd.1, Teil I, Abb. 6), das eine präzise – wenn auch dysfunktionale – *Passung (match, fit)* hat. Diese gilt es zu verändern. Die kognitive Einsicht der Mutter, welcher die Zusammenhänge erklärt worden sind, ihr durch die Beratung gestützter, aktiver Versuch, das Verhalten ihrer Tochter anders zu bewerten, sich ein „anderes Bild“ von ihr zu machen, andere Verhaltenserwartungen zu ent-

* Spielkultur habe ich wie folgt definiert: „Unter Spielkultur ist die spezifische Ausformung des natürlichen (bei Mensch und Tier vorfindlichen) Impulses zu spielerischer Aktivität im mikrogesellschaftlichen (Familie, Nachbarschaft), meso- (Schicht) und makrogesellschaftlichen Rahmen zu sehen, die Art und Weise, wie Alters-, Geschlechter-, Status-, Schichtdifferenzen, wie Leiblichkeit, Emotionalität, Intelligenz, Phantasie, Geschicklichkeit, Kommunikation, wie weiterhin Normen, Werte, Traditionen, Ideologien – etwa über Gewinnen und Verlieren – zusammenwirken. Die Synergie all dieser Faktoren macht die Charakteristik familiärer, schulischer, schichtenspezifischer Spielkultur aus. Ihre Beeinflussung und Veränderung im Sinne einer Bereicherung defizitärer oder Modifikation toxischer Spielkulturen durch therapeutische oder agogische Maßnahmen muß als ein wichtiges Ziel von Kinder-, Familien- und Soziotherapie angesehen werden“ (Petzold 1969c, idem 1993a, 1139; vgl. Frühmann 1992, 29 ff).

wickeln, die nicht wie „selbsterfüllende Prophezeihungen“ wirken, wird gestützt durch neue emotionale Erfahrungen in den „experimentellen Settings“, den spezifisch arrangierten Spielsituationen, zu denen sich – wann immer möglich – auch der Vater gesellt und in welchen auch Clara ihre Mutter von einer anderen Seite erlebt. „Emotionale Differenzierungsarbeit“ geschieht also auch zur Seite der Eltern hin, deren emotionale Muster Clara gegenüber verändert werden. Die jeweiligen „Personen-in-Situationen-Repräsentationen“ des anderen und die Repräsentation über die Interaktion wurden also durch die faktische Änderung des konkreten Interaktionsgeschehens, durch das Angebot neuer Situationen mit neuen „affordances“ und die Möglichkeit, diese auch wahrzunehmen und auf sie mit neuen „effectivities“ zu reagieren, angegangen. Unterstützt wurden diese, im häuslichen Alltag der Familie eingesetzten Maßnahmen durch Elterngespräche und die Kindertherapie, in der Clara immer wieder animiert wurde, von ihren Spielen mit der Mutter, der Großmutter, dem Vater zu berichten. Bei konkretisierenden Fragen, was denn die Mutter gemacht und gesagt habe, wie ihr Gesicht ausgesehen und was sie *gefühlt* habe, vor allen Dingen aber auch, wie es Clara denn dabei ergangen sei, wird die repräsentationale Ebene aktiviert, und es werden andere Bilder von der Mutter und von der Mutter-Kind-Interaktion als die habitualisierten, negativ getönt in der Kommunikation mit dem Therapeuten präsentiert. Negativberichte, Klagen und Abwertungen, die zuvor bestimmend waren, kamen nur noch selten auf. Wichtig war bei dieser Art des Vorgehens, daß das „timing“ und „pacing“ stimmig waren, d.h. daß diesen Themen ein empathisch gut bemessener Raum in der Therapiestunde gegeben wurde, damit das zentrale Moment der Sitzung, die Spielaktionen zwischen dem Therapeuten und dem Kind und die „Vasallenschaft“ zwischen beiden, nicht beeinträchtigt wurde (dadurch hätte vielleicht beim Kind das Gefühl aufkommen können, der Therapeut interessiere sich mehr für die Eltern als für Clara).

Gefühle bestimmen die frühen Interaktionen zwischen Mutter und Kind (Wallon 1934, 1973; Field, Fogel 1983). Das Heranwachsen in familiären Kontexten und sozialen Netzwerken muß als ein emotionaler Sozialisationsprozeß betrachtet werden (Lewis, Saarni 1985), in dem sich im Ausdruck und in der Interaktion auf emotionaler Ebene die Persönlichkeit in gesunder Weise und integriert entwickelt (Izard, Büchler 1979). Deshalb wird Kinderpsychotherapie

den Fragen der emotionalen Entwicklung (Izard, Malatesta 1987; Malatesta 1985; Malatesta et al. 1989; Lewis, Michalson 1983), der emotionalen Interaktion im sozialen Netzwerk (Lewis 1982, 1984) und dem Verhältnis von emotionalen und kognitiven Fähigkeiten im Entwicklungsprozeß (Lewis 1989) größte Bedeutung beizumessen haben.

Entwicklungsprozesse als Sozialisationsgeschehen sind eingebettet in die Matrix sozialer Interaktionen, und diese wiederum haben zwischenleibliche Dimensionen, kognitive Komponenten und emotionale Qualitäten. Letztere sind in der Kindertherapie so wichtig, weil eine ihrer wesentlichen Aufgaben darin besteht, im Beziehungsgeschehen dem Kind zu ermöglichen, daß es seine Gefühle wahrnehmen, ausdrücken und regulieren kann, die Gefühle eines anderen wahrnehmen, bewerten und auf sie angemessen zu reagieren lernt. Derartige *emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit* schließt an Erkenntnisse „klinischer Entwicklungspsychologie“ (Kruse 1991) und die empirische Entwicklungspsychologie der Emotionen im Kindesalter (Malatesta et al. 1989). Dieses Wissen darf kein abstraktes bleiben, sondern muß interventiv umgesetzt werden, d.h. in Interaktion/Kommunikation zum Tragen kommen. Die Emotionstheorie der Integrativen Therapie (Petzold 1992b) und allgemeine, psychotherapierelevante Emotionskonzepte (idem 1995g) betonen die relationale Qualität von Gefühlen: Sie werden „gegenüber“ anderen Menschen *gezeigt*, haben eine Signalwirkung, d.h. sie orientieren die Außenwelt über die Befindlichkeit dieses Menschen und ihn selbst über seine Situationswahrnehmung und -bewertung, und sie lösen bei anderen „*ko-responzierende Emotionen*“ aus (Schmerz → Trost; Aggression → Furcht; Zuwendung → Vertrauen etc.). In Spielsituationen mit dem Kind wird es darum gehen, seine Emotionen aufzunehmen, zu verstehen und ko-responzierende Gefühle als Resonanz zu zeigen. In gleicher Weise ist es auch wichtig, daß der Therapeut/die Therapeutin emotionale Flexibilität und Ausdrucksfähigkeit besitzt, dem Kind Gefühle zeigt und ihm dabei hilft, die richtigen „emotionalen Antworten“ zu finden. Die „*Feinstimmung*“ (*dosing*) des emotionalen Repertoires, seine Flexibilisierung in einer Art und Weise, daß von einer emotionalen Lage „*Umstimmungen*“ auf eine andere möglich sind (*shifting*, vgl. idem 1992b), kann in „Emotionsspielen“ angeregt werden. Therapeut und Kind haben viel Spaß dabei, mimisch-pantomimische Spiele zu inszenieren, in denen „Emotionsgesichter aufgesetzt“ werden,

wechselseitige Spiegelungen oder Kontrastierung stattfinden, eventuell unter Zuhilfenahme von Puppen (idem 1972e, 1983a, 1987a), die zum jeweiligen Gefühl passen (zur Aggression „Aggressionspuppen“ wie Wolf oder Krokodil; zur Angst „Protektionspuppen“ wie der Polizist; zu Schmerz und Trauer „Support-Puppen“ wie die Großmutter oder der gute Zauberer).

Emotionale Ereignisse sind flüchtig (Seligman 1994). Ihre Wiederholung indes oder die Präsenz *zeitextendierter Stimmungen* tragen zur Ausbildung von „Grundstimmungen“ oder des „Lebensgefühls“ bei (Petzold 1992b). Da *Stimmungen* von stimmungserzeugenden *Atmosphären* abhängig sind, ist es eine wesentliche Aufgabe der Kindertherapie, „Atmosphären zu schaffen“, aber auch *Familienatmosphären* zu beeinflussen, denn „Atmosphären sind ergreifende Gefühlsmächte“ (Schmitz 1994), deren dauerhafte Einwirkungen seelische Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen können, denn die von ihnen erzeugten „Stimmungen“ oder Grundgefühle, z.B. der Sicherheit oder Unsicherheit, der Zuversicht oder der Niedergeschlagenheit, der Freude oder der Bedrückung etc., „nisten“ sich in die leibliche Wirklichkeit, d.h. die seelische und körperliche Realität des Kindes ein und bestimmen seine Befindlichkeit „leibhaftig“ – zum Teil in recht problematischer Weise. Ein Kindertherapeut muß deshalb um die „emotionale Kultur“ einer Familie wissen: einerseits, um kompensatorische Atmosphären in der therapeutischen Situation mit dem Kind bereitstellen zu können und andererseits, um in der Familie eine „awareness“ für ihre eigene „emotionale Kultur“ zu schaffen, so daß diese, sofern sie dysfunktional ist, auch verändert werden kann. Wenn Familien keine Zeit zum Spielen, zum Feiern, zum Schmusen in ihrem „Zeitbudget“ haben, weil sie z.B. ausschließlich von „fernsehen“ gefüllt ist, brauchen sie Beratung, Anregung und zuweilen ganz konkrete Hilfen, um „enrichment events“ zu planen und zu realisieren.

Bei sehr gestörten Kindern wird es zuweilen notwendig, in leibbezogener Arbeit „thymopraktisch“ (Petzold 1975e, 1992b; Schneewind, dieses Buch) vorzugehen. Gefühle sind ja mit leiblichen Zuständen, mit Atmung, Muskeltonus, Mimik, Haltung verbunden (Bloch, Lemeignan 1992). Bei einem Kind, bei dem sich der „Schrecken“ habitualisiert hat, dessen Muskulatur verspannt, das Gesicht eingefroren, die Atmung flach ist, weil es immer „mucksmäuschenstill“ sein mußte, um nicht Mißhandlung und Verletzung zu riskieren, müssen diese leiblich sich stabilisierenden, negativen Muster ange-

gangen werden, und das erfordert natürlich körper- und bewegungstherapeutische Kenntnisse (Metzmacher 1987). Psychotherapeuten, die einen integrativen Ansatz praktizieren, haben hier ein spezifisches Repertoire an Interventionen zur Verfügung. Sie sind in besonderer Weise durch die Art ihrer Ausbildung und der darin erlebten Selbsterfahrungsanteile (Petzold 1983i) dafür ausgerüstet, mit dem Kind intensive *Zwischenleiblichkeit* zuzulassen und zu gestalten, was sowohl mit sehr aggressiven aber, auch mit sehr zurückgezogenen, deprivierten Kindern wesentlich ist. Der *Leib des Therapeuten* wird für das Kind zum „Erfahrungsfeld“, ähnlich wie es im familiären Kontext der Leib der Eltern oder der Geschwister sein sollte. Eine solche zwischenleibliche, emotionszentrierte Therapie erfordert natürlich ein breites Handlungsrepertoire und Wissen über altersspezifische Formen emotionaler Interaktion, ein theoretisches Wissen über den „Affordance-Charakter“ von *gezeigten Emotionen*, die dem Kind gegenüber und in ihm ja immer etwas bewirken, und derartige Wirkungen sollten im therapeutischen Prozeß spezifisch zum Tragen kommen. Das reflexive Moment, das *Nachspüren*, *Nachsinnen*, *Nachfühlen* und *Nachdenken* über derartige kindertherapeutische Sitzungen auf seiten des Therapeuten muß deshalb für das Gelingen eines solchen Behandlungsansatzes als sehr wesentlich angesehen werden. *Emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit ist immer auch ein kognitives Geschehen*. Die differenzierende sprachliche Benennung von Gefühlen ist eine unverzichtbare Aufgabe, denn nur so kann das Kind eine differenzierte emotionale Sprache gewinnen, die Voraussetzung für eine breite kommunikative und interaktive Kompetenz ist, in der das Kind seine Bedürfnisse adäquat artikulieren kann. Diese „kognitive“ Komponente von Gefühlen (Scherer, Wallbott 1990; Ulich, Mayring 1992), die über die Verbalisation in die nonverbale, expressive Dimension des Emotionalen eingewoben ist, stellt ein wichtiges Moment emotionaler Sozialisation (Ulich 1995) dar, in der emotionale *Schemata* und *Stile* (ibid.; Petzold 1992b, 823 ff) ausgebildet werden – und Kindertherapie ist emotionale Sozialisationsarbeit und stellt doch im Rahmen des Gesamtsozialisationsgeschehens eine wichtige Komponente dar, die defizitären Erfahrungen aus anderen sozialisatorischen Feldern (z.B. im Elternhaus) kompensatorische Einflüsse an die Seite zu stellen vermag. Durch sie kann der Ausbildung *dysfunktionaler emotionaler Stile* (ibid.) vorgebeugt werden oder, wo sie sich schon etabliert haben, rechtzeitig mit einer Behandlung begonnen

werden: Stile wie der der *einseitigen emotionalen Fixierung* (Vorläufer von Depressionen und Angstneurosen), der *Alexithymie* (nicht nur Leitsymptomatik, sondern auch Ursache psychosomatischer Störungen), der *Ambivalenz* (Ursache späteren Beziehungsstörungen) u. a. legen schon in Kindertagen die Grundlagen für spätere Erkrankung, wenn keine „korrigierenden emotionalen Erfahrungen“ (Alexander), „alternative Erlebnisse“ (Petzold) oder „kompensatorische Einflüsse“ im weiteren Lebensweg zur Wirkung kommen können.

Die emotionsorientierte Arbeit in der „Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ ist speziell auf die Bearbeitung „selbstreferentieller Emotionen und Kognitionen“ (Petzold 1992b, 823) gerichtet. Die persönlichkeits-theoretische Konzeptbildung auf der Grundlage der empirischen Babyforschung (Stern 1985; Petzold 1993c) nimmt an, daß „Selbstvorläufer“ (idem 1992a, 675), Kernstrukturen des Selbst, sich im ersten Lebensjahr ausbilden, wobei im Integrativen Ansatz nach der „Welt des archaischen Leib-Selbst“ (sechster Monat pränatal bis dritter Monat postnatal) mit der Entwicklung „eigenleiblicher Selbstempfindung“ die Entwicklung einer *Daseinsgewißheit* (dritter bis siebter Monat) erfolgt. Das Entstehen des *Selbstgefühls* (achter bis zwölfter Monat) ist dann ein markierendes Moment, denn auf dieser Basis entwickelt sich zwischen dem zwölften und dem achtzehnten Monat das *Selbstwertgefühl* und darauf folgend die *Selbsterkenntnis* aufgrund attributiver Prozesse aus der Außenwelt, die von bedeutsamen primären Bezugspersonen an das „erlebende und erlebte Selbst“ gerichtet werden und die das um den neunten Monat ausgebildete *Selbstgefühl* in positiver Weise tönen (Petzold 1992a, 682 ff). Erfolgen nachhaltig und beständig negative Attributionen an das sich entwickelnde Selbst des Kindes, so kommt es um den 32. Monat zur Ausbildung von *negativen Selbstgefühlen* (Wertlosigkeit, Ohnmacht) und *Selbstkognitionen* (Schuld, Hilflosigkeit), wie die Auswertung von selbstreferentiellen Verbalisationen, insbesondere von Einschlafmonologen (Nelson 1990) zeigt. In der Zeit der erwachenden „self awareness“ (Kagan 1981) und der mit ihr verbundenen besonderen Sensibilität ist das Kind gegenüber Angriffen auf die *Integrität seines Selbst* besonders vulnerabel. Selbstwertverletzungen werden als „leibhaftige Widerfahrnisse“ erlebt, selbst wenn es nie zu körperlichen Strafen oder Mißhandlungen kommt. Verängstigte oder verschüchterte Kinder, Kinder, die gedemütigt wurden, zeigen dies in ihrer Mimik, Gestik

und Körperhaltung. Nach der Psychosomatiktheorie der Integrativen Therapie ist dies auch evident (Petzold 1995h). Kindertherapeutische Arbeit hat deswegen das *Selbstgefühl* und das *Selbstwertgefühl* der kleinen Patienten zu stützen, wobei geschlechtsspezifische Momente zu berücksichtigen sind, denn in weiblichen Sozialisationen finden sich häufig Einflüsse, die der Entwicklung von Selbstbestimmtheit, eigenem Denken, assertivem Verhalten entgegenstehen. Auch hier werden netzwerkbezogene Interventionen notwendig, weil der kindertherapeutische Raum, wertschätzender verbaler und nonverbaler Ausdruck von seiten des Kindertherapeuten allein nicht ausreichen wird, um abwertende Umwelteinflüsse, unterdrückende Erziehungsstile, negativistische Familienklimata in ihrer Wirkung abzugrenzen oder zu kompensieren. *Selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen* mit positiver Qualität können gezielt durch Rollenspiele gefördert werden, indem dem Kind Positionen und Rollen zugewiesen werden, bei denen ihm von seiten des Therapeuten wertvolle Persönlichkeitseigenschaften attribuiert werden und positiv attribuierte Selbstbilder entstehen, die wir zuweilen bildnerisch umsetzen. Wir malen den „Mut“ in das Bild, die „Klugheit“, die „Schnelligkeit“, die „Kraft“ usw. Das Kind bekommt auf diese Weise vermittelt, daß man *daran glaubt*, es könne die Dinge, die es sich vornimmt, erreichen. Es muß allerdings oft auch ermutigt werden, sich Ziele zu setzen, und zwar solche, die so realistisch sind, daß nicht schon die Enttäuschungen vorprogrammiert sind, denn oftmals führen Einengungen und Beschneidungen im primären Sozialisationsfeld des Kindes dazu, daß eine „kompensatorische Größe“ im Sinne entlastender Phantasiearbeit aufgebaut wird, deren Scheitern wiederum zu einer Verletzung von Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen führt. Statt dessen werden Wertlosigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit, Selbstzweifel gefördert. Kindliche Grandiosität muß Raum haben. Das „*Realitätsprinzip*“ darf das „*Wunschprinzip*“ (Petzold 1985q) nicht niederbrechen und unterdrücken – die kindliche Kreativität würde damit zerstört. Es erfolgt im Lebensalltag von Kindern ohnehin genug an „dosierter Enttäuschung“, so daß im Lauf der Sozialisation eine Anpassung an die Realitätsauffassung der relevanten Erwachsenenwelt erfolgt. *Offen genug geht dabei die Fähigkeit zu träumen verloren und der Impetus, „Unmögliches dennoch möglich zu machen“*, und es wird Kapital an Selbstvertrauen und Selbstgewißheit verwirtschaftet.

Kindliche Grandiosität wird allzu oft negativ konnotiert mit den Maßstäben des *Freudschen* Realitätsprinzips, d.h. den Normen einer bestimmten Erwachsenenwelt beurteilt – auch in der kindertherapeutischen Literatur –, und das ist inadäquat. Dabei gehen kulturspezifische Wertungen aus Therapieschulen und -ideologien (*Orth et al.* 1995) mit in die Theorienbildung ein, die damit keineswegs für sich beanspruchen kann, auf dem Grund empirischer entwicklungspsychologischer Forschung zu stehen. Notwendige und sinnvolle Qualitäten der Selbstbezogenheit von Kindern (sie stehen neben ihren früh präsenten, altruistischen, empathischen Qualitäten, *Bischof-Köhler* 1989; *Fremmer-Bombik, Grossmann* 1992), werden als eigensinnig, egoistisch, selbstsüchtig apostrophiert und finden sich dann in psychologischen Konzepten, wie „kindlicher Egozentrismus“ und besonders in dem entwicklungspsychologisch und klinisch dysfunktionalen *Narzißmuskonzept* (dessen mythentheoretische Herleitung außerdem noch mehr als problematisch ist), in dem sich eher die staatsbürgerlichen Ideale und die Moralvorstellungen des 19. Jahrhunderts, wie sie auch das *Freudsche* Denken infiltriert haben, spiegeln, als entwicklungspsychologisch relevante Konzepte (*Wahl* 1985; *Petzold* 1992f). Eine „metahermeneutische“ (*Petzold* 1994a), „dekonstruktive“ und „diskursanalytische“ (*Derrida* 1982; *Foucault* 1974; *Culler* 1994) Perspektiven einbeziehende Aufarbeitung dieses theoretischen Mythologems und ein Abgehen vom Narzißmusbegriff werden dringend angezeigt. Die wichtigen Fragen zum „Selbstgefühl“, *Selbstwertgefühl* bzw. den *selbstreferentiellen Kognitionen und Emotionen* gehen ansonsten in den narzißmustheoretischen Spekulationen unter. In der Kindertherapie muß eine dem jeweiligen kindlichem Realitätsverständnis adäquate Form von Größenerlebnis ermöglicht, bekräftigt und dosierend begrenzt werden – je nach Situation. „Emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit“ hat genau im Hinblick auf diese Gefühle und Kognitionen eine zentrale Aufgabe zu leisten, die im permanenten „Aushandeln von Grenzen“ mit dem Kind umgesetzt wird: Selbstwahrnehmung, Selbstbewußtsein, Selbstwertgefühl und Selbst-Verständlichkeit zu fördern ist ein Kernanliegen *Integrativer Kindertherapie*, für das sie differenzierte Konzepte und Methoden entwickelt hat, um für die kleinen Patienten in ihren relevanten Lebenswelten wertschätzende und damit Selbstwert und Selbsterkenntnis fördernde Klimata herzustellen.

8.7 Integrative Kindertherapie – ein kooperatives Unterfangen

Eine derartige komplexe kinder- und familientherapeutische Maßnahme, wie die hier geschilderte, ist für alle Beteiligten aufwendig. Sie erfordert „Konflux“, d.h. flüssige Kooperation der Eltern und, wo immer möglich, weiterer Personen des Netzwerkes – hier Großmutter, Nachbarskinder –, weil direkte sozioökologische und netzwerkorientierte Interventionen in das Zentrum der therapeutischen Strategie gestellt und auch die spezifischen kindertherapeutischen Sitzungen als *ein Geschehen im Rahmen des Netzwerks* gesehen werden, das mit dem übrigen Interaktionsgeflecht *konnektiert* werden muß (Petzold 1979k, 441 f), damit es zu keiner isolationistischen Inselbildung kommt – die „schützende Inseln“ brauchen Versorgungs- und Kommunikationswege. Vielmehr muß eine gezielte Übertragung protektiver Atmosphären aus dem „safe place“ durch kontextspezifische *Transferarbeit* erfolgen, ohne daß alleinig auf unspezifische Generalisierungseffekte gesetzt wird. Die Ausrichtung an sozioökologischen Konzepten (Petzold et al. 1994a) führt dazu, daß gezielt Maßnahmen eines „environmental modeling“ eingeleitet werden, durch die neue „affordances“ bereitgestellt und alte, dysfunktionale in ihrer Wirksamkeit gemindert werden sollen. Die Einrichtung „experimenteller“ Situationen im Lebensalltag der Familie, die Spielsituation, die als „safe episodes“ in die Prozesse des Alltagslebens eingeplant werden, haben die Funktion, nicht nur Möglichkeiten bereitzustellen, in denen neues Interaktionsverhalten aufkommen und sich inszenieren kann, sondern daß auch aufgrund dieser Erfahrung neue Repräsentationen ausgebildet werden, die – im „episodischen Gedächtnis“ (Nelson 1986, 1993, 1994) bzw. im „szenischen Gedächtnisses“ (Petzold 1992a, 683) der Beteiligten festgehalten – ein anderes „display“ von Interaktionsverhalten ermöglichen. Dieses kann dann – durch mehrfache, spezifizierende Performanz-Transfers vorbereitet –, in den übrigen Bereichen des Netzwerkes durch Generalisierungsprozesse wirksam werden. Im Verhalten von Clara in den Spielsituationen mit ihren Eltern und mit den Nachbarskindern und (nach einer halbjährigen Behandlung) auch bei einer erneuten Aufnahme in einen Kindergarten zeigte sich, daß diese Strategie erfolgreich war. „Safe places and episodes“, „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“, die in das Netzwerkgeschehen und die *Convoy*-Prozesse eingestreut wer-

den – und die kindertherapeutische Sitzung kann hier nur als ein, wenn auch gewichtiges Moment gesehen werden –, vermögen zu Qualitätsveränderungen im „Gesamtsystem“ bzw. in der „Lebenswelt“ (Schubert 1995) des Kindes führen, weil Veränderungen in der gemeinschaftlichen Konstruktion von Lebenswirklichkeit (Berger, Luckmann 1970) initiiert wurden. Die repräsentationale Seite des Netzwerkes – wir bezeichnen sie in unserem Ansatz bekanntlich als „social world“ (Petzold, Petzold 1991) –, das kollektive Kognitions geschehen (Kommunikationsregeln, Vorstellungen, Wertungen, Befürchtungen, Antizipationen etc., vgl. Jodelet 1989) wurde beeinflusst: Einerseits – *performanzorientiert* – durch die Veränderung konkreter Verhaltenssequenzen, etwa in Spielsituationen (*bottom up approach*), aber auch – *kompetenzorientiert* – durch die unmittelbare Beeinflussung von repräsentationalen Inhalten (*top down approach*). Wird **Interaktion** in dieser Dialektik von *Kompetenzen* (Wissen, Fähigkeiten) und *Performanzen* (Können, Fertigkeiten) gesehen und konsequent mit Doppelstrategien angegangen, die beide Ebenen einbeziehen, ihre Verschränkung bekräftigen und etwaigen *Dissoziationen* der behavioralen und repräsentationalen Ebenen entgegenwirken, so kann mit therapeutischen Erfolgen gerechnet werden, denn es wird nicht nur die *individuelle soziale Kompetenz* und *Performanz* (Petzold et al. 1994b) gefördert (die von Clara, die ihrer Mutter, ihres Vaters etc.), sondern auch die *systemische soziale Kompetenz* und *Performanz* – hier die *des familiären Interaktionssystems* (Wiemann, Bradac 1993; Wiemann, Kelly 1981) –, ein Aspekt, der bei individualisiert ausgerichteten, kompetenztheoretischen Überlegungen von Psychotherapeuten oft zu kurz kommt.

Unser Ansatz, der sich – personenzentriert *und* netzwerkorientiert – dezidiert auf die behaviorale *und* die repräsentationale Dimension des „Netzwerks im Prozeß“, des *convoy*s, bezieht, unterscheidet sich damit von der Mehrzahl der Einzeltherapieverfahren durch seine sozioökologische Orientierung, aber auch von der Mehrzahl der familientherapeutischen Schulen, weil diese den kollektiven Repräsentationsprozessen in der Familie und bei ihren Mitgliedern keine Beachtung schenken und übersehen, daß in einem Familiensystem – es wird als Kommunikations-/Interaktions-System verstanden – durchaus unterschiedliche „social worlds“ vorhanden sein können, die konfliktieren, damit „hinter“ den offensichtlichen Problemen stehen und deshalb ein Ziel therapeutischer Arbeit werden müssen. Der Integrative Ansatz geht deshalb über die traditionellen psycho-

analytischen bzw. tiefenpsychologischen Vorgehensweisen in der Kindertherapie deutlich hinaus, weil er neben der repräsentationalen Seite auch der behavioralen Seite in den Interaktionen, im konkreten Alltagsverhalten, in Spielsituationen, in der manifesten *Spielkultur* der Familie große Bedeutung zumißt und diese zu einem Ausgangspunkt von Interventionen macht.

Die Verbindung sozialökologischer, systemischer, tiefenpsychologischer und kognitionspsychologischer Konzepte in einem *übergeordneten, integrativen Rahmen* kennzeichnet seit je her (Petzold 1970c, 1974j, 1980g, 1992a) unser Vorgehen, das damit profiliert im Rahmen des „neuen Integrationsparadigmas“ steht (idem 1992g, vgl. Saltzman 1995; Wachtel, McKinney 1992; Arkowitz 1992; Kazdin 1984; Arkowitz, Messer 1984; Messer 1986; Mahoney 1984; Stricker, Gold 1993). Es unterstreicht: ohne kontextbezogene Interventionen, ohne Veränderungen der *Bedingungen von Wahrnehmen*, ohne Veränderung von Wahrnehmung, ohne Umstellung von Handlungsmustern und ohne Beeinflussung komplexer mentaler Repräsentationen (nicht nur einer „imago“, sondern von „Imagines-in-Situationen-und-Interaktionssequenzen“) bei allen relevanten Personen eines Interaktionssystems sind die Chancen konstruktiver Veränderung sehr eingeschränkt – und bei institutioneller Psychotherapie gilt: ohne Umstellung institutioneller Praxisstrategien (Herzka, Reukauf, dieses Buch; Hermer 1995). Wird nur sektoriell angesetzt, wie dies vielfach bei kindertherapeutischen Einzelbehandlungen üblich ist (zuweilen ist es leider auch bei fehlender Kooperation der Familie nicht anders möglich), so sind die Veränderungsschancen weit aus geringer, und es muß in subtilen Strategien „indirekter“ Systembeeinflussung und Modellierung der Lebenswelt und „social worlds“ versucht werden, etwa durch das Entwickeln und Stützen neuer Verhaltensweisen auf seiten des Kindes (sofern dieses als Systemgröße bedeutsam genug ist) in einer Weise in das Gesamtsystem hineinzuwirken, daß dieses sich verändert. Oft genug sind Kinder, wenn sie in desolaten Lebens- und Sozialwelten leben (Metzmacher, Zaepfel, dieses Buch; Petri 1995; Dröschel 1995), aber starken Einflüssen destruktiver gesellschaftlicher Klimata ausgesetzt, oder sie sind für ihre Familien und Netzwerke als systembestimmende „Stellgrößen“ nicht wichtig, gewichtig genug, so daß ihre durch die Therapie erreichten Veränderungsprozesse in ihrem mutativen Einfluß durch makrokontextuelle Negativeinflüsse aufgesogen oder durch Abwehrstrategien des familiären Systems neu-

tralisiert, blockiert oder auch – worst case – mit negativen, destruktiven Impulsen bedacht werden (Verschärfung schlechter Behandlung, emotionale Vernachlässigung, Zunahme von Familienzwickigkeiten durch die Eltern, Therapieabbruch etc.). Hier kommen Therapeuten an ihre Grenzen. Ressourcenmangel in Netzwerken, Desinteresse der Familie, die Unmöglichkeit, Netzwerkinterventionen zu realisieren oder kompensatorische Netzwerke (Pflegefamilien, Heimunterbringung) bereitzustellen, beeinträchtigen die Behandlungsmöglichkeiten von Kindern in Problemfamilien und desolaten Netzwerken nachhaltig. Tageskliniken, Schulen für Erziehungshilfe, die kindertherapeutische Sitzung selbst, gewinnen dann die Qualität von „Soziotopen“ (Metzmacher, Zaepfel, dieses Buch). Sie werden im Sinne unseres Konzeptes der „schützenden Inseln“ tatsächlich zu „Schutzzonen auf Zeit“, die allerdings, wie wir durch ein *follow-up* unserer Kindertherapiegruppen nach 20 Jahren (1970-1991) zeigen konnten (Petzold et al. 1993), auch positive Langzeitwirkungen zeitigen können, selbst wo die damaligen prognostischen Perspektiven ungünstig schienen.

Ressourcenreiche Netzwerke und gut ausgestattete therapeutische Institutionen – die niederländischen RIAGGs (Regionale ambulante Versorgungszentren) sind hier vorbildlich (Lemmens et al. 1991) – optimieren natürlich Behandlungschancen. Auch Therapien in Forschungskontexten bieten oft besondere Möglichkeiten, etwa die Chance, ohne Druck mit neuen Ansätzen zu experimentieren, bei Kontrolle der Maßnahmen, personeller Unterstützung, Auswahl des Klientels. All das sind gute Voraussetzungen, neue Wege zu beschreiten, die auch in die gängige klinische Praxis übertragen werden können. Sozioökologische Ansätze eignen sich hier besonders, weil sie sich einerseits empirisch gut untersuchen lassen, andererseits dabei einen unmittelbaren Zugang zur Lebenswelt bieten können.

Im Fall von *Clara* konnte der Behandlungsansatz in positiver Weise greifen, weil die Eltern prinzipiell kooperationswillig und -fähig waren und keine Ressourcenknappheit – das gravierendste Hindernis für (Kinder-)Therapien – vorlag. Die Eltern konnten und wollten mitarbeiten. Sie wurden in ihrer Elternrolle ernst genommen und wertgeschätzt und sie erhielten neben einer akzeptierenden, verständnisvollen emotionalen Unterstützung, einer Beratung ihrer persönlichen Situation in umfassender Weise Informationen über das theoretische Konzept der Therapie, über das Verständnis

der Störungen, die diagnostischen Einschätzungen der Therapeuten und das Rationale der vorgesehenen Maßnahmen. Dieser „kognitive Impuls“ hat – und wir finden dies immer wieder bestätigt – die Kooperationsbereitschaft der Eltern wesentlich erhöht, denn damit wurde Ambiguität vermindert, ein Verständnis für die Prozesse und Maßnahmen eröffnet und ein aktives Mitdenken angeregt.

„Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994a) darf und kann in ihrer Wirkung gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Eigene biographische Hintergründe wurden vorwiegend ressourcenorientiert angesprochen. Unter der Perspektive der „doppelten Expertenschaft“ (Petzold 1990i) – die die „Expertise der Helfer“ und die „Expertise der Klienten“ einbezieht – haben Eltern ja ihre persönliche Geschichte nicht nur als „Quelle der Pathologie“ einzubringen, wie dies von der Mehrzahl psychotherapeutischer Ansätze sehr einseitig fokussiert wird, sondern als „Quelle von Gesundheit“ und als „Schatz von Lebenserfahrungen“. Damit werden Negativeinflüsse in der eigenen Biographie, ungelöste Beziehungen zu den eigenen Eltern, traumatische Kindheitserfahrung, böse Familienmythen keineswegs beiseitegeschoben, aber sie werden anderes gewichtet. Der diagnostische Blick des Therapeuten bleibt für derartige Möglichkeiten offen, und wo sie in störender Weise dominant werden, werden sie auch bearbeitet. Allerdings kommen solche Phänomene in einer *lösungs- und ressourcenorientierten Haltung und Vorgehensweise*, welche indes Traumatisches nicht abwehrt, sondern für solche Einflüsse sensibel bleibt, nicht so häufig zum Tragen wie in einer ausschließlich *pathologiezentrierten* Herangehensweise, die Kooperation behindert, weil sie die Betroffenen *parentifiziert und klientelisiert*, also in ihrer Kompetenz entwertet (Orth et al. 1995).

Therapie erfordert „Konflux“, d.h. Zusammenarbeit auf der kognitiven, emotionalen und sozialen Ebene. Netzwerk- und familienorientierte Kindertherapie ist ein kooperatives Unterfangen, ansonsten können nur begrenzte Wirkungen erreicht werden. Sie arbeitet aufgrund der sozioökologischen und netzwerkbezogenen Orientierung nicht nur mit den Strategien *curing/Heilen, coping/Bewältigungshilfe, support/Stütze*, sondern auch mit den Strategien des *enlargement/Erweiterung der Kontextübersicht und des Handlungsspektrums, enrichment/Bereicherung von Lebensqualität* und des *empowerment/Selbstermächtigung* (Petzold 1994a, 276; Orth et al. 1995).

Clara und ihr Netzwerk haben von der Behandlung (*curing*), den Unterstützungsmaßnahmen (*support*) und den *Enlargement-* und

Enrichment-Strategien nachhaltigen Nutzen gehabt: Das *Kind*, weil ihm neue Verhaltensmöglichkeiten erschlossen wurden. Die Enkopresissymptomatik verschwand, und die übrigen Symptomatiken wurden weitgehend gebessert. Die *Nachbarskinder*, weil *Clara* eine nettere Spielgefährtin wurde, die nur noch selten überschießend aggressiv war, dann aber nicht mehr so verletzend agierte. Die *Eltern*, weil sie eine „andere *Clara*“ für sich entdecken konnten und neue Wege des Umgehens miteinander und mit dem Kind fanden. Geblieben sind die Dunkelängste und die Dysästhesien. Die Stimmungslabilität hat deutlich abgenommen. Die 32 Sitzungen dauernde Therapie hatte damit genug erreicht, genug, daß die Familie mit ihren eigenen Ressourcen weiterkommen konnte.

Es ist oftmals gut, Therapien an solchen Punkten zu beenden, weil man auf die Selbststeuerungskräfte eines *convoy*, den man wieder auf die richtige Wegstrecke bringen konnte, trauen kann. Zu lange therapeutische Begleitungen können auch *Selbstwirksamkeit* (Flammer 1990) behindern und *empowerment* (Kasl 1991) verhindern. *Claras* Eltern wissen, wo sie Hilfe erhalten können. Sie haben gelernt, wichtige Prinzipien sozioökologischen Denkens und integrativer Beziehungsarbeit zu nutzen, und sie werden auch die Möglichkeiten von Therapie zu nutzen wissen, wenn es wieder einmal zu schwierig werden sollte.