

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* und
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leiser* und *Chae Yonsuk*

für das

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 10/2018

Integrative Therapie mit Kindern

*Gabriele Ramin, Hilarion G. Petzold (1987)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Erschienen in: *Hilarion Petzold, Gabriele Ramin* (Hrsg.): *Schulen der Kinderpsychotherapie*, Paderborn: Junfermann, 1987, 1991, 2. Auflage, 359-426.

Integrative Therapie mit Kindern

Gabriele Ramin, Hilarion Petzold

„Ich weiß nicht, als was ich der Welt erscheine, aber in meinen eigenen Augen bin ich immer nur der Knabe gewesen, der am Meeresufer spielte und sich freute, wenn er einen noch glatteren Stein, eine noch schönere Muschel fand, während der große Ozean der Wahrheit noch ganz unerforscht vor mir lag.“ — Isaac Newton¹⁾

Was *Newton* hier beschreibt, ist dem Integrationsgedanken der „Integrativen Therapie“ nicht fern: nämlich Bewußtseins- und Erkenntnisprozesse mit der Neugier auf Unerforschtes und mit dem Spielerischen zu verbinden. In der „Integrativen Therapie“ mit Kindern, die hier beschrieben wird, sind wir dem Spiel, dem gemeinsamen Tun, dem kreativen Gestalten, der In-szenierung in besonderer Weise zugewandt. Durch diese Möglichkeiten lebendiger, zugewandter Interaktion versuchen wir, mit unseren kleinen Patienten eine Ebene des vertrauten *Kontakts*²⁾ herzustellen, aus dem heilende menschliche *Begegnung*, Sicherheit gebende *Beziehung* und eine klare Identität entstehen kann.

1. Das Verfahren

Die „Integrative Therapie“ ist ein Verfahren ganzheitlicher Behandlung, das von *Hilarion Petzold* Mitte der sechziger Jahre³⁾ in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen⁴⁾ und alten Menschen⁵⁾ entwickelt wurde und in Zusammenarbeit mit den Lehrtherapeuten am „Fritz Perls Institut“ weiter ausgebaut wird.⁶⁾ Wichtige Quellen sind das Psychodrama *Morenos*⁷⁾, die Gestalttherapie von *Perls*⁸⁾ und die aktive Psychoanalyse der Ungarischen Schule⁹⁾, wie sie durch *Ferenczi*, *Iljine* und *Balint*¹⁰⁾ repräsentiert wird. Diese aktive Ausrichtung, in der Kreativität und Spiel einen bedeutsamen Platz haben, macht die Integrative Therapie für die Behandlung von Kindern besonders geeignet. Ihre Methoden und Medien sind *kindgemäß*¹¹⁾. Inzwischen wurden innerhalb der Integrativen Therapie eine Reihe von methodischen Zugangsweisen erarbeitet, die spezifische Aspekte entwickelt haben, z. B. die Integrative

Bewegungstherapie¹²⁾ (vgl. *Metzmacher*, dieses Buch, S. 227 ff.) oder die Integrative Arbeit mit Puppen¹³⁾ (vgl. *Petzold*, dieses Buch, S. 427ff.) oder die Integrative Musiktherapie¹⁴⁾. Für alle diese therapeutischen Wege ist charakteristisch, daß sie eine „Anthropologie des schöpferischen Menschen“¹⁵⁾ verbindet. Auf der Grundlage einer *mehrperspektivischen Sichtweise*¹⁶⁾ praktizieren sie einen erlebnisaktivierenden Behandlungsstil¹⁷⁾, in dem aufdeckendes und durcharbeitendes mit stützendem und förderndem Vorgehen verbunden werden kann. Auch deshalb bietet die Integrative Therapie für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vielfältige Möglichkeiten.¹⁸⁾

2. Der Kontext: Lebenswelt, social world

Therapeutische Arbeit findet immer in konkreten Kontexten statt: dem Beziehungsnetz der Familie¹⁹⁾, das auch in der Einzelbehandlung als Hintergrund präsent ist²⁰⁾, dem Lebenszusammenhang des Kindes, dem Setting der Behandlung (Klinik, Heim oder Praxis) und dem Lebenszusammenhang des Therapeuten²¹⁾. Die verschiedenen Lebenswelten müssen im therapeutischen Prozeß berücksichtigt und genutzt werden.

Der Zugang, den der Therapeut zum Kind und zu seiner Familie finden muß, wird durch eine gemeinsame Partizipation am Milieu der „Lebenswelt“²²⁾ ermöglicht: Therapeut, Kind, Eltern, Bezugspersonen sind leiblich konkrete, präzente, wahrnehmende, fühlende, sprechende, denkende Wesen. In der Regel teilen Therapeut und Patient eine Kultur und eine Sprache; und dennoch sind meistens Differenzen da im Hinblick darauf, wie nämlich die Lebenswelten erlebt werden, wie ihre unterschiedlichen Dimensionen gewichtet werden. Dies wird von vielfältigen Faktoren bestimmt, die durch den Begriff der „social world“²³⁾ charakterisiert werden können. Eine *social world* ist „ein Ensemble von geteilten Perspektiven“ (*shared perspectives*)²⁴⁾, also eine symbolische Realität. Eine Gruppe von Eltern z. B., die die gleichen Auffassungen und Prinzipien von Erziehung vertreten, partizipieren an der gleichen „social world“. Im Rahmen einer Familie können durchaus unterschiedliche, ja zuweilen disparate „social worlds“ vorhanden sein: Die Eltern leben in ihrer Welt, sie wissen von der Welt ihrer Kinder nichts oder wenig. Sie können sich in das kindliche Fühlen nicht einleben, weil sie ihr eigenes Kinderland verloren haben oder verdrängen mußten. Oder sie leben in einer spezifischen Erwachsenenkultur, und ihnen ist die Jugendkultur ihrer heranwachsenden Kinder, die vielleicht gerade auf dem „Popper-Trip“ sind, fremd. Natürlich ist eine ge-

wisse „Fremdheit des anderen“ (Adorno)²⁵⁾ unvermeidlich, ja sogar wichtig, aber es muß der *gemeinsame* Boden der Lebenswelt noch tragfähig genug sein, es müssen doch noch genügend *gemeinsame* Perspektiven vorhanden sein, um miteinander kommunizieren zu können.

In der Kindertherapie sind wir in einer zuweilen schwierigen Situation. Zunächst muß der Therapeut in der Lage sein, die verschiedenen Provinzen des „Kinderlandes“ betreten zu können. Ein drei- oder vierjähriges Kind lebt in anderen Regionen, erlebt andere Qualitäten, denkt und fühlt anders als ein acht- oder neunjähriges bzw. zwölf- oder dreizehnjähriges Kind; und nicht nur das — die Provinzen der Knaben und Mädchen sind verschieden, wenngleich es auch gemeinsames Terrain gibt. Der Therapeut braucht ein flexibles Ich, das über die Archive des Leibgedächtnisses verfügen kann, das Regressionen ermöglicht, damit er auf „Kinderweise“ fühlen und denken kann, ein Ich, das immer wieder auch Restabilisierung ermöglicht. Der Therapeut steht beständig im „partiellen Engagement“²⁶⁾. Er ist Erwachsener und Kind zugleich und vermittelt für das Kind beständig zwischen diesen beiden Welten, weil sein reifes und flexibles Ich in der Lage ist, diese beiden Welten zu verbinden, so wie es das *Newton*-Zitat, das dieser Arbeit vorangestellt wurde, deutlich macht. Für Kindertherapeuten gilt das gleiche wie für gute Eltern: Sie sind besonders kompetent, wenn sie an der Lebenswelt der Kinder, ihrer Erlebniswelt, ihren sozialen Welten partizipieren können, ohne dabei ihr Erwachsensein, auf das die Kinder ja angewiesen sind, aufzugeben oder sich in permanenten Regressionen zu verlieren.

Die „social world“ der Eltern und Bezugspersonen ist für die Therapie von herausragender Bedeutung. Sie gilt es zu erfassen und zu verstehen. In ihrem Rahmen gilt es zunächst einmal zu arbeiten, wenn immer dies möglich ist. In der Regel ist es ja weder wünschenswert noch intendiert, das Kind aus seinem familiären Milieu zu lösen, es sei denn, dieses sei so zerstörend oder zerstörerisch oder das Kind sei so krank, daß keine andere Wahl bleibt. Therapeuten der oberen Mittelschicht werden keineswegs immer den sozialen Welten von Klienten gerecht, die anderen Schichten angehören (wir ziehen es vor, von „benachteiligten Schichten“ zu sprechen, und vermeiden die Bezeichnung „Unterschicht“, die ohnehin recht undifferenziert ist).²⁷⁾ Deshalb muß besondere Sorgfalt darauf verwandt werden, die Bezugssysteme der Familien zu erfassen.

In den Kindertherapien geht es immer auch um Erziehungsziele und Erziehungsstile. Sie haben immer ein impliziertes Modell von „Kindsein“, eine Konzeption der Kindheit, eine pädagogische Ideologie.

Doch diese Ausrichtungen werden in der Mehrzahl der kindertherapeutischen Schulen nicht explizit gemacht, obgleich sie implizit vorhanden sind.²⁸⁾ Was z. B. „altersgemäß“, „entwicklungsgemäß“ ist, hängt auch immer damit zusammen, was man für „kindgemäß“ hält. Die psychohistorische Forschung²⁹⁾ hat dies genauso deutlich gemacht wie transkulturelle Forschungen zum „*child rearing*“³⁰⁾. Derartige Ideologien wechseln von Schicht zu Schicht, von Generation zu Generation. Therapeuten müssen sich über ihre eigene Position im Hinblick auf diese Konzepte klar sein, und sie müssen versuchen — und darin besteht eine zentrale Aufgabe —, zwischen ihren Konzepten und denen der Familie, mit der sie arbeiten bzw. aus der sie ein Kind behandeln, zu vermitteln; *denn es gibt kein striktes „richtig oder falsch“, sondern es gibt viele lebbare Möglichkeiten*. Jede ideologische Starre ist hier unangebracht. Selbst in einer Einzeltherapie mit einem Kind muß die „social world“, aus der das Kind kommt und in die das Kind nach der Stunde oder nach dem Klinik- oder dem Heimaufenthalt wieder hineingeht, berücksichtigt werden, sollen die Probleme für den kleinen Patienten nicht vergrößert oder verschärft werden, besonders wenn Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, mit in den therapeutischen Prozeß einzutreten und gegebenenfalls ihre Erziehungskonzepte zu verändern oder gar ihr Familienklima dem therapeutischen Prozeß auszusetzen, damit es eine andere Qualität gewinnen kann. Auch familientherapeutische Interventionen stehen vor dem Problem der Vermittlung zwischen unterschiedlichen „social worlds“ und können keinesfalls so betrieben werden, daß die Konzepte des Therapeuten und seiner Schule der alleinseligmachende Maßstab sind, an dem sich alles auszurichten habe. Leider geschieht dies nur allzu häufig.

Die *Lebensweltanalyse*³¹⁾ und die *Analyse der social worlds* der Personen, mit denen in der Therapie direkt und indirekt gearbeitet wird, nimmt im Integrativen Ansatz — ganz gleich, ob in der Arbeit mit Kindern, Erwachsenen oder alten Menschen³²⁾ — eine hervorragende Stellung ein. Das aus diesen Analysen entwickelte „therapeutische Curriculum“³²⁾, d. h. die erarbeiteten Grob- und Feinziele, bestimmen die Interventionen. Es kann auf diesen komplexen Prozeß im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen werden. So sei nur betont, daß eine derartige Konzeption ausgesprochen flexible therapeutische Strategien verlangt. Für die Analyse der „sozialen Welt“ gilt wie bei der Betrachtung der individuellen Psychodynamik das tiefenhermeneutische Grundprinzip der Integrativen Therapie: „*Von den Phänomenen zu den Strukturen*“.³³⁾

Die pädagogischen Konzeptionen der Integrativen Therapie können im Rahmen dieser Arbeit nicht entfaltet werden. Sie wurden in der Literatur zur Integrativen Agogik³⁴⁾ bzw. Gestaltpädagogik³⁵⁾ indes ausführlich thematisiert, so daß auf diese Arbeiten verwiesen werden kann. Verkürzend kann gesagt werden, daß die pädagogischen und kindertherapeutischen Globalziele, die die aus der Lebensweltanalyse gewonnenen Grob- und Richtziele nachhaltig beeinflussen, natürlich aus den anthropologischen, persönlichkeits-theoretischen und entwicklungspsychologischen Konzepten des Integrativen Ansatzes hergeleitet werden. Solche simplen diagnostischen Fragen wie: „Was fehlt dem Kind?“ — „Welche Defizite finden sich in seinem Lebensraum?“ — „Was muß bereitgestellt werden?“ sind ohne derartige metatheoretische Konzepte nicht zu entscheiden.³⁶⁾

Die an einer „Anthropologie des Schöpferischen Menschen“³⁷⁾ orientierte Integrative Therapie sieht die Förderung einer expressiven, kreativen Persönlichkeit als ein zentrales Anliegen. Eine leibzentrierte und am Sinnkonzept orientierte Anthropologie,³⁸⁾ wie wir sie vertreten, hat natürlich pädagogische und therapeutische Konsequenzen.³⁹⁾ Freien Ausdruck von Gefühl und körperlichen Regungen zu ermöglichen, direkte und offene Kommunikationen, die im Konzept von „Kontakt, Begegnung, Beziehung“ gründen, zu praktizieren, Selbstbestimmtheit und Autonomie⁴⁰⁾ zu fördern und für die eigenen Bedürfnisse zu sensibilisieren, Wege zu vermitteln, wie diese Bedürfnisse so befriedigt werden können, daß die Integrität des anderen nicht verletzt wird und eine Orientierung am Intersubjektivitäts- und Koexistenzideal gewährleistet bleibt⁴¹⁾ ... all dies sind Erziehungs- und Therapie-maximen, die zu den expliziten oder impliziten Normen zahlreicher „social worlds“ (und nicht nur der restringierten) querlaufen und diskordant sind. In welche Probleme Kinder geraten können, wenn sie aus einem sehr normierenden Elternhaus zu einem Therapeuten kommen, der strikt „antiautoritären“⁴²⁾ Prinzipien verpflichtet ist, kann man sich vorstellen. Die Aussage: „Es ist ja immerhin gut, daß das Kind wenigstens in der Therapie einen Freiraum hat!“, muß äußerst kritisch hinterfragt werden, denn was kommt danach? Was geschieht zwischen den Stunden? In welche zusätzliche Spannungen gerät das Kind? Hier praktikable Interventionen zu finden, durch die sich unterschiedliche soziale Welten aneinander adaptieren können, ist eine der schwierigsten, aber auch wesentlichsten Aufgaben der Kindertherapie, die sicher nicht erfolgreich sein wird, wenn der Therapeut versucht, die Erziehungs-ideologie des Elternhauses vermittels familientherapeutischer Interventionen durch die Erziehungs-ideologie seines Verfahrens

und seiner sozialen Welt zu ersetzen. Annäherungen zu schaffen, Verbindungen herzustellen, erfordert nicht nur die Akzeptanz pädagogischer Konzepte von Seiten der Eltern, sondern auch Toleranz und Akzeptanz von Seiten des Therapeuten im Hinblick auf pädagogische Vorstellungen der Eltern und Bezugspersonen.

3. Konzepte zur Therapie

Auf dem Hintergrund unserer Überlegungen zum Kontext der Behandlung wollen wir versuchen, zentrale Konzepte der Integrativen Therapie mit Kindern⁴³⁾ anhand eines exemplarisch ausgewählten Behandlungsverlaufes vorzustellen und damit einen Einblick in unsere Arbeit zu geben. Wir haben hierzu einen Fall aus der Praxis von *G. Ramin* gewählt. Das Material wurde ausgewertet und kommentiert. Die Problematik ist so geartet, daß sie sowohl im kinderpsychiatrischen Setting als auch im Rahmen einer freien Praxis behandelbar wäre. Es handelt sich um *Mathias*, einen 9jährigen Jungen, der aufgrund einer zerbrochenen Familiensituation und massiver Verhaltensauffälligkeiten in einem Heim untergebracht worden war und in diesem Rahmen über die allgemeinen heilpädagogischen Maßnahmen hinaus noch eine Einzeltherapie erhielt.

Mathias ist das dritte von vier Kindern und mit einem Wolfsrachen geboren. Im ersten Lebensjahr hat er lange Zeit im Krankenhaus verbracht und wurde danach von seiner Mutter nie richtig angenommen. Als Mathias sechs Jahre alt war und gerade eingeschult wurde, kam sein nächstjüngerer Bruder zur Welt. Mathias wurde immer aggressiver. Es kam zu gelegentlichen unkontrollierbaren Wutausbrüchen, und er entwickelte eine Enkopresis, die ihn für die einfach strukturierten Eltern, die selbst in einer chaotischen Beziehung lebten, untragbar machte. Der Vater war Alkoholiker, die Mutter hatte einen Freund und wollte sich trennen. So kam Mathias in das erwähnte private Kinderheim.

3.1 *Setting, Methode und Form*

Als die Frage an mich herangetragen wurde, ob ich Mathias in einzeltherapeutische Behandlung nehmen könne, war ich zunächst mit den Besonderheiten des *Settings* konfrontiert: das Heim, die irgendwo noch vorhandene Familie, die Schule, die Möglichkeiten der Therapie im Heim. Ich hatte zu entscheiden, mit welchem *methodischen Ansatz* und in welcher *Form* die Behandlung geschehen könne.

All dieses ist grundsätzlich abhängig vom Krankheitsbild des jeweiligen Patienten, aber auch von den Möglichkeiten der Einrichtung oder Praxis und den *Methoden* der Behandlung (z. B. Psychodrama, Bewegungstherapie) und den *Formen* (Einzel- oder Gruppenbehandlung), mit denen der Therapeut — abhängig von Ausbildung, Kompetenz und Erfahrung — arbeitet.⁴⁴⁾ Ein Teil der initialen Diagnostik ist auf die Entscheidung dieser Fragen gerichtet. So ist z. B. nicht jedes Kind gruppenfähig. Man wird ein übermäßig aggressives oder ein extrem gehemmtes, verletzliches Kind nicht ohne weiteres in eine Gruppe geben, sondern eher einer Einzeltherapie unterziehen. Beide *Formen* sind in der Integrativen Therapie mit Kindern möglich.

In der Einzeltherapie (eigentlich wäre es besser, von „dyadischer Therapie“ zu sprechen) ist das Kind in der Sitzung mit dem Therapeuten allein — zu zweit. Der äußere Rahmen (setting) einer Praxis oder Beratungsstelle wird kindgerecht ausgerüstet sein: Spielmaterialien, Möglichkeiten zu kreativem Tun, Sand, Wasser, Ton müssen zur Verfügung stehen, denn Kinder äußern sich zunächst im Tun, im Spiel, in Aktionen und erst dann durch das Wort. Der Therapeut ist Begleiter, Ansprechpartner, Hilfs-Ich und Projektionsfigur. Je nach Schweregrad der kindlichen Störung wird die Länge einer solchen Einzeltherapie variieren: Wir kennen die Form der Langzeittherapie (über 2-3 Jahre), der mittelfristigen Therapie (über 20-30 Sitzungen) oder der kurzen, sogenannten Fokalthherapie (über 10-20 Sitzungen). Langzeittherapie wird grundsätzlich nur in einem Setting durchgeführt, das die Einbeziehung vorhandener Bezugspersonen möglich macht (im Falle von Mathias der Erzieherin), da jede Veränderung des Kindes nur vor dem Hintergrund seines Bezugsrahmens geschehen kann. Dieser wird bei Fokalthérapien zwar nicht vernachlässigt, aber weniger einbezogen. Man wird wählen zwischen eingestreuten Einzelsitzungen mit der Bezugsperson oder gar deren Anwesenheit (bei kleinen Kindern unerlässlich) oder einer Mischung aus beidem (in unserem Fall Anwesenheit gekoppelt mit Supervision für die Erzieherin).

In einem klinischen Rahmen, eventuell auch in der Beratungsstelle, wird sich eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie anbieten mit größeren Variationsmöglichkeiten als in der freien Praxis. In der Gruppentherapie arbeiten wir mit Gruppengrößen von drei bis sechs Kindern, abhängig vom Alter der Kinder und von der Art und dem Schweregrad der Störung. Die Gruppe kann vom Ansatz her auch eine medienbezogene *Methode* der Integrativen Therapie sein und als Integrative Bewegungstherapie (*Metzmacher*, dieses Buch S. 227 ff.), Musiktherapie, als Integrative Gestalttherapie unter Einbeziehung von

kreativen Medien, z. B. Puppen, Rollenspielen (vgl. *Straub*, dieses Buch), mit den je spezifischen Besonderheiten des methodischen Zugangs durchgeführt werden. Auch hier sind lang-, mittel- und kurzfristige Gruppen möglich. Die letzteren sollten als geschlossene Gruppen geführt werden, um unnötige Themenaufsplitterungen und Unruhe durch Umstellungen zu vermeiden. Die anderen kann man als sogenannte Slow-open-Gruppen führen, mit gelegentlichem Abgang oder Neueintritt von Mitgliedern.

Die Frage, ob und in welcher Form Mathias behandelt werden könne, wurde von folgenden Überlegungen bestimmt: Mathias war schwierig, distanzlos, aggressiv. Er hatte Mühe, sich in Gruppen zurechtzufinden. Er war andererseits durch die Heimsituation ständig in Gruppen. Er hatte den Verlust bzw. die Abwesenheit wichtiger Bezugspersonen zu verkraften. So schien eine Einzelbehandlung die *Form* der Wahl. Von der Problematik und Symptomatik wurde eine mittel- bis langfristige Therapie in Aussicht genommen. Die Einbeziehung des Heimalltags und wichtiger Bezugspersonen im Heim, so einer engagierten Erzieherin, durch die sich das Kind schon gut eingewöhnt hatte, erschien unerlässlich. Als *Methode* habe ich mich für ein integriertes, multimodales und intermediales Vorgehen entschieden, da Mathias auf vielfältigen Ebenen angesprochen werden konnte.

Im folgenden wird der Therapieverlauf aufgezeigt und mit einigen wichtigen Stunden exemplarisch verdeutlicht, wobei immer zentrale Konzepte herausgestellt werden sollen.

3.2 *Kontakt*

In den Anfangsstunden, in denen es um „prozessuale Diagnostik“⁴⁵⁾ geht, also um Diagnostik, die im Prozeß der Behandlung und der Interaktion von Therapeut und Kind geschieht, bemühen wir uns vor allem um den Aufbau von *Kontakt* und Vertrauen, damit wir eine gemeinsame Plattform finden können, auf der spätere therapeutische Auseinandersetzungen und Wachstum stattfinden kann. In den ersten Therapiestunden spielt Mathias überwiegend mit Plüschtieren. Er wählt „Übergangsobjekte“⁴⁶⁾ und übernimmt immer wieder abwechselnd die Rollen zweier Tiere. Eines ist meist ganz klein, das andere sein übermächtiger Gegenspieler: der Zauberer „Zipfelmoser“, mit enormer Aggressivität. Die Auseinandersetzung endet meist im Chaos, zumal Mathias noch eine große Anzahl weiterer Tiere einführt und sich in der Rolle des kleinen Tieres dann ängstlich verkriecht. Er spielt offenbar unverbundene (disjunkte bzw. desintegrierte) Persönlichkeitsantei-

le⁴⁷⁾, die sich auch während des Tagesablaufs im Heim zeigen, wenn er sich nach seinen zerstörerischen Wutausbrüchen immer ganz kleinlaut in sein Bett verkriecht.

Mathias bezieht mich in diesen Stunden noch wenig in das eigentliche Spiel mit ein. Er zeigt mir indes, was ihn bewegt. Dabei achtet er aber sehr genau auf meine Reaktionen, meine Kommentare, schaut mir fragend ins Gesicht, beobachtet meine Mimik, meine Körperhaltung. Darüber nehmen wir Kontakt auf, in diesen kleinen Momenten des gegenseitigen Wahrnehmens, in denen Mathias ein wenig von seiner Angst preisgibt und ich mich als möglicher Begleiter zu erkennen gebe. Im Hier-und-Jetzt⁴⁸⁾ unserer gemeinsamen Realität wird dieser Kontakt als eine erste Schärfung der „Awareness“⁴⁹⁾ der Sinne über Sehen, Hören, Tasten, Riechen (manchmal auch Schmecken) möglich, erfahren⁵⁰⁾ wir uns in unseren Grenzen, die zugleich Ort der Berührung und Trennung von Ich und Du sind. So können für Mathias schon Veränderungen stattfinden, und sei es nur über das Wahrnehmen von anderen Umgangsmöglichkeiten mit seinen Ängsten. Das heißt für ihn auch, daß er in der Kontaktaufnahme Unabhängigkeit aufs Spiel setzt, da im Kontakterleben beide Pole der Bezogenheit, das Bedürfnis nach Vereinigung und das Bedürfnis nach Trennung enthalten sind.⁵¹⁾

3.3 Begegnung

In der 6. Stunde, in der er zum ersten Mal keine chaotischen Szenen darstellt, gibt er mir gleich zu Anfang ein Plüschtier, einen Raben, und nimmt selbst einen Papagei.⁵²⁾ Auf seine Aufforderung hin spielen wir dann „Bussarde“, wobei er meinem Raben mehrfach kräftig eines auf die Nase gibt, dabei lacht und immer heftiger wird, bis „ich“ mich mit den Worten „Du willst mir wohl auf der Nase rumtanzen“, wehre und schließlich, da er nicht nachläßt, in ein jammervolles Geschrei ausbreche, bei dem ich mich durchaus involvieren lasse: authentisches Spüren und Ausdruck des Schmerzes, der aufkommt, wenn „mir“ jemand auf die Nase haut.⁵³⁾ Mathias ist betroffen, wechselt plötzlich die *Szene*, stattet mich mit neuen Tieren aus und meint: „Jetzt sind wir zwei Fische unter Wasser. Komm, ich zeig' dir was.“ Die *Atmosphäre*⁵⁴⁾ ist völlig verändert, kein aggressives Bedrohen mehr, sondern sanftes Umeinanderherschwimmen im Raum, der mit Wasser gefüllt scheint. Mathias schwimmt immer „tiefer“. Er fordert mich auf, ihm zu folgen, und verkriecht sich schließlich in einen Winkel zwischen einem (Polstersessel-)Felsen und einem (Stoffhaufen-)Felsen. Hier entsteht eine innige Atmosphäre. „Schau, jetzt bin ich eine kleine

Muschel, ganz klein.“ In seiner Stimme liegt etwas von der großen Verletzlichkeit und Verletztheit, die in ihm ist. Er hält die zusammengelegten Hände vor seinen Bauch und öffnet sie ganz vorsichtig, wie um mich in die „Muschel“ hineinschauen zu lassen. Jetzt sind wir erstmals von einem *Kontakt* zu einer *Begegnung*⁵⁵⁾ gekommen. Mathias läßt sich innerlich berühren und spürt, wie ich berührt bin.

Ich blende deutend auf seine Lebensrealität zurück:⁵⁶⁾ „Das tut weh, wenn du immer wieder einen drauf bekommst, nicht wahr?“ In Mathias' Blick sehe ich, daß er sich verstanden fühlt. Um die körperlich nahe Situation aufzulösen und ihm zu zeigen, daß er als der „ganze Mathias“ von mir angenommen wird, mit seiner durch die Operation etwas verunstalteten Nase, frage ich ihn: „Weißt du, wie Eskimos Küßchen geben?“ Er verneint und ich zeige ihm, wie sie die Nasen aneinander reiben, worüber wir beide lachen müssen.

In der *Begegnung* geht es um mehr als *Kontakt*, der allerdings für sie Voraussetzung ist. Es geht um das *Erfassen* des ganzen Menschen als Subjekt, „von Mitteilung auf Mitteilung, von Verhalten auf Verhalten, Wort auf Wort, Gefühl auf Gefühl“⁵⁷⁾ und dies in der Zentrierung auf die gegenwärtige, leiblich-konkrete Präsenz im ersten gegenseitigen Vertrauen.

3.4 Beziehung

In der geschilderten Behandlungssequenz wird der Boden für *Beziehung* bereitet. Diese schließt die Erfahrung von gemeinsamer Vergangenheit und die Antizipation von zu erwartender gemeinsamer Zukunft mit ein. Beziehung bildet den Hintergrund für *Wachstum*, für die Bildung, Formung und Vervollkommnung von Identität. Sie schließt das Wiederkehrende und das Mögliche und Neue mit ein, kennt Elemente wie Echtheit, Reife (beim Erwachsenen) und Verantwortung für den anderen.⁵⁸⁾ Die therapeutische Beziehung,⁵⁹⁾ die einen Sonderfall allgemein-menschlicher Beziehungsmöglichkeiten darstellt und auf die wir später eingehen werden, ist ebenfalls durch diese Qualitäten gekennzeichnet.

Von den ersten Begegnungserfahrungen bis zu einer vertrauensvollen Beziehung mit Mathias war es noch ein weiter Weg. Kleine Anzeichen waren z. B. darin zu sehen, daß er begann, unser Therapiezimmer im Heim vorzubereiten, im voraus etwas aufzubauen oder zu basteln, mir ein kleines Geschenk zu bringen, in den Zwischenzeiten mit seiner Erzieherin über mich oder die Behandlungsstunden zu sprechen. Dies waren gleichzeitig Zeichen seiner individuellen Entwicklung, die von

uns aus therapeutischer Sicht vor dem Hintergrund der wichtigen Aspekte kindlicher Entwicklung gesehen und gewichtet wurden.

4. Entwicklungskonzepte und Diagnostik

Integrative Kindertherapie richtet sich am Entwicklungsgeschehen aus. Das Kind soll in seiner Entwicklung gefördert werden. Endogene Reifungsprozesse brauchen, um sich entfalten zu können, die sie „fördernde Umwelt“. ⁶¹⁾ Therapie soll ein solches „*facilitating environment*“ bereitstellen, wo es nicht vorhanden ist, wo *Defizite* die Lebenswelt des Kindes kennzeichnen. Sie muß eindeutige, klare Kommunikation bieten, wo Beziehungschaos zu *Störungen* und *Konflikten* geführt hat. Sie muß heilende Atmosphären schaffen, wo *Traumata* ⁶²⁾ Verletzungen gesetzt haben.

Entwicklung ist ein Geschehen zwischen „Innen und Außen“, ⁶³⁾ zwischen Wachstumsimpulsen und Förderung, zwischen dem Bedürfnis des Leibes, Rollen zu *verkörpern*, und Rollenzuschreibungen, ⁶⁴⁾ die das Kind über seine Familie durch die Gesellschaft erhält. Entwicklung als der komplexe Prozeß des Gewinns von motorischer, sensorischer, perzeptueller, kognitiver und sozialer *Kompetenz* und *Performanz*, ⁶⁵⁾ des Gewinns von Strukturen und Funktionen, wird durch die vielfältigen Einflüsse der Sozialisation (der personalen wie der ökologischen) bestimmt. ⁶⁶⁾

Das Kind wächst sich in die Kultur hinein, wird in der Kultur verwurzelt: Enkulturation ⁶⁷⁾ — sie hat einen autoplastischen und einen alloplastischen, also einen von innen formenden und einen von außen geformten Aspekt. Eine derart komplexe, integrative Entwicklungskonzeption, die das Somatische (Sensorische, Perzeptuelle, Motorische), Emotionale, Kognitive und Soziale berücksichtigt, muß die Erkenntnisse der verschiedensten Strömungen der Sozialisationsforschung und der Entwicklungspsychologie ⁶⁸⁾ — insbesondere der empirischen — integrieren: der kognitiven, der sensomotorischen wie der psychodynamischen. ⁶⁹⁾ Sie muß Perspektiven der Sozialisationstheorie, die Konzepte der ökologischen Sozialisationsforschung verarbeiten, um wahrhaft „integrierend“ zu sein, damit sie dem Kind in seiner Lebenswelt, in seinem Milieu gerecht werden kann: denn Entwicklung braucht eine Matrix, ⁷⁰⁾ braucht Szenen, Atmosphären, Boden, auf dem sich Wachstum vollziehen kann. Ständige Entwurzelung und Verpflanzung führt in die Krankheit.

Derartige Perspektiven kommen in der Integrativen Therapie bei der konkreten Behandlung von Kindern immer wieder zum Tragen. Sie

bestimmen unsere „Diagnostik im Prozeß“, die immer im Verlauf der Behandlung stattfindet und ein Labeling (Etikettieren) des Patienten vermeiden will. Dabei werfen sich folgende Fragen auf: (1) Welches sind die *gesunden Anteile*, die altersadäquat funktionsfähig sind, erhalten werden müssen und auf die das Kind im Leben und in der Therapie zurückgreifen kann? Bei Mathias war das in ganz großem Maße seine ungebrochene Kreativität und seine Neugier, ein für das Gelingen einer Therapie ungeahnt wichtiges Potential. (2) Eine weitere Frage richtet sich auf das, was *gestört* wurde und nicht mehr funktioniert, woraus folgt, welche Verhaltensweisen, Ausdrucksmuster oder Wertmaßstäbe wir in der Therapie zu restituieren versuchen. Bei Mathias stand im Vordergrund, daß er einen angemessenen Ausdruck für seine aggressiven Impulse im Kontakt finden lernte. (3) Die nächste Frage zielt auf die *Defizite*: Was war nie da und muß bereitgestellt oder substituiert werden? Da ging es bei Mathias wohl am ehesten um das Erleben einer tragfähigen Beziehung. (4) Und eine letzte Frage, die oft übersehen wird, ist auf die *ungenutzten Potentiale* gerichtet: Was schlummert und kann entwickelt werden? — Bei Mathias z. B. handwerkliche Fähigkeiten zur Unterstützung seiner Kreativität. Weitere Fragen sind: Wo steht das Kind in seiner emotionalen, seiner kognitiven Entwicklung? Wie gelingen ihm seine Kommunikationen? Wie weit kann es seine kreativen Fähigkeiten⁷¹⁾ aktualisieren? Wie breit ist seine *Awareness*, wie klar seine *Consciousness*?⁷²⁾ Prozessuale Diagnostik und Wissen um Entwicklungsgeschehen sind immer wieder miteinander verschränkt und bestimmen unsere Interventionen.

Im Falle von Mathias werden uns diese Perspektiven wieder und wieder deutlich. So zeigt sich bei ihm, daß seine kognitive und motorische Entwicklung und auch die seiner kreativen Fähigkeiten der seiner Altersgenossen entspricht, daß aber die emotionale und soziale Entwicklung je nach Anforderung schwankt. Es kommt gelegentlich zu „Einbrüchen“ auf frühere Entwicklungsstufen, die des *archaischen Selbst*.

In der 7. Stunde bahnt sich eine erste Integration disjunkter Persönlichkeitsanteile an: Mathias hat einen Jungen aus aufeinandergesetzten Legosteinen gebaut, der sich nur mühsam aufrecht halten kann, da die Verbindung zwischen Kopf und Rumpf nur aus einem einzigen Stein besteht und so der Kopf immer wieder herunterpurzelt. Er zeigt mir den Jungen mit den Worten: „Ich kann doch nicht immer zwei Leute spielen.“ Wir beginnen, mit dem Jungen zu spielen.

M.: „Schau, der verliert immer den Kopf!“ Er lacht und demonstriert mir, wie der Junge sich mühsam aufrecht hält, bis der Kopf abfällt. So geht das einige Male. Ein richtiges Spiel kann durch die Fehlkonstruk-

tion, das Handicap, gar nicht in Gang kommen. Schließlich kommt es zu folgendem Dialog:

Th.: „Was sagt denn der Kopf zu dem unteren Teil, wenn er da 'runterfällt?'“

M.: „Du dummer Bauch, du meinst immer, du kannst ohne mich und verlierst mich, nee, du willst mich sogar loswerden! So geht das aber nicht!“ (Er setzt ihn wieder auf.)

Th.: „Und was antwortet der Bauch?“

M.: „Du willst mir immer sagen, wohin ich gehen soll, will ich aber nicht, und dann werf' ich dich eben weg!“ (Er läßt ihn fallen.)

Th.: „Und was sagt der Kopf nun?“

M.: „Wenn du mich nicht hast, muß du immer explodieren ... poff, krach, da hast du auch nichts davon, da mag ich dich nicht.“ (Er setzt ihn wieder auf.)

Th.: „Und was sagt der Bauch?“

M.: „Ist mir egal, besser als immer nach deiner Nase tanzen!“

Th.: „Und der Kopf?“

M.: „Ich weiß es aber besser!“ — „Du lügst, das sagst du immer, und dann stimmt's doch nicht. Ich explodier' lieber und dann stinkt's dir!“ (Ein unbewußter Verweis auf die Hintergrunddynamik der Enkopresis).

So geht es eine Weile weiter, und ich bekomme eine Vorstellung davon, welche Kämpfe sich in dem Kind abspielen. Auf die Frage: „Und der *eine* Stein, was meint der denn eigentlich dazu?“ meint *Mathias*: „Der? Der sagt: Ach ihr Blöden, könnt ihr euch nicht vertragen? Ich muß hier immer alles zusammenhalten. Immer rennt ihr weg! Ihr laßt mich ganz allein. Alles kommt durcheinander. Jeder will was anderes!“

Mathias hat Tränen in den Augen, als er mich bei diesen Sätzen anschaut mit der unausgesprochenen Frage, ob ich die Stimme des Steines wohl verstehe, der für die zerstrittenen Eltern, das zerrissene Familienleben, die innere Zerrissenheit des Jungen spricht.

Th.: „So geht es dir wohl auch oft, nicht wahr?“

Mathias nickt. Ich lege ihm den Arm um die Schulter, und er läßt sich ohne Abwehr berühren.

In dieser Stunde geht es um Integration, um die Konstituierung von *Sinn*⁷³⁾ für Mathias. Indem er verstehen lernt, daß das, was in ihm kämpft, nicht unvereinbar ist und verstanden werden kann, schafft er die Verbindung seiner Persönlichkeitsanteile und die Verbindung von Lebensereignissen (mit Konflikten alleingelassen zu werden und die auseinanderbrechende Familie zusammenhalten zu müssen). *Identifikation* mit den Charakteristika dieser Anteile, eine gestalttherapeuti-

sche Technik,⁷⁴⁾ war der Weg, den wir wählten, um diesen Schritt in der Persönlichkeitsentwicklung zu tun. Persönlichkeit bildet sich aus verinnerlichten Erfahrungen mit den Eltern und dem relevanten sozialen und ökologischen Feld und — wo erforderlich — aus korrektiven bzw. ergänzenden Erlebnissen in der Kindertherapie. Die „abgespeicherten“ Atmosphären, Szenen, Stücke verbinden sich zu einer kohärenten Innenwelt; Persönlichkeitszüge (personality traits) verbinden sich im Entwicklungsgeschehen zur Persönlichkeit.

5. Persönlichkeit

Die entwicklungspsychologische Dynamik hat natürlich ein Menschen- und Persönlichkeitsmodell⁷⁵⁾ im Hintergrund und eine Vorstellung darüber, wie der Individuationsprozeß verläuft. Derartige persönlichkeits-theoretische Modelle erweisen sich für die Diagnostik, die Therapieplanung und den Therapieprozeß als *conditio sine qua non*. Integrative Therapie nimmt als Grundlage der Persönlichkeit das „archaische Leib-Selbst“ an, das mit der Fähigkeit, wahrzunehmen, zu reagieren und zu speichern, ausgestattet ist. Wo Leiblichkeit ist, ist auch Wahrnehmung; zunächst eine matte *Awareness*, die im Embryonalstadium und im frühen Säuglingsalter areflexiv, im späteren Säuglingsalter und in der frühen Kleinkindzeit präreflexiv⁷⁶⁾ ist. *Awareness* entwickelt sich mit der motorischen, sensorischen und perzeptuellen, emotionalen, kognitiven und mnestischen Reifung in Richtung auf eine „reflexive consciousness“, von einer unspezifischen *Bewußtheit* des Existierens, einem vagen *Gewahrsein* „seiner selbst“ bis zu einem klaren *Ich-Bewußtsein*⁷⁷⁾: „Ich bin Peter und 4 Jahre alt, ich wohne in der Bürgerstraße, und mein Vater ist Maler.“ Und hier wird das Ich-Bewußtsein bereits überschritten hin zu einem Bewußtsein der eigenen *Identität*. Das Kind erkennt die Art und Weise, wie es „von außen“ identifiziert wurde, weiß um die Zuschreibung seines sozialen Feldes und gewinnt daraus seine Identität. Es weiß, daß es zu diesem Vater und in diese Straße gehört, ja, es weiß, daß es, wenn es sich verlaufen hat, Straße und Hausnummer sagen muß. Wir haben hier das Ergebnis komplexer *interaktionaler Prozesse* von Sehen und Gesehenwerden, von Erkanntwerden und Erkennen, Angesprochenwerden und Antworten, von Symbol und Bedeutung, von Erinnerung und Inhalt, und deshalb müssen die intersubjektiven Beziehungen im therapeutischen Geschehen zentral stehen.

Die leibliche *Awareness* entfaltet sich im *Kontakt*, vertieft sich im *Angeschautwerden* zur *Begegnung*. Im Erkennen des *Du* formt sich das

Ich. Das *Ich* ist die Gesamtheit aller wahrnehmenden, erkennenden Funktionen, die Gesamtheit unserer bewußten Aktivität und Emotionalität.⁷⁸⁾ Das *Ich* wird aus der Wahrnehmungstätigkeit der *primären Struktur*, des archaischen Leib-Selbst, geboren. Wir bezeichnen es deshalb auch als die *sekundäre Struktur*, die in einem reflexiven Akt das Erkennen des Leib-Selbst ermöglicht: „*Ich* schaue in den Spiegel und erkenne mich selbst.“⁷⁹⁾ Als seine höchste Leistung gebiert das *Ich* die *tertiäre Struktur*, die *Identität*.⁸⁰⁾ *Ich* und *Identität* sind spezifische Artikulationen des Selbst. Dieses wird durch sie entfaltet und reicher. Die Persönlichkeit ist voll entwickelt, wenn ein funktionsfähiges *Ich*, eine prägnante *Identität*, auf der Grundlage eines stabilen, sich entfaltenden und ausformenden *Selbst* aufgebaut wurde, das in diesem Prozeß vom archaischen zum integrierten Selbst herangereift ist.

Mit einer solchen Entwicklung geht die Ausdifferenzierung des Kontaktverhaltens⁸¹⁾ einher. Aus der archaischen Konfluenz der Mutter-Kind-Dyade bildet sich das *Kontaktvermögen*, die Fähigkeit, Differenzen wahrzunehmen, heraus. Es wächst zur *Begegnungsfähigkeit* durch die Tätigkeit des *Ich*, das das *Du* wahrnimmt, am *Du* wächst und schließlich zur *Beziehungsfähigkeit* findet. Beziehung ist an das Erleben von Antizipation und Retrospektion gebunden, d. h. aber an die Möglichkeit, *Identität* miteinander zu leben, sie zu verwirklichen und zu entfalten. Damit verbunden ist auch die Möglichkeit, das soziale Miteinander leben zu können. Das Kind muß mit Normen und Strukturen zunehmend umgehen lernen, die vitalen Impulse des archaischen Leib-Selbst (es entspricht dem „*Es*“ der Psychoanalyse) regulieren, so wie es die Zuschreibungen der Außenwelt und die an ihnen gewachsenen eigenen Regeln, d. h. die Strukturen der *Identität* (mit ihrer persönlich-privaten und kollektiv-sozialen Dimension) erfordern. *Identität* beinhaltet damit auch das, was die Psychoanalyse mit dem Begriff des „*Über-Ich*“ zu fassen versucht, — nur daß sie nicht allein die verinnerlichte Sozialität, sondern auch die gegenwärtig wirkende und antizipierbare gesellschaftliche Realität mit umfaßt. Die *Identität* (und damit das *Über-Ich*) sind plastisch, veränderbar.⁸²⁾ Mit der sich wandelnden Leiblichkeit und dem sich verändernden Umfeld ist *Identität* in einem beständigen, langsamen Prozeß des Prägnanzgewinns, wenn sie sich in guter Weise verwirklicht.

Die hier idealtypisch skizzierten Entwicklungslinien geben nun für die Behandlung in der Kindertherapie wichtige Raster: Finden wir bei einem 12jährigen Kind ein lebendiges, waches, funktionsfähiges *Ich* am Werk? Läßt sich bei ihm eine altersgemäße, klare *Identität* feststellen, die sich nicht in Fixierung verfangen hat, sondern für Entwicklung

und Prägnanzgewinn offen ist? Finden wir ein stabiles, im Grundvertrauen der Leiberfahrung wurzelndes Selbst, das durch die Sozialisations- erfahrung bereichert und nicht durch *Defiziterfahrungen, Traumata, Störungen* oder *Konflikte*⁸³⁾ überlastet und verstört wurde? Oder haben wir es mit einem Kind zu tun, das in seiner Entwicklung auf primäre oder sekundäre Strukturen fixiert geblieben ist, dessen Ich- Tätigkeit zwar vital, aber chaotisch ist und eine Stabilität des Selbst nicht ermöglicht? Drohen übermächtige Identitätszuweisungen von außen die Impulse des Leib-Selbst zu ersticken? usw.⁸⁴⁾

Bei Mathias können wir auf der Grundlage dieser Fragestellungen folgendes feststellen: Viele seiner Ich-Funktionen sind gut entwickelt. Er hat eine wache Perzeptivität und klare Kognitionen. Abgesehen von einer gewissen, durch die Mißbildung verursachten Artikulationsstörung ist eine normale Sprachentwicklung gegeben. Er ist motorisch altersgemäß und auch sensorisch „mit allen Sinnen“ offen am Lebensprozeß beteiligt. Da aber seine emotionalen und sozialen Fähigkeiten weit hinter denen seiner Altersgenossen zurückliegen, kommt es immer wieder zur Bedrohung seiner Integrität, was zum Auftreten von Angst oder Aggression führt. Dabei erfolgen Einbrüche auf die Ebene des *archaischen Leib-Selbst*, zerstörerische Wutausbrüche mit Einkoten und Regression durch Rückzug ins Bett. Es entsteht folgender Zyklus:

Ausbalancierte Identität → *Verletzung* → *Schwächung des Ich* → *Fortfall von positivem Support* → *Labilisierung der Identität* → *Einbruch* → *Regression (Rückzug aus dem Kontakt)* → *Hilfe* (neuer Support durch positive Zuwendung von Erzieher, Therapeutin etc.) → *Restitution der Identitätsbalance*.

In der Restitution kann Mathias durch die therapeutischen Hilfen mit seiner Umwelt wieder Kontakt aufnehmen, was zu neuer Begegnung führt, einem erneuten Vertrauen in die bejahenden Beziehungen bis dann eventuell eine Wiederholung des Zyklus maligner Regression erfolgt.⁸⁵⁾

Nach der zuletzt beschriebenen Stunde beginnt Mathias im Haus und in der Schule ausgeglichener zu werden. Er macht ein Gedicht mit dem Refrain „Ich war verloren und bin neu geboren“. Thema ist nun immer wieder sein Gefühl, in seiner Familie Sündenbock zu sein. Er fängt vorsichtig an, gerichtete Wut zu zeigen, auch auf mich. Die Medien⁸⁶⁾ wechseln dabei hin zu mehr feucht-formbaren Materialien, z. B. zu Ton- und Kleksbildern.

In der 17. Stunde arbeiten wir mit Ton:⁸⁷⁾ M.: „Ich will eine Vase machen für meine Mutter.“ Aus der breiten Vasenform wird bald ein Becken mit Wasser. Mathias ist mit aller Intensität dabei: „Das ist ein

Becken für meinen kleinen Bruder.“ Und nach einer Weile: „Der hat sich in mein Nest gesetzt.“ — *Th.*: „In dein Nest?“ — *M.*: „Ja, in *mein* Nest!“ Er wird wütend und beginnt, mit dem nassen Tonbecken zu kämpfen, das immer wieder reißt. Wasser läuft aus. Es muß geflickt werden. Mathias ächzt und stöhnt, wühlt bis zu den Oberarmen im Ton. Er zerstört es und setzt es wieder zusammen, schlägt in den Ton und reagiert mit deutlicher Wut, da der Ton nicht so will wie er. Vor dem Hintergrund von Ereignissen im Heimkontext gebe ich folgende Deutung: „Vielleicht bist du ja auch wütend auf mich, weil Till (ein anderes Kind im Heim) auch zu mir in die Stunde kommt?“ — Mathias fängt an zu schluchzen. *Th.*: „Schau, und doch bin ich genauso für dich da.“ Er setzt sich zögernd auf meinen Schoß und beruhigt sich langsam. Wir bauen auf dem Tonhaufen zusammen ein Haus, wobei er erstmals erzählt, wie sein Bruder immer vorgezogen wurde. Die Tränen versiegen dabei. Er sieht aus, als sei er aus einem ganz tiefen Erleben aufgetaucht und wirkt körperlich erschöpft.

Hier wird deutlich, wie das Kind in der Therapie das Gefühl der *intersubjektiven Begegnung und Beziehung* auch in der Leiblichkeit braucht, daß also „Zwischenleiblichkeit“⁸⁸⁾ hergestellt werden muß, damit im leiblich-konkreten Kontakt mit dem Therapeuten wie auch mit dem Medium (hier Ton als Ausdruck der verinnerlichten Mutter) Grenzen erfahren werden — die eigenen und die des anderen.

6. Das kindliche Unbewußte

Im Prozeß der sich entwickelnden Awareness von der areflexiven Frühzeit zum präreflexiven Kleinkindalter bis hin zum reflexiven Ich-Bewußtsein werden Bereiche des autochthonen Unbewußten,⁸⁹⁾ wie es durch die Regungen des Leibes und sein kollektives phylogenetisches Erbe gegeben ist,⁹⁰⁾ immer weiter zugänglich. Das Kind lernt sich kennen. Der Reichtum der Propriozeptionen erschließt sich ihm. Seine Gefühle differenzieren sich aus,⁹¹⁾ seine Phantasietätigkeit erwacht und entfaltet sich. Die Quellen des Unbewußten fließen und speisen die Kreativität des Kindes. Und die dunklen Wasser, die archaischen Ängste werden durch das erstarkende Ich im Zaum gehalten.

6.1 *Das kindliche Unbewußte und die Kreativität*

Wo nun die Ich-Entwicklung beeinträchtigt wird, wo durch ein zerbrochenes, gestörtes Außenfeld die Identität brüchig bleibt, ist das Kind den Impulsen der Angst oder der Destruktion aus dem *archaischen Leib-Selbst* in besonderer Weise ausgeliefert, denn ihre Bewälti-

gung und Bändigung und das Vertrautwerden mit diesen Impulsen bedarf der Präsenz integrierender Bezugspersonen, einer liebevollen Mutter,⁹²⁾ eines tragfähigen Vaters,⁹³⁾ eines stabilen sozialen Netzwerkes. Aus den Erfahrungen der Tröstung, der Beruhigung, der Grenzsetzung, der spielerischen Förderung bildet sich im Kind die Möglichkeit, daß die disjunkten Ich-Funktionen zusammenwachsen zu einem lebendigen, tätigen *Ich*, das die Strebungen des „positiven Unbewußten“ ordnet und das dazu beiträgt, ihr kreatives Potential zu nutzen und zu verwirklichen.

Die leibliche Ausstattung des Kindes, insbesondere die sinnenhafte Wahrnehmung führt im Entwicklungsgeschehen zu kreativen Ausdrucksformen:⁹⁴⁾ Die kinästhetischen Sinne führen zum Tanz und zur Pantomime; das Gehör ins Musikalische, zum Gesang und zur Sprachgestaltung; das Auge zu den Farben, zum Malen; Visuelles *und* Taktiles ins Plastische, Formende; Geruch und Geschmack zum Experimentieren mit Speisen — das „kreative Kochen“ ist eine bevorzugte Kinderbeschäftigung. So ist jedes kleine Kind „Maler“ — es macht begeistert Kritzelzeichnungen;⁹⁵⁾ jedes ist „Komponist“ — es improvisiert und singt vor sich hin; jedes ist „Dichter“ — es spielt mit Lauten, Wortschöpfungen, Versen, Reimen; jedes vermag zu tanzen, zu plastizieren, jedes vermag Rollen zu verkörpern, ist ein kleiner Schauspieler;⁹⁶⁾ in jedem steckt ein „Meisterkoch“. All diese kreativen Fähigkeiten, die sich aus der Sinnenstruktur des Leibes und seiner expressiven Vermögen entwickeln, können gefördert und entfaltet werden, oder, wie dies gemeinhin der Fall ist, durch den Prozeß kultureller Disziplinierung, durch repressive oder einfach „nicht fördernde“ Erziehung zum Verstummen gebracht werden; und damit hört auch das Unbewußte auf zu sprechen und in positiven Projektionen die Geheimnisse der Innenwelt nach außen zu bringen. Das „Unbewußte als Potential“⁹⁷⁾ wird uns zunehmend unzugänglicher. Unsere Träume gehen uns verloren und dringen nicht mehr in unser Bewußtsein. Der Reichtum der Traumwelt in der „magischen Phase“⁹⁸⁾ wird durch die Strukturen der Rationalität unterdrückt, anstatt daß das Rationale und das Mythische, die digitale Sprache und die Sprache der Bilder miteinander koexistieren könnten, divergentes und konvergentes Denken,⁹⁸⁾ Rechtshemisphärisches und Linkshemisphärisches¹⁰⁰⁾ sich vereinigen würden zu einer reichen, phantasievollen und dennoch kognitiv klaren Persönlichkeit.

Kindervertherapie, die das „positive Unbewußte“, das nicht mit dem *Freudschen* Stigma der „Bedrohung“¹⁰¹⁾ versehen ist, ernstnimmt, Kindertherapie, die einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“

verpflichtet ist, wird versuchen, das expressive, künstlerische Element im Kinde zu fördern und zu entwickeln,¹⁰²⁾ und wo es schon eingeengt und beschränkt wurde, es wieder zu wecken und zur Entfaltung zu bringen. Eine solche Haltung findet ihren Ausdruck in der Integrativen Therapie durch die Verwendung der zahlreichen kreativen Medien, der Arbeit mit Musik, Ton, Bewegung, mit Farben, Rollenspielen, mit Sprachspielen, Puppen, Pantomime und Tanz ... zuweilen kochen wir auch zusammen,¹⁰³⁾ feiern Feste, versuchen, kindgemäße Ausdrucksformen zu bewahren, um einen Entwicklungsprozeß zu begleiten, aus dem integrierte erwachsene Persönlichkeiten hervorgehen können, die sich ihre Kindlichkeit bewahrt haben.¹⁰⁴⁾

Im folgenden Beispiel finden wir das Beschriebene in mehrfacher Weise verdeutlicht. Mathias hatte sich für die 19. Stunde Papier, Bleistift und Schere zurechtgelegt. Er hatte sich in der letzten Zeit viel mit sozialen Regeln und deren willkürlicher Veränderung durch Menschen seiner Biographie und Umgebung auseinandergesetzt und diese in den Stunden mit mir immer wieder überprüft und geübt. Er schien mehr und mehr eins mit sich zu werden. In der Stunde bastelt er sich in Windeseile aus weißem Papier ein Kleid, das seinen ganzen Körper bedeckt, dazu eine Zipfelmütze, die er sich auf den Kopf setzt. Die Regel dabei heißt „Schweigen bis es fertig ist“. Nun tanzt er vor mir einen Zwergentanz.

M.: „Ich bin der kleine Zwerg! Du mußt jetzt mein Lied aufschreiben! Schreib, was ich singe!“

»Es ging ein Männlein durch den Wald.

Er tanzte mit seiner Frau.

Tata li tata. Tatatata.

Da entdeckte er ein kleines Haus.

Sie gingen hinein.

Es war unbewohnt.

Da gingen sie wieder hinaus

und tanzten weiter

in dem schönen Sonnenschein.

Da erschien der Zauberer und lachte.

Er warf dem Zauberer was an den Schädel,

da war er ohnmächtig.

Sie fesselten ihn.

Da weinte der Zauberer.

Du bist ganz unehrlich, sagte der Zwerg.

Da kam er mit der Schere und schnitt

den Zauberstab kaputt.

Schnipp, schnapp!
Der Zauberer weinte noch mehr.
Wäh, wäh.
Tata li, tata la.»

„So, nun lies mir alles vor.“

Ich wiederhole das Gedicht, während er, die Schere noch in der Hand, Verbesserungen anbringt und dabei weiter tanzt.

In der Stunde insgesamt geht es um die Konstituierung von Identität, dies auch vor dem Hintergrund der Eingangsstunden und der Tonstunde. Ist in der Tonstunde eher noch auf der Ebene des unbewußten archaischen Selbst gearbeitet worden, so finden wir hier viele Ich-Leistungen: Mathias erkennt sich und gibt sich zu erkennen, leiblich konkret im Tanz, in der dramatischen Darstellung, angetan mit seinem aus den kreativen Materialien zurechtgeschnittenen Kleid. Er zeigt sich als „Dichter“, der die eigene Ballade extemporiert, als „Musiker“, der sein Lied vorträgt und als „Tänzer“, der im ganzen Schauspiel mir seine neugewonnene (vorläufige) Identität als kleiner Zwerg vortanzte.

Unter analytischer Perspektive können wir bei diesen Szenen durchaus von einem ödipalen Thema sprechen. In der Tat ist diese Stunde auch beispielhaft für das Deutlichwerden und die Integration von Verdrängtem, indem Mathias sich auch zeigt als jemand, der sich in vielen Szenen mit den ihn beherrschenden aggressiven, disjunkten Persönlichkeitsanteilen (Introjekten des alkoholsüchtigen, gewalttätigen Vaters) beschäftigt hat und im kleinen Zwerg mit Zipfelmütze eine Integration des übermächtigen Zauberers *Zipfelmoser* erreicht hat. Wir sehen, daß im Unbewußten nicht nur das positive Reservoir der kreativen Fähigkeiten, sondern auch die getrüben Quellen des Verdrängten liegen.

6.2. *Das kindliche Unbewußte und die Verdrängung*

Das Unbewußte ist nicht nur das leibliche Mitgegebene, es ist auch das Verdrängte.¹⁰⁵⁾ Im Prozeß der Sozialisation¹⁰⁶⁾ werden die Ereignisse, die dem Körper durch Einwirkung der Außenwelt widerfahren, im Gedächtnis des Leibes als Atmosphären, Szenen und Szenengeschichten archiviert.¹⁰⁷⁾ Das Leibgedächtnis verliert nichts; und so würden schmerzliche Erfahrungen von Traumatisierungen, Defiziten, Störungen leidvoll im Erleben bleiben, wenn nicht die Möglichkeit der Verdrängung Schutz böte. Die Verdrängung ist eine *positive Möglichkeit des Organismus* und wird von uns als solche gewertet. Denn nicht sie, sondern das Verdrängte beginnt schädigend zu wirken, wenn es zu

toxisch ist, in zu großem Ausmaß anfällt, so daß es durch die Bewältigungskräfte der Seele und die positiven Wirkungen des Umfeldes nicht „entsorgt“ werden kann. In der Therapie haben wir es häufig mit Kindern zu tun, deren unbewußte Reservoirs mit zu vielen traumatischen Ereignissen gefüllt sind und bei denen die Archive des Leibes überquellen von Kränkungen und Erfahrungen der Entbehrung. Und auch dieses „negative Unbewußte“ artikuliert sich: durch Verhaltensauffälligkeiten, Störungen der Kommunikation, psychosomatische Reaktionen. Das geschieht besonders bei Kindern, denen die kreativen Ausdrucksmöglichkeiten genommen wurden. Durch diese können nämlich die im Verlaufe eines Sozialisationsprozesses unabdingbaren kleineren und größeren Verletzungen zu einem Teil bewältigt werden, besonders wenn hierzu genügend Kraft aus den gleichfalls im sozialen Feld vorhandenen positiven Erfahrungen bereitgestellt wird. Wird der Ausdruck im Verhalten unterbunden durch repressive Erziehungsstrategien und darf die Verletzung nicht *Form gewinnen* im Matschen, Schmieren auf dem Papier, auf der Hauswand, im Plastilin, im Sandkasten, dann macht das Kind *seinen eigenen Körper zur Plastik*. Er wird zur Skulptur, an der die Symptome makabre Ornamente bilden, die Ausdruck körperlicher und seelischer Mißhandlung oder Fehlbehandlung sind. Im Unbewußten verbinden sich zuweilen dann die archaischen autochthonen Ängste mit den widerfahrenen beängstigenden Situationen aus dem sozialen Umfeld. Wird der Druck dieser Ängste zu stark, „spricht“ das Unbewußte in der Krankheit ... leibhaftig.

In unserer therapeutischen Arbeit versuchen wir, dem Kind die Sprache der Expression in den Medien wiederzugeben, um dem Unbewußten einen *anderen Ausdruckskörper* zu verleihen, so daß sich das Bedrohliche und Bedrückende zeigen kann: im Puppenspiel,¹⁰⁸⁾ im Maskenspiel,¹⁰⁹⁾ am Instrument,¹¹⁰⁾ im Tonfeld.¹¹¹⁾ Das Verdrängte tritt in die Awareness, es wird mitgeteilt und kann deshalb geteilt werden, und damit beginnt die Heilung; denn der Therapeut wird in diesem Moment zur Person, die versteht und das Mitgeteilte mitträgt. Wir können trösten, erklären, neue Wege aufzeigen und alternative Szenen mit neuen Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten bereitstellen. Die dunklen Brunnen des Unbewußten beginnen sanfter zu fließen, und Getrübtes vermag sich zu klären — zum einen, weil es der Awareness und Consciousness zugänglich wird, zum anderen, weil durch die vermittelte Sicherheit der Beziehung Impulse aus der Leibsphäre und dem Verdrängten nicht mehr so bedrohlich erlebt werden.

7. Exkurs: Progredierende Analyse — Parenting und Re-parenting, Beelterung und Neubeelterung in der Integrativen Therapie

Eines der zentralsten Konzepte der *Integrativen Therapie*, sei es in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, aber auch mit Erwachsenen, wurde von Petzold (1969) mit dem Gedanken der „progredierenden Analyse“ (*l'analyse progressive*) entwickelt. In ihr wird Therapie nicht nur als Situation der Intervention angesehen, sondern als „*prozessuale Diagnostik*“, in der „*prävalente pathogene Milieus*“ der Biographie aufgefunden werden, damit sie bearbeitet werden können. Es wird dabei davon ausgegangen, daß Pathologie in der Regel nicht *monokausal* erklärt werden kann, sondern daß es sich um eine „*multiple Genese*“, eine Vielzahl von Einflüssen im Verlauf der Lebensgeschichte handelt, die *in ihrer Gesamtheit* pathogen wirken können. Dabei kann es Lebensabschnitte, Situationen und Einflüsse geben, die besonders toxisch gewirkt haben und die deshalb für die Ausprägung eines Symptoms oder einer Persönlichkeitsstörung besondere Bedeutung haben. Derartige „*prävalente pathogene Milieus*“ können sehr weit zurückliegen — sie werden dann als „*frühe Schädigungen*“ bezeichnet, die das „*archaische Selbst*“ (die primäre Struktur) bzw. das „*archaische Ich*“ (die sekundäre Struktur) oder die „*archaische Identität*“ (tertiäre Struktur) beeinträchtigt haben. Prävalente pathogene Milieus können aber auch abhängig oder unabhängig von frühen Schädigungen in anderen Phasen der Entwicklung auftauchen, etwa in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter; sie können in der Midlife-Crisis gesetzt werden oder erst im Senium eintreten. Liegen sie nicht in unmittelbarer Nähe der gegenwärtigen Lebenssituation, so können sie nur über eine „*Regression*“ erreicht werden, durch die der Patient noch einmal in die *Atmosphären* und *Szenen* seiner Sozialisation zurückversetzt wird, die für ihn schädigend waren. Von diesem Milieu ausgehend, wird dann im therapeutischen Prozeß ein „*Neuanfang*“ (*Balint*) begonnen, ein neuer Entwicklungsgang, der fortschreitend eine „*Progression*“ durch die einzelnen Lebensalter bis hin in die Situation „*hier und jetzt*“ initiiert und vorantreibt. Auf diese Weise kann eine „*Nachsozialisation*“ erfolgen. Im Integrativen Ansatz wird „*Therapie als Prozeß der Nach- und Neusozialisation*“ verstanden, und Sozialisation als die „*Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen* und den mit ihnen verbundenen *Atmosphären*“ betrachtet (wobei es im präsenischen Bereich vorwiegend um die Verinnerlichung von Atmosphären geht). In einer solchen Sichtweise kommt den Begriffen „*Regression*“ und „*Progression*“

sion“ eine besondere Bedeutung zu. Wir unterscheiden dabei horizontale und vertikale Regressionen. Die letzteren finden wir vorwiegend in der klassischen Gestalttherapie, die durch erlebnisaktivierende Techniken kurzfristige, fokussierte Regressionen induziert. Ein solches Eintauchen in frühe biographische Szenen und das Wiederauftauchen in einer gestalttherapeutischen Sitzung erfordert allerdings ein sehr starkes, integrationsfähiges *Ich*, und das kann man bei Patienten mit Schädigungen im frühen Milieu in der Regel nicht voraussetzen. Deshalb sind diese Patienten (z. B. Borderline- und Psychosomatikpatienten) mit der klassischen Gestalttechnik nicht behandelbar. Es werden hier vielmehr *horizontale Regressionen* notwendig, die — „*time extended*“ — ermöglichen, daß der Patient über längere Zeit im therapeutischen Prozeß in regressiven Milieus verbleibt und hier positive Atmosphären und Szenen erleben und verinnerlichen kann. Dadurch kann ein *Ich* aufgebaut werden und wachsen, das zunehmend integrationsfähig wird und stark und flexibel genug, um fokussierte *vertikale Regressionen* handhaben zu lernen. Diese benignen Regressionen — um den von *Balint* geprägten Ausdruck zu verwenden — überfordern das *Ich* des Patienten nicht durch ihre Heftigkeit und die Fülle des dabei freigesetzten Materials. Vielmehr kann dieses Material allmählich vom *Ich* verarbeitet und im *Selbst* integriert werden, so daß die Gefahr einer *malignen Regression*, die durch zu heftige Erlebnisaktivierungen eintreten kann (etwa in Form einer psychosomatischen Reaktion, Suizidalität oder psychotischen Dekompensation), vermieden wird. Der Integrativen Therapie geht es aber beim Konzept der „*progredierenden Analyse*“ nicht nur und vorherrschend um die Verhinderung von Therapiezwischenfällen, sondern in erster Linie darum, spezifische Effekte therapeutischer Sozialisation zur Wirkung kommen zu lassen. Die Frage, ob vorwiegend mit *horizontaler* und *vertikaler Regression* gearbeitet wird oder in welchem Maße diese beiden Möglichkeiten in der Therapie miteinander verbunden werden (*Petzold* 1969) wird vom Krankheitsbild, der Lebenssituation, der Ressourcenlage und dem Problempotential des Patienten bestimmt, und natürlich von der Qualität der therapeutischen Beziehung. Das Konzept der „*prävalenten pathogenen Milieus*“, die in ihrer Bedeutung und Gewichtung sich auch im Verlauf des fortschreitenden Therapieprozesses verändern können, erfordert eine „*Lebenslaufperspektive*“ in der Betrachtung der Pathogenese und in der Planung und Ausführung der therapeutischen Intervention. Wir behandeln nie nur *eine* „frühe Störung“, sondern wenn wir es mit einem jugendlichen Borderline-Patienten im Alter von 17 Jahren zu tun haben, so ist sein Krankheitsbild, ist seine Symptomatik,

seine gegenwärtige Lebenssituation das Resultat von 17 Jahren unglücklicher Karriere, in der eine Vielzahl schwererer und leichterer Defiziterfahrungen, Negativerlebnisse, aber auch positive Einflüsse (und selbst wenn es nur wenige sind) zusammengewirkt haben. Das Verhalten dieses Patienten, ja, seine gesamte Persönlichkeit in ihren gesunden und kranken Aspekten ist „die Gesamtheit aller positiven, negativen und defizitären Erfahrungen“ (ibid.), denen er im Sozialisationsprozeß ausgesetzt war, wobei die „frühen Schädigungen“ — wenn sie nicht durch kompensatorische Einflüsse aufgefangen werden konnten — besonders nachhaltig wirken. Dem kleinen Kind stehen natürlich nur wenige und nicht sehr weit reichende „Coping-Strategien“ zur Verfügung.

Der therapeutische Prozeß der „*l'analyse progressive*“ hat das Ziel, von prävalenten Schädigungen ausgehend heilende Sozialisationsklimata und -atmosphären bereit zu stellen, „*benigne Szenen*“, nicht um die „alten Erfahrungen“ zu „löschen“ — dies ist nach den Erkenntnissen der Gedächtnisforschung kaum möglich —, sondern um durch die Bereitstellung neuer Erlebnisqualitäten, „korrigierender emotionaler Erfahrungen“ und „korrigierender kognitiver Inhalte“, die Möglichkeit zu bieten, daß der Patient in seinem Erleben und Handeln noch andere Optionen zur Verfügung hat als die, die ihm durch seine Sozialisation vermittelt wurden und die sich im Repertoire seiner Lebens- und Überlebensstrategien habitualisiert haben. Es werden ihm kognitive und emotionale „*Umbewertungen*“ von Situationen möglich, neue Wege der „Finalisierung“, der Zielbestimmung, neue Abwehr- und Bewältigungsstrategien (*coping, defending*), neue Problemlösungsmuster. Diese treten sozusagen „neben“ die alten und müssen allmählich an ihre Stelle treten und verankert werden. Je besser dies gelingt, desto nachhaltiger kann der Patient „auf alte Situationen in neuer Art und Weise und auf neue Situationen in angemessener Art und Weise“ reagieren (diese Formulierung in Anlehnung an *Morenos* Definition der Spontaneität). Da aber solche neu- bzw. resozialisierten Inhalte die alten vorgängigen Muster nicht löschen, bleibt immer die Möglichkeit, daß bei Überlastungen durch eine Massierung widriger Lebensumstände sich die alten Bewältigungsstrategien wieder durchsetzen können (selbst wenn sie dysfunktional sind). Es besteht dann aber die Chance, sofern die vorausgegangene Therapie gelungen ist — und man kann hier geradezu ein Kriterium für „Therapieerfolg“ gewinnen — daß derartige „Rückfälle“ von den Betroffenen selbst wahrgenommen, angegangen und bewältigt werden können, sei es durch eigene Auseinandersetzung mit der Situation oder durch das Beiziehen von Hilfen

aus dem Familien- oder Freundeskreis oder sei es durch die Inanspruchnahme einer vorübergehenden therapeutischen Hilfe.

Die progredierende Analyse will einen heilsamen Sozialisationsprozeß konstituieren. Hierfür ist es in der Kindertherapie notwendig festzustellen, in welchem Entwicklungsalter sich das Kind befindet, mit dem wir arbeiten, über was es in seinem Sozialisationsmilieu verfügt und was ihm fehlt. Beim Adoleszenten oder Erwachsenen wird es erforderlich, relevante Störzonen aufzufinden und in einer „Synopsis“ zu gewichten und zu bewerten, um eine Behandlungsstrategie, ein „therapeutisches Curriculum“ entwickeln zu können. Diagnostische Verfahren wie das „Lebenspanorama“ oder das „projektive Soziale Atom“ (Petzold 1987d) sind mit dieser Zielsetzung entwickelt worden. Im „Lebenspanorama“ sehen wir auf der vom Patienten erstellten Zeichnung, wie er seinen Lebensweg vom Zeitpunkt seiner Konzeption ansieht, was er als belastend und als förderlich erfahren hat bis hin in die Gegenwart — ja über sie hinausgehend in die Zukunft, so wie er sie aufgrund seiner Vergangenheit antizipiert. Ein ähnliches progredierendes Moment finden wir im „projektiven Sozialen Atom“, bei dem ja nicht nur das gegenwärtige soziale Netzwerk von Patienten mit Farben, Formen und Symbolen dargestellt wird, sondern aus der Erinnerung heraus jeweils auch das Soziale Atom mit fünf Jahren (ödipal/postödipal), mit fünfzehn Jahren (Adoleszenz), mit fünfundsiebzehn Jahren (antizipiertes Alter). Hinzukommen können Darstellungen Sozialer Atome in „kritischen Lebensphasen“. Aus diesen Bildern — besonders der frühen sozialen Netzwerke — wird deutlich, welche emotionalen Qualitäten und Atmosphären im Sozialisationsprozeß gefehlt haben, welche gestört wurden und welche in guter und ausreichender Weise vorhanden waren. Daß dabei den Familienatmosphären, den elterlichen Beziehungsformen, der väterlichen und mütterlichen Zu- und Abwendung, der Anwesenheit oder Abwesenheit von elterlichen Identifikationsfiguren besondere Bedeutung zukommt, steht außer Zweifel und hat für eine nachsozialisierende Form der Psychotherapie erhebliche theoretische und behandlungspraktische Konsequenzen.

Im Rahmen der „progredierenden Analyse“ haben deshalb zwei Konzepte einen besonderen Rang: *Parenting und Reparenting*. Unter „Parenting“ verstehen wir die Bereitstellung elterlicher Qualitäten im Rahmen der therapeutischen Beziehung in einer Art und Weise, daß die Patienten Atmosphären, Szenen, Beziehungskonstellationen und die mit ihnen verbundenen Haltungen und Werte internalisieren können, um vorhandene *Defizite* „auffüllen“ zu können. Im Rahmen unserer theoretischen Konzepte zur Pathogenese, in denen wir *Defizite*

(Unterstimulierung), *Traumata* (Überstimulierung), *Störungen* (uneindeutige Stimulierung) und *Konflikte* (widerstreitende Stimulierung) unterscheiden, nehmen die Defizite insofern eine besondere Stellung ein, als sie für die Behandlung z. T. erhebliche Probleme aufwerfen. Dies gilt spezifisch für „frühe Defizite“, die das „archaische“ Selbst, Ich und die frühen Vorformen und Formen der Identität beeinträchtigen. Hier haben Kinder in ihrer Sozialisation durch das Fehlen von notwendigen Angeboten — etwa im Bereich des Taktiles der „guten Brust“, später dann der „guten Blicke“ oder der „guten Worte“ — nötige Zuwendung und Stimulierung entbehren müssen, die für ein gesundes Entwicklungsgeschehen, für das Ausbilden stabiler Persönlichkeitsstrukturen notwendig gewesen wären. Dabei können die Abwesenheiten *physischer Art* gewesen sein (etwa durch den Tod eines Elternteiles) oder *psychischer Art* (etwa durch die physische Anwesenheit, aber die emotionale und personale Abwesenheit: „Mein Vater war für mich nie da“). In solchen Fällen muß der Patient durch die Regression in das prävalente Milieu des Defizits die Not des Mangels noch einmal in *dosierter Weise* erfahren, indem die damit verbundenen Gefühle, Atmosphären und Szenen aus den „Archiven des Leibes“ aufkommen. Er kehrt in der regressiven Bewegung des Ichs in das „Kinderland“ zurück, allerdings mit einem zentralen Unterschied: der anwesende Therapeut ist nun *da*, wo vorher Abwesenheit war. Ihm kommt die Aufgabe zu, das zu *verkörpern*, was fehlte. Er muß Berührung, wo keine streichelnden Hände waren, „gute Blicke“, wo der abwesende Blick war, „gute Worte“, wo Schweigen war, bereitstellen. Um dieser Aufgabe gewachsen zu sein, ist es notwendig, daß der Therapeut seine eigenen traumatischen Kindheitserfahrungen durchgearbeitet hat, damit er das defizitäre Milieu nicht „fliehen“ bzw. abwehren muß. Er muß weiterhin seine eigene *Väterlichkeit* oder *Mütterlichkeit* — abhängig davon, was jeweils erforderlich ist — zur Verfügung haben und darüber hinaus in der Lage sein, diese in einer Weise zu „modulieren“, daß er die spezifischen „sozioemotionalen Mikroklimata“ (Petzold 1969) herstellen kann, die notwendig sind, um dem dermaleinst erlebten Mangel ein Angebot entgegenzusetzen, das das Fehlende ergänzt, auffüllt, zumindest aber teilweise kompensiert oder substituiert. Dies ist nur möglich, wenn der Therapeut, wie schon *Ferenczi* und *Balint* betont haben, „die Regression des Patienten mit eigener Regression begleiten kann“. Er muß selbst in das Kinderland hinabsteigen, um empathisch erfassen zu können, was der Patient braucht. Er muß gleichzeitig Erwachsener bleiben, um den Patienten zu sichern und den Anforderungen des Feldes begegnen zu können. Es ist also eine Haltung

vonnöten, die *kompetente Eltern* kennzeichnet: eine *partielle Teilnahme*, die das Miterleben und Mitvollziehen des Kindlichen ermöglicht, ohne dabei die Fähigkeiten des Erwachsenen einzutrüben oder zu beeinträchtigen. *Ferenczi* hatte dieses Prinzip in seinen „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (*Cremerius* 1983) klar erkannt und deutlich gemacht, daß wir Patienten, die der mütterlichen Liebe entbehren müßten, auch „mütterliche Zuwendung“ bereitzustellen haben, um ihnen die Erfahrung zu vermitteln: auch für mich gibt es Liebe, Wärme, Wertschätzung. Und selbst wenn die „Löcher“, die die frühen Defizite bewirkt haben, niemals ganz aufgefüllt werden können, selbst wenn die Verzichtleistungen notwendig werden, die die „Wiener Psychoanalyse“ *Freuds* so betont, so wird doch das Abschiednehmen, der unabdingbare Verzicht, leichter, wenn wenigstens etwas an Wegzehrung bereit gestellt wurde, als wenn der Patient „den Geschmack der Zuwendung“ nie verkosten durfte.

Das Konzept des *Parenting*, wie wir es unter Rückgriff auf die ungarische Schule, die „Budapester Psychoanalyse“ *Ferenczis*, *Balints* und *Iljines* (beim letztgenannten durften wir diese Form der Behandlung erleben) entwickelt haben, bedarf natürlich der sorgfältigen Indikation. Das gilt sowohl für die Arbeit mit Kindern, Adoleszenten oder Erwachsenen. Es stellen sich folgende Fragen: Wie tief und andauernd soll die horizontale Regression sein? Welche Defizite sollen aufgefüllt werden? Wo sind die Grenzen eines derartigen „Bondings“? Wo bestehen die Gefahren maligner Regression, so daß erst auf der Ebene der „sekundären Struktur“ Ich-Stärke aufgebaut werden muß, bevor die Regression in die Brüchigkeiten des Selbst führen darf? Wann müssen Übergangs- bzw. Intermediärobjekte in die Behandlung einbezogen werden?

Reparenting- und Parenting-Konzepte kennzeichnen die sich als „dyadische Therapien“ vollziehenden Einzelbehandlungen der Integrativen Therapie (nicht zuletzt ihre Lehranalysen). Sie kommen auch in der Gruppenbehandlung zum Tragen. Die psychoanalytischen Behandlungsinnovationen der „Objekt-Beziehungs-Theoretiker“ lassen sich mit dem Parenting-Konzept genauso erklären wie die Therapie mit schwerstgestörten Psychotikern durch die *Schiff*-Schule der Transaktionsanalyse (*Schiff, Day* 1972), wobei letztere den Begriff des „*reparenting*“ explizit und unabhängig von unseren Arbeiten entwickelt haben, ohne dabei die Einflüsse der ungarischen Schule aufzuzeigen. Das im „Parenting/Reparenting-Konzept“ entwickelte Behandlungsmodell ist durchaus nicht nur auf den Bereich „früher Schädigungen“ begrenzt. Es kann und sollte auch eingesetzt werden bei Problemen,

die in der Adoleszenz ihre Genese haben. Diese Entwicklungsphase ist von einer besonderen Verletzlichkeit (*vulnerability*) gekennzeichnet, die ihre Ursache nicht nur in den biologischen Umstellungen und Veränderungen hat, sondern auch in den eintretenden „sozialen Diskontinuitäten“ (*R. Benedict*), in den sich verändernden „social worlds“ zwischen den Generationen und dem Aufkommen von ungelösten (ödipalen) Problemen aus der „archaischen Triangulation“, durch die sich Familienklimata dramatisch verschlechtern können. Gerade in der Adoleszenz können deshalb neue Verletzungen gesetzt werden, wenn den Eltern die Handhabung dieser komplexen emotionalen Konstellation nicht oder nicht gut gelingt. Andererseits kann ein adäquates „Miteinander-Aushandeln“ derartiger Konstellationen auch dazu beitragen, noch virulente „frühe Schädigungen“ zu stabilisieren, Defizite aufzufüllen und „ödipale“ Konflikte zu klären. Bei problematischen oder gar pathogenen Adoleszenzphasen (*Erdheim 1983*), insbesondere, wenn Eltern sich von ihren Kindern zurückziehen und in den Prozessen der Identitätsbildung und -stabilisierung Defizite entstehen, wird ein Parenting unerlässlich. Das Modell der „Beelterung“ erstreckt sich demnach über einen breiten Entwicklungszeitraum, d. h. von der Babyzeit bis zum jungen Erwachsenenalter. Hier stellt sich dem Therapeuten die Aufgabe, in der Lage zu sein, die in dieser Zeitspanne wesentlichen „sozio-emotionalen Mikroklimata“ auch schaffen zu können. Er muß adäquate Formen der „temporären Wahlverwandtschaft“ (*Petzold 1969*) finden, muß seinen Patienten gleichsam „auf Zeit emotional adoptieren“. Ein solches Vorgehen ist besonders in der Behandlung von schwergestörten Kindern und Jugendlichen unverzichtbar. Behandlungstechnisch müssen dabei die jeweils altersspezifischen Kommunikations- und Interaktionsformen gefunden und praktiziert werden, und diese beziehen Verbales wie Nonverbales, Puppen und Spielmittel als Übergangs- bzw. Intermediärobjekte — auch in der Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen — mit ein. Im Parenting-Prozeß kann deshalb auf körperliche Berührung, körperlicher Support, auf Halten, Streicheln, Spielen, Trösten, wann immer dies von den aufkommenden Szenen angezeigt ist, nicht verzichtet werden. Wiederum sind indes das Maß, die Handhabung, das Timing, die Intensität bedeutsam.

Ist das Parenting auf die Behandlung von Defiziten und ihren Folgen zentriert, so verstehen wir unter *Reparenting* eine Behandlungsform, in der Störungen, Traumata und Konflikte, die durch Persönlichkeitsprobleme der Eltern verursacht oder mitverursacht wurden (z. B. durch uneindeutige Haltungen, emotionale Überflutungen, Repressio-

nen, Beziehungsambivalenzen usw.), therapeutisch angegangen werden. Es geht im Unterschied zum Parenting nicht darum, eine fehlende oder partiell fehlende *Elternimago* zu verkörpern und zu verankern, sondern darum, durch *alternative Verkörperungen*, durch das Schaffen korrekativer Atmosphären dem Patienten neue und andere Wege im Erleben und Verhalten zu ermöglichen. Neben die repressiven Atmosphären etwa eines durchweg brachialen und dominanten Vaters werden jetzt wertschätzende, akzeptierende Atmosphären gesetzt, neben die bindenden Atmosphären einer umstrickenden Mutter die klare Eindeutigkeit und raumgebende Atmosphäre des Therapeuten / der Therapeutin, der / die jetzt eine „neue Mutter“ verkörpert. Diese neuen Imagines bieten die Chance, die schädigenden Wirkungen verinnerlichter elterlicher Bilder und Anteile zu neutralisieren oder zu verändern. Im Reparenting wird mit großer Sorgfalt darauf geachtet, daß die im Prozeß der Sozialisation verinnerlichteten Elternbilder und Familienklimata durch den Prozeß der therapeutischen Neusozialisation nicht gänzlich infrage gestellt, attackiert oder destruiert werden. Eine solche, die gesamte Elternimago abwertende Vorgehensweise ist aus klinischer Sicht im höchsten Grade problematisch. In der Regel handelt es sich dabei um einseitige therapie-ideologische Zuschreibungen, die den Eltern und *insbesondere den Müttern* die alleinige Schuld an den seelischen Erkrankungen ihrer Kinder geben. Hinzu kommen identifikatorische Prozesse der Therapeuten mit ihren Patienten, die mit unaufgearbeiteten Elternbeziehungen aus der Biographie der Therapeuten selbst durchtränkt sind. Parenting und Reparenting basieren geradezu darauf, positive Aspekte der Herkunftsfamilie und der Elternbilder aufzunehmen und herauszuarbeiten, so daß sie den — durchaus vorhandenen — Negativatmosphären und den dunklen Seiten der Eltern entgegenwirken können. Es wird damit eine *Neubewertung* des familiären Potentials und der elterlichen Persönlichkeiten durch den Patienten angestrebt, um den „nährenden“ Anteilen seiner Biographie stärkere Wirkkraft zu geben. Attackiert werden demnach nur die „*Schattenseiten*“ der Eltern, und es ist mit Sorgfalt darauf zu achten, daß hier keine „archaischen pars pro toto-Reaktionen“ in den Patienten (und beim mit diesem und seinem Leid identifizierten Therapeuten) aufkommen. Der Schatten der Eltern „überschattet“ dann auch noch ihre lichten Seiten. Derartige Generalisierungen, die nur allzu häufig vorkommen — man sehe daraufhin nur einmal die psychoanalytische kasuistische Literatur durch oder gar die transaktionsanalytische, in der zuweilen sogar von „Schweineeltern“ gesprochen wurde, berauben den ohnehin geschwächten Patienten noch zusätzlich seines Grundes und beein-

trächtigen oder verunmöglichen den Behandlungserfolg. Gerade in der Kindertherapie führt eine unreflektierte Überidentifikation mit dem Kinde häufig dazu, daß nur der „Schatten“ der Eltern gesehen wird, und nicht der „Glanz“, nur die Atmosphäre der „Kälte“ in einer Familie wahrgenommen wird und nicht die in der Regel durchaus auch vorhandene (wenngleich auch sehr sektoriell fixierte) „Wärme“. Ehe nicht die Therapeuten zu einer komplexen Sicht der Elternpersönlichkeiten ihrer Patienten und der in deren Herkunftsfamilie herrschenden emotionalen Klimata gelangt sind, können sie im Parenting und Reparenting nicht die richtigen Akzente setzen, angemessene Szenen und Atmosphären bereitstellen und die „Übertragungsanfrage“ nicht durch adäquate Verkörperungen beantworten; denn „Liebe allein genügt nicht“ (Bettelheim), und „mütterliche Zuwendung“ (Ferenczi) allein könnte einseitige Akzente setzen — auch die Atmosphären guter und klarer Väterlichkeit müssen vorhanden sein und verinnerlicht werden können. Hier haben wir in unserem Ansatz die Überlegungen und die Praxis Ferenczis verändert und ergänzt. Wird aber eine derartige komplexe und differentielle Sicht zugrundegelegt und verfügt der Therapeut bzw. das Theapeutenpaar über eine ausreichende emotionale Breite und Flexibilität, kann der Parenting- und Reparentingansatz sich für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als sehr wirksam erweisen und Kranken und leidenden Menschen Hilfen bringen und Alternativen eröffnen.

Die hier dargestellten theoretischen und behandlungsmethodischen Konzepte, das sei nochmals unterstrichen, müssen in der Traditionslinie der ungarischen Schule der Psychoanalyse gesehen werden, denn die Arbeiten von *Sándor Ferenczi*, der — anders als die mehr funktional ausgerichteten Körperpraktiken von *Georg Groddek* und *Wilhelm Reich* — mit Formen körperlicher und emotionaler *Zuwendung* arbeitete, haben im wesentlichen unsere Überlegungen zum Parenting-Konzept vorbereitet. *Ferenczi* war leider durch seinen für seine Forschungsarbeiten unzeitigen Tod nicht mehr in der Lage gewesen, derartige Differenzierungen in der Praxis ausreichend zu erproben und so zu verfeinern, daß er eine konsistente Behandlungsmethodik und Interventionstechnik erarbeiten konnte. Ein solcher Rahmen ist jedoch erforderlich, um Patienten — Erwachsene wie Kinder — vor Fehlinterventionen zu bewahren, die problematisch werden könnten. (Dies gilt übrigens für eine Parenting/Reparenting-Analyse genauso wie für eine abstinent durchgeführte Couchanalyse).

Ferenczis Behandlungsmethoden waren erfolgversprechend, aber natürlich waren auch Probleme vorhanden. Es ist im höchsten Grade

bedauerlich, daß sein bedeutendster Schüler, *Michael Balint*, aus eigener Verunsicherung durch den Druck der psychoanalytischen Orthodoxie, die *Ferenczi* und seine Arbeit mit emotionaler Zuwendung und direkten Körperkontakt hart attackierte, die behandlungsmethodischen Innovationen seines Lehrers nicht konsequent weitergeführt hat (*Barande 1972; Balint 1987*). *Balint* hat sich darauf beschränkt, „frühe Grundstörungen“ mit einer zugewandten Haltung zu behandeln; ein Weg allerdings, der die gesamten behandlungsmethodischen Öffnungen im Rahmen der Objekt-Beziehungs-Theorien beeinflusst hat. Auch *Melanie Klein*, gleichfalls eine Schülerin *Ferenczis*, hat Körperkontakt nur in den Kinderbehandlungen eingesetzt, und Parenting- und Reparentingstrategien unter Einbeziehung physischer Zuwendung in ihren Analysen von Erwachsenen, insbesondere ihren Lehranalysen, nicht praktiziert. Die Tradition der „aktiven Technik“ und der „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ wurde nur in einem kleinen Schülerkreis im Rahmen der Budapester Schule selbst z. B. zeitweise von *Imre Hermann* oder dem russischen *Ferenczi*-Schüler *Vladimir Iljine* fortgeführt. In diesen Kreisen, auf die die Behandlungsmethodik in den Einzeltherapien von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen zurückgeht, wie sie von *H. Petzold* und *J. Sieper* seit Mitte der 60er Jahre in der Patientenbehandlung und am „Fritz Perls Institut“ seit 1972 in Therapie und klinischer Weiterbildung durch Lehranalysen praktiziert wird, wurde eine Behandlungsform weiterentwickelt, auf deren Grundlage ein Parenting-/Reparentingkonzept konsequent ausgearbeitet und umgesetzt werden konnte. Von besonderen Gefährdungen und Risiken für die Patienten durch eine solche Methodik und Technik kann — sofern sie *lege artis* angewandt wird — nach den Erfahrungen aus unserem großen Kollegen- und Schülerkreis nicht die Rede sein: Im Gegenteil, es werden Patienten aus benachteiligten Schichten, mit frühen Schädigungen und schweren Störungen angehbar, die ansonsten in anderen Behandlungsformen „durch das Netz fallen“, bzw. mit keinen oder nur geringen Behandlungserfolgen zu rechnen haben (*Thomas 1985*). Diese Feststellung gilt sowohl für die Therapie mit Erwachsenen als auch insbesondere für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Diese können nämlich durch ein Parenting- und Reparentingmodell der Behandlung schon in den Situationen, in denen Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte durch unglückliche, familientherapeutisch nicht zu beeinflussende häusliche Konstellationen gesetzt werden, korrektive, kompensatorische oder substitutive Erfahrungen durch das therapeutische Milieu machen, das ihnen einfühlsame Therapeuten in Form von „guten“ Szenen und Atmosphären bereitstellen.

8. Therapeutische Beziehung

Als integrative Kindertherapeuten werden wir alles, was in den gemeinsamen Szenen des therapeutischen Geschehens auftaucht, aus der „Kinderperspektive“ aufnehmen, d. h. wir werden uns innerlich in die Rolle des Kindes begeben, um die *Erlebniswelt des Kindes zu erfassen*, um mit ihm zu einer Beziehung zu kommen, die ihm entspricht und die zugleich einen therapeutischen Charakter hat. In der Kindertherapie, besonders wenn sie länger verläuft und die Kinder noch sehr jung sind, hat die therapeutische Beziehung — mehr noch als in der Erwachsenentherapie — den Charakter eines quasi verwandtschaftlichen Verhältnisses. Der Arzt ist der „Onkel“ für das Kind, und der Kindertherapeut muß seine kleinen Patienten im Rahmen dieses kindlichen Beziehungswunsches annehmen, ja, sie in einigen Fällen gleichsam „emotional adoptieren“, damit die Behandlung gelingen kann. Dabei ist die Frage der Beziehung zu den realen Eltern, die — wo immer möglich — einbezogen werden müssen und nicht entwertet werden dürfen, im Auge zu behalten. Und auch das Problem der Bindung und Lösung,¹¹²⁾ des Aufbaus affektiv dichter Bezüge und die Realität eines begrenzten Zeitkontingents und des Abschlusses der Therapie mit der dann anstehenden Trennung müssen berücksichtigt werden.¹¹³⁾

Der Aufbau der therapeutischen Beziehung in der Kindertherapie knüpft an das alters- und milieuspezifische Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsverhalten¹¹⁴⁾ des Kindes an. Dabei kommt für die Behandlung dem nonverbalen Kontaktverhalten und leiblicher Interaktion¹¹⁵⁾ die entsprechende Bedeutung zu. Kinder nehmen in der Regel weitaus körperlicher wahr und reagieren unmittelbarer leiblich, z. B. durch Muskelspannung, als die Erwachsenen, die häufig einseitig visuell geprägt sind. Wir versuchen deshalb, wie ein Kind und mit den Sinnen eines Kindes wahrzunehmen, damit wir „*shared perspectives*“,¹¹⁶⁾ also gleiche Erlebens- und (An)sichtsweisen entwickeln können. Wir versuchen, wie das Kind eigenleiblich zu spüren, atmosphärisch wahrzunehmen, szenisch zu sehen und zu erleben. Im Laufe des Lebens entwickeln wir alle einen endlosen Film innerer *Szenen*, zu denen nicht nur das visuell eingeprägte Bild, sondern auch auditive Szenarien, körperliche Sensationen, Gefühle, Atmosphären, Worte und unausgesprochene Botschaften gehören. All das geht in die therapeutische Beziehung mit ein. Das Kind, und das machen wir uns als Therapeuten zunutze, stellt seine verinnerlichteten Atmosphären, seine inneren Szenen im Spiel für sich, mit Übergangs- und Intermediärobjekten¹¹⁷⁾ und im Spiel mit dem Therapeuten in sich wandelnden Formen wieder und

wieder, um Lösungen für die in der Szene enthaltenen Aufgaben, Konflikte und Probleme zu finden. Es finden sich sogar Szenenäquivalente für die im Mikrokosmos der Seele enthaltenen inneren Konflikte, wie in der Beschreibung der 7. Stunde aus der Therapie von Mathias zu sehen ist. Am deutlichsten erfassen wir die Erlebniswelt des Kindes in der therapeutischen Beziehung, wenn wir mit ihm in die Atmosphäre und Szene eintauchen, ein Mitspieler in seinen Szenen werden, mit ihm und wie es fühlen, um dann durch Wechsel in eine innere Distanz im „partiellen Engagement“⁽¹¹⁸⁾ die Übersicht zu gewinnen, aus der heraus unsere jeweiligen Interventionen kommen.

Mathias hat immer wieder Szenen mit seiner Puppenstube und seinen Tieren konstelligiert, in die es einzutreten galt. Auch die mitgeteilte Tonstunde ist eine solche Konstellierung, allerdings mit Materialien auf einem *präsenischen* Niveau, bevor das Kind Szenen synthetisieren und mnestisch verankern kann.⁽¹¹⁹⁾ Es handelt sich hier um frühe, nicht-ikonische Erinnerungen, im viszeralen Gedächtnis gespeicherte Propriozeptionen und Atmosphären aus der eigenen Leibsphäre und dem „*dialogue tonique*“⁽¹²⁰⁾ der körperlichen Mutter-Kind-Interaktion. Als Therapeutin, die ich eigene Erfahrungen mit szenischem Erleben und solcher Tonarbeit an mir selbst gemacht habe, erlebe ich Mathias' Kampf körperlich konkret und bin bereit, für ihn immer wieder auch die „gute Mutter“ zu verkörpern, um ihm neue Möglichkeiten neben der alten erfahrbar zu machen. So konstelligiert Mathias konkrete Familienszenen mit seiner Puppenstube, um über eine Sequenz von mehreren Stunden das Chaos der elterlichen Beziehung mit ihrer Willkürlichkeit und dem Wechsel von Freundlichkeit und haßerfülltem Streit und seiner eigenen Hilflosigkeit bei der Suche nach Schlichtung oder Schutz zum Ausdruck zu bringen.

Die therapeutische Beziehung war in dem hier dargestellten Fall von einer besonderen Dynamik geprägt. *Mathias* lebte als Heimkind nicht mehr in seiner Ursprungsfamilie, besuchte sie aber von Zeit zu Zeit und hegte den mehr oder weniger deutlichen Wunsch, dorthin zurückzukehren. Es hieß also, realistisch mit diesem Wunsch umzugehen, ohne Hoffnungen zu zerstören. „Der Therapeut füllt Defizite, bleibt aber ‚Lückenbüßer‘, um nicht in Konkurrenz mit den Eltern zu treten“⁽¹²¹⁾ und das Kind ihnen nicht zu entfremden. Zudem hatte Mathias eine enge, oft spannungsreiche, aber tragfähige Beziehung zu seiner Erzieherin, die in unserem Setting regelmäßig in den Stunden anwesend war, sich aber im Verlauf nur wenig beteiligte. Sie erhielt überdies regelmäßig Supervisionsstunden. Von der Übertragung her hatte ich also zuweilen eine Großmutterrolle inne, zuweilen die einer „Pa-

tentante". Der Heimleiter war für *Mathias* als Autoritätsperson ebenfalls wichtig. Eine solch komplexe Beziehungs- und damit auch Übertragungsstruktur muß als Hintergrund für die hier mitgeteilte Therapie mitgesehen werden.

In der therapeutischen Beziehung geschieht im Prozeß der Grenzfindung Ich- und Identitätsentwicklung. Diese ist „Handel um Grenzen.“⁽¹²²⁾ *Grenze als Ort von Berührung und Trennung in einem* ist für das Kind von eminent wichtiger Bedeutung, da ohne Berührung, sei sie sanft oder aggressiv, und ohne Trennungserleben keine gute Ich- und Identitätsentwicklung möglich ist. Dies erkennen wir z. B. bei grandioser Selbstüberschätzung oder distanzloser Aggressivität.

Der Therapeut, der in den Prozessen der Selbstfindung oft nur durch seine wache Awareness Anstöße geben kann, ist mit seiner leiblichen Gegenwart Partner für die Grenzfindungsversuche des Kindes, was oft den ganzen persönlichen Einsatz verlangt. Wenn z. B. *Mathias* mit mir am spritzenden Wasserhahn erkunden will, wie weit er gehen kann, oder wenn er den bergenden Schoß nach einer Erfahrung voll Angst und Schmerz braucht, so bin ich als Therapeutin und Mensch ganz gefordert. Im dialogischen Geschehen des „Ich und Du“, die sich wechselseitig bedingen, lernt das Kind, sich zu sehen, weil es angeschaut wird, lernt es, sich zu zeigen und gesehen zu werden, so daß in diesen Ko-respondenzprozessen aus Konfluenz (Allverbundenheit) sinnvolle und sinnenhafte Differenzierung von „Innen und Außen“ wird.⁽¹²³⁾

Die therapeutische Beziehung hat eine intersubjektive, koexistente Qualität — wir setzen uns von der Objekt-Beziehungssprache der Psychoanalyse terminologisch ab, weil Sprache Fakten schafft. „Koexistenz muß intersubjektiv bekräftigt werden“. Wir gehen davon aus, daß Beziehungen keine Objekt-, sondern Subjektbeziehungen sind, die von einem Engagement für die andere Person (hier das Kind) getragen sind, ein Engagement, das das Kind als ganzen Menschen meint, d. h. „versucht, es zu berühren und sich von ihm berühren zu lassen.“⁽¹²⁴⁾ Im Korrespondenzprozeß von direkter und ganzheitlicher Auseinandersetzung zwischen Subjekten (dem Kind und mir) auf der Leib-, Gefühls- und Verstandesebene vor dem Kontext (der Umgebung in ihrer mannigfachen Ausprägung) wird diese Beziehung erlebbar.

Ich stehe dem Kind als Therapeutin zur Verfügung, um mit ihm gemeinsam *Sinn* zu konstituieren, indem wir Elemente seines Erlebens, Bruchstücke seiner Lebenswelt, die keinen Sinn ergeben, zusammensetzen und darüber Konsens herstellen, oder indem wir den im „stummen Sinn“ der Gesten und Blicke impliziten Sinn⁽¹²⁵⁾ auffinden, aussprechen, gemeinsam betrachten, belachen, also wieder zu Konsens

finden, und sei es der Konsens darüber, daß wir unterschiedlicher Meinung sind. Dabei bedeutet das Benennen, das Finden gemeinsamer Sprache ebenfalls Integration. Für das Kind vermindert sich damit oft die magische, düstere, atmosphärisch beängstigende Besetzung des Unbekannten bzw. Noch-nicht-Bekanntes, der in der Zukunft liegende Noch-nicht-Sinn.¹²⁶⁾

Der Stil der therapeutischen Beziehung ist also von Intersubjektivität¹²⁷⁾ getragen. Mit Kindern kann und soll man nicht „abstinent“ arbeiten. Sie verlangen nach einem konkreten, leibhaftigen Gegenüber. Sie lassen sich nichts vormachen, sondern nehmen die anderen bewußt oder unbewußt genau wahr. *Die Abstinenz liegt* (wenn wir diesen Begriff aufnehmen wollen) *in der Eindeutigkeit und Klarheit der Kommunikation*. Das bedeutet keineswegs ein völliges „*self disclosure*“,¹²⁸⁾ in dem der Therapeut alle seine Gefühle und Regungen zeigt oder seine Gedanken ausspricht. Wir sprechen vom „partiellen Engagement“ und der „selektiven Offenheit“. ¹²⁹⁾ Ich teile dem Kind soviel von mir und meiner Wahrnehmung mit, wie es erfassen kann, so daß es ihm möglich wird, einen weiteren Schritt zu tun. Das kann u. U. auch bedeuten, daß es Tränen in meinen Augen sieht und ich mich seiner Einfühlung öffne. Denn das Kind braucht nicht nur die rechte *Empathie* von seiten seiner Eltern und seines Therapeuten, um ein Gefühl für sich selbst, „*Selbstempathie*“, entwickeln zu können, es muß auch die Möglichkeit erhalten, seine Einfühlung praktizieren zu dürfen,¹³⁰⁾ seine Fremdwahrnehmung zu erhärten, damit es begegnungs- und beziehungsfähig wird. Das heißt, daß der Therapeut es in seiner Wahrnehmung — auch von Stimmungen des Therapeuten — bestärken muß, wenn sie zutreffen, damit das Kind *nicht an seiner Wahrnehmung irre* wird. Hier liegt eine wichtige, oft vernachlässigte Quelle der Pathogenese, und Therapeuten, die sich nicht öffnen und als Person zeigen können oder einer spezifischen Ideologie über die therapeutische Beziehung verhaftet sind, werden hier nicht hilfreich und fördernd sein.

Wenn ich durch eine familiäre Schwierigkeit bedrückt in die Stunde komme und Mathias mich fragt: „Gabriele, bist du traurig?“, so ist es durchaus angemessen zu antworten: „Ja, heute bin ich traurig, aber es wird schon wieder“. Ich werde aber vermeiden, ihm Dinge von mir zu zeigen, die ihn belasten oder die für neue Schritte seinerseits nicht dienlich oder überflüssig sind. Der Therapeut sollte in der Ausbildung eigene Neurotisierung so weit überwunden oder handhaben gelernt haben, „sein Herz soweit gefunden haben“,¹³¹⁾ daß er in „unverstellten, liebevollen Kontakt treten“¹³²⁾ und seine Gefühle und Stimmungen adäquat vermitteln kann. Innerhalb dieser therapeutischen Beziehung muß ein

Kind auch lernen, mit sozialen Regeln umzugehen. Mathias mußte sich mit mir als Person und Vertreterin bestimmter Regeln und deren eindeutiger Handhabung auseinandersetzen, aber in einer Form, daß er sich im Laufe der Zeit sicherer fühlen und erleben konnte, daß Regeln im Leben nichts Starres, Bedrängendes sein müssen und man mit den zuweilen entstehenden Verwirrungen menschlich umgehen kann, z. B. indem man sie äußert und nicht in sich verschließt. Mathias hat das verstanden und in seinem Lied zum Ausdruck gebracht.

8.1 Übertragung und Gegenübertragung

Im Rahmen der gelungenen therapeutischen Beziehung, die in unverstelter Intersubjektivität den — für jede Entwicklungsphase spezifischen — *gesunden* Interaktionsmodus aus der Sicht der Integrativen Therapie darstellt, treten Übertragungen als pathologische Beziehungsformen auf. Übertragungen sind die Vergegenwärtigung „alter“ Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, daß die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten des anderen nicht gesehen werden können. Übertragungen verhindern Intersubjektivität. Deshalb gilt: „Wo Übertragung war, muß Beziehung werden“¹³³). In der Übertragung erfolgt eine Manifestation von Verdrängtem. Ihre Intensität ist abhängig von erlittenen Defiziten, erfahrenen Traumata und Konflikten, die verdrängt werden mußten.

In der Kindertherapie muß das Übertragungskonzept sehr differenziert gesehen und angewandt werden. Übertragungen variieren in ihrer Qualität abhängig vom Alter des Kindes. Je jünger das Kind ist, desto weniger Material befindet sich im „Reservoir des Verdrängten“, und um so banaler sind die in ihm aufgehobenen Inhalte. Die Übertragungsqualitäten sind unspezifisch und überflutend. Besonders im Alter von drei bis fünf Jahren äußern sie sich im wesentlichen in Konfluenzzuständen der Angst, Aggression oder Zuneigung. Aufgabe der Therapie ist die Differenzierung dieser „Gefühlswelten“: Die Differenziertheit des Übertragungsgeschehens nimmt zur Adoleszenz hin zu. Charakteristisch ist, daß die Übertragungsaktivität meist generalisiert ist. Sie ist selten ausschließlich auf den Therapeuten gerichtet, sondern manifestiert sich bei der Mehrzahl der Bezugspersonen. Das Kind „wiederholt“ unter dem Diktat der Dynamik im Unbewußten die „bösen Szenen“, die es erleiden mußte mit den Personen (aber auch mit Intermeditär- und Übergangsobjekten), mit denen es in Kontakt tritt. Die Auflösung derartiger *Szenenzwänge* durch verbale Deutung ist nur bei älteren Kindern zu erreichen. Bei jüngeren Kindern werden das

Wiederholen der Szene als Entlastung und eine Deutung¹³⁴⁾ durch eine neue Inszenierung, ein neues Spiel und eine qualitative Veränderung durch alternative Szenen die Mittel der Wahl sein. Neue, gute Atmosphären müssen gegen die alten, toxischen gestellt werden. Neue Szenen der Akzeptanz, des Freiraums, der Zuneigung müssen neben den alten der Ablehnung, der Repression und der Verletzung verankert werden. Bei älteren Kindern kann das Zusammenwirken von verbaler und szenischer Interpretation fruchtbar sein.

Wir versuchen, wo uns die Übertragungsqualitäten des Kindes begegnen, immer wieder neue Situationen herzustellen, in denen das Kind an uns und mit uns neue Erfahrungen machen kann. Wir verdeutlichen im Spiel die traumatischen oder defizitären Erlebnisse der Biographie in einer Weise, daß wir uns kontrastierend zu den Schemen der Vergangenheit als ein zugewandtes, liebendes Subjekt zur Verfügung stellen, das wahrzunehmen ist, wahrnimmt und zu neuer Wahrnehmung verhilft. Die „Tonstunde“ mit Mathias gibt ein Beispiel dafür, wie die Ablösung der Übertragung zur Differenzierung seiner Wut und zur Vertiefung des therapeutischen Prozesses führt, der damit zu einem Wachstumsprozeß wird.

In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kommt der „Übertragung des Therapeuten“¹³⁵⁾ entscheidende Bedeutung zu. Es handelt sich hierbei um eine unbewußte, in der Eigenproblematik des Therapeuten gründende, notorische Übertragungsdynamik, die in der Beziehung zum Kinde ausagiert wird. Hiervon zu unterscheiden ist die „Gegenübertragung“ des Therapeuten, die als eine *bewußtseinsfähige Resonanz* des Therapeuten auf das verstanden werden kann, was ihm das Kind entgegenbringt, eine *empathische Reaktion* also. Überträgt ein Therapeut in der Behandlung auf ein Kind, in dem z. B. überprotektive oder ablehnende Impulse durchschlagen, (er will das Kind „um jeden Preis“ vor Leid bewahren, das ihm selbst als Kind widerfahren ist, ohne zu bemerken, daß die Problemkonstellation des Kindes doch deutlich anders gelagert ist — oder er neidet unbewußt dem Kind Freiraum, Zuwendung, materielle Ausstattung, z. B. an Spielzeug, weil er selbst darben mußte und kein Spielzeug hatte) — wird nun also Übertragung agiert, kommt es für das Kind zu einer höchst unglücklichen Verschärfung seiner Problematik. Die ambivalenten Emotionsströme des Erwachsenen sind für die „Sinnerfassungskapazität“ des Kindes nicht einzuordnen oder zu klären. Übertragende Therapeuten haben nicht die Möglichkeit, das „partielle Engagement“, die „distante Involviertheit“,¹³⁶⁾ die für eine erfolgreiche Kindertherapie so wichtig sind, zu praktizieren. In der Kindertherapie muß der Therapeut auf

das Regressionsniveau des Kindes herabsteigen, um mit ihm kommunizieren zu können und doch gleichzeitig Erwachsener bleiben (ähnlich wie Ferenczi und Balint herausgearbeitet haben,¹³⁷⁾ daß in der Behandlung von Personen mit frühen *Grundstörungen* der Therapeut die Regression des Patienten mit eigener Regression begleiten muß). In diesem regressiven Milieu aber kann der Therapeut dann als „Vierjähriger mit dem Vierjährigen“ in ein *malignes Agieren* archaischer Übertragungsgefühle geraten und verletzend und sadistisch handeln, wobei ihm das Kind aufgrund seiner körperlichen und intellektuellen Unterlegenheit nichts entgegenzusetzen hat. Oder es werden im Therapeuten Erziehungsprogramme wach, wie er sie von seinen Eltern erlitten hat. Er reproduziert in der Übertragung elterliche Erziehungsstrategien — für das Kind ein Desaster. Weil der *regressive Sog* in Kindertherapien derartige Gefahren birgt, ist die Eigenanalyse des Kindertherapeuten eine *conditio sine qua non* (vgl. den Abschnitt 9. „Ausbildung“).

Auch der *Gegenübertragung als „empathischer Reaktion“* und als die „Gesamtheit aller bewußten und bewußtseinsfähigen Regungen des Analytikers gegenüber dem Patienten“¹³⁸⁾ kommt in der Kindertherapie hervorragende Bedeutung zu. Der Kindertherapeut vermag auf Material zurückzugreifen, das er selbst durchgearbeitet hat, das ihm bekannt ist und das angesprochen wird, anklingt, wenn das Kind in der Totalität seiner Äußerungen in einer Geste, einem Tonfall, einem Bild etwas ausdrückt, was als Artikulation seines Unbewußten oder Zeichen seiner aktuellen Not zu werten ist. Dem Therapeuten eröffnen sich auf diese Weise verborgene Welten. Er wird zum *Resonanzkörper*, der ihm hilft, das Kind angemessen zu verstehen, auf seine Bedürfnisse adäquat zu reagieren, das zu *verkörpern*, was in der „*Übertragungsanfrage*“ vom Kind an ihn herangetragen wird.

8.2 Widerstand und Abwehr

Wir definieren Widerstand ganz allgemein „als die Fähigkeit, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können“, eine Widerstandsfähigkeit also, die als Ausdruck der Kraft positiv zu bewerten ist, die aber auch dysfunktional sein kann, wenn dadurch notwendige Veränderungen verhindert werden oder eine Auseinandersetzung mit der Realität verstellt wird. Wir differenzieren folgende Grundformen des Widerstandes:¹³⁹⁾

Protektiver Widerstand: Dieser ist zunächst immer *intrapersonal*. Durch ihn wird verhindert, daß der Mensch mit schmerzlichem Erleben, Verdrängtem, traumatischem Material in Kontakt kommt, daß er

von Emotionen, Körpersensationen, Erinnerungen überschwemmt wird. Will der Therapeut an derartige Bereiche rühren, so kann der Widerstand *interpersonal* werden.

Mutativer Widerstand: Er wird als ein „Sich-Wehren gegen Veränderungen des Selbst und der Identität“ gesehen. Die „Trägheit“ der Persönlichkeitsstrukturen führt zu einer Beharrungstendenz, aus der heraus Veränderungsimpulse abgewehrt werden. Der mutative Widerstand ist im wesentlichen *interpersonal*.

Das Widerstandsgeschehen kann nun bestimmte Formen annehmen und sich dabei der *Abwehrmechanismen*¹⁴⁰⁾ bedienen. Diese stehen im Dienste des Widerstandes. In der Kindertherapie begegnen wir am häufigsten protektiven Widerständen, weil das Kind von seiner Entwicklungsdynamik her in der Regel Veränderungsprozessen gegenüber offen ist. Sind diese aber zu radikal oder treffen sie auf vorgängige Trennungstraumata, so tauchen auch mutative Widerstände auf als der Wunsch, am Bestehenden festzuhalten, um nicht erneut Verunsicherungen ausgesetzt zu werden. Es gilt, diese beiden Formen zu differenzieren. — Die Ausdrucksformen des Widerstandes in der Kindertherapie sind unendlich vielfältig. Sie können sich im Spiel, in der Interaktion, im Sprach- und Ausdrucksverhalten, in Symptombildung, in festgefahrenen Übertragungsreaktionen zeigen. Wichtig ist, den Widerstand als positive Kraft zu erkennen und zu werten und, wo dies sinnvoll ist, sogar zu unterstützen. Er wird dann als interpersonaler Widerstand nicht mehr notwendig und seine dysfunktionalen Aspekte können neutralisiert werden. Ein solches „Stützen des Widerstandes“ wirkt oft als „paradoxe Intervention“, die unnötige Kraft überflüssig macht, weil die Dinge sich auch anders ordnen lassen. — Protektive Widerstände müssen „zart“ angegangen werden, oft müssen Stützstrukturen entwickelt werden, das Kind muß Zuwendung und Sicherheit erfahren, so daß es sich nicht mehr durch kommunikationsverhindernde Verhaltensweisen „widerständig“ schützen muß. Geduld, Zuwendung und spielerische Atmosphäre wirken hier Wunder. Widerstände zu brechen, zu durchbrechen, reproduzierten negative Erziehungsstrategien und führten zur Deformation einer freien, kreativen Persönlichkeit. Deshalb arbeiten wir „vor“ dem Widerstand oder „mit“ ihm, mit abschmelzenden Strategien, mit Akzeptanz. Wie in einem Haus vor dem Umbau erst Stützen eingezogen werden müssen, soll das Kind zunächst eine Stützung seiner Person erfahren. Der Therapeut wird ihm zum *Hilfs-Ich*,¹⁴¹⁾ das es in seinem protektiven Bemühen unterstützt und das auch beigezogen werden kann, wenn das „hinter“ dem Widerstand gelegene traumatische Material angegangen wer-

den soll. Dieses ist oft noch nicht — wie beim Erwachsenen — verdrängt, sondern vorbewußt, mitbewußt,¹⁴²⁾ bewußtseinsnah.

In der Therapie von *Mathias* zeigte sich das Widerstandsgeschehen in vielfältigen Formen. In der 22. Std. z. B., vor der sich unser Patient mit der schon erwähnten Lehrerin auseinandersetzte und viel davon in die Therapiestunde trug und an mir ausprobierte (ob ich nämlich ähnlich wie sie auf seine heftigen Aggressionen mit Liebesentzug reagiere), wollte er das Setting ändern und „wollte mal in der Küche backen“! Die Therapie sollte abgesagt, umfunktioniert werden. Das ging über meine Toleranzbereitschaft hinaus, und ich hielt es für indiziert, eine Grenze zu setzen. Ich schlug ihm den Wunsch ab. Er war in dieser Stunde schon 10 Minuten zu spät erschienen. Die Erzieherin berichtete, daß er in den letzten Tagen des öfteren fortgelaufen sei, ein Verhalten, das bei *Mathias* immer auftritt, wenn er unter Spannung durch Versagungen gerät. Er reagierte ärgerlich auf mein „Nein“ zum Backen, das er wohl unbewußt provoziert hatte. Dazu versuchte er zu verhandeln (er hatte „das Handeln um Grenzen“ schon recht gut gelernt) und wurde, da ich fest blieb, immer wütender, provozierender, bis ich schließlich ärgerlich reagierte. Daraufhin bricht er die Stunde ab und läuft hinaus. Auch die nächste Stunde, in der er ähnlich provozierend ist, bricht er ab, und es ist deutlich, wieviel er dabei aufs Spiel setzt. Er steht in einem inneren Konflikt, denn er ist sich nicht ganz sicher, ob ich wiederkomme und die Therapie fortsetze (und dies, obwohl von meiner inneren Haltung her für diese Phantasie kein Grund besteht). Ich sage ihm in sein Weggehen hinein: „Die nächste Stunde wie üblich!“ Und er kommt in diese Stunde und ist wie ausgewechselt. Er spricht zum erstenmal davon, daß er erkannt hat, daß er anderen Angst macht und übt mit der elektrischen Eisenbahn, wie man Zusammenstöße vermeidet: Beide Züge (Partner) müssen dabei aufpassen, um nicht zu kollidieren (sich zu verletzen). Diese Phase der Therapie war ein Grenzgang. Es wurde eine Grenze gesetzt, aber sie tendierte nicht auf einen Abbruch oder auf ein „Biegen oder Brechen“. Ich bin konsequent geblieben, habe aber die Tür offen gehalten. Der weitere Verlauf der Therapie ist günstig. Unterstützend wirkt sich dabei die *Kontinuität der therapeutischen Beziehung* aus, die sich in dem Maße wandelt und verändert, wie auftauchende Probleme behandelt und verändert werden können. *Mathias* kann auf dem Boden der Beziehungskonstanz seinen Ärger und seine Wut erproben. Er kann Sicherheit gewinnen, indem er erfährt, daß ich wiederkomme, daß er wiederkommen kann, auch wenn er provozierend ist und willkürlich eine Stunde vorzeitig abbricht. Er lernt, seine Familiengeschichte besser zu

verstehen, z. B. Strafen durch Weggehen, Schuldgefühle im Hinterherlaufen. Er lernt zunehmend soziale Verhaltensweisen, die er im Spiel einübt, setzt sich, anfangs noch mit großer Angst und von Rückfällen (Einkoten) begleitet, mit männlichen Autoritäten, z. B. seinem Rektor, auseinander. In dieser Behandlungssequenz kommt er in einer Stunde auf allen Vieren herein und hat sich einen braunen Papierkorb über das Hinterteil gestülpt. Er gibt zu erkennen — und verbalisiert das dann auch später in der Stunde — daß er das Einkoten nicht mehr braucht. Wir hatten nie darüber gesprochen, und dennoch hat er eine Verbindung zwischen diesem Symptom und seinen Schwierigkeiten herstellen können. *Mathias* erfährt seine Veränderung. Er erlebt sich als ein „sich Wandelnder in der Zeit“ und gewinnt dadurch eine Zukunftsperspektive.¹⁴³⁾ Ein Schulwechsel bringt weitere Konsolidierung.

Jedes Widerstandsgeschehen kann verbal und aktional gedeutet werden,¹⁴⁴⁾ kann akzeptiert oder konfrontiert¹⁴⁵⁾ werden, ganz wie es die therapeutische Situation erforderlich macht. Die Analyse der Verlaufsdynamik und des Gegenübertragungsgeschehens, sowie des Gesamtkontextes gibt die Grundlage für die „richtige“ Intervention. Starre Regeln können nicht gegeben werden. Der Therapeut muß mit seiner Gegenübertragung ausgesprochen wachsam sein. In schwierigen Phasen der Therapie empfehlen sich Kontrollstunden oder Supervision, um Übertragungsreaktionen von seiten des Therapeuten auszuschließen; insbesondere *negative pädagogische Reaktionen*, in denen Widerstand als „Widerspenstigkeit und Widerborstigkeit“ bewertet¹⁴⁶⁾ und entsprechende punitive Reaktionen erfolgen, müssen aufgearbeitet werden, genauso wie Gefühle der Verletztheit und des Abgelehntseins durch das Kind, die im Therapeuten aufkommen können und dann zu Liebesentzug oder Strafe als Gegenreaktion führen. Gelingt es dem Therapeuten, eine *Wertschätzung des Widerstandes* als „Äußerung von Kraft“ zu finden, sich daran zu freuen, daß das Kind sich wehren kann, seinen „eigenen Kopf“ hat, sich durchsetzen will und kann, so wird das Klima in der Behandlung positiv verändert.¹⁴⁷⁾

8.3 Trennung, Verlust, Abschied

»Das Leben ist eine Kette von Trennungen. Es wird vorbereitet durch die Lösung des Eies aus dem Ovarium. Es setzt sich fort in der „Austreibung“ der Geburt und der Durchtrennung der Nabelschnur, in der Trennung von der archaischen Konfluenz, die die Mutter und das Kind als zwei distinkte Persönlichkeiten scheidet, in der Trennung von sicheren Räumen, — „wir sind umgezogen“ —, in der Trennung

von geliebten Personen, — „die Oma ist gestorben“ —, der Trennung von Sicherheiten, die man nicht mehr will — „Ich bin ausgezogen, hab jetzt meine eigene Wohnung“; in der Trennung von den Eltern, die sich mit deren Tod vollendet, in der Trennung von den eigenen Kindern, die wiederum selbständig werden und eigene Wege gehen, in der Trennung von körperlichem Vermögen, — „Ich bin fast ganz vom Laufen abgekommen“ —, in der „ultimativen Trennung von Leben“ durch den Tod. Derartige Trennungen stehen immer in der Gefahr, zu einem Verlust zu werden, der Verletzung ist und zerstörerische Auswirkungen hat, wo vom Getrennten kein Abschied genommen werden kann, sondern durch einen abrupten Abbruch, der nicht verarbeitet wird, Schäden gesetzt werden.«¹⁴⁸⁾

Der Abschied wächst aus der Trauerarbeit, und diese setzt — in ihrer ausgereiften Form — ein starkes Ich voraus. Trauerarbeit ist also eine hochentwickelte Ich-Leistung¹⁴⁹⁾ und kleinen Kindern nicht möglich. In der Kindertherapie besteht häufig eine wesentliche Aufgabe darin, die *archaischen Vorformen des Trauerprozesses* zu stützen, ihn altersentsprechend zu entwickeln (gerade beim Verlust von Übergangsobjekten, etwa der verlorenen Puppe, dem Goldhamster, der „in den Hamsterhimmel gekommen ist“). Das Erzählen von Geschichten — was der Hamster auf dem Weg in den Hamsterhimmel alles macht, was er dort erlebt und wie es ihm dort geht —, das Malen, das Zelebrieren von kleinen Ritualen ist hier sehr hilfreich.¹⁵⁰⁾ Die archaische Trauerarbeit ist nicht dem *Realitätsprinzip* verpflichtet — der Notwendigkeit, einzusehen, daß der Verlust unwiederbringlich ist, — sondern der *Expression* des Gefühls, der *Substitution* durch andere Angebote. Erst bei Kindern vom fünften oder sechsten Lebensjahr an ist Integrationsarbeit möglich, die „Aneignung“ des Verlorenen auf einer anderen Ebene, so daß man den geliebten Großvater, der gestorben ist, im Herzen und im Gedächtnis behalten kann und dennoch *weiß*, daß er „tot“ ist¹⁵¹⁾.

Ein Abschied ruft den andern. Deshalb ist Abschiedssituationen in der Therapie besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Sie spülen voraufgegangene Trennungen bis hin zum Geburtseignis auf. Und gerade bei Kindern, die vielfach Trennungen schmerzlich erfahren mußten, ohne dafür ausreichende Bewältigungsmechanismen und Hilfen zur Verfügung zu haben — von einer liebevollen Mutter gestützt zu werden, die den Schmerz aufnimmt, teilt und heilt — kann die Abschiedssituation, die auch die Therapie mit sich bringt, gar nicht sorgfältig genug vorbereitet werden, da Verluste, die nicht aufgefangen oder betrauert werden, eine wichtige Quelle der Pathogenese und der

Symptombildung sind und zur Ausbildung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien führen: psychosomatischen Reaktionen, Depressionen, Apathie, — wohl noch am gesündesten — Aggressionen.

Auch in der Therapie von *Mathias* war uns bewußt, daß die Ablösung von neuem alte Erfahrungen reproduzieren würde: die Karriere von Trennungen, von Bezugspersonen, die ihn verlassen hatten, Eltern, Heimerzieher, die die Stellung wechselten usw. Das Risiko des Rückfalls in alte Verhaltensweisen war damit gegeben. Die Ablösung wurde deshalb von langer Hand vorbereitet, damit die *Trennung* nicht zu einem *Verlust* werden sollte. Wir arbeiteten deshalb an dem vertieften Verständnis der Bedeutung seines eigenen Symptomes, unterstützten den Ausdruck der Gefühle von Trauer und Ärger, um ihm über Somatisierung, Anästhesierung und Verleugnung hinwegzuhelfen. Durch partielles Self-Disclosure¹⁵²⁾ (das Zeigen meiner eigenen Gefühle in einer Weise, die das Kind annehmen konnte) wurde *Mathias* deutlich, daß auch mir der Abschied schwer wurde. Es wurde bekräftigt, daß mir an ihm liegt. Die „antizipatorische Trauer“¹⁵³⁾ half ihm, den tatsächlich eintretenden Verlust besser zu verarbeiten.

Um in diesem Prozeß Hilfestellung zu geben, ist es für den Therapeuten selbst notwendig, den Abschied und den damit verbundenen Schmerz zu antizipieren und für sich selbst zu durchleben, aber auch sich in Trauer und Aggression des Kindes einzufühlen. Ich selbst habe mich in meiner Kontrollanalyse mit meinen Gefühlen auseinandergesetzt, sie zugelassen, sie durchlebt, so daß ich in der Situation mit dem Kind, daß auch mir „ans Herz gewachsen“ war, mit Berührtheit reagieren konnte und keine heftigen Affekte unterdrücken mußte. Ich konnte auch mit Gelassenheit und ohne „antizipierten Streß“ die Umgebung von *Mathias* entsprechend vorbereiten, um ihr ein verstehendes Umgehen mit eventuellen extremen Reaktionen möglich zu machen.

Zuweilen ist es in der Kindertherapie notwendig, ein Kind „umzutopfen“, es also in andere therapeutische Hände zu geben, sei es, weil das Heim gewechselt wird, sei es, daß es aus der stationären Kindertherapie in ein ambulantes Setting geht. Im Falle einer vorzeitigen Beendigung einer Therapie aus äußeren Gründen sollte dafür Sorge getragen werden, daß Gleichgeschlechtigkeit bei den Therapeuten gewährleistet ist, damit die angearbeiteten Probleme auf dem gleichen Niveau weiterbearbeitet werden können. Im Falle vom *Mathias* war es jedoch notwendig, daß ein männlicher Therapeut die Arbeit weiterführte, um die problematisch gebliebene Vatergestalt noch besser integrieren zu

helfen. Ich konnte den Kollegen durch überlappendes Arbeiten noch selbst in das Setting einführen. Auch dies hat die Situation erleichtert.

Wir beendeten die Therapie mit einem Ritual, einer kleinen, für den Abschied in der Kindertherapie notwendigen Zeremonie. *Mathias* hat sie selbst gestaltet: ein Mohrenkopffessen, bei dem die Erzieherin und ich seine Gäste waren. Vielleicht lag in dieser Einladung, in der Umkehr der Position vom Empfangenden zum Gebenden, ein Reifungsschritt, durch den es ihm gelang, mich als Person in sich zu bewahren. — Wir haben zusammen gegessen und das Aufgenommene uns angeeignet. Wenn man satt ist, fällt es leichter, aufzubrechen.

9. Ausbildung

Ein derart komplexes Verfahren wie die Integrative Therapie, ganz gleich, ob sie nun mit Erwachsenen¹⁵⁴⁾, Jugendlichen¹⁵⁵⁾, oder alten Menschen¹⁵⁶⁾ praktiziert wird, erfordert eine differenzierte und umfassende Ausbildung. Da im therapeutischen Geschehen der Therapeut „das wichtigste Instrument der Behandlung“¹⁵⁷⁾ ist, kommt der Bearbeitung der eigenen Biographie und des eigenen Lebenszusammenhanges eine besondere Bedeutung zu. Die eigene *Lehranalyse* als Grundlage für die Einzelbehandlung, die Selbsterfahrung in der Ausbildungsgruppe als Grundlage für die Gruppentherapie, stehen an zentraler Stelle. Da Kindertherapeuten beständig in der Situation sind, im regressiven Milieu arbeiten zu müssen und oft in direkter körperlicher Interaktion stehen, muß die Lehranalyse von Kindertherapeuten auch diesen besonderen Gegebenheiten Rechnung tragen. Dies ist leider in der Aus- bzw. Weiterbildung von psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kaum gewährleistet. Ihre Lehranalysen unterscheiden sich nicht von den „Couchanalysen“ der Erwachsenenpsychotherapeuten in der gängigen psychoanalytischen Weiterbildung. Im Integrativen Ansatz wird aber auf eine solche Differenzierung Wert gelegt. Es sind bestimmte Menschen, die sich zu einer solchen Aus- bzw. Weiterbildung hingezogen fühlen, und es sind spezifische Anforderungen, die an sie gestellt werden, z. B. die Aufgabe, sich beständig in die Regression hineinzubegeben, mit Teilen der Persönlichkeit aber auch erwachsen zu bleiben und außerhalb der Behandlungssituation den regredierten Teil auch wieder zu restabilisieren — und dies ist nicht immer einfach. Die Lehranalyse¹⁵⁸⁾ muß diesen Spezifika Rechnung tragen. Sie muß Übergangs- und Intermediärobjekte einbeziehen, die Erfahrung von Körperkontakt¹⁵⁹⁾ und seine Handhabung ermöglichen. Weiterhin macht die Vielfalt der kreativen Medien, wie sie besonders

in der Integrativen Kindertherapie verwandt werden, es notwendig, daß Therapeuten diese Medien und sich in ihnen erfahren haben, daß sie mit den medialen Möglichkeiten umzugehen vermögen; denn unsachgemäß eingesetzt, können die erlebnisaktivierenden Methoden, Techniken, Medien auch erheblichen Schaden anrichten. Aktivitäten, Spiel und Spielmittel allein genügen nicht, wenn der Kontext von Übertragung und Gegenübertragung, von Widerstand und Abwehrgeschehen nicht berücksichtigt wird. Eine Weiterbildung in Integrativer Therapie mit Kindern und Jugendlichen¹⁶⁰⁾ erfolgt berufsbegleitend auf der Grundlage eines pädagogischen Berufes bzw. Pädagogik-, Psychologie- oder Medizinstudiums und einer schon vorhandenen praktischen Erfahrung in der Arbeit mit Kindern. Sie läuft über einen Zeitraum von fünf Jahren, in Form von Blockseminaren und Kursen, die Theorie- und Methodikveranstaltungen, sowie direkte Arbeit mit Kindern unter Supervision umfassen. Ihr Ziel ist es, die personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz¹⁶¹⁾ des Weiterbildungskandidaten zu fördern und zu entwickeln und ihn in seinem Engagement zu bestärken, mit Kindern und ihren Bezugspersonen so zu arbeiten, daß eine gesunde Entwicklung und ein gutes Miteinander für alle, die mit dem therapeutischen Prozeß direkt oder indirekt in Berührung kommen, erreicht werden kann.¹⁶²⁾

Anmerkungen

1. zitiert in *Montagu* (1985, 175).
2. vgl. *Petzold* (1986).
3. *Petzold* (1965, 1969, 1970, 1974, 1987 a); *Bünthe-Ludwig* (1985).
4. idem (1968, 1972).
5. idem (1965, 1985 c).
6. idem (1985d)
7. *Moreno* (1946, 1959).
8. *Perls* (1974).
9. *Barande* (1972), *Haramt* (1985).
10. *Ferenczi* (1964); *Iljine* (1942, 1972), *Balint* (1987).
11. vgl. die zahlreichen Spieltechniken, die in der Gestaltkindertherapie entwickelt wurden und die *V. Oaklander* (1981) gesammelt hat, und die vielfältigen Möglichkeiten der psychodramatischen Kindertherapie (*Anzieu* 1984 und *Widlöcher* 1974).
12. vgl. *Petzold* (1974), *Ullmann* (1985).
13. vgl. *Petzold* (1983).
14. vgl. *Frohne* (1983, 1987); *Hegi* (1986).
15. *Petzold* (1975, 1987, 1987d).
16. idem (1987a).
17. idem (1965); *Frühmann* (1986).

18. Kirchmann (1980); Petzold (1972); Petzold/Mathias (1978); Petzold/Metzmacher (1984); Krüger (1980); Petzold/Epe (1984); Rahm (1986); Frank (1983); Brügel (1986); Heinermann (1986); Kehrberg (1980); Mehrkens (1981); Rosenkranz (1978); Rau (1982). Auch kann auf gestaltpädagogisches Schrifttum zurückgegriffen werden. Zur Gestaltpädagogik bzw. Integrativen Agogik vgl. Petzold/Brown (1977); Bürgermann, Reinert (1983); Dauber (1986); Brown/Petzold (1978); Fatzer (1987); Prengel (1987); Goodman (1964); Petzold (1975, 1973a); Burow, Sherpp (1983); Bürmann (1986, 1983); Bubolz (1983), sowie die Themenhefte zur Gestaltpädagogik: *Integrative Therapie* 1 (1981); 2 (1985); 4 (1986).
19. vgl. Schneider (1983), von Schlippe (1984).
20. Petzold, Schneewind (1986 a)
21. Petzold (1980).
22. zu diesem Konzept Waldenfels (1985).
23. Strauss (1978). In unserem Ansatz rekurren wir gleichermaßen auf das *social world* wie auf das *social network* Konzept (vgl. Moreno 1934; Keupp, Röhrle 1987).
24. Unruh (1983). Wie unterschiedlich soziale Welten sein können, macht eine historische Betrachtung der Spielkultur deutlich. Wie z. B. kleine Mädchen im 19. Jahrhundert spielen, ist hier ein gutes Beispiel (vgl. Chabreul 1881; Château 1976; Flittner 1973).
25. vgl. Adorno (1964).
26. vgl. zu diesem Begriff Petzold (1980).
27. vgl. Heiril, Petzold, Walch (1983).
28. vgl. Zulliger (1964); Segal (1974); Anna Freud (1968, 1970); Miller (1979, 1981).
29. DeMause (1977); Ariès (1978).
30. Bronfenbrenner (1981); Hopkins (1976).
31. vgl. Petzold, Zander (1985); idem (1986 b).
32. vgl. idem (1970, 1980).
33. idem (1982, 1984 a).
34. Petzold (1973) Petzold/Bubolz (1976); Petzold/Brown (1977), Bürgermann/Reinert (1983).
35. Brown/Petzold (1978), Burow/Sherpp (1982), Prengel (1984).
36. Bürmann (1986).
37. Petzold (1975, 1987, 1987 d).
38. Petzold, Sieper (1977), idem (1985, 356 ff).
39. Petzold, Reinhold (1983); Dauber (1986).
40. vgl. Cohn (1975).
41. Petzold (1978, 1986, 1987 c).
42. In der Integrativen Therapie und Pädagogik vertreten wir eine „antirepressive Erziehung“, in der das Konzept positiver Autoritäten, die für die Kinder Leitbild sind und ihnen auch Auseinandersetzung und „Reibungsfläche“ ermöglichen, durchaus bedeutsam ist.
43. Vgl. die Anmerk. 18 zitierte Literatur.
44. Die Integrative Therapie als *Verfahren* verfügt über verschiedene *Methoden* als spezifische Zugangsweisen, wie z. B. Integrative Bewegungstherapie, Integrative Puppenarbeit (dieses Buch S. 427), Integrative Musiktherapie, Integrative Kunsttherapie. Innerhalb dieser können unterschiedliche *Modalitäten* praktiziert werden: übungszentriert, erlebnis- und konfliktzentriert. Weiterhin gibt es verschiedene *Formen* der Behandlung: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Langzeittherapie, mittelfristige Therapie, Kurzzeittherapie, Fokalbehandlung. Im Rahmen der Formen

finden sich unterschiedliche Vorgehensweisen als *Stile*: personenzentriert, gruppenzentriert, gruppengerichtet, themenzentriert. Jede Methode verfügt über *Techniken* wie z. B. Doppeltechnik, gezeichneter Dialog, Identifikationstechnik, Rollentausch. Schließlich verfügen die Methoden über *Medien*: Bälle, Puppen, Farben, Spielmittel usw. Als Beispiel:

Verfahren: Integrative Therapie;

Methode: Integrative Bewegungstherapie;

Modalität: erlebnis- und konfliktzentriert;

Form: Einzeltherapie, langfristig;

Stil: personenzentriert;

Technik: Spiegelbewegung;

Medium: Bälle.

Vgl. zum Ganzen *Petzold/Schneewind* (1986) 170 ff; (1986 a); *Petzold, Frühmann* (1986).

45. *Petzold/Schneewind* (1986); *Rahm* (1986); *Althen* (1987).
46. *Winnicott* (1953); *Ammon* (1983). Wir unterscheiden Übergangsobjekte, mit denen das Kind selbstbezogen „spielt“ und die für die Babyphase und die frühe Kleinkindzeit kennzeichnend sind, von Intermediärobjekten (*Rojas-Bermúdez* 1983), die eine kommunikative Brücke bilden und die Übergangsobjekte im Entwicklungsgeschehen ablösen.
47. Es ist hier nicht an „*subpersonalities*“ zu denken, wie sie in der Gestalttherapie von *Perls* unter dem Begriff Top-Dog und Under-Dog (*Perls* 1974, 1980) oder aus der Psychosynthese von *Assagioli* (1982) bekannt sind, vielmehr handelt es sich um Persönlichkeitsanteile, die sich im Verlauf der kognitiven Entwicklung und Symbolbildung herausbilden und sich nach und nach in der Identität zur Gesamtpersönlichkeit verbinden. Hochentwickelte Formen solcher Persönlichkeitsanteile sind die Selbstbilder, die durch eigene Wahrnehmung und Verinnerlichung von Fremdzuschreibungen zustande kommen.
48. Die Hier-und-Jetzt-Konzeption der Integrativen Therapie wird im Unterschied zu der der herkömmlichen Gestalttherapie als „historische“ verstanden und beinhaltet immer die Gesamtheit der Geschichte und hat die mögliche Zukunft als Horizont. *Petzold* (1981 b, 1986 a).
49. Der Awarenessbegriff steht in der Gestalttherapie zentral (*Perls* 1980) und beinhaltet das wache Gewärtigsein sinnenhafter Wahrnehmung. In der Integrativen Therapie wird dieser Begriff weiter differenziert (*Davis* 1986) und unter Rückgriff auf die Wahrnehmungslehre von *A. Gurwitsch* und besonders von *M. Merleau-Ponty* (1966) erweitert, wobei das Konzept der *consciousness*, des Ich-Bewußtseins, in das der *self-awareness* einbezogen wird (*Petzold* 1987 a).
50. *Stevens* (1975); *Jason-Michl* (1980); *Brooks* (1979). Dem Konzept der Leiblichkeit und leiblichen Erfahrung kommt daher in unserem Ansatz eminente Bedeutung zu (*Petzold* 1978 a; 1985; *Weyde* 1985, 1985 a; *Rosenkranz* 1978; *Dauber* 1986; *Lippert-Luntz* 1987; vgl. *Herzog* 1985; *Montagu* 1976).
51. *Perls, Hefferline, Goodman* (1951); *Petzold*. (1986).
52. *Mathias* wählt die Tiere nun nicht mehr als *Übergangsobjekte*, sondern als *Intermediärobjekte*, die gleichsam eine sichere Pufferzone zwischen mir und dem Kind darstellen sollen. Das regressiv Milieu wird dadurch aber abgeflachter. *Mathias* beginnt sich in Richtung einer altersgemäßen Kommunikation zu bewegen (vgl. Anmerkung 46).
53. In der Integrativen Kindertherapie ist ein dosiert involvierter Ausdruck von Gefühl, wie er auch für die Arbeit mit Kindern in der Gestalt-Heilpädagogik kenn-

- zeichnend (*Ledermann* 1969) ist, durchaus möglich. Aggressive Gefühle des Kindes dürfen Ausdruck finden (*Denker, Ballstaed* 1976), aber auch Therapeuten dürfen — situationsadäquat — Ärger zeigen.
54. Der Begriff der „Atmosphäre“, wie er in der phänomenologischen Philosophie verwandt wird, spielt für die Integrative Therapie eine große Rolle. Atmosphären sind „ergreifende Gefühlsmächte“ (*Schmitz* 1985, 1965, 1967; *Böhme* 1985). Sie kennzeichnen Erlebnisinhalte aus dem „präsenischen“ Bereich, in dem Kinder noch keine vollständigen Szenen perzipieren können. Sie färben auch die Stimmung von Szenen ein (*Petzold* 1982).
 55. In der Integrativen Therapie gehen wir davon aus, daß die intrauterine und postnatale Konfluenz der Mutter-Kind-Dyade durch Kontakterleben aufgrund der sensuomotorischen und perzeptuellen Reife ausdifferenziert wird. Kontakt vertieft sich zur Begegnung, Begegnung zur Beziehung, vgl. *Petzold* (1986). Hintergrundtheorien sind das „dialogische Prinzip“ von *Buber* (1965, vgl. *Waldenfels* 1971) und die Intersubjektivitätstheorien von *Marcel* (1985, vgl. *Jaquenoud/Rauber* 1981) und *G. H. Mead* (1934, vgl. *Joas* 1981).
 56. Derartige „*Kontextdeutungen*“ werden so placiert, daß sie für das Fassungsvermögen des Kindes unmittelbar einsichtig sind, vgl. *Petzold* (1987 c).
 57. *Petzold/Schneewind* (1986, 154).
 58. Das Verantwortungskonzept der Integrativen Therapie beschränkt sich nicht, wie in der klassischen Gestalttherapie (*Perls* 1974), auf „response-ability“, sondern bezieht sich auf eine „engagierte Verantwortung für die Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (*Petzold* 1978, 1986 c, 1987 e).
 59. idem (1980).
 60. *Petersen* (1980).
 61. Dieser auf *Winnicott* zurückgehende Begriff des „*facilitating environment*“ (vgl. *Davis Wallbridge* 1983) spielt auch bei *Rogers* und anderen humanistischen Psychologen eine große Rolle, vgl. *Winnicott* (1974, 1983); *Rogers*, (1973, 1976, 1957).
 62. In der Theorie der Integrativen Therapie sehen wir die Ursache von Pathologie im wesentlichen durch pathogene Stimulierungskonstellationen (*Werner* 1986) gegeben. Unter dem Oberbegriff „*Schädigung*“ differenzieren wir folgende Konstellationen: *Defizite* = Unterstimulierung bzw. einseitige Stimulierung (Monotonie-Effekt). Die Folgen sind Depravationserscheinungen und Hospitalismus, bzw. die mangelhafte Ausprägung von Kompetenzen und Performanzen, die dem Entwicklungsalter nicht entsprechen. — Weiterhin kennen wir *Traumata*. Das sind Überstimulierungen, die den Organismus überfordern, so daß seine habituellen Bewältigungsleistungen nicht mehr greifen und pathologische Auswirkungen bzw. Nachwirkungen entstehen. — *Störungen* schließlich sind uneindeutige oder inkonstante Stimulierungskonstellationen, die eine Wiederherstellung homöostatischer Balance nicht möglich machen. — *Konflikte* sind gegenläufige Stimulierungen, Impuls und Hemmung, ein Sonderfall der Störungen, durch die gleichfalls pathologische Aus- oder Nachwirkungen gesetzt werden können. Je nach dem Zeitpunkt der Noxe unterscheiden wir „frühe Schädigungen“ der *primären Struktur*, d. h. in der Entwicklung des „archaischen“ Selbst und der beginnenden Ich-Entwicklung im 1.—2. Lebensjahr. Weiterhin Schädigungen in der *sekundären Struktur* vom 2.—5. Lebensjahr, durch die die Ich-Entwicklung und die beginnende Identitätsentwicklung beeinträchtigt wird, und schließlich Schädigungen der *tertiären Strukturen*, 5.—19. Lebensjahr, in denen es zu Schädigungen der Identitätsentwicklung kommt, durch die sich eine konsistente, stabile Identität nicht entwickeln kann und der Übergang vom *archai-*

schen Selbst zum reifen, integrierten Selbst nicht möglich wird. Die archaischen Schädigungen durch pathogene Stimulierungen können, weil das Baby oder das Kleinkind keine oder nur geringe Kompensationsmöglichkeiten hat, schwerwiegende Auswirkungen haben, insbesondere wenn keine kompensatorischen Erfahrungen in der Zeit nach der pathogenen Periode eintreten. Geschieht dies indessen, so haben Kinder, wie die entwicklungspsychologischen Befunde zeigen, gute Kompensationschancen. Die Behauptungen psychoanalytischer Autoren (Kohut 1971; Kernberg 1978; Rohde-Dachser 1979), insbesondere die Depravationshypothesen von Spitz, Bowlby und Goldfarb werden durch empirische Befunde bislang nicht sonderlich gestützt, vielmehr lassen sich durchaus gegenteilige Ergebnisse aufzeigen (Sameroff 1975; Wachs, Gruen 1982; Keller, Meyer 1982; Sroufe 1979 b), insbesondere bei Longitudinalstudien (Luckner, Ernst 1985).

Die entwicklungspsychologischen Befunde zeigen, daß Schädigungen in den sekundären und tertiären Ebenen der Sozialisation z. T. gravierendere Auswirkungen haben als „frühe Schädigungen“, die durch nachfolgende multiple Stimulierung und ausreichende Zuwendungen aufgefangen werden konnten. Insbesondere die Störungen und mangelnde Entwicklung in sozialen Netzwerken (Lewis et al. 1984; Schulz, Rau 1985) können sich nachteilig auswirken.

Die Stimulierungstheorie der Pathogenese, wie sie in der Integrativen Therapie erarbeitet wurde (Petzold 1977 a; 1985, 364 ff.) affirmiert, daß pathogene Stimulierungskonstellationen und maligne oder benigne soziale Netzwerke über die ganze Lebensspanne hin wirken (Baltes, Sowarka 1982) und Schädigungen setzen können bis ins hohe Senium (idem 1985 c, 1979, 435 ff; Wenger 1984). Es wird damit eine *Lebenslaufperspektive der Pathogenese* angenommen, die Summationseffekte von „stressful life events“ (Filipp 1981) zugrundegelegt. Wenn wir es also mit einem jugendlichen Borderline-Patienten zu tun haben, so haben wir es nicht *nur* mit einer „frühen Störung“ zu tun, sondern mit dem bedauernswerten Resultat einer unglücklich verlaufenen Entwicklungskarriere mit schlechten oder fehlenden „convoy“, d. h. stützenden Netzwerken (Antonucci 1985; Parkes et al. 1982; Sarason, Sarason 1985). Für die Therapie folgt daraus, daß die Noxen des gesamten Lebenslaufes bearbeitet werden müssen und es keineswegs genügt, sich auf die „frühen Schädigungen“ zu zentrieren oder diese überzubewerten. Es gibt durchaus Defizite und Traumata der Adoleszenz, die verheerende Wirkungen haben können (Erdheim 1982). Und es ist ein gravierender Mangel, daß die psychotherapeutische Literatur — insbesondere die psychoanalytische — über die Pathogenese in der Adoleszenz so wenig zu sagen hat (vgl. jedoch Blos 1962, Måle 1969). Vielleicht war den Psychotherapeuten das schmerzliche Material dieser Phase selbst zu nahe, so daß sie es besonders massiv abwehren mußten!

63. Waldenfels (1976).

64. vgl. Petzold, Mathias (1983); Flavell 1975); Walter (1973); Peukert (1979).

65. Wir rekurren hier auf die in der generativen Linguistik von Chomsky (1969) eingeführte Unterscheidung von *Kompetenz* und *Performanz*, die wir — ohne den gesamten Hintergrund Chomskys zu übernehmen — für die therapeutische Arbeit übernommen haben (Petzold 1985 a, 589 ff). Eine derartige Unterscheidung in *Fähigkeiten* und *Fertigkeiten* macht das in der Entwicklungs- und Sozialpsychologie zunehmend etablierte Konzept der „Competence“ (Keller, Meyer, 1982; White 1959; Harter 1974, 1978; Ainsworth 1973; Sroufe 1978, 1984; Keller 1976) für psychotherapeutische Belange handhabbarer.

66. Oerter, Montada (1982).

67. Bronfenbrenner (1978), Fend (1972).

68. *Oerter, Montada* (1982); *Nickel* (1975); *Fornari* (1970), *Mahler et al.* (1975) *Oerter* (1982); *Walter* (1973); *Mussen, Conger, Kagan* (1976); *Osofsky* (1979); *Izard* (1977); *Kagan* (1978); als integrative Ansätze vgl. *Keller, Meyer* (1982).
69. Es ist befremdend zu beobachten, wie die dynamischen Formen der Psychotherapie, die die Tradition *Freuds* weiterführen, sich gegenüber den bahnbrechenden Forschungen von *Piaget* und die sich in seinem Gefolge entwickelnde kognitive Psychologie (*Kohlberg* 1984) verschlossen haben, von einer Integration *Meadscher* Denkansätze oder Überlegungen zur Rollenübernahme in „rollensensiblen“ Phasen im Kontext sozialer Netzwerke (*Lewis* 1984) einmal ganz zu schweigen (*Flavell* 1975; *Keupp, Röhrle* 1987). Die für die Entwicklungspsychologie der ersten beiden Lebensjahre so zentralen Gebiete der sensumotorischen (*Ayres* 1979, *van Rossum* 1982) und emotionalen Entwicklung (*Izard et al.* 1984; *Sroufe* 1979b; *Lewis, Rosenblum* 1978; *Kagan* 1979) werden in kinderpsychotherapeutischen Veröffentlichungen beinahe vollständig ausgeblendet. Erst in neuerer Zeit beginnt mit der verdienstvollen Arbeit von *Wolff* (1961), über die Arbeiten von *Nitsch-Berg* (1978) bis zu denen von *Schneider* (1981) sich eine schmale Rezeptions- und Integrationsarbeit für das Werk *Piagets* bei analytischen Autoren abzuzeichnen.
70. vgl. hier das frühe Matrix-Konzept von *J. L.* und *F. Moreno* (1934; 1944), das als einer der frühesten Ansätze betrachtet werden muß, sozialisationstheoretische, emotionspsychologische und kognitionspsychologische Perspektiven zu verbinden (vgl. *Petzold, Mathias* 1983).
71. Hier ist die Betrachtung von Kinderzeichnungen in diagnostischer Hinsicht fruchtbar (*Widlöcher* 1974; *Mühle* 1975; *Richter* 1976; schon *Albert* 1925).
72. Eine *Entwicklungspsychologie des Bewußtseins* steht noch aus und wird nicht allein kognitionspsychologisch zu leisten sein (vgl. Anmerk. 89).
73. *Petzold* (1978, 1987b); vgl. idem (1977b).
74. *Perls* (1974, 1980).
75. vgl. *Petzold* (1984a).
76. vgl. idem (1987a).
77. *ibid.* und *Scharfetter* (1985, 36).
78. An der Ich-Entwicklung ist also das kognitive, perzeptuelle, mnestiche und soziale Entwicklungsgeschehen beteiligt. Es muß durch unterschiedliche theoretische Ansätze fundiert werden. (vgl. insbesondere *Kagan* 1978, 1978a, 1979; *Izard* 1977, 1978; *Sroufe* 1978, 1979a, 1979b; *Sander* 1962; *Piaget* 1975a, 1975b; *Papoušek* 1974, 1975; *Osofsky* 1979; *Lewis, Rosenblum* 1979; *Mahler, Pine, Bergmann* 1975b; *Lewis, Feiring, Kotsonis* 1984; *Lewis* 1984).
79. *Leahy* 1985; *Papoušek, Papoušek* (1974); *Lewis, Brookes* (1977).
80. *Petzold* (1984); *Habermas* (1984a, b), *Hernegger* (1978).
81. *Lewis, Rosenblum* (1977); *Mayo, La France* (1978); *Sander* (1963); *Duncan, Fiske* (1977).
82. *Petzold* (1984a).
83. idem (1977a), (1985), S.365.
84. *Petzold, Maurer* (1985).
85. *Balint* (1987).
86. vgl. *Petzold* (1977c, 1983a).
87. vgl. *Petzold* (1970), *Kirchmann* (1980); *Lange-Rinast* (1986), *Köllermann* (1980).
88. *Petzold* (1985b, 1987c); *Ajuriaguerra* (1962, 1964).
89. Eine Entwicklungspsychologie des Unbewußten wurde in systematischer Form noch nicht erarbeitet, obwohl uns die therapeutische Arbeit mit Kindern immer wieder zeigt, daß auf unterschiedlichen Altersstufen und bei unterschiedlichem

Entwicklungsstand sich das Unbewußte in durchaus differenzierbarer Weise artikuliert. Das Unbewußte als das „Verdrängte“ und das Verdrängte als früher einmal Wahrgenommenes ist gebunden an die sensorischen, perceptiven und mnestischen Fähigkeiten der jeweiligen Altersstufe: Was wird wahrgenommen, wie wird es wahrgenommen, wie wird es gespeichert und was kann vom Gespeicherten wann und in welcher Form erinnert werden? Was wird massiv verdrängt, was bleibt mehr an der Oberfläche? In welchem Alter und in welchem Entwicklungsstadium ist Verdrängtes leicht, in welchem schwerer zugänglich? Welche Inhalte sind in welchem Alter besonders der Verdrängung ausgesetzt (denn das variiert durchaus) und sind in welchem Alter durch welche Ansätze evozierbar? All diese Fragen wurden nie systematisch erarbeitet, wenngleich sich in der kinderanalytischen Literatur hierzu ständig Aussagen finden, jedoch ohne daß sie je in einen entwicklungspsychologischen Gesamtzusammenhang gestellt worden wären: Ein großer Teil der Divergenzen zwischen *Melanie Klein* und *Anna Freud* wird schon darin begründet sein, daß *Klein* ihre Thesen in der Arbeit mit weitaus jüngeren Kindern entwickelt hat als *A. Freud*. Auch *Winnicotts* Arbeit zentriert auf kleinere Kinder. Die Verarbeitung des Verdrängten in Form der Symbolisierung ist etwas besser bearbeitet, aber auch nicht in eine systematische Entwicklungsperspektive gestellt. Insbesondere *Ferenczi* in seiner Arbeit „Die Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes“ (1913/1964, I, 62—83) und „zur Ontogenese der Symbole“ (1913/1964, I, 101—105) hat hier wichtige Vorarbeiten geleistet (vgl. auch *Jones* 1970; *Bittner* 1969). Kognitionspsychologische Perspektiven dürfen hier aber nicht vernachlässigt werden (vgl. *Piaget* 1969, 1976, 31 ff). Hier wäre noch sehr viel Arbeit zu leisten. Kindertherapeuten, — ganz gleich ob sie mit Deutungen oder deutungsfrei arbeiten — müssen deshalb große Vorsicht walten lassen, bis sie durch die Erfahrung der Praxis eine Sicherheit für alters- und entwicklungspezifische Artikulationen des Unbewußten gewonnen haben.

90. *Galenson, Roiphe* (19712); *Piaget* (1969, 256); *Ferenczi* (1913/1964, I, 67); *Peller* (1965, 59), *Fornari* (1970).
91. vgl. *Izard* (1978, 389 ff); *Sroufe* (1979).
92. *Mahler et al.* (1975); *Lewis, Freedle* (1973); *Schaffer* (1977); *Ainsworth, Bell* (1974).
93. *Parke* (1979); *Thenakis* (1985); *Stechama* (1981); *Puhle-Hans* (1977).
94. *Ferenczi* (1913/1964, I, 73f.); *Kubie* (1934); *Piaget* (1969, 223f.); *Winnicott* (1973).
95. *Widlöcher* (1974), *Mühle* (1975), *Richter* (1976).
96. *Flavell* (1975); *Keller* (1976); *Coburn-Stege* (1977); *Seidl et al.* (1976).
97. *Petzold* (1987a).
98. *Piaget* (1969, 1974).
99. vgl. die in der Kreativitätsforschung immer wieder betonte Unterscheidung, *Landau* (1969).
100. *Ornstein* (1976); *Watzlawick* (1977).
101. Bei *Freud* hat das Konzept des Unbewußten sehr häufig die Konnotation des Bedrohlichen, das durch das Bewußtsein ausgeleuchtet werden muß, welches wieder „Herr im eigenen Hause“ werden soll.
102. *Kramer* (1975); *Oaklander* (1981); *Petzold* (1972); *Albert* (1925). Es kommt natürlich dem Spiel insgesamt, in das alle kreativen Aktivitäten eingebunden sind, als der Manifestation der kindlichen Kreativität *par excellence* für die Therapie hervorragende Bedeutung zu. Das Wesen des Spiels zu verstehen wird deshalb für Kindertherapeuten unerlässlich (vgl. *Château* 1976; *Millar* 1973; *Gutton* 1973; *Winnicott* 1983; *Piaget* 1969; *Schaefer* 1976).

103. Das „Gemüse-Theater“, in dem Kartoffeln, Möhren, Rüben, Kohlköpfe etc. als Figuren in improvisierten Puppenspielen benutzt werden — eventuell werden sie geschnitzt und geschmückt — bietet eine sehr schöne Möglichkeit, Aktional-Expressives und Symbolisches miteinander zu verbinden. Die gestalteten Figuren (Vater, Mutter, Geschwister etc.) können anschließend zu einem Salat verarbeitet oder gekocht werden. Sie werden dann aufgegessen, d. h. zerkleinert, assimiliert und damit verarbeitet im Sinne des *Perls'schen* Assimilationskonzeptes (*Perls* 1969). Eine derartige „Bemächtigungstherapie“ wurde auch von *G. und U. Derbolowsky* entwickelt (*Derbolowsky* 1977).
104. *Montagu* (1984).
105. *Freud* (1915); *Böhme* (1986); *Petzold* (1987 a).
106. vgl. *Fend* (1972), *Walter* (1973), *Bronfenbrenner* (1981).
107. Wir definieren „Sozialisation als einen interaktionalen Prozeß ..., durch den das Verhalten aufeinander einwirkender Systeme (von denen zumindest eines als personales System ausgewiesen sein muß), entlang eines zeitlichen Kontinuums verändert wird“ (*Petzold/Bubolz* 1976, 132) oder als die „Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen“ in inter-aktionalen Prozessen (*Petzold* 1982).
108. *Petzold* (1983).
109. vgl. *Petzold* (1975a, 1982b); *Winkler* (1987); *Hoffmann, Krieger* (1979) sowie das Schwerpunktheft zur „Kreativen Therapie“ *Integrative Therapie* 2 (1987).
110. *Petzold, Frohne* (1983); *Hegi* (1986).
111. vgl. Anmerkung 87.
112. Das altersspezifische Bindungsvermögen und Lösungsverhalten muß dabei im Auge behalten werden (vgl. *Mahler et al.* 1975; *Eggers*, 1984), da archaische Bindungsmuster immer wieder durchschlagen können (vgl. *Bowlby* 1971; *Antonucci* 1985; *Parkes et al.* 1982).
113. *Bowlby* (1975).
114. *Petzold* (1986).
115. *Lotzmann* (1982); *Kuras* (1980); *Kimpfler* (1984).
116. vgl. Anmerkung 23, 24.
117. Die Konzepte Übergangs- und Intermediärobjekte spielen sowohl für die Kinder als auch für die Erwachsenentherapie im Integrativen Ansatz eine zentrale Rolle, wobei das von *Winnicott* (1953, 1969) inaugurierte Konzept weiter differenziert und kritisch gewertet werden muß (vgl. *Brody* 1980). Wenn auch in unterschiedlichen kulturellen Milieus und unterschiedlichen Schichten die Bedeutung und die Art der Übergangsobjekte variieren mag (*Gaddini* 1970) — und das muß natürlich berücksichtigt werden — hat das Fehlen von Übergangsobjekten sowohl für das Kind als auch dann später für den durch ein solches Fehlen geschädigten Erwachsenen wichtige Folgen, insbesondere im Hinblick auf die Ausbildung von psychosomatischen Symptomen (*Hoppe* 1964; *Mitscherlich* 1978, 1984). Besonders die frühen Übergangsobjekte spielen eine Rolle für die Ausbildung des Körperbewußtseins (*Kestenberg, Weinstein* 1978). Mit zunehmender sensorischer und motorischer Reife und kognitiver Kompetenz werden die Übergangsobjekte im Entwicklungsprozeß komplexer bis sie den Charakter von „Intermediärobjekten“ (*Rojas-Bermúdez* 1979, 1983) annehmen, die in der Kommunikation zwischen Kind und Kind und zwischen Kind und Mutter eine vermittelnde Rolle spielen (vgl. weiterhin *Hong* 1978, *Hong, Townes* 1976; *Ekecrantz, Rudhe* 1971; *Busch* 1974; *Petzold* 1983; idem, dieses Buch S. 435 ff).
118. vgl. zu diesem Konzept *Petzold* (1980).

119. Wir unterscheiden verschiedene Erlebnisniveaus in der Ontogenese, die gleichzeitig mnestiche Entwicklungsstadien darstellen: zunächst, im intrauterinen Bereich beginnend, ein archaisches „*viszerales Gedächtnis*“, in dem Erfahrungen aus der Körpersphäre, Propriozeptionen und einfache Exterozeptionen abgespeichert werden, Sationen und Gefühlsströme unterschiedlicher Intensität, wabernden Erlebnisfeldern gleich, die in der Primärtherapie als *emotionale Pools* bezeichnet werden (Janov 1984, 1971). In der nachgeburtlichen Phase kommt den Exterozeptionen eine größere Bedeutung zu. Die Innenwahrnehmungen und Außeneindrücke lassen Atmosphären entstehen, die wahrgenommen und abgespeichert werden: Auf dieses *präsenische Gedächtnis* folgt das *szenische Gedächtnis*, das eine gewisse Tiefenwahrnehmung des Kindes voraussetzt. Die Fähigkeit, komplexe Szenen im Gedächtnis zu speichern, bildet sich erst relativ spät aus. Erste Fragmente hierfür beginnen um den 8. Lebensmonat. Langzeitig abgespeicherte und abrufbare Szenen weitaus später, etwa um den 24. Lebensmonat. Die Regressionsarbeit mit Erwachsenen trifft, wenn sie in diese Zeit vordringt, nicht mehr auf Szenen, sondern meistens auf Atmosphärisches oder Körpergefühle, die häufig nicht klar benannt werden können, weil sie *vor der Sprache* liegen. Mit dem Einsetzen der Sprachentwicklung bildet sich dann das *Sprachgedächtnis* aus.
120. *Ajuriaguerra* (1962, 1964).
121. *Frank* (1983).
122. Therapie wird wie Erziehung im Integrativen Ansatz als „*Handeln um Grenzen*“ gesehen (Petzold, Mathias 1978). Dem Kind werden keine starren Grenzen gesetzt, sondern die Grenzen bleiben in der Regel „verhandelbar“. In diesem Prozeß lernt das Kind Grenzen des Erwachsenen kennen und zu akzeptieren und erfährt die Akzeptanz seiner eigenen Grenzen. „Grenzkonflikte“ werden ausgetragen, indem Positionen verdeutlicht werden und revidierbar bleiben.
123. *Petzold* (1978, 1986).
124. idem (1980, 1986).
125. Wir sprechen auch von „Implikaten“; idem (1987a, 1987b).
126. vgl. *Bloch* (1959, 149 ff.).
127. *Petzold, Maurer* (1985).
128. *Weiner* (1978).
129. vgl. *Petzold* (1980).
130. vgl. *Petzold* (1986). Die von der neueren Psychoanalyse zu Recht betonte Rolle der Empathie (*Kohut*) für die gesunde Entwicklung des Kindes (wobei das Fehlen der mütterlichen Empathie als eine wesentliche Krankheitsursache anzusehen ist), wird in unserem Ansatz erweitert durch die Betonung der *Empathie des Kindes den Eltern gegenüber*. Eine auf Nachsozialisation zentrierende Psychotherapie muß deshalb auch der Empathie des Patienten gegenüber dem Therapeuten Raum geben.
131. vgl. *Lowens* (1975) bemerkenswertes Statement „It took me 30 years to reach my heart.“
132. *Petzold* (1980).
133. *ibid* (1986).
134. Die Frage nach der Deutung in der Kinderanalyse ist ausgiebig diskutiert worden. Die konträren Positionen von *Anna Freud* und *Melanie Klein* und ihren jeweiligen Anhängern schaffen eine unnötige Polarisierung. Deutungstechnik muß „differenziell“ gehandhabt werden, d. h. dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand des Kindes und seiner Möglichkeit, in Kontakt zu treten und Beziehung aufzunehmen, entsprechend. Dabei ist nicht davon auszugehen, daß es eine „deutungsfreie Kinderanalyse“ (*Zulliger* 1964) gibt. Das Eintreten des Therapeuten in

das Spiel des Kindes, seine non-verbale Interaktionen in „pathogen geladenen“ Konstellationen *ist* Deutung. Deutung darf nach unserem Verständnis im Integrativen Ansatz nicht nur verbal aufgefaßt werden. Selbst in der verbalen Interpretation sind bei Kindern die „periverbalen“ Anteile meist gewichtiger als die verbalen Inhalte. Die Verbindung von verbalen und aktionalen Deutungen wird einerseits erforderlich sein, um das verbale Differenzierungsvermögen des Kindes zu entwickeln, andererseits aber seinen nonverbalen Verhaltensreichtum zu nutzen und zu bekräftigen. Eine rein verbale Deutungsprozedur fügt sich ein in die Disziplinierungstendenzen einer intrusiven Hochsprache, die für unsere Kultur kennzeichnend ist. Deutung kann auch zur verbalen Repression degenerieren (vgl. *Petzold, Orth* 1985). Die Deutungen in Farben, Ton, Spielen, kreativen Medien fördern das spontane und kreative Potential des Kindes. Bei der verbalen Deutung ist es wichtig, daß mit einer altersentsprechenden Syntax der kognitiven Reichweite des Kindes Rechnung getragen wird. Deutungen auf dem Niveau operativen Denkens, die Kindern von 4 oder 5 Jahren gegeben werden, — die kinderanalytische Literatur ist voll von solchen Beispielen — können nicht greifen oder wirken nicht durch den verbalen Inhalt, sondern durch Periverbales.

135. Zur Diskussion stehen verschiedene Gegenübertragungskonzepte, die im Spektrum von der „Übertragung des Therapeuten“ bis zur „empathischen Reaktion“ reichen; vgl. *Kernberg* (1978), *Racker* (1978), *Mertens* (1981, 1983).
136. *Heimann* (1960), *Kemper* (1969).
137. *Pearson* (1973); *Biermann* (1972); *Barker* (1974); *Einsiedel* (1983).
138. vgl. *Petzold* (1981a); *Horney* (1936); *Sandler et al.* (1979, 78 ff.).
139. *A. Freud* (1975); *Kernberg* (1976).
140. Die Theorie der Abwehrmechanismen in der Kinderpsychotherapie steht trotz der zahlreichen kasuistischen Beiträge empirisch noch auf schwachem Grund. Systematische Beobachtungen für die einzelnen Altersphasen erscheinen unerlässlich. Die Arbeiten *Anna Freuds* sind durch die von *Melanie Klein* über Abwehrmechanismen auf einem niedrigen Niveau der Ich-Organisation zu ergänzen. Aber gerade diese Konzepte müßten systematischer empirisch überprüft werden. Die von *Kernberg* (1976) im Anschluß an *Klein* entwickelte Theorie der Abwehrmechanismen beruht nicht auf Kinderbeobachtungen. Ob Introjektion mit positiver Valenz tatsächlich in diesen frühen Phasen von solchen mit negativer getrennt gehalten werden, und die Spaltung tatsächlich ein derart archaischer Vorgang ist, muß auf der Grundlage von Beobachtungen bei Säuglingen und Kleinkindern verifiziert werden. Wir siedeln den Mechanismus der Spaltung erst nach anderen archaischen Abwehrmechanismen an wie z. B. der *archaischen Regression* in die pränatale, uterine Konfluenz, der *archaischen Retrofektion* und der *archaischen Anästhesierung*. Erst auf diese folgt die *archaische Spaltung* (*Petzold* 1985; 386). Auch die entwicklungspsychologische Gruppierung von Abwehrmechanismen in der Folge: Verleugnung, Identifikation, Projektion, Regression, Reaktionsbildung, Verschiebung, Ungeschehen-Machen, Isolierung, Rationalisierung, Verdrängung, Sublimierung (*Bock* 1984, 134 f.) kann u. E. als ontogenetisches Modell nicht aufrechterhalten werden. Die Projektion ist, wie die direkte Beobachtung an Kleinkindern zeigt, kein archaischer Abwehrmechanismus, sondern setzt schon eine komplexe Ich-Organisation und ein differenziertes kognitives Niveau voraus.
141. *Petzold* (1969, 1987b).
142. vgl. *Petzold* (1979) Kapitel: „Zukunftsprojektion“, S. 212-251.
143. idem (1987c, 1977b).
144. *Schneider* (1981).

145. *Petzold* (1981a).
146. *Petzold, Mathias* (1978).
147. *idem* (1969a).
148. *Spiegel* (1972).
149. *V. d. Hart* (1982); *Petzold* (1982b); *Canacakis-Canas* (1987, 1986, 1982).
150. *Bürgin* (1977, 1978, 1984); *Raimbault* (1975), *Waas, Corr* (1982).
151. *Weiner* (1978).
152. *Spiegel-Rösing, Petzold* (1984, 150 ff.).
153. *Bünthe-Ludwig* (1984); *Thomas* (1986).
154. *Heinermann* (1984); *Petzold, Epe* (1984).
155. vgl. Lit. in Anmerk. 18 und 19.
156. *Petzold* (1985c); *Bubolz* (1983); *Lückel* (1981); *Petzold, Bubolz* (1976, 1979).
157. *idem* (1980).
158. *Petzold, Frühmann* (1986), *Petzold* (1985a).
159. *Petzold, Frühmann* (1988).
160. *Petzold* (1985a).
161. *Orth, Petzold* (1985).
162. *Petzold, Landsberg, Metzmacher, Schneewind* (1983).

Literatur

- Adorno, Th. W.*, *Minima Moralia; Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Suhrkamp, Frankfurt 1964.
- Adorno, Th. W.*, *Negative Dialektik*, Suhrkamp, Frankfurt 1967².
- Ainsworth, M. D. S.*, The development of infant-mother attachment, in: *Caldwell, B., Riccinti, H.*, *Review of child development research*, Bd. 3, University of Chicago Press, Chicago 1973.
- Ainsworth, M. D. S., Bell S. M.*, *Mother-Infant Interaction and the Development of Competence*, in: *Connolly, K. J., Brunner, J. S.*, *The Growth of Competence*, Academic Press, New York 1974.
- Ainsworth, M. D. S.*, *Attachment: Retrospect and prospect*, in: *Parkes et al.* (1982).
- Ajuriaguerra, J. de*, *Le Corps comme relation*, *Revue de psychologie pure et appliquée* 2 (1962), 137-157.
- Ajuriaguerra, J. de*, Preface in: *Lemaire, J. G.* (1964).
- Albert, W.*, *Das Kind als Gestalter. Die Bücher des Weges*, Bd. IV, Nürnberg 1925².
- Althen, U.*, *Das Erstinterview in der prozessualen Diagnostik der Integrativen Therapie*, Grad. Arbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1987.
- Ammon, G.*, *Der Stellenwert von Puppen und Puppenspiel innerhalb kindlicher Entwicklung aus psycho-analytischer Sicht*, in: *Petzold* (1983) 58—111.
- Antonucci, T. C.*, *Social support*, in: *Sarason, Sarason* (1985).
- Anzieu, D.*, *Analytisches Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen*, Junfermann, Paderborn 1984.
- Ariès, P.*, *Die Geschichte der Kindheit*, dtv, München 1978.
- Assagioli, R.*, *Die Schulung des Willens. Methoden der Psychotherapie und der Selbsttherapie*, Junfermann, Paderborn 1982.
- Ayres, J.*, *Lernstörungen*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1979.
- Balint, A.*, *Psychoanalyse der frühen Lebensjahre*, Ernst Reinhardt, München 1970.
- Balint, M.*, *Regression*, dtv, Stuttgart 1987.
- Baltes, P. B., Sowarka, D.*, *Entwicklungspsychologie und Entwicklungsbegriff*, in: *Silbereisen, Montada* (1983).
- Barande, J.*, *Sandor Ferenczi*, Payot, Paris 1972.

- Barker, P., *The residential psychiatric treatment of children*, Crosby, Lockwood Staples, London 1974.
- Baumgartner, A., Gäulen, D., *Vorschulische Erziehung*, 2 Bde., Beltz, Weinheim 1975.
- Benedict, R., Continuities and discontinuities in cultural conditioning, *Psychiatry* 1 (1938) 161—167.
- Bettelheim, B., *Liebe allein genügt nicht*, Klett-Cotta, Stuttgart 1983.
- Biermann, G., *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, 4 Bde., Ernst Reinhardt Verlag 1972 ff.
- Bittner, G., *Sprache und affektive Entwicklung*, Klett, Stuttgart 1969.
- Bloch, E., *Das Prinzip Hoffnung*, 2 Bde., Suhrkamp, Frankfurt 1959.
- Blos, P., *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*, Free Press, New York 1962; dtsh. *Adoleszenz*, Klett, Stuttgart 1975.
- Bock, R., *Psychoanalyse*, in: *Petzold, H., Wege zum Menschen*, Junfermann, Paderborn, Bd. II, 1984, 101—173.
- Böhme, G., *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Böhme, G., *Freuds Schrift „Das Unbewußte“*, *Psyche* 9 (1986), 761—777.
- Bowlby, J., *Attachment and Loss*, 3 Bde. Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex 1971.
- Bowlby, J., *Separation*, Penguin, Harmondsworth, Middlesex 1975.
- Brody, S., *Transitional Objects: Idealisation of a Phenomenon*, *Psychoanalytic Quarterly* 49 (1980) 561—605.
- Bronfenbrenner, U., *Sozialisationsforschung*, Klett, Stuttgart 1976.
- Bronfenbrenner, U., *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*, Klett, Stuttgart 1981.
- Bronfenbrenner, U., *Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung*, in: *Oerter, R., Entwicklung als lebenslanger Prozeß*, Hoffmann & Campe, Hamburg 1978, 33-65.
- Brooks, Ch., *Erleben durch die Sinne*, Junfermann, Paderborn 1979.
- Brown, G. I., *Petzold, H., Gefühl und Aktion*, Verlag für humanist. Psychol. Werner Flach, Frankfurt 1978.
- Brügel, E., *Psychotherapie mit Kindern: Ein Vergleich kindertherapeutischer Autoren*, Grad. Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1986 (mimeogr.)
- Buber, M., *Ich und Du*, Lambert Schneider, Heidelberg 1965.
- Bubolz, E., *Bildung im Alter*, Lambertus Verlag, Freiburg 1983.
- Bünthe-Ludwig, Ch., *Gestalttherapie — Integrative Therapie. Leben heißt Wachsen*, in: *Petzold, H., Wege zum Menschen*, Junfermann, Paderborn 1984, 217—309.
- Bürgermann, S., *Reinert, G. B., Einführung in die pädagogische Therapie*, Schwann, Düsseldorf 1983.
- Bürgin, D., *Wie denkt ein Kind über der Tod?* *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 107 (1977) 221—225.
- Bürgin, D., *Das Kind, die lebensbedrohende Krankheit und der Tod*, Huber, Bern 1978.
- Bürgin, D., *Begleitung sterbender Kinder*, in: *Spiegel-Rösing, I., Petzold, H., Die Begleitung Sterbender*, Junfermann, Paderborn 1984, 377—390.
- Bürmann, J., *Gestaltpädagogik*, in: *Sauter, S., Psychotherapie der Schule*, München 1983.
- Bürmann, J., *Die Bedeutung des psychotherapeutischen Konzepts des Widerstandes für die Pädagogik*, *Integrative Therapie* 4 (1986) 303—320.
- Burow, O., *Scherpp, K., Lernziel: Menschlichkeit. Gestaltpädagogik, eine Chance für Schule und Erziehung*, Kösel, München 1983.
- Busch, F., *Dimension of the first Transitional Objects*, *The Psychoanalytic Study of the Child* 29 (1974) 215—229.

- Canacácis-Canás, J., Trauerarbeit im Trauerritual, Schiborr Verlag, Essen 1982.
- Canacácis-Canás, J., Ich sehe Deine Tränen — Trauern, Klagen, Leben können, Kreuz Verlag, Stuttgart 1987.
- Canacácis-Canás, J., u. a., Wir spielen mit unserem Schatten, Rowohlt-Verlag, Reinbek 1986.
- Chabreul, M. de, Jeux et exercices de jeune fille, Librairie Hachette, Paris 1881⁵.
- Château, J., Das Spiel des Kindes, Schöningh, Paderborn 1976.
- Chomsky, N., Aspekte der Syntax-Theorie, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Coburn-Stege, U., Lernen durch Rollenspiel, Fischer, Frankfurt 1977.
- Cohn, R., Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion, Klett, Stuttgart 1975.
- Cremerius, J., Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft, Reflexionen zu Sandor Ferenczis Wiesbadener Vortrag von 1932, *Psyche*, Nov. (1983) 988—1015.
- Dauber, H., Leib-haftige Bildung, *Integrative Therapie* 4 (1986) 284—303.
- Davis, B., Ursprung und Bedeutung des Awareness-Konzeptes in der Gestalttherapie, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1986 (mimeogr.).
- Davis, M., Wallbridge, D., Eine Einführung in das Werk von D. W. Winnicott, Klett-Cotta, Stuttgart 1983.
- De Mause, L., Hört ihr die Kinder weinen, Suhrkamp, Frankfurt 1977.
- Denker, R., Ballstaedt, S.-D., Aggression im Spiel, Kohlhammer, Stuttgart 1976.
- Derbolowsky, G., Lambanotherapie, *Integrative Therapie* 2 (1977) 125—137.
- Ducan, S., Fiske, D. W., Face to face interaction, Earbaum, Hillsdale, N.J. 1977.
- Eggers, Chr., Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind, Psychologie Verlags-Union, Weinheim 1984.
- Einsiedel, E., Störungen im Kindesalter, Psychologie Verlags-Union, Weinheim 1983.
- Ekecrantz, L., Rudhe, L., Transitional Phenomena: Frequency, Forms and Functions of specially Loved Objects, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 48 (1971) 261—273.
- Erdheim, M., Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit, Suhrkamp, Frankfurt 1982.
- Fatzer, G., Ganzheitliches Lernen, Junfermann, Paderborn 1987.
- Fend, H., Sozialisierung und Erziehung, Beltz, Weinheim 1972.
- Ferenczi, S., Entwicklung des Wirklichkeitssinnes, 1913, in: Bausteine I, 62—83.
- Ferenczi, S., Zur Ontogenese der Symbole 1913a, in: Bausteine I, 101—105.
- Ferenczi, S., Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern/Stuttgart 1964.
- Filipp, S.-H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Flavell, J. H., Rollenübernahme und Kommunikation bei Kindern, Beltz, Weinheim 1975.
- Flittner, A., Das Kinderspiel, Piper, München 1973.
- Fornari, F., Psychoanalyse des ersten Lebensjahres, Fischer, Frankfurt 1970.
- Franck, J., Gestalttherapie mit Kindern, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1983 (mimeogr.).
- Freud, S., Das Unbewußte, 1915 GW X, 263—303, Fischer, Frankfurt 1965 ff.
- Freud, A., Einführung in die Technik der Kinderanalysen, Ernst Reinhardt, München 1970.
- Freud, A., Wege und Irrwege der Kinderentwicklung, Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1968.
- Freud, A., Das Ich und die Abwehrmechanismen, Reinhardt, München 1975.
- Frohne, I., Musiktherapie als Form kreativer Therapie, in: Petzold, H., Frohne I. et al., Poesie- und Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1983.
- Frohne, I., Klinische Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1988 (in Vorber.).

- Frühmann, R., Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie, in Petzold, H., Frühmann, R., Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit, 2 Bde, Junfermann, Paderborn 1987, I 255—283.
- Gaddini, R., Transitional Objects and the Process of Individuation: A study in three different social groups, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 9 (1970) 347—365.
- Gaddini, R., Transitional Objects and the Psychosomatic Symptom, in: Grolnik, S. A., Barkin, L. (1981)
- Galenson, E., Roiphe, H., The impact of early sexual discovery on mood, defensive organisation and symbolisation, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26 (1971) 195—216.
- Goodman, P., Compulsory mis-education and the community of scholars, Vintage, Random House, New York 1964.
- Grolnik, S. A., Barkin, L., Between reality and phantasy, Jason Aronson, New York 1981.
- Gutton, T., Le jeu chez l'enfant. Essay psychanalytique, Librairie Larousse, Paris 1973.
- Gurwich, A., Das Bewußtseinsfeld, Springer, Berlin 1975.
- Habermas, J., Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns, Suhrkamp, Frankfurt 1984.
- Habermas, J., Notizen zur Entwicklung der Interaktionskompetenz, 1984a, in: Habermas, J. (1984), 187—225.
- Habermas, J., Überlegungen zur Kommunikationspathologie 1984b, in: Habermas (1984), 226—271.
- Haramt, P., Die Nachblüte der Psychoanalyse in Ungarn, 1945—1949, *Psychoanalyse* 4 (1985) 241—253.
- Hart, van der, O., Abschiednehmen — Abschiedsrituale in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1982.
- Harter, S., Pleasure derived by children from cognitive challenge and mastery, *Child Development* 45 (1974) 661—669.
- Harter, S., Affectance motivation reconsidered: Towards a developmental model, *Human Development* 21 (1978) 34—64.
- Harter, S., The Development of Competence, Motivation in the Mastery of Cognitive and Physical Skill: Is there still a Place for Joy, *Psychology of Motor-Behavior and Sport* (1980) 3—29.
- Hegi, F., Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik, Junfermann, Paderborn 1986.
- Heinl, H., Petzold, H., Walch, S., Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten in: Petzold, H., Heinl, H., Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann, Paderborn 1983, 267—310.
- Heimann, P., Bemerkungen zur Gegenübertragung, *Psyche* 14 (1960) 483—493.
- Heimermann, B., Text und Poesie in der Psychotherapie mit Jugendlichen, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1984 (mimeogr.).
- Hernegger, R., Der Mensch auf der Suche nach Identität, Habelt, Bonn 1978.
- Herzog, W., Der Körper als Thema der Pädagogik, in: Petzold (1985) 259—303.
- Hoffmann, K., Krieger, U., Masken, MZ-Informationen, Medienzentrale im Amt für Gemeindedienst der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover, Hannover 1979.
- Hong, K. M., The Transitional Phenomena, *The Psychoanalytic Study of the Child* 33 (1978), 47—49.

- Hong, K. M., Townes, B. D., Infants' attachment to inanimate objects, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 15 (1976) 49—61.
- Hopkins, B., Culturally determined patterns of handling the Human Infant, *Journal of Human Movement Studies* 2 (1976), 1—27.
- Hoppe, K. D., Über den Einfluß der Übergangsobjekte und -phänomene auf die Symptombildung, *Jahrbuch der Psychoanalyse* 3 (1964) 86—115.
- Horney, K., The problem of negative therapeutic reaction, *Psychoanalytic Quarterly* 5 (1936) 29—44.
- Husserl, E., *Ideen zur reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, 2. Buch, Nijhoff, Den Haag 1952.
- Iljine, V. N., *Therapeutisches Theaterspiel*, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- Iljine, V. N., Das therapeutische Theater, in: *Petzold, H., Angewandtes Psychodrama*, Junfermann, Paderborn 1972, 168—176.
- Izard, C. E., *Human Emotions*, Plenum Press, New York 1977.
- Izard, C. E., On the ontogenesis of emotions and emotion-cognition relationships in infancy, in: *Lewis, Rosenbluhm* (1978), 389—413.
- Izard, C. E., Büchler, S., Emotion, expressions and personality integration in infancy, in: *Izard, C. E. (Hrsg.), Emotions in personality and psychopathology*, Plenum Press, New York 1979, 445—472.
- Izard, C., Kagan, J., Zajonc, R., *Emotions, cognition and behavior*, Cambridge University Press, London 1984.
- Janov A., The anatomy of mental illness. The scientific basis of primal therapy, G. P. Putnam's, New York 1971.
- Janov, A., *Frühe Prägungen*, Fischer, Frankfurt 1984.
- Janov, E., Holden, M., *Das neue Bewußtsein*, Fischer, Frankfurt 1978.
- Jaquenoud, R., Rauber, A., *Intersubjektivität und Beziehungserfahrung*, Junfermann, Paderborn 1981.
- Jason-Michl, C., *Gestalten, Erleben, Handeln. Handbuch für kreative Gruppenarbeit*, Pfeiffer, München 1980.
- Joas, H., *Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G. H. Mead*, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Jones, E., Die Theorie der Symbolik (Teil I), *Psyche* 24 (1970) 942—959, (Teil II) *Psyche* 46 (1972) 581—622.
- Kagan, J., *Infancy: Its place in human development*, Harvard University Press, Cambridge/Mass. 1978.
- Kagan, J., On emotion and its development: A working paper, in: *Lewis, Rosenbluhm* (1978) 11—41.
- Kagan, J., Overview: Prospectives of human infancy, in: *Osofsky* (1979) 1—29.
- Kehrberg, A., *Gestalttherapie und Psychodrama in der Arbeit mit depressiven Kindern*, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1980 (mimeogr.)
- Keller, H., Meyer, H.-J., *Psychologie der frühesten Kindheit*, Kohlhammer, Stuttgart 1982.
- Keller, M., *Kognitive Entwicklung und soziale Kompetenz. Zur Entstehung der Rollenübernahme in der Familie und ihre Bedeutung für den Schulerfolg*, Klett, Stuttgart 1976.
- Kemper, W., Übertragung und Gegenübertragung als funktionale Einheit, *Jahrbuch der Psychoanalyse* 6 (1969), 35—68.
- Kernberg, O. F., *Object relation theory*. Clinical Psychoanalysis, New York 1976.
- Kernberg, O. F., *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*, Suhrkamp, Frankfurt 1978.

- Kessen, W., Handbook of child psychology, vol. I, Wiley, New York 1983.
- Kestenbergs, J. S., Weinstein, J. Transitional Objects and Body-Image Formation, in: Grolnik, Barkin (1978), 75—95.
- Keupp, H., Röhrle, B., Soziale Netzwerke, Campus, Frankfurt 1987.
- Kimpfner, A., Die Sinne. Ihre aktive Pflege und Entwicklung, Aurum, Freiburg 1984.
- Kirchmann, E., Selbstdarstellung mit Ton in der Integrativen Kindertherapie, *Integrative Therapie* 1 (1980) 58-69.
- Klein, M., Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse, Rowohlt, Reinbek 1972.
- Kohlberg, L., Zur kognitiven Entwicklung des Kindes, Suhrkamp, Frankfurt 1984.
- Kohut, H., Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt 1971.
- Kohut, H., Die Heilung des Selbst, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Köllermann, H., Arbeit mit Ton in der Integrativen Gestalttherapie, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1980 (mimeogr.).
- Kramer, E., Kunst als Therapie mit Kindern, E. Reinhardt, München 1975.
- Kreuzer, K. J., Handbuch der Spielpädagogik, 5 Bde., Schwann, Düsseldorf 1984.
- Krüger, A., Elemente der Gestalttherapie in der Spieltherapie mit Schulkindern, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1980 (mimeogr.).
- Kubie, L. S., Body Symbolisation and the Development of Language, *Psychoanalytic Quarterly* 3 (1934) 430—444.
- Kuras, J., Les communications non-verbales, P. U. F., Paris 1980.
- Lange-Rinast, R., Möglichkeiten der Selbsterkundung in der Arbeit mit dem kreativen Medium Ton innerhalb der Integrativen Therapie — eine Dokumentation, Diplomarbeit, Psychol. Inst., Universität Hamburg, Hamburg 1986.
- Landau, E., Psychologie der Kreativität, Reinhardt, München 1969.
- Leahy, R. L., The development of the Self, Academic Press, San Diego 1985.
- Lebovici, S., Les tics chez l'enfants, P. U. F., Paris 1961.
- Ledermann, J., Anger and the rocking chair: Gestalt awareness with children, Viking Press, New York 1969.
- Lemaire, J. G., La relaxation, Payot, Paris 1964.
- Lewis, M., Freedle, R. Q., Mother-Infant Dyad. The Cradle of Meaning, in: Pilner, P., Krames, L., Alloway, T. (Hrsg.), Communication and Affect: Language and Thought, Academic Press, New York 1973.
- Lewis, M., Rosenbluhm, L. A., Interaction, Conversation and the Development of Language, Wiley, New York 1977.
- Lewis, M., Brookes, J., Self knowledge and emotional development. Paper presented at the conference: The origins of behaviour: affect development, Princetown, New Jersey 1977.
- Lewis, M., Rosenbluhm, L. A., The development of affect, Plenum Press, New York 1978.
- Lewis, M., Rosenbluhm, L. A., The origins of self, Wiley, New York 1979.
- Lewis, M., Brookes-Gunn, J., Social cognition and the acquisition of Self, Plenum Press 1979.
- Lewis, M., Feiring, C., Kotsonis, M., The social network of the young child, in: Lewis, (1984) 129—160.
- Lewis, M. (Hrsg.) Beyond the dyadic genesis of behaviour, Plenum Press, New York 1984.
- Lippert-Lutz, Ch., Körper und Schule: Die Rolle der Integrativen Bewegungstherapie in der Gestaltpädagogik, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut Düsseldorf 1987.

- Lotzmann, G. Non-Verbale und verbale Ausdrucksgestaltung in der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Hörstörungen, Beltz, Weinheim 1982.
- Lowen, A., Bioenergetics, Coward, Mc. Cann, New York 1975; dtsh. Bioenergetik, Scherz, München 1976.
- Lowen, A., Bioenergetic Analysis: Eine Weiterentwicklung der Reich'schen Therapie, in: Petzold, H., Die Neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977, 51—62.
- Lückel, K., Begegnung mit Sterbenden, Kaiser, München 1981.
- Luckner, N. v., Ernst, C., Stellt frühe Kindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse, Enke, Stuttgart 1985.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: Petzold (1985) 15—46.
- Marcel, G., Sein und Haben, Schöningh, Paderborn 1968.
- Marcel, G., Homo Viator, Philosophie der Hoffnung, Bastion, Düsseldorf 1949.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A., The psychological birth of the human infant, Basic Books, New York 1975.
- Mâle, P., Psychothérapie de l'adolescent, P. U. F., Paris 1969.
- Masten, A. S., Garmezy N., Risk, Vulnerability and protective factors in developmental psychology, in: Advances in Child Psychology 8 (Hrsg. B. B. Lahey, A. E. Kazdin), Plenum Press, New York 1974, 1—15.
- Mayo, C., La France, M., On the acquisition of non-verbal communication: A review, Merrill-Palmer Quarterly 24 (1978) 213—401.
- Mead, G. H., Mind, Self and Society, University of Chicago Press, Chicago 1934; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1975.
- Mehrkens, U., Gestalttherapie und Integrative Arbeit mit Kindern und Familien, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1981 (mimeogr.).
- Merleau-Ponty, M., Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris 1945; dtsh. Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, La prose du monde, Gallimard, Paris 1969; dtsh. Die Prosa der Welt, Fink, München 1984.
- Merleau-Ponty, M., Der Ausdruck von Kinderzeichnungen, 1984a, in: Merleau-Ponty (1984), 163—168.
- Merleau-Ponty, M., Le visible et l'invisible, Gallimard, Paris 1964; dtsh. Das Sichtbare und das Unsichtbare, Fink, München 1986.
- Mertens, W., Psychoanalyse, Klett, Stuttgart 1981.
- Mertens, W., Neue Perspektiven der Psychoanalyse, Klett, Stuttgart 1981a.
- Mertens, W., Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1983.
- Millar, S., Psychologie des Spiels, Otto Mayer, Ravensburg 1978.
- Miller, A., Das Drama des begabten Kindes, Suhrkamp, Frankfurt 1979.
- Miller, A., Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp, Frankfurt 1980.
- Mitscherlich, M., Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychosomatische Theorie, in Oberbeck, G., Oberbeck, A., Seelischer Konflikt — körperliches Leiden, Rowohlt, Reinbek 1984, 95—200.
- Mitscherlich, M., Über die Bedeutung des Übergangsobjektes für die Entfaltung des Kindes, in: Eggers (1984), 185—203.
- Montagu, A., Körperkontakt, Klett, Stuttgart 1976.
- Montagu, A., Zum Kind reifen, Klett-Cotta, Stuttgart 1984.
- Moreno, J. L., Who shall survive? 1934, 2. Aufl., Beacon House, Beacon 1953.
- Moreno, J. L., Moreno, F. S., Spontaneity theory of child development, Sociometry 7 (1944) 89—128.
- Moreno, J. L., Psychodrama, Vol. I, Beacon House, Beacon 1946.

- Moreno, J. L., Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme, Stuttgart 1959.
- Mühle, G., Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens, Springer, Berlin/Heidelberg 1975.
- Nickel, H., Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters, Huber, Bern, 2 Bde., 1975.
- Nitsch-Berg, H., Kindliches Spiel zwischen Triebdynamik und Entkulturation, Klett, Stuttgart 1978.
- Oaklander, V., Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, Klett, Stuttgart 1981.
- Oerter, R., Moderne Entwicklungspsychologie, Auer Verlag, Donauwörth 1982.
- Oerter, R., Montada, L., Entwicklungspsychologie, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
- Orth, I., Petzold, H., Überlegung zur Eigenständigkeit kunsttherapeutischer Methoden und Medien. Ausbildung in Poesie- und Bibliothherapie, in: Petzold, H., Orth, I., Poesie und Therapie, Junfermann, Paderborn 1985, 413—432.
- Osofsky, J. D., Handbook of infant Development, Wiley, New York 1979.
- Ornstein, R., Die Psychologie des Bewußtseins, Fischer, Frankfurt 1976.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Mirror, Image and Self-recognition in young human infants I. A new method of experimental analysis, *Developmental Psychobiology* 7 (1974), 149—157.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Cognitive aspects of preverbal social interactions between human infants and adults, in: Parent-Infant-Interaction, Elsevier, Amsterdam 1975, 241—271.
- Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., The place of attachment in human behavior, Basic Books, New York 1982.
- Parke, R. D., Perspectives on Father-Infant Interaction, in: Osofsky (1979) 539—590.
- Pearson, G. H. J., Handbuch der Kinderpsychoanalyse, Fischer, Frankfurt 1973.
- Peller, L. E., Language and Development, in: Neubauer, P. B., Concepts of Development in early childhood education, Thomas, Springfield 1965, 53—83.
- Perls, F. S., Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, F. S., Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Perls, F. S., Ego, hunger and aggression, Dell, New York 1969.
- Petzold, H., G eragogie — nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 4—16; dtsh. in: Petzold (1985 c) 11—30.
- Petzold, H., Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris 1969, mimeogr.; teilweise dtsh. in: H. Petzold, Drogentherapie, Junfermann, Paderborn, 1974, 524—529.
- Petzold, H., L'analyse progressive en psychodrame analytique, Paris 1969 a, mimeogr.
- Petzold, H., Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris, 1970, mimeogr.
- Petzold, H., Komplexes Kreativit straining mit Vorschulkindern, *Schule und Psychologie* 3 (1972) 146—157.
- Petzold, H., Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972 a, 3. erw. Aufl. 1985.
- Petzold, H., Kreativität und Konflikte, Junfermann, Paderborn 1973.
- Petzold, H., Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen 1973 a, in: Petzold (1973) 271—289.
- Petzold, H., Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel 1973 b.
- Petzold, H., Psychotherapie und K rperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974.
- Petzold, H., Integrative Bewegungstherapie 1974a, in: Petzold (1974) 403—431.

- Petzold, H., *Integrative Therapie ist Kreative Therapie*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975 (mimeogr.)
- Petzold, H., *Masken und Märchenspiel in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 1 (1975 a) 303—308.
- Petzold, H., *Die neuen Körpertherapien*, Junfermann, Paderborn 1977.
- Petzold, H., *Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie*, 1977 a, in: Petzold (1977) 252—306.
- Petzold, H., *Theorie und Praxis der Traumarbeit in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 3/4 (1977 b) 147—175.
- Petzold, H., *Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik*, 1977 c, in: Petzold, Brown (1977) 7—13.
- Petzold, H., *Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik*, *Integrative Therapie* 1 (1978) 21—58.
- Petzold, H., *Integrative Körper- und Bewegungserziehung*, in: Brown, Petzold (1978 a) 100—114.
- Petzold, H., *Psychodrama-Therapie*, Junfermann, Paderborn, 1979, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H., *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H., *Widerstand — ein strittiges Konzept der Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1981.
- Petzold, H., *Konzepte des Widerstands in der Psychotherapie* 1981 a, in: Petzold (1981) 7—37.
- Petzold, H., *Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der Psychologischen Gruppenarbeit*, in: Bachmann, C., *Kritik der Gruppendynamik*, Fischer, Frankfurt 1981 b, 214—299.
- Petzold, H., *Theater oder das Spiel des Lebens*, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982.
- Petzold, H., *Dramatische Therapie, Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, Therapeutisches Theater*, Hippokrates, Stuttgart 1982 a.
- Petzold, H., *Gestalt drama, Totenklage und Trauerarbeit*, 1982 b, in: Petzold (1982 a) 335—368.
- Petzold, H., *Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie*, Pfeiffer, München 1983.
- Petzold, H., *Puppen und Großpuppen als Medien in der Integrativen Therapie*, 1983 a, in: Petzold (1983) 32—57.
- Petzold, H., *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde.*, Junfermann, Paderborn 1984.
- Petzold, H., *Vorüberlegungen und Konzepte zu einer Integrativen Persönlichkeitstheorie*, *Integrative Therapie* 1/2 (1984 a) 73—115.
- Petzold, H., *Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman*, *Integrative Therapie* 1/2 (1984 b) 5—72.
- Petzold, H., *Leiblichkeit*, Junfermann, Paderborn 1985.
- Petzold, H., *Zur Ausbildung dynamisch orientierter Leib- und Bewegungstherapeuten*, 1985 a, in: Petzold (1985) 587—603.
- Petzold, H., *Moderne Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die „Integrative Bewegungstherapie“* 1985 b; in: Petzold (1985) 347—390.
- Petzold, H., *Mit alten Menschen arbeiten*, Pfeiffer, München 1985 c.
- Petzold, H., *Gestalttherapie — Fragen, Wege und Horizonte. Abschließende Überlegungen zur ersten deutschen Tagung für Gestalttherapie*, in: Petzold, H., Schmidt, Ch., *Gestalttherapie — Wege und Horizonte*, Junfermann, Paderborn 1985 d.

- Petzold, H., Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung als Dimensionen therapeutischer Korrespondenz in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1986) 320—342.
- Petzold, H., Editorial. Zeit und Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 (1986 a) 155—163.
- Petzold, H., Die Rolle der Gruppe in der Arbeit mit alten Menschen 1986 b, in: Petzold, Frühmann (1986) II, 309—377.
- Petzold, H., Psychotherapie und Friedensarbeit, Junfermann, Paderborn 1986 c.
- Petzold, H., Form als fundierendes Element der Integrativen Therapie mit kreativen Medien in: *Kunst und Therapie*, Jg. 1987.
- Petzold, H., Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1987 a; (ersch. *Integrative Therapie* 1, 1988).
- Petzold, H., Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1987 b; (ersch. *Integrative Therapie* 1, 1988).
- Petzold, H., Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie und in leiborientierten Formen der Psychotherapie, in: Reinelt, T., Dattler, W., Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß, Springer, Heidelberg 1987 c. (im Druck).
- Petzold, H., Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunsttherapie. *Integrative Therapie* 2 (1987 d), im Druck.
- Petzold, H., Integrative Therapie mit kreativen Medien, intermediale Kunsttherapie — Wege, einer entfremdenden und verdinglichenden Welt zu begegnen, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1987 e; ersch. in: K. Matthies, Ber. Kunsttherapie Symposium, Univ. Bremen, Campus, Frankfurt 1987.
- Petzold, H., Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H., Brown, G., Gestaltpädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung, Pfeiffer, München 1977; 2. erw. Aufl., Verlag für Psychologie W. Klotz, Frankfurt 1987.
- Petzold, H., Mathias, U., Integrative Erziehung mit verhaltensgestörten und behinderten Kindern, In: G. Brown, H. Petzold, Gefühl und Aktion, Verlag für humanistische Psychologie, W. Flach KG, Frankfurt 1978, 156—167.
- Petzold, H., Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H., Mathias U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H., Heini, H., Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H., Frohne, I. et al., Poesie- und Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H., Reinhold, K., Humanistische Psychologie, Integrative Therapie und Erwachsenenbildung, in: Garnitschnig, K., Menschenerweckende Erwachsenenbildung, Herold, Wien 1983, 49—68.
- Petzold, H., Landsberg W., Metzmacher, B., Schneewind, U., Weiterbildungscurriculum Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1983.
- Petzold, H., Epe, C., Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen in der Integrativen Gestalttherapie, in: Kreuzer IV (1984) 399—412.

- Petzold, H., Metzmacher, B., Kreative Medien, Awareness-Training und Interaktionsspiele der Integrativen Gestalttherapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, in: *Kreuzer IV* (1984) 253—269.
- Petzold, H., Orth, I., Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache, Junfermann, Paderborn 1985.
- Petzold, H., Maurer, Y., Integrative Gestaltpsychotherapie, in: *Maurer, Y., Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart*, Hippokrates, Stuttgart 1985, 61—87.
- Petzold, H., Zander, B., Stadtteilarbeit mit alten Menschen — ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: *Petzold* (1985c) 159—202.
- Petzold, H., Frühmann, R., Modelle der Gruppe, 2 Bde. Junfermann, Paderborn 1986.
- Petzold, H., Schneewind, U., Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, in: *Petzold, Frühmann* (1986) 109—255.
- Petzold, H., Schneewind, U., Die Interventionsstrategien in der Gruppenarbeit der „Integrativen Therapie“ und ihr konzeptueller Hintergrund, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986 a) 26—42.
- Petzold, H., Frühmann, R., Lehranalyse und Lehrtherapie in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1988 (in Vorber.).
- Peukert, U., Interaktive Kompetenz und Identität, Patmos, Düsseldorf 1979.
- Petersen, P., Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog, in: *Petzold* (1980).
- Piaget, J., Nachahmung, Spiel und Traum, Klett, Stuttgart 1969.
- Piaget, J., Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde, *Gesammelte Werke*, Bd. 1, Klett, Stuttgart 1975a.
- Piaget, J., Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde, *Gesammelte Werke*, Bd. 2, Klett, Stuttgart 1975b.
- Piaget, J., Das affektive und das kognitive Unbewußte, in: *Piaget, J., Probleme der Entwicklungspsychologie. Kleine Schriften*, Suhrkamp, Frankfurt 1976, 31—45.
- Prengel, A., Gestaltpädagogik, Beltz, Weinheim 1984.
- Puhle-Hans, H., Väter und Kinder, Haag und Herchen, Frankfurt 1977.
- Racker, H., Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik, Reinhardt, München, Basel 1978.
- Rahm, D., Gestaltberatung. Junfermann, Paderborn 1979; 2. erw. Aufl. 1986.
- Raimbault, G., L'enfant et la mort, E. Privat, Toulouse 1975; dtsh. *Kinder sprechen vom Tod. Klinische Probleme der Trauer*, Suhrkamp, Frankfurt 1980.
- Rau, H., Das diagnostische Elterngespräch beim Hausbesuch als Teil einer familienorientierten Diagnostik unter gestalttherapeutischen Aspekten, *Gestalt-Bulletin* 1/2/3 (1982) 94—118.
- Reinert, G.-B., Pädagogische Interaktion als Aspekt des Praktikerhandelns, *Integrative Therapie* 2 (1985) 142—163.
- Richter, H.-G., Anfang und Entwicklung der zeichnerischen Symbolik, Kastellaun 1976.
- Rogers, C. R., *The clinical treatment of the problem child*, Houghton Mifflin, Boston 1939.
- Rogers, C. R., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957) 95—103.
- Rogers, C. R., *Entwicklung der Persönlichkeit*, Klett, Stuttgart 1973.
- Rogers, C. R., *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Kindler, München 1976.
- Rogers, C. R., Stevens, B., *Von Mensch zu Mensch*, Junfermann, Paderborn 1986.
- Rohde-Dachser, C., *Das Borderline-Syndrom*, Huber, Bern 1978.

- Rohde-Dachser, C., Frühkindliche Traumatisierungen durch Ausfall des empathischen Objekts, in: Naske, R. (Hrsg.), Aufbau und Störungen frühkindlicher Beziehungen zu Mutter und Vater, Wien, 1981, 31—48.
- Rojas-Bermúdez, R., Nucleo del Yo, Genitor, Buenos Aires 1979.
- Rojas-Bermúdez, J. G., Handpuppen als Intermediär-Objekte in der Behandlung von Psychotikern, in: Petzold (1983) 129—160.
- Rosenberg, M., Self-concept and psychological well-being in adolescence, in: Leahy (1985) 205—246.
- Rosenkranz, M., Gestalttherapeutische Methoden in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen, Grad.-Arb. am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1978 (mimeogr.).
- Rosenkranz, M., „Hände“ — eine Arbeit zur integrativen Körpererziehung, in: Brown, Petzold (1978) 115—135.
- Rossum, J. H. H., van, Motorisch gedrag en ontwikkeling, Dekker & v. d. Vegt, Nijmegen 1982.
- Sacarides, C. W., The world of emotion, International University Press, New York 1977.
- Sameroff, A. J., Early Influences and Development: Facts or Fancy? *Merrill-Palmer Quarterly* 4 (1975) 267—294.
- Sameroff, A. J., Development systems: Contexts and evolution, in: Kessen (1983).
- Sander, L. W., Issues in early mother-child interaction, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1 (1962) 141—166.
- Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A., Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, Klett, Stuttgart 1979².
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Social support, M. Nijhoff, Dordrecht 1985.
- Schaefer, C. E., Therapeutic use of child's play, Jason Aaron, New York 1976.
- Schaffer H. H., (Hrsg.), Studies in Mother-Infant Interaction, Academic Press, New York 1977.
- Scharfetter, Ch., Allgemeine Psychopathologie, Thieme, Stuttgart 1985.
- Schiff, J. L., Day, B., All my children, Wiley, New York 1972; dtsh. Alle meine Kinder. Heilung der Schizophrenie durch Wiederholung der Kindheit, Kaiser, München 1980.
- Schlippe, A. v., Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten, Junfermann, Paderborn 1984.
- Schmitz, H., System der Philosophie, Bd. II: Der Leib, 1. Teil, Bouvier, Bonn 1965.
- Schmitz, H., System der Philosophie, Bd. III: Der Raum, 1. Teil: Der leibliche Raum, Bouvier, Bonn 1967.
- Schmitz, H., Phänomenologie der Leiblichkeit, in: Petzold (1985) 71—106.
- Schneider, H., Die Theorie Piagets: Ein Paradigma für die Psychoanalyse!, Huber, Bern 1981.
- Schneider, K., Skillfull Frustration, Konfrontation und Support als Interventionsstile der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 3 (1979) 192—207.
- Schneider, K., Widerstand in der Gestalttherapie, in: Petzold, H., Widerstand — ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981, 227—255.
- Schneider, K., Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Junfermann, Paderborn 1983.
- Schulz, R., Rau, M. T., Social support the life course, in: Cohen, S. H., Syme, S. L., Social support and health, Academic Press, New York 1985.
- Schütz, A., Collected Papers, Nijhoff, Den Haag, I 1970; II 1970a; III 1971.
- Segal, H., Melanie Klein, Kindler, München 1974.

- Seidl, E. et al., Rollenspiele für Grundschule und Kindergruppen, Bayerischer Schulbuchverlag, München 1976.
- Silbereisen, R. K., Montada, R., Entwicklungspsychologie, Urban & Schwarzenberg, München 1983.
- Spiegel, Y., Der Prozeß des Trauerns, Grünewald/Kaiser, Mainz/München 1972, 2 Bde.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H., Die Begleitung Sterbender, Junfermann, Paderborn 1984.
- Sroufe, L. A., Attachment and the roots of competence, *Human Nature* 1 (1978) 50—57.
- Sroufe, L. A., Social emotional development in: *Osofsky* (1979a) 462—516.
- Sroufe, L. A., The coherence of individual development. Early care, attachment, and subsequent developmental issues, *American Psychologist* 34 (1979b) 834—841.
- Sroufe, L. A. et al., The Role of Affect in Social Competence, in: *Izard, C. E., Kagan, J., Zajonc, R. B., Emotions, Cognition and Behaviour*, Cambridge University Press, Cambridge 1984, 289—319.
- Stechama, B., Der Vater als Interaktionspartner des Kindes, Verlag Haag und Herchen, Frankfurt 1981.
- Stevens, J. O., Die Kunst der Wahrnehmung, Kaiser, München 1975.
- Strauss, A., The social world perspective, in: *Denzin, N. H., Studies in symbolic interaction*, JAI Press, Greenwich 1978, 190—228.
- Thenakis, F., Väter, 2 Bde., Urban & Schwarzenberg, München 1985.
- Thomas, G., Unterschicht, Psychosomatik und Psychotherapie, Beiheft 11 zur Integrativen Therapie, Junfermann, Paderborn 1986.
- Unruh, D. R., Invisible lifes. Social world of the aged, Sage, Beverly Hills 1983.
- Ullmann, R., Integrative Bewegungstherapie, in: *Maurer, Y., Bedeutende Psachotherapieformen der Gegenwart*, Hippokrates, Stuttgart 1985, 185—198.
- Waas, A., *Corr, C. A., Helping children to cope with death*, Hemisphere Publ. Comp., Washington 1982.
- Wachs, T. D., *Gruen, G. E., Early experience & Human development*, Plenum Press, New York 1982.
- Waldenfels, B., Das Zwischenreich des Dialogs, Nijhoff, Den Haag 1971.
- Waldenfels, B., Die Verschränkung von Innen und Außen im Verhalten, Phänomenologische Forschung II, Alber, Freiburg 1976.
- Waldenfels, B., Der Spielraum des Verhaltens, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Waldenfels, B., In den Netzen der Lebenswelt, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Walter, H., Sozialisationsforschung, 3 Bde., Frommann-Holzboog, Stuttgart 1973.
- Watzlawick, P., Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Huber, Bern 1977.
- Weiner, M., Therapist disclosure. The use of the self in Psychotherapy, Butterworth, Boston 1978.
- Wenger, G. C., The supportive network. Coping with old age, Allen, Unwin, London 1984.
- Werner, W., The concept of risk from a developmental perspective, *Advances in Special Education* 5 (1986 JAI Press) 1—23.
- Weyde, R., Leiberfahrung und Darstellung in: *Petzold* (1985) 431—452.
- Weyde, R., Lebenspanorama: Von Therapie für Unterricht lernen. Ein Beispiel subjektzentrierten Kunstunterrichts in der Oberstufe, *Integrative Therapie* 2 (1985 a) 130—141.
- White, R. W., Motivation reconsidered: The concept of competence, *Psychological Review* 66 (1959). 297—333.
- Widlöcher, D., Was die Kindererziehung verrät, Kindler, München 1974.
- Widlöcher, D., Das Psychodrama bei Jugendlichen, Walter, Olten 1974a.

- Winkler, K., Gestalttherapie mit Masken oder lebe Deinen Mythos, in: Hoffmann, K., Krieger, U., Symposium Maske, Teil II, Theater, Religion, Therapie, Medienzentrale der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannover, Hannover 1987.
- Winnicott, D. W., Transitional Objects and Transitional Phenomena, *International Journal of Psycho-Analysis* 34 (1953); dtsh. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, *Psyche* 23 (1969) 666—682.
- Winnicott, D. W., Psychosomatic illness and its positive and negative aspects, *International Journal of Psycho-Analysis* 47 (1966) 510—516.
- Winnicott, D. W., Use of an Object, *International Journal of Psycho-Analysis* 50 (1969) 411—416.
- Winnicott, D. W., Reifungsprozeß und fördernde Umwelt, Kindler, München 1974.
- Winnicott, D. W., Vom Spiel zur Kreativität, Klett, Stuttgart 1983.
- Wolff, P. H., The developmental psychologies of Jean Piaget and psychoanalysis, International University Press, New York 1960 (Psychological Issues 2/1, Monograph 5).
- Zulliger, H., Heilende Kräfte im kindlichen Spiel, Klett, Stuttgart 1952, 1967.⁵
- Zulliger, H., Bausteine der Kinderanalyse, Huber, Bern 1964.

Zusammenfassung: Integrative Therapie mit Kindern

In diesem Beitrag wird die Theorie und Praxeologie Integrativer Kindertherapie dargelegt anhand theoretisch reflektierter Praxisbeispiele. Durch die Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen Kind und Therapeut wird Heilungsgeschehen möglich im Prozess "progredierender Analyse", die für das Kind Möglichkeiten der Nachsozialisation und Neusozialisation durch korrigierende emotionale und kognitive Erfahrungen bietet. Die Konzepte des Parentings und Reparentings werden beschrieben.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie mit Kindern, Kreativitätsförderung, progredierende Analyse, Neusozialisation, Reparenting

Summary: Integrative Therapy with Children

In this essay a theory and praxeology of "integrative therapy with children" is expounded through theoretical reflected reports on its practice. Creativity and play have an important role. The quality of the therapeutic relationship between a therapist and a child enables healing processes to happen; it can occur in the process of "progressive analysis", which gives a child a possibility of postsocialization and a new socialization through corrective emotional experiences and corrective cognitive contents. Concepts of parenting and reparenting are described.

Keywords: Integrative therapy with Children, Fostering Creativity, Progressive Analysis, New socialization, Reparenting