

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 08/2013

Protektive Faktoren und Prozesse – die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie.

*Petzold H.G., Goffin J.J.M., Oudhof J.(1993)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Erschienen in: *Petzold, H.G.*, 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann, S. 345-497 und in: *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, , 2. Auflage 1996,S. 173-266.

Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie

Hilarion G. Petzold, Joy J. M. Goffin, Jolanda Oudhof/Amsterdam

1. EINFÜHRUNG – DIE BEDINGUNGEN DES ENTSTEHENS VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Die klassische Orientierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Psychopathologien war im wesentlichen damit befaßt, negative Lebensinflüsse, Risikofaktoren, traumatische Situationen herauszufinden und zu untersuchen, um auf diese Weise Pathogenese, das Entstehen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aufklären zu können. Diese „medizinisierte“ Perspektive ist Ausdruck einer fragmentierenden Betrachtung menschlicher Entwicklung und der des Menschen insgesamt. Der pathologiezentrierte Diskurs der Psychoanalyse und die aus ihr hervorgegangenen Psychotherapieverfahren haben es versäumt, ein Modell der „gesunden“ Persönlichkeit und der „gesunden“ Entwicklung zu erarbeiten in Verkenntung des grundlegenden Faktums, daß die menschliche Persönlichkeit – die gesunde wie die kranke –, daß menschliches Verhalten – pathologisches wie solches im Sinne eines „healthy functioning“ (Lerner 1973) – durch die „Gesamtheit aller positiven, negativen und defizitären Einflüsse des Lebensverlaufes“ (Petzold 1970c, 1988n) bedingt ist. Auch in der traditionellen, klinischen Psychologie, der es über lange Zeit nicht gelungen war, eine Brücke zur Entwicklungspsychologie zu schlagen, um damit eine „klinische Entwicklungspsychologie“ auf den Weg zu bringen, war man vorwiegend mit Fragen der *Pathogenese* befaßt, so daß ein Hiatus zwischen unserem Wissen über negative Entwicklungseinflüsse und unserer Kenntnis von gesundheitsfördernden Faktoren entstand. Außerdem wurde aufgrund des Fehlens von aussagekräftigen Longitudinalstudien der Blick eher auf die Untersuchung von Aktualstresso-

ren gerichtet. Es wurde allenfalls noch auf eine Kritik des Krankheitsmodells der Psychoanalyse abgestellt, die aus retrospektiver Betrachtung subjektiver, unter nicht-standardisierten Bedingungen erhobener Daten versucht hatte, die Ursachen von Pathogenese aufzuklären – ein Unterfangen, das aus Sicht empirischer Psychologie (mit klinischer und erst recht mit entwicklungspsychologischer Orientierung) keine Akzeptanz finden konnte.

Die psychotherapeutischen Schulen – ganz gleich welcher Orientierung – sind natürlich zunächst einmal mit dem Leiden, dem kranken Menschen und seiner Symptomatik konfrontiert. Hier liegt ihr Interesse, und aus der Behandlung solcher Patienten haben sie ihre Erkenntnisse gewonnen. Das aus solchen Therapien – etwa aus der „Geschichte einer infantilen Neurose“ (Freud 1918b) oder von einigen Borderline-Patienten (Kernberg 1981) – stammende Material wurde dann in der älteren psychoanalytischen Theorienbildung in der Regel in unzulässiger Weise generalisiert. Aufgefundene und als potentiell pathogen bewertete Konstellationen wurden „typisiert“, ohne daß dabei in Betracht gezogen wurde, daß die Population von Patienten, aus deren Lebenskarrieren die Daten arbiträr bzw. unter dem Selektionskriterium eines spezifischen Psychopathologieverständnisses extrahiert wurden (wodurch man fand, was man finden wollte), ja schon eine „negative Auswahl“ darstellte. Untersuchungen an größeren, einigermaßen repräsentativen Populationen unter Einbeziehung von Vergleichsgruppen wurden von den psychoanalytischen Pathogenesetheoretikern nicht angestellt, und es wurde auch nicht der naheliegenden Überlegung nachgegangen, was z. B. mit all den Menschen sei, die unter widrigsten Umständen – Hunger, Kälte, Bombenangriffen, Flucht und

Vertreibung – in den letzten drei Kriegsjahren und in den unmittelbaren Nachkriegsjahren sicher massiven „frühen Störungen“ bzw. Schädigungen ausgesetzt waren, aber offensichtlich keine Borderline-Erkrankung, keine Psychose, keine schwere Psychosomatose oder narzißtische Neurose oder anderweitige Psycho- und Soziopathologie ausgebildet hatten. Ein Heer schwerstkranker Patienten hätte die Folge sein müssen, würde man die Theoreme von *Freud*, *Spitz*, *Bowlby*, *Kernberg* und anderer Vertreter des Pathogenese-Paradigmas „früher Störungen“ auf die Kriegs- und Nachkriegsgenerationen der mittel- und osteuropäischen Länder anwenden. Die Frage nach „unterstützenden Faktoren“, die Schutz (*protection*) oder Dämpfung (*buffering*) von Negativeinflüssen gewährleisten können, wurde in der Psychoanalyse genausowenig gestellt, wie die nach den Bedingungen von Gesundheit, ja selbst ein halbwegs ausgearbeitetes Konzept von Gesundheit findet sich nicht. Dies ist zumindest eine Einseitigkeit, die Ergänzungen erfordert. *Anna Freuds* Arbeiten „Psychopathology seen against the background of normal development“ (1976) und ihre Arbeit über „Normality and pathology in childhood“ (*A. Freud* 1965) haben keine Bewegung im psychoanalytischen Feld angestoßen, sich über die „developmental psychopathology“ (eadem 1974) hinaus mit einer „developmental salutogenesis“ zu befassen oder die Entwicklungspsychopathologie auf solide, empirische Füße zu stellen, wie dies durch Longitudinalstudien (*Rutter* 1988) gewährleistet werden könnte.

Bei den aus dem Bereich der humanistischen Psychologie hervorgegangenen Psychotherapieformen, insbesondere der wachstumsorientierten Familientherapie nach *Virginia Satir* (1975), der Gestalttherapie von *Fritz Perls* (1980), der klientenzentrierten Gesprächstherapie von *Carl Rogers* (1976) wurden die Schwächen des pathologiefixierten Paradigmas, sowohl das der klassischen Psychoanalyse wie auch das des traditionellen Behaviorismus und der von ihm beeinflussten psychologischen und therapeutischen Orientierungen, gesehen. Es wurden von Autoren wie *A. Maslow* (1962)

und *M. Jahoda* (1958) wichtige Beiträge zu einem Konzept von „Gesundheit“ geleistet, die die genannten humanistisch-psychologischen Therapieformen stark beeinflussten, etwa über das Wachstumskonzept oder die Vorstellung der „self-actualization“. Das „human potential movement“ (*Otto* 1970), die „Growth-“ und „Enrichment“-Bewegung sind Ausfluß dieser Konzeptualisierungen – nur, eine differenzierte, forschungsbasierte Betrachtung von Gesundheit und gesunder Entwicklung wurde auch hier nicht geleistet. Es ist keine Frage, daß die Untersuchung der Pathologie Aufschluß über die Entwicklung normalen Verhaltens geben kann (*Weiss* 1961, 50, 1969b; *Goldstein* 1940; *Shakow* 1968). Aber gerade die aufgeführten Autoren haben auch die umgekehrte Perspektive in den Blick genommen: vom Wissen um das „gesunde Funktionieren des Organismus“ zu einer Aufklärung von Psychopathologie zu kommen, indem man die Gesamtorganisation betrachtet (*Cicchetti*, *Schneider-Rosen* 1984, 1986; *Sroufe*, *Rutter* 1984). Die Arbeiten der humanistischen Psychologen und die Praxis der auf ihren Überlegungen gründenden humanistischen Psychotherapieverfahren – z. B. von *Rogers* oder *Perls* – blieben, bei aller Rede von „Wachstum“ und „Entwicklung“, ohne solide entwicklungspsychologische Fundamente, verhaftet an eine zeittheoretisch oberflächliche oder klinisch unsinnige „Hier-und-Jetzt-Konzeption“ (vgl. *Petzold* 1981e) – bis in die jüngste Zeit (*Rosenblatt* 1986). Gestalttherapeuten oder klientenzentrierte Gesprächstherapeuten haben weder einen Blick auf die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters, geschweige denn einen Blick auf die Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters (*Faltermajer* et al. 1992) geworfen, obwohl die reiche Literatur zur Lebenslauforschung – man denke an die Arbeiten von *Charlotte Bühler* – oder gestaltpsychologischer Entwicklungstheorie – man denke an die Arbeiten von *Kurt Koffka* und *Kurt Lewin* – eine solche Perspektive nahegelegt hätte.

Brücken zwischen Entwicklungspsychologie und dem klinischen Feld wurden einerseits von

Entwicklungspsychologen selbst geschlagen – wir denken hier an die Arbeiten von *Bärbel Inhelder* (1943/1968, 1966, 1976a, b), der Mitarbeiterin von *Piaget*, zur Entwicklung geistig Behinderter – und andererseits von seiten der Psychiatrie bzw. Kinderpsychiatrie, die Konzepte von *Piaget* aufnahmen (*Anthony* 1956). Wichtig wurden hier auch die Arbeiten von *Heinz Werner* (1948, 1957; *Werner, Kaplan* 1963), wie das einflußreiche Werk von *S. Arieti* (1967, „The intrapsychic self“) zeigt. Mit *Adolf Meyer* (1957) und *Lee Robins* (1966) kam dann eine longitudinale Betrachtungsweise für die Aufklärung pathologischen Verhaltens auf, die zunehmend die „*pathways*“ zu krankem und gesundem Verhalten untersuchten (*Garmezy* 1974b, 1981, 1983; *Sroufe* 1979a; *Rutter* 1983, *Achenbach* 1982). Das Feld der „developmental psychopathology“ (idem 1982; *Sroufe, Rutter* 1984) begann sich zu etablieren mit einer zunehmenden Beachtung protektiver Faktoren (*Garmezy* 1985; *Rutter* 1979a, 1985a, z. B. „Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Resilienzen“) und einer Betonung der Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren (*Rolf et al.* 1990). Ein anderer Schwerpunkt, der sich herausbildete, war die Betrachtung von *Netzwerkbeziehungen* und der in ihnen wirkenden Kräfte unter longitudinaler Perspektive mit einem Interesse an *Ressourcen, supportiven Faktoren* und entlastenden Einflüssen (*Keupp, Röhrle* 1987; *Sameroff, Emde* 1989). Eine solche umfassende Verschränkung von Entwicklungspsychologie, klinischer Psychologie und psychiatrischer Psychopathologieforschung unter longitudinaler Perspektive beginnt allmählich einiges Licht auf die komplexen „straight and devious pathways from childhood to adulthood“ (*Robins, Rutter* 1990) zu werfen.

Für die Psychotherapie wurden diese Entwicklungen bisher noch nicht fruchtbar gemacht, ja, sie wurden in der Regel noch nicht einmal zur Kenntnis genommen. Der schulenimmanente Diskurs spekulativer Pathogenesetheorie geht weiter an den Erkenntnissen der klinischen Entwicklungspsychologie – etwa der Emotions-

(*Kruse* 1991) oder der Temperamentforschung (*Thomas, Chess* 1977; *Zentner* 1993; *Kagan et al.* 1990) oder der Forschung zu sozioökologischen Faktoren (*Richters, Weintraub* 1990) – vorbei und natürlich auch an den Ergebnissen der „developmental psychopathology“ (*Achenbach* 1990; *Garmezy* 1974c).

Mit der *developmental psychopathology*, wie sie *Achenbach, Garmezy, Sameroff, Sroufe, Anthony, Rutter* u. a. inauguriert haben, wurde in den vergangenen zwanzig Jahren eine Disziplin geschaffen, die an der Schnittstelle von Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie und Psychopathologie sich auf „the study of the origins and causes of individual patterns of behavior adaption“ (*Sroufe, Rutter* 1984, 18) richtete und die in umfangreichen und methodisch differenzierten Untersuchungen sich auf Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Entwicklung des Verhaltens richtete. „Developmental psychopathologists make no prior assumptions about either continuity or discontinuity. They are concerned centrally with both, the connection and lack of connections between normality and disorder“ (*Sameroff, Seifer* 1990, 52). Dabei wurde vielfach von Krankheitsmodellen abgegangen und auf „*models of competence*“ abgestellt (ibid. 53; *Garmezy, Devine* 1984), in denen das *interplay* zwischen individuellen und sozialen Einflüssen untersucht wurde, um das „competent and sufficient functioning“ von Kindern und Erwachsenen in der Lebensspanne zu erklären. Damit kamen Fragen nach der „*problem-solving ability*“, nach „*mastery motivation*“ oder nach „*effectiv coping*“ in den Blick (*Matas et al.* 1978; *Messer et al.* 1986; *Seifer et al.* 1992). Weiterhin wurde auf die Störung von Beziehungen zentriert, ausgehend von der an sich trivialen Feststellung, daß Menschen in gesunden, sozialen Netzwerken mit positiven Beziehungen und einer hohen supportiven Valenz sich gesund entwickeln, in defizienten Netzwerken indes erkranken (*Petzold* 1979c). Mit Untersuchungen von „*At risk*“ oder „*High risk*“-Gruppen in ihren Beziehungsgeflechten (*Sameroff, Emde* 1989) und in ihren „environ-

ments“ (high risk environments, *Richters, Weintraub* 1990) unter longitudinaler Perspektive, die genetische, kognitive, emotionale, soziale, ökonomische und ökologische Einflußgrößen in ihrer protektiven und adversiven Wirkung bzw. die Interaktion solcher Wirkungen betrachtet, um Entwicklungsprozesse des Individuums und seines Kontextes verstehbar zu machen, mit derartigen Untersuchungen also wurde ein *neues Paradigma eingeführt, das für Diagnostik und Psychotherapie als das Paradigma der Zukunft anzusehen ist*. Im Unterschied zum traditionellen psychoanalytischen Ansatz der Rekonstruktion eines Krankheitsgeschehens und einer Krankheitsentwicklung aus der Retrospektive wurde ein prospektiver Weg eingeschlagen, der allein in der Lage ist, nach den Kriterien empirischer Wissenschaft über die Entwicklung komplexer Störungen und Erkrankungen einigermaßen gesicherte Aussagen zu machen. Die Untersuchung von Kindern aus Risikogruppen (etwa die Kinder von schizophrenen Patienten) im Vergleich mit unbelasteten Populationen (*Mednick* 1967; *Mednick, Schulsinger* 1968; *Watt et al.* 1984) stellten hier einen Meilenstein dar, die Identifizierung von „*risk reducers*“, „*protektiven Faktoren*“, „*stressful life events*“ in Entwicklungsverläufen (*Murphy, Moriarty* 1976; *Werner, Smith* 1982) einen anderen Markierungspunkt. Die Identifizierung von singulären Traumata oder Defiziten als bedeutsamen Einflußgrößen in Karriereverläufen stellt sich dabei als Alternative zur Identifizierung monokausal wirkender Traumatisierung heraus, und Begriffe wie *causal path, chains, strands, convoys, Karrieren, Viationen, trajectories* (*Brown* 1988; *Rutter* 1988; *Petzold* 1988n; *Petzold, Hentschel* 1991) erhalten dabei herausragende Bedeutung. *Achenbach* (1990, 31) bezeichnet deshalb zu Recht „*developmental psychopathology as a macro paradigm*“, und er macht deutlich, daß es sich hier um einen „*integrativen*“ Ansatz zur Erklärung komplexen Entwicklungsgeschehens handelt, der biomedizinische, behaviorale, psychodynamische, soziologische, familiendynamische, kognitive und interaktionale Dimensionen einbezieht (Abb. 1).

Da in dieser neuen Disziplin schon in ihren Anfängen mit der Zentrierung auf das „*Kompetenz-Konzept*“ nicht nur der Fokus bei der Aufklärung von Psychopathologie lag, sondern gesundes wie krankes Verhalten gleichermaßen in den Blick genommen wurde, weil hier ein „*life span developmental approach*“ (*Baltes et al.* 1980) konsequent verfolgt wurde, und zwar mit klinisch relevanten Populationen und Normalpopulationen als Vergleichsgruppen, weil sie sozialpsychologische Parameter genauso einbezieht wie ökologische Perspektiven der Entwicklungspsychologie, bleibt sie nicht nur bei „*labeled environments*“ (*Wachs, Gruen* 1982) und „*high risk environments*“ (*Richters, Weintraub* 1990) stehen, sondern arbeitet auch entwicklungsfördernde Mikroökologien heraus (*Werner, Smith* 1982, *Bronfenbrenner* 1978). Bei einer solchen Perspektive scheint die Zentrierung auf den Begriff „*Psychopathologie*“ eine unnötige Begrenzung einzuführen, die im Konzept einer „*klinischen Entwicklungspsychologie*“ (*Petzold* 1990e, 1992d) überschritten werden kann, weil hier alle „*klinisch relevanten*“, entwicklungsbezogenen Phänomene und Erkenntnisse – und zu diesen gehört ein gutes Verständnis von Gesundheit und gesunder Entwicklung – besser untergebracht werden können. Aus der psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Epidemiologie- und Pathologieforschung hervorgegangen, wurde diese neue Disziplin von ihren Protagonisten von Anfang an so konzipiert, daß eine einseitige Zentrierung auf das medizinische Paradigma der Krankheitserklärung überschritten wurde, ohne dieses Modell auszugrenzen. „*Umbrella-Konzepte*“ wie „*developmental psychopathology*“ oder „*klinische Entwicklungspsychologie*“ bieten aufgrund ihres weiten differenzierenden und integrierenden Rahmens die wertvolle Möglichkeit „*of studying psychopathology in relation to the major changes that typically occur across the life cycle. It does not dictate a specific theoretical explanation for disorders, their causes, or their outcomes. Instead, it suggests a conceptual framework for organizing the study of psychopathology around milestones*

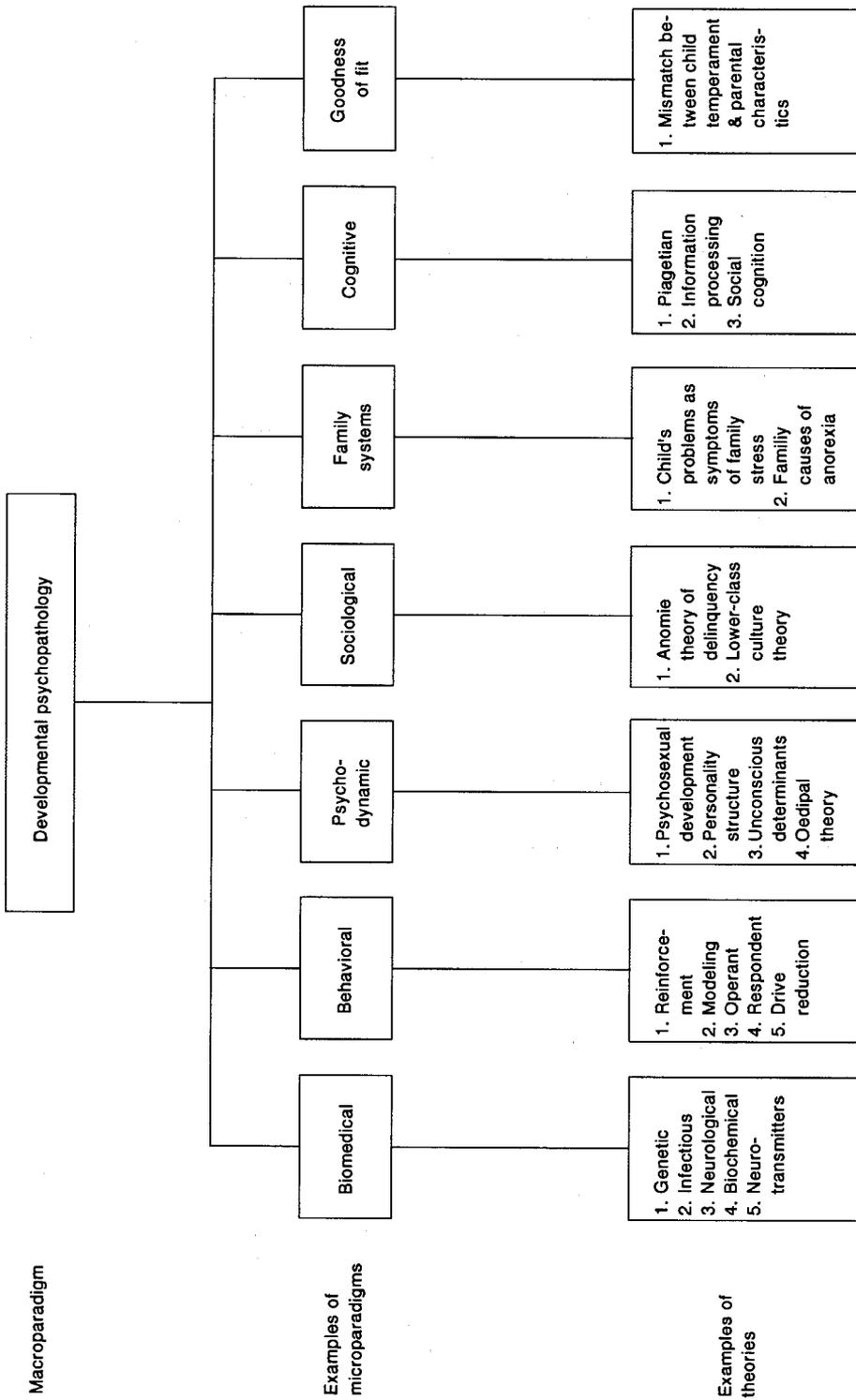


Abb. 1: Schematische Übersicht über Entwicklungspsychopathologie als Makroparadigma in seiner Beziehung zu anderen konzeptuellen Ebenen; aus Achenbach 1990, 32.

and sequences in areas such as physical, cognitive, social-emotional and educational development. Its heuristic value is analogous to that of terms such as ‚learning‘, ‚cognition‘, ‚genetic‘, and ‚biological‘. The utility of such terms does not stem from prescriptive definitions of a field, but from focussing attention on connections among phenomena that otherwise seem haphazard and unrelated“ (*Achenbach* 1990, 30). Ein weiterer Bereich ist bislang für die Psychotherapie noch wenig fruchtbar gemacht worden: der der Gesundheitspsychologie, wo man sich bemüht, die Bedingungen zur Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden zu erforschen (*Haisch, Zeitler* 1991; *Schröder, Reschke* 1992; *Abele, Becker* 1991; *Becker* 1982; *Becker, Minsel* 1986). Eine positive Bestimmung von *Gesundheit* ist für Psychotherapie von grundsätzlicher Bedeutung, weil sie doch Gesundheit wiederherstellen will, und diese ist durch „Arbeits- und Liebesfähigkeit“ (*Freud*), „das ungestörte Funktionieren des Organismus“ (*Perls*) genausowenig bestimmt wie durch eine Negativdefinition („Abwesenheit von Krankheit“, *Rogers*). Die Bestimmungen der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen, körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung“ (zitiert nach *Becker* 1982, 42) greift so weit, daß hier ein Ideal beschrieben wird, dem höchstens 20 % der Bevölkerung entsprechen können (*ibid.*). Über lange Zeit wurde versucht, Gesundheit (wie auch Krankheit) vom Kontext abstrahiert zu fassen. Sie wurde bestimmt als Auflistung von Qualitäten und Kompetenzen, die sehr stark vom jeweiligen Zeitgeist und den Strömungen der psychologischen Theorienbildung bestimmt war. *Jahoda* (1958) orientiert sich deutlich an der humanistischen Psychologie mit seinen sechs Komponenten von Gesundheit:

- positive Einstellung zu sich selbst,
- Selbstverwirklichung,
- Integration,
- Autonomie,
- korrekte Wahrnehmung der Realität,
- Meistern von Anforderungen.

Becker hat in seiner Übersicht über die verschiedenen Ansätze drei Hauptorientierungen herausgearbeitet:

1. Regulationskompetenzmodelle,
2. Selbstaktualisierungsmodelle,
3. Sinnfindungsmodelle.

Hier zeigen sich Ansätze, die Psychotherapeuten Hilfen geben könnten zu verstehen, wie denn im Entwicklungsprozeß Gesundheit entsteht und wie diese schließlich in therapeutischen Prozessen gezielt gefördert werden könnte. *Antonovsky* (1979, 1987) hat mit seiner einflußreichen, forschungsbasierten Theorie beachtet, komplementäre Fragen nach den Bedingungen von Krankheit und den Bedingungen von Gesundheit zu beantworten. Es wird der Versuch unternommen zu erklären, warum manche Menschen trotz belastender Lebensumstände gesund bleiben und andere nicht. Die komplexe Interaktion zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, internalen und externalen Einflüsse über die persönliche Geschichte hin führt in einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ zu jeweils spezifischen Ausprägungen von Persönlichkeiten mit Verhaltensaspekten und subjektivem Selbsterleben, das als gesund und krank gekennzeichnet werden kann. *Antonovsky* sieht in seinem Modell zur Untersuchung von „*Pathogenese*“ und „*Salutogenese*“ die Einstellungen, Überzeugungen, Kompetenzen als wichtig an, die das Gesundwerden und Gesundbleiben unter belastenden Lebensumständen ermöglichen. Hier kommt sein Konstrukt des „Kohärenzsinnnes“ (*Antonovsky* 1979, 123) zum Tragen, unter dem er eine „globale Orientierung“ versteht, „die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, stabiles und dynamisches Gefühl der Gewißheit besitzt, daß die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und mit großer Wahrscheinlichkeit sich alles so entwickeln wird, wie es man logischerweise erwarten kann“. Die Faktoren, die die Ausbildung eines hohen Kohärenzsinnnes fördern, wären demnach als „salutogen“ zu sehen. Die hier zur Wirkung kommenden Einflußgrößen allerdings sind äußerst komplex (vgl. Abb. 1). Im wesentlichen ist von einer

Interaktion von Vulnerabilität und Stressoren einerseits und Kompetenz und fördernden Umweltbedingungen andererseits auszugehen. Becker faßt dies in einer Formel zusammen, die die „Wahrscheinlichkeit einer Psychischen Erkrankung“ bestimmbar machen soll (Becker 1982, 283):

$$\text{WPE} = f \frac{\text{Risikofaktor}}{\text{Schutzfaktoren}}$$

Nach dieser Formel kann sowohl eine Verminderung protektiver Faktoren (Verlust von Ressourcen, Verlust sozialer Wertschätzung, Verlust von Kompetenzen und Performanzen, von körperlicher Gesundheit etc.) als auch ein Vermehrung von Risikofaktoren (Zunahme von Stressoren, kritischen Lebensereignissen, Verlust Erfahrungen etc.) die Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung erhöhen. In einem solchen Modell wie auch in dem Zwei-Komponenten-Modell der Gesundheit von Becker (1982, 262), das psychisches Wohlbefinden und psychische Kompetenz als *salutogen* herausstellt, kommt letztlich protektiven Faktoren eine erhebliche Bedeutung zu. Auf der Grundlage von Antonovsky kommt Becker (1982, 282) zur Bestimmung von seelischer Gesundheit als „Muster all jener psychischen Eigenschaften (relativ stabilen Kennzeichen des Verhaltens und Erlebens)...., die bei vorgegebenem Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilitäten, bei vorgegebener Intensität und Dauer der Stressoren und bei vorgegebenem Ausmaß der förderlichen Umweltbedingungen, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Krankheit verringern“.

Was aber ist in einer „förderlichen Umwelt“ förderlich? Was sind die „psychischen Eigenschaften“, die psychische Krankheit verringern? Ist mit einer solchen funktionalen Definition Gesundheit ausreichend gekennzeichnet? Wo kommen „subjektive Theorien“, „soziale Repräsentationen“ (Flick 1991; Moscovici 1984) und gesellschaftliche Bewertung zum Tragen? Legt man umfassende Betrachtungsperspektiven zugrunde, so wird sich Gesundheit und Krankheit

nicht nur auf die Interaktion von Schutz- und Risikofaktoren begrenzen lassen (Pritz, Petzold 1991). Man wird wahrscheinlich zu einem „erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff“ (Petzold 1990i, 1991a; Petzold, Schuch 1991) vorstoßen müssen, um ein Gesundheits- und Krankheitsverständnis von einer Komplexität zu gewinnen, wie es zur Grundlegung psychotherapeutischer Interventionen notwendig ist, und dabei dürfen gesellschaftliche Perspektiven nicht ausgeblendet werden, sondern es müssen – über die Erklärung von Symptomatiken hinausgehend – die „Ursachen hinter den Ursachen“ (Petzold 1991b) angeschaut werden, will man nicht nur an „Symptomen kurieren“ oder „salutogene Faktoren“ in kompensatorischen Programmen anbieten, die – „der Unfug mit der kompensatorischen Erziehung“ (Bernstein 1971) hat dies gezeigt – zum Scheitern verurteilt sind. Gesundheit kann bestimmt werden:

Gesundheit wird als „eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, daß er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“ (Petzold 1992a, 553).

Durch eine solche komplexe Definition von Gesundheit, die mit ähnlich komplexen Bestimmungen von Krankheit in einen dialektischen Bezug gestellt werden muß (Petzold 1992a, 531 ff.), wird ein breiter Rahmen gesteckt, dessen Einzeldimensionen sorgfältiger

Untersuchungen bedürfen. Der komplexe Blick auf übergeordnete Zusammenhänge darf aber nicht zu einer Vernachlässigung der Betrachtung einzelner Faktoren und ihrer Interaktion führen. Es soll in diesem Kontext deshalb der Frage nach den „protektiven Faktoren“ näher nachgegangen werden, weil diese für die Psychotherapie insgesamt und für spezifische Interventionen doch erhebliche Bedeutung gewinnen können, besonders wenn man Psychotherapie, die in der Regel als Hilfsmaßnahme in belastenden Lebenssituationen eingesetzt wird, selbst als einen „protektiven Megafaktor“ beschreiben will.

2. PROTEKTIVE FAKTOREN UND PROZESSE – DIMENSIONEN EINES KONZEPTE

„We have not studied the individual's resources for coping, for helping himself, as thoroughly as we studied areas of anxiety and conflict“
Barker, Dembo, Lewin (1943)

Insbesondere im Bereich der Untersuchungen zu Problemen der kindlichen Entwicklung hat sich die Forschung im wesentlichen darauf zentriert, Risiken aufzufinden und zu beschreiben, durch die eine gesunde Entwicklung gefährdet wird. Ein Schwerpunkt dabei waren die medizinisch-biologischen Risiken. Wie *Kopp* und *Krakow* (1983) in ihrem historischen Überblick über die Forschung zeigen, wurden die Entwicklungsrisiken im wesentlichen als biologische gesehen. Als Risikokinder werden solche gefaßt, die einem oder mehreren organismischen Stressfaktoren (*organismic stresses*) in der pränatalen, perinatalen und postnatalen Periode ausgesetzt waren, oder bei denen „*diagnosed handicapping or clinical condition*“ festgestellt wurde. *Kopp* und *Krakow* kommen zu dem Schluß, daß sechzig Jahre biologischer Risikoforschung nicht zu einem „*cohesive and definitive body of information*“ über den Einfluß biologischer Risiken geführt haben. Fehlentwicklungen

von Kindern können also nicht allein am Einwirken biologischer Risikofaktoren festgestellt werden. Es wurde deshalb auch zunehmend psychosozialen Faktoren Aufmerksamkeit geschenkt, und sie wurden in Untersuchungen einbezogen. Durch die unterschiedlichen Disziplinen mit sehr heterogenen erkenntnisleitenden Interessen, divergierenden, theoretischen Bezugssystemen und jeweils spezifischen Forschungsstrategien ist eine sehr unklare Situation im Hinblick auf die vorhandenen Ergebnisse entstanden, die zahlreiche Quergänge notwendig macht, um Erkenntnisse zu vernetzen. Dies wurde schon in unseren Ausführungen zur Verbindung entwicklungspsychologischer, gesundheitspsychologischer und klinisch-psychologischer Konzepte deutlich.

Ausgangspunkt der Suche nach „protektiven Faktoren“ war die Beobachtung, daß es in Risikopopulationen immer wieder größere Gruppen gibt, die belastende Einflüsse offenbar unbeschadet überstehen. Schon *Barker, Dembo, Lewin* (1943) stellen dies für 33 % ihrer Untersuchungsgruppe fest, *Werner, Smith* (1982) für 25 %, *Rutter* (1981) für fast 50 %. Bei solchen, doch beachtlichen Zahlen, erscheint die einseitige „pre-occupation“ mit Risikofaktoren verwunderlich. *Garmezy* (1981, 2, 114) sieht sie als Folge des „*law of the hammer*“: „Give a kid a hammer and everything he/she runs into will need pounding. Our hammer is psychopathology and everything we turn to we see disorder or dynamic substitutes for disorder“ (*ibid.*). Forscher, die im Bereich des *high-risk-research* engagiert sind, haben mit ihrer Entdeckung, daß es offenbar „*survivors*“ gibt, Kinder, die sogar bei äußerst belastenden oder toxischen Erfahrungen gesund bleiben und sich situationsangemessen verhalten (*Despert* 1942; *Moskovitz* 1983; *Murphy, Moriarty* 1976; *Werner, Smith* 1982; *Garmezy, Rutter* 1985), Beobachtungen von Praktikern im Feld psychosozialer Hilfeleistung bestätigt. Offenbar gibt es also in desolaten Situationen noch die Chance, eine gesunde, stabile Persönlichkeit zu entwickeln (*Anthony* 1974; *Rutter et al.* 1979; *Garmezy* 1981). In der Risikoforschung tauchen Begriffe wie „Wider-

standsfähigkeit, Elastizität, Unverwundbarkeit, Robustheit“ auf (*invulnerability, resilience* etc.). Aber nur allmählich begann man, sich der Erforschung dieses Phänomens zuzuwenden (Lilienfeld et al. 1955; Ainsworth 1962; Gottfried 1973; Quinton, Rutter 1984a, b) und insbesondere in Longitudinalstudien, die die Spanne von der Babyzeit bis zum Erwachsenenalter umgreifen, nach solchen Faktoren zu suchen (Block, Block 1980; Garmezy, Devine 1984; Garmezy, Masten, Tellegen 1984; Werner 1986; Zimrin 1986). Insbesondere Garmezy und seine Mitarbeiter und Schüler haben ihre Aufmerksamkeit auf konstruktive Entwicklungsprozesse, Schutzfaktoren, Streßresistenz, Spannkraft gerichtet. Die Longitudinaluntersuchungen setzen dabei,

1. prospektiv an bei Kindern, die
2. schweren Belastungen (*stressors*) ausgesetzt sind und die
3. durch bestimmte biologische Prädispositionen, familiäre und/oder mikroökologische Mangelsituationen gekennzeichnet sind, was
4. in der Regel mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für parallele oder künftige Fehlentwicklung und Fehlanpassung verbunden ist, welche sich indes
5. bei einigen Kinder *nicht* einstellen, nämlich bei denen, deren Verhalten durch Kompetenz statt durch Anpassung gekennzeichnet ist (Garmezy 1983).

Diese Aufstellung zeigt, es geht keineswegs nur um das Auffinden und Isolieren von Einzelfaktoren, sondern um das Identifizieren von komplexen, Entwicklungen beeinflussenden protektiven und aversiven *Prozessen*.

Die Frage, wie es möglich ist, daß manche Kindern sich in unglücklichen Lebenssituationen so elastisch verhalten, so „kompetent“ handeln, so effektiv „copen“, daß sie – im Unterschied zu ihren weniger erfolgreichen Schicksalsgenossen, denen es nicht gelungen ist, unbeschädigt erwachsen zu werden – selbst traumatischen Streß, Naturkatastrophen, Krieg unbeschadet überstanden haben (Garmezy, Rutter 1985), diese Frage ist also im Hinblick auf die Erklärung

von Pathogenese und Salutogenese von sehr großer Wichtigkeit. „Protektive Faktoren“ oder „*risk reducer*“ (Richters, Weintraub 1990, 79) und „*coping capacity*“ kommen hier als Konstrukte ins Spiel, die aufgrund der unterschiedlichen Disziplinen und Orientierungen z. T. sehr verschiedenartig gefaßt werden. Garmezy (1983) spricht hier zu Recht von „research, that may pass under many banners“. Eine der wichtigsten Untersuchungen in diesem Kontext ist die Studie von Murphy und Moriarty (1976) „Vulnerability, coping and growth“. Die Forscherinnen versuchten herauszufinden, mit welchen Strategien Kinder Überforderungen, Anforderungen und Belastungen bewältigten und welche Langzeitfolgen diese Strategien haben. Sie fanden zwei Hauptrichtungen der Bewältigung:

1. die Kompetenz, routinemäßige Lösungswege, die in der Belastungssituation nicht mehr greifen, zugunsten anderer Strategien zu überschreiten,
2. die Kompetenz, das innere Gleichgewicht zu regulieren, um starken Spannungen, negativen Emotionen und Störungen kognitiver Funktionen zu entgehen (Murphy, Moriarty 1976, 116 ff.).

Kinder, die dabei auch unter Streßbedingungen mit der Umwelt noch interagieren, Hilfe und Unterstützung suchten, erwiesen sich dabei als die besten „Bewältiger“ (ibid. 120). Strategien wie Rückzug, Aufschub, Abschirmung, Regression waren im Bewältigungsverhalten wichtig, um die „Möglichkeit der Integration“ als wichtige Bewältigungskompetenz zu nutzen. So müssen auch Phasen zeitweiliger Desintegration (ibid. 116 ff.) neu bewertet werden (ibid. 198), da auf gelegentlichen, regressiven Rückzug unter longitudinaler Perspektive erstaunliche Möglichkeiten zur Regeneration und Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit festgestellt werden konnten (ibid. 263f). Von Säuglingszeiten an zeigt sich der Mensch als „problems solver“ (Rovee-Collier 1983). „Bewältigungsanstrengungen wurden bereits bei den Säuglingen beobachtet, wenn sie die Nahrungsaufnahme gezielt

beendeten, zu starke Reizeinwirkungen verringerten oder gegen das Weggehen der Betreuungsperson protestierten. Der Erfolg hierbei korrelierte positiv mit der Effektivität der Bewältigungsanstrengungen im Vorschulalter und diese wiederum mit vorpubertärem entsprechendem Verhalten“ (Gräser, Reinhardt 1980).

Nun ist keineswegs davon auszugehen, daß die „Bewältigungskompetenz“ nur an *internale Faktoren* gebunden ist, wie die Untersuchungen von Murphy und Moriarty nahezulegen scheinen oder andere Untersuchungen, die genetisch disponierte Vulnerabilität oder Vitalität (Gottesmann, Shields 1972; Gershon 1984; Cloninger et al. 1981) annehmen bzw. Temperamentfaktoren einführen (Buss, Plomin 1984; Kagan et al. 1990; Kagan, Moss 1962; Plomin 1986; Goldsmith, Gottesmann 1981; Thomas, Chess, Birch 1968). Die Mehrzahl der Studien läßt eine Unterscheidung zu in „*internale* Faktoren im Sinne einer individuumsspezifischen Bewältigungskompetenz“ und „*externale* Faktoren im Sinne mikroökologischer, familiendynamischer, sozialer Einflüsse“. Diese äußeren Faktoren beeinflussen natürlich aufgrund ihrer Intensität oder jeweils gegebenen Vielfalt internale Bewältigungskompetenz. Die grundlegenden Arbeiten von Elder und Mitarbeitern, die die Daten der „Oakland-Growth-Study“ und der „Berkeley-Guidance-Study“, Longitudinalstudien, die Anfang der 20er Jahre begonnen wurden, in Sekundäranalysen auswerten (Elder 1974; Elder, Caspi, Nguyen 1986), zeigen differenziert Einflüsse der Umwelt und der Familiendynamik auf die spezifischen Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes auf. Folgende wichtige Einflußgrößen wurden deutlich:

1. *Alter* und *Geschlecht* der Kinder (es war nicht unerheblich, in welchem Alter die Belastungen für Jungen oder Mädchen eintraten),
2. *Körperliche Attraktivität* (attraktiven Kindern werden eher positive Eigenschaften zugemessen, Väter verhielten sich attraktiven Töchtern gegenüber positiver).
3. Es zeigt sich ein wechselseitiger Einfluß zwischen problematischen Vätern und problematischen Babys und Kleinkindern.

4. Die Rolle der Mütter ist bedeutsam, weil sie Negativität von Vätern abpuffern können und in einer guten Mutter-Kind-Beziehung auch Probleme der Kinder aufgefangen werden können.

Die Vielfalt der Ergebnisse dieser Studien kann hier nicht referiert werden, obgleich sie für psychotherapeutische Pathogenesetheorien große Relevanz haben, nicht zuletzt, weil sie die Bedeutung der Familiendynamik so klar erkennbar machen, insbesondere die Wichtigkeit der *Vater-Mutter-Interaktion*, ein Aspekt, der etwa in der „Mütter-zentrierten“ psychoanalytischen Pathogenesetheorie kaum Beachtung gefunden hat. Ökonomische Belastungen wirken durch eine Destabilisierung der Familienbeziehungen (Elder et al. 1986, 183), wobei Kinder, die zumindest zu einem Elternteil eine gute Beziehung haben und bewahren konnten, auch schwierigste Probleme bewältigen können, ohne Schaden zu nehmen (ibid. 1985), ein Faktor, der von zahlreichen anderen Studien bestätigt wurde. Von besonderem Interesse ist in Elders Untersuchungen das Faktum, daß eine Kohorte *vor* Beginn der „großen Depression“ in einer Zeit relativen Wohlstandes angelegt wurde, die Kinder also erst im Jugendalter durch den wirtschaftlichen Zusammenbruch betroffen wurden, die 214 Kinder der Berkeley-Studie hingegen kurz vor dem Zusammenbruch geboren wurden und ihre ersten Kindheitsjahre unter den Einwirkungen der „Great Depression“ verbrachten. Diese zeitliche Verschiebung ließ erkennbar werden, daß Bewältigungskompetenzen, die Lösung von Entwicklungsaufgaben, Verhaltensstabilitäten, die *vor der Krise* entwickelt wurden, für die Krisenzeit als „protektive Faktoren“ wirkten (bzw. wo sie fehlten als *Risikofaktoren*). Gelungene Problemlösungen sind für ein Kind, aber auch für ein Familiensystem als ganzes ein „protektives Kapital“.

Die referierten Studien, die exemplarisch aufgegriffen wurden, zeigen, daß den Konzepten der *Belastung* und *Überforderung*, „Streß“ also, und solchen Konzepten wie *Bewältigung* und *Adaptierung* bei der Betrachtung von „protektiven

Faktoren“, von *stress-resistance* oder „*invulnerability*“ große Bedeutung zukommt; denn durch sie ergibt sich eine „greater likeleyhood of successful adaptation despite exposure to stressful life events of unusual severity“ (*Masten, Garmezy* 1985). Sind es nun die Coping-Stile, die optimalen Formen der Stressbewältigung, die das Wesen protektiver Faktoren und Prozesse ausmachen (*Murphy, Moriarty* 1976, 1981; *Zimrin* 1986)? Oder ist eine „Ego-Elastizität“ anzunehmen, wie *Block* und *Block* (1980) auf dem Hintergrund psychoanalytischer Überlegungen konzeptualisieren? Die Fragen machen deutlich, daß der theoretische Bezugsrahmen für die Interpretation der Daten nicht unerheblich ist. *Block* und *Block* überschreiten den behavioralen Rahmen, indem sie die Coping-Fähigkeiten, das Coping-Verhalten einem „Ich“ zuordnen, das elastisch ist, ein inneres Gleichgewicht herzustellen vermag und Anpassungsleistungen an die Anforderungen der Umgebung erbringen kann. Ganz gleich aber, ob der theoretische Bezugsrahmen ein sozialpsychologischer, behavioraler oder tiefenpsychologischer ist, Kinder, die als „*psychologically invulnerable*“ (*Anthony* 1974), als „*survivors*“ (*Radke-Yarrow, Sherman* 1990) bezeichnet werden, sind durch eine hohe Verhaltenselastizität, d. h. Kreativität, Originalität, Durchsetzungskraft und „*resourcefulness*“ gekennzeichnet. Die bekannte Longitudinaluntersuchung von *Werner* und *Smith* (1982; *Werner* 1985), die 698 Kinder der Geburtskohorte 1955 auf der Insel Kauai des Hawaii-Archipels untersuchte, Kinder, die zumeist den unteren Sozialschichten angehörten, stellt dieses Moment der „Elastizität“ besonders heraus. Der plakative Titel der Veröffentlichung „Vulnerable but invincible“ suggeriert eine Robustheit und Widerstandsfähigkeit, eine Unverwundlichkeit, die bei einer differenzierteren Betrachtung von „hard growing children“ (*Radke-Yarrow, Sherman* 1990) so nicht standhält. Einzelfallstudien zeigen, daß auch „*survivors*“ einen Preis zahlen: „There exists a group of children who have not been devastated by adversity, but even within that group, the story of each child, in its way, shows that children can-

not ‚walk between the raindrops‘, that environmental and genetic risks are costly“ (*ibid.* 101). Wie in der Studie von *Elder* (1974) zeigt die Untersuchung von *Werner* und *Smith* für die Entstehung von Pathogenese und Salutogenese vielfältige Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Einflußgrößen. Überzeugend ist, daß Risikokinder mit Risikokindern verglichen wurden, eine Vergleichbarkeit widriger Umstände gegeben war und daß die so ermittelten „unverwundbaren“ Kinder mit perinatalen Belastungen, Frühgeburt, chronischer Armut, niedrigem Bildungsniveau der Mutter selbst bei vorübergehenden Verhaltensproblemen während der ersten 10 Lebensjahre fertigwerden konnten. Deutlich wird in dieser Studie das sozioökonomische Moment erkennbar. In Familien, die intakt und ökonomisch gesichert waren und wo eine gebildete Mutter die Erziehungsarbeit leistete, führten perinatale Komplikationen und Probleme im ersten Lebensjahr zu keiner anhaltenden physischen und psychischen Beeinträchtigung der Entwicklung. Wiederum sind die Ergebnisse differenziert zu sehen. Alter und Geschlecht spielen eine wichtige Rolle. Jungen waren in der Kindheit, Mädchen in der Adoleszenz verletzbarer (*Werner* 1985, 343 f.). „Trotz der biologischen und sozialen Pressionen, die die beiden Geschlechter in dieser Kultur zu unterschiedlichen Zeiten verletzbarer machen, wurden mehr Risiko-Mädchen als Risiko-Jungen zu widerstandsfähigen Erwachsenen“ (*Werner, Smith* 1982, 154). *Werner* und *Smith* konnten aufgrund ihrer Untersuchung als Faktoren, die zu „Elastizität“ und „Unverwundlichkeit“ (*resilience*) beitragen, folgende Momente herausstellen:

1. das Alter des gegengeschlechtlichen Elternteils (jüngere Mütter für Jungen, ältere Väter für Mädchen),
2. die Zahl der Kinder in der Familie und der Altersabstand zwischen den Kindern,
3. Hilfskräfte für die Mutter im Haushalt (ältere Geschwister, Großeltern, etc.)
4. Arbeitsmöglichkeiten der Mutter außerhalb des Haushalts,

5. Aufmerksamkeit und Zuwendung in der frühen Kindheit durch eine kontinuierliche Versorgungsperson,
6. intakte Familienstrukturen während der Adoleszenz,
7. das Vorhandensein eines intakten, sozialen Netzwerks (Verwandte, Freunde, Nachbarn etc.),
8. Support und Rat in Krisenzeiten (Werner 1985, 345 ff.).

Mit derartigen „protektiven Faktoren“ können Kindern *positive Selbstkonzepte* aufbauen und wird das *internale „protektive Potential“* durch Internalisierung salutogener Einflüsse gefördert. Im Bezug auf *externale* Faktoren kann man hier die Definition von Rutter (1979) anführen, der protektive Faktoren umschreibt als: „Factors or circumstances that provide a support, protection or amelioration for the children reared in deprivation“. Diese Faktoren wirken wie Katalysatoren: Sie vermindern die Einflüsse widriger Umstände, wie in chemischen Reaktionen der Katalysator die Wirkung anderer Stoffe verändert. Garmezy (1983) faßt protektive Faktoren wie folgt: „Those attributes of persons, environments, situations and events, that appeared to temper prediction of psychopathology based upon an individual's at risk status“. Später differenziert er das Konzept durch drei Variablengruppen:

1. Persönlichkeitsfaktoren wie „autonomy, self esteem“ und eine positive soziale Orientierung,
2. family cohesion, Familien-Wärme, Abwesenheit von „discord“,
3. die Anwesenheit von externen „support systems that encourage and reinforce a child's coping efforts“ (Garmezy 1987; Masten, Garmezy 1985).

Protektive Faktoren führen damit zu einer Elastizität und Anpassungsfähigkeit in widrigen und bedrohlichen Situationen. Eine solche Kompetenz für Bewältigung und Problemlösung ergibt sich – blickt man in die Literatur – also durch vielfältige Faktoren und Prozesse, die im Lebensvollzug zum Tragen kommen. Garmezy und Nuechterlein (1972; Garmezy 1983,

74 ff.) stellen aus ihrer Literaturübersicht folgende Schutzfaktoren heraus:

1. Die Kinder verfügten über gute soziale Fertigkeiten (kontaktfreundlich und beliebt, ausgeglichen, sensibel, kooperativ, wenig defensiv und aggressiv).
2. Sie hatten mehr Selbstvertrauen, positive Selbsteinschätzungen.
3. Sie hatten positive Kontrollüberzeugungen.
4. Sie waren kognitiv kompetent, reflektierend, impuls kontrolliert.
5. Eine intakte Familie war *keine* unabdingbare Voraussetzung. Abwesenheit des Vaters hatte, wo die Mutter in der Lage war, diese voll auszugleichen, keine negativen Folgen.
6. Es war eine ordentliche, häusliche Umwelt vorhanden.
7. Die Eltern waren am schulischen Fortkommen und der Bildung ihrer Kinder interessiert und unterstützten sie in dieser Hinsicht.
8. Die Rollenbeziehungen waren in der Familie klar strukturiert.
9. Selbständigkeit wurde unterstützt, die Interessen der Kinder werden gefördert.
10. Die Kinder hatten wenigstens *eine*, für sie positive Bezugs- und Identifikationsfigur unter den Erwachsenen ihres Kontextes. Sie waren durch eine positivere Einstellung gegenüber Erwachsenen und Autoritären gekennzeichnet als andere Kinder.

Wenngleich es sich hier um Untersuchungen handelt, die bei Ghetto-Kindern und ihren Familien durchgeführt wurden, so daß die Ergebnisse nicht unbedingt generalisierbar sind, werden doch Trends deutlich, die auch durch Untersuchungen bei anderen Populationen bestätigt werden. Auf jeden Fall lassen sich *externale* und *internale* Faktoren unterscheiden oder eine Dreigliederung in Faktoren, die 1. dem Bereich individueller Eigenschaften zuzuordnen sind, die 2. dem Bereich der Familie zuzuordnen sind und die 3. dem übergeordneten, sozialen Netzwerk und seiner „supportiven Valenz“ (Petzold 1979c) zuzuordnen sind.

Hier besteht nun die Möglichkeit, eine Querverbindung zum „social support research“ herzu-

stellen (Nestmann 1988; Schuch 1990), das, von anderen Fragestellungen ausgehend, protektive Momente sozialer Netzwerke und Felder herausgearbeitet hat. Die Zusammenführung dieser bisher kaum vernetzten Forschungsströmungen erweist sich in interventiver Hinsicht, nämlich zur Strukturierung supportiver und protektiver Maßnahmen der Hilfeleistung – etwa durch Psychotherapie, Soziotherapie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Community-Projekte –, als äußerst fruchtbar. Blickt man auf die mittlerweile schon beachtliche Literatur zu „protektiven Faktoren“ und verwandten Konzepten in der ganzen Breite, so sieht man, daß hier eine große Vielfalt von Begrifflichkeiten und Konzepten, von empirischen Daten mit ihren (aufgrund von z. T. sehr divergierenden theoretischen Annahmen) recht unterschiedlichen Interpretationen zusammenkommen, die bislang noch wenig Kohärenz aufweisen. Übergreifende Definitionen müssen in dieser Situation sehr generell bleiben. Masten und Garmezy (1985) formulieren sehr pragmatisch: „Protective factors are associated with a lower than expected incidence of illness or maladaptation“. Wir haben das Konzept der „protektiven Faktoren“ wie folgt zu bestimmen versucht:

»Protektive Faktoren sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion), die im Prozeß ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und „supportive Valenz“ sozioökologischer Kontex-

te (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über einen bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden« (Petzold).

Eine solche breite Bestimmung des Konzeptes hat den Vorteil, Überlebensfähigkeiten nicht individualisierend als „internale Faktoren“ zu fixieren. Es betont die Interaktion protektiver Faktoren untereinander bzw. von protektiven und Risikofaktoren (vgl. Sameroff, Seifer 1990, 62). Es stellt auf den Prozeßcharakter dieser Interaktion ab, so daß es besser ist, von „protektiven Prozessen“ zu sprechen als von Einzelfaktoren oder Faktorenclustern. Weiterhin wird neben den *sozialen Faktoren* der *ökologischen Dimension* (z. B. Wohnsituation, Quartierverhältnisse) Aufmerksamkeit geschenkt, deren spezifischer und unspezifischer Einfluß in vielen Studien immer wieder benannt wird (Vaughn, Gove, Egeland 1980; Sameroff, Bakow et al. 1978; Richters, Weintraub 1990), insbesondere in Arbeiten zum „*labeled environment*“ (Wachs, Gruen 1982), leider ohne daß eine Rückbindung an die ökologische Entwicklungspsychologie oder die Setting-Theorie (Bronfenbrenner, Barker) erfolgt. Schließlich wird über das bloße „*survival*“ hinausgehend der selbständige salutogene Einfluß protektiver Faktoren auf die Ermöglichung von Entwicklungschancen ausgedehnt. Ein solches multifaktorielles und transaktionales Modell, das nicht nur auf Verminderung von Risiken und Verhinderung von Schäden, sondern auch auf Entwicklungsförderung abstellt, eröffnet über diagnostische Zielsetzungen hinaus *interventive* Perspektiven, die Möglichkeiten bieten, über das Bereitstellen protektiver Beziehungen, supportiver Netzwerke und fördernder Umwelten nachzudenken und reparative Perspektiven überschreitend, Entwicklungsziele in den Blick zu nehmen.

Aber es wird um mehr gehen als darum, überlebenssichernde Stützsysteme bereitzustellen. Garmezy (1983, 76 ff.) weist darauf hin, daß das bloße *Überleben*, etwa in einer Bürgerkriegssituation, bei Ausbildung aller notwendigen Handlungskompetenzen doch nicht gewährleistet, daß Zukunftsperspektiven, Bindungsfähig-

keit, Hoffnung oder Zielorientierung in ausreichendem Maße entstehen können. Die Gefahren soziobiologischer Verkürzungen oder einer Glorifizierung der „Survivors“, wie sie in manchen amerikanischen Untersuchungen zum Ausdruck kommt, könnte in interventiver Hinsicht die verhängnisvolle Folge haben: daß man nämlich im wesentlichen protektive Faktoren bereitstellt, gerade genug, daß sie ausreichen, das Überleben zu sichern, eine optimale Anpassung an widrige Umstände zu ermöglichen, ohne daß dabei die Umstände selbst nachhaltig verändert werden (weil dies zunächst – wenn gleich nicht auf lange Sicht – kostenaufwendiger ist). Im Bereich der „niedrigschwelligen Drogenarbeit“ (Methadonprogramm, Fixerräume, Notschlafräume etc.) zeigen sich derartige Gefahren überdeutlich (Petzold, Hentschel 1991; Hentschel 1993). Wir haben in unserer Definition deshalb auf das weitgehende Vermindern oder Kompensieren von „Entwicklungsrisiken“ abgestellt, auf das Ausgleichen von Negativeinflüssen *und* auf die Förderung positiver oder alternativer Möglichkeiten, um gar nicht erst der Illusion Vorschub zu leisten, daß protektive Faktoren alle negativen und adversiven Einflüsse „abpuffern“ könnten und in der Lage wären, einen umfassenden Schutz (*protection*) zu gewährleisten. Protektive Faktoren sollten uneingeschränkt der Salutogenese zugute kommen, statt zur Kompensation oder beim „buffering“ pathogener Einflüsse verbraucht zu werden, womit sie für das Entwicklungspotential des Individuums verloren sind. Was das Konzept insgesamt bieten kann, sind diagnostische Raster für das Erkennen und Einschätzen von Situationen und Strategeme für die interventive Bereitstellung von schützenden und kompensatorischen Einflußmöglichkeiten, die die Entwicklung von Kindern – aber auch von Erwachsenen und alten Menschen (Brown, Harris 1978, Saup 1991) – in konstruktiver Weise zu fördern vermögen.

Betrachten wir die Forschungslage zu Risiko- und protektiven Faktoren, so zeigt sich, daß wir in der Regel Studien mit großen Untersuchungspopulationen haben, die in einem „true

experimental control group research design“ durchgeführt wurden. Wir wissen deshalb in recht allgemeiner Weise, welche protektiven Faktoren in „Multi-Problem-Haushalten“, schwerwiegendem Umgebungsstreß als „challengers“ Kindern das Überleben zu sichern helfen. „The data from developmental psychopathology (Garmezy 1983; Rutter 1983) indicate that factors such as intelligence, sex of child, age of child, and family socioeconomic status have value as predictors of how well children *on the average* will weather stresses. The challenge is to understand how and when these and other factors can deflect risks and reflect processes that mediate the experiences of the individual child“ (Radke-Yarrow, Sherman 1990, 101). Diese Aufgabe kann durch „single case studies“ im Rahmen solcher umfassender Untersuchungsprojekte bewältigt werden. Die Untersuchungen von Masten (et al. 1990) und Radke-Yarrow, Sherman (1990) sind Beispiele für derartige kombinierte Forschungsstrategien, die auch zeigen, *wie* Schutz und *vor was* Schutz gegeben wird, *wie* „Unverwundbarkeit“ und *gegenüber welchen* Einflüssen Unverwundbarkeit gewonnen werden kann oder ob es überhaupt so etwas wie „Unverwundbarkeit“ oder eine prinzipielle Robustheit gibt. Auch wird sich das Problem der Beeinflussung späterer Lebensphasen durch frühere nur durch eine große Zahl von Feinanalysen aufklären lassen, denn die Beziehungen zwischen Kindheitsschädigungen und -problemen und späteren Fehlentwicklungen sind außerordentlich komplex (Sroufe, Rutter 1984, 17), so daß sich keine linearen oder eindimensionalen Ursache-Wirkungszusammenhänge herstellen lassen, eine Auffassung, die schon Anna Freud (1965, 151) vertrat: „There is not certainty that a particular type of infantile neurosis will prove to be the forrunner of the same type of adult neurosis.“

Eine differenzierte Betrachtung familiendynamischer Konstellationen und der in ihnen wirkenden protektiven Faktoren bzw. Prozesse macht auch deutlich, daß die überlebenssichernden Strategien, die Kindern vorübergehend weiterhelfen, nicht unbedingt funktional

für spätere Lebensbewältigung sind. *Radke-Yarrow, Sherman* (1990) fanden heraus, daß „each survivor-child has been found to fulfill a need of one or both ill parents that also serves the child positively, at least for the present“ (ibid. 118). Aber eine solche Anpassung „harbors the seeds of possible future serious problems“... „these children will be able to satisfy their parents' needs and their own needs only at increasing costs to the children themselves“ (ibid.). Hier wird man an *Ferenczis* Überlegungen zu „malignen Progressionen“ (*Ferenczi* 1932; *Petzold* 1969c) erinnert. Eine differentielle und kontextuelle Betrachtung des Konstruktes „protektiver Faktoren“ wird deshalb unerlässlich. Der derzeitige Forschungsstand hat zwar dargestellt, „daß“ protektive Faktoren wirken. Die Frage nach dem „Wie“, insbesondere nach der Interaktion der verschiedenen Einflußgrößen, bleibt nach wie vor ungeklärt bzw. muß in der Betrachtung jedes einzelnen Schicksals exploriert werden. *Kalverboer* (1988) faßt die derzeitige Situation wie folgt zusammen: „Tatsächlich kommt man heute noch nicht weiter als zu einer Zusammenstellung umfassender Tabellen von Faktoren, die Risiken bieten oder mindern, ohne daß man ein genaueres Wissen über wechselseitige Beziehungen hat oder über die Art und Weise, wie sie die Entwicklung des Verhaltens beeinflussen“. Es geht also um die *Gewichtung* von Faktoren, und eine solche wird wiederum im Hinblick auf Zielsetzungen erfolgen müssen: Ist man mehr auf diagnostische Erkenntnisse gerichtet oder auf interventive Ziele? Für die Psychotherapie sind beide Dimensionen wesentlich!

Wir wollen im folgenden eine Zusammenstellung von Aspekten geben, die uns sowohl für die Praxis der Kindertherapie wesentlich erscheinen als auch für die rekonstruktive Arbeit in der Therapie Erwachsener, welche im Sinne eines „hermeneutischen Durchdringens der Lebensgeschichte“ dazu beitragen will, an Verständnis für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit zu gewinnen. Da das eigene Identitätserleben ein Verstehen der persönlichen Geschichte erfordert, wird es wichtig werden, auf

die Gesamtheit biographischer Formierungsprozesse zu schauen (*Petzold, Schuch* 1991) und nicht nur auf die traumatischen Erfahrungen. Unter einer solchen psychotherapeutischen Perspektive wird also protektiven Faktoren, benignen Vergangenheitserfahrungen in einer Therapie von Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommen. Es wird dabei *retrospektiv* vielleicht deutlich werden können, welche wesentlichen Bezugspersonen durch welche Supportleistungen überlebenssichernde und salutogene Funktionen in einer Biographie hatten (*Garmezy* 1983, 76f; *Tress* 1986) und welche Copingstrategien in Kinderzeiten probat waren (*Honig* 1986), welche gegenwärtig (*aspektiv*) noch nützlich sind oder aber im Sinne einer dysfunktionalen Fixierung als überholt betrachtet werden müssen und schließlich welche unter *prospektiver* Optik für die Zukunft noch Bedeutung haben könnten. Letztlich wird der Stellenwert deutlich, den Großeltern, Geschwister und Freunde gehabt haben – die Longitudinalforschung weist klar ihre protektive Bedeutung aus (*Werner* 1985, 350) – und welche Personen als „innere Beistände“ (*Petzold* 1985) internalisiert wurden. Das Bewußtmachen solcher „Beistände“ erschließt persönliche *Ressourcen* und stabilisiert die Persönlichkeit, besonders, wenn man eine persönlichkeits-theoretische Perspektive zugrunde legt, in der „personality“ nicht nur als die Gesamtheit der Selbstrepräsentanzen bzw. Selbstkonzepte gesehen wird, sondern diesen auch noch die Repräsentanzen wichtiger Bezugspersonen zugeordnet werden. Auch die verinnerlichten Bilder bzw. Fremdbilder, *Imagines* von Menschen, die ich „in mir trage“, bestimmen die Persönlichkeit (*Petzold* 1992a). Durch eine biographische Betrachtung der positiven, negativen und Defiziterfahrung wird der „*sense of coherence*“ gefördert, den *Antonovsky* (1979, 123) als so bedeutsam für seelische Gesundheit ansieht. Eine solche Erfahrung des Integrierens und positiven Antizipierens wird durch gegenwartsbezogene biographische *und* prospektiv orientierte Therapie mit umfassenden Perspektiven (*Petzold, Orth* 1993) konstituiert, denn sie

stellt „Zusammenhänge“ her. „Sinn“ aber scheint nur in Zusammenhängen auf und schafft als gemeinschaftlich getragenes Unterfangen einen Vertrauenshintergrund (*confidentia*), der es ermöglicht, negative soziale Komplexität zu reduzieren (Luhmann 1971, 1978). Die nachstehende Zusammenstellung zum Konstrukt „*protektiver Faktoren*“ bzw. „*protektiver Prozesse*“ ist auf dem Hintergrund der soeben umrissenen therapeutisch-interventiven Interessenlage zu sehen.

2.1 Die Wichtigkeit eines guten Anfangs

In den traditionellen Anamneseschemata tiefenpsychologisch ausgerichteter Psychotherapeuten, aber auch theoretisch anders orientierter klinischer Psychologen findet sich in der Regel die Frage nach pränatalen, perinatalen oder postnatalen Komplikationen. Frühgeburt, ein zu niedriges Geburtsgewicht, ein Oxygendefizit zur Zeit der Geburt werden als Entwicklungsrisiken betrachtet und mehr noch: als bedeutsame Ursachen oder Teilursachen späterer Fehlentwicklungen und seelischer Erkrankungen. Bei Kindern mit perinatalen Komplikationen wird versucht, durch ein sorgfältiges, neurologisches *Assessment* (z. B. *Apgar-Test*) festzustellen, ob Schädigungen vorliegen, um diese so früh wie möglich zu entdecken und behandeln zu können. Die Auswirkungen derartiger „früher Entwicklungsrisiken“ von Neugeborenen sind vielfach unter longitudinaler Perspektive untersucht worden, und es besteht kein Zweifel, daß postnatal objektivierbare Schädigungen, wie z. B. Hirnläsionen, ein erhebliches Risiko für die weitere Entwicklung des Kindes bieten (van Engeland 1988; Rauh 1989). Bei einer differentiellen Betrachtung wird aber deutlich, daß die Auswirkung von prä-, peri- und postnatalen Belastungen oder Schädigungen im Einzelfall sehr stark variieren. Die stereotype anamnestiche Frage nach den Bedingungen der Geburt („schwer“ oder „leicht“, lange Dauer, Kaiserschnitt etc.) steht indes im psychoanalytischen Paradigma auf einem anderen Boden als die Frage nach medizinisch objektivierbaren, somatischen bzw. zerebralen Schädigungen. Für

Freud (1920, 385) war die Geburt „Quelle und Vorbild für den Angsteffekt“, eine *Uranngst*, die durch die traumatische Erfahrung des Geburtsaktes gesetzt wurde. Seine Schüler Otto Rank (1924) und Siegfried Bernfeld (1925) entwickelten auf diesem Boden die Theorie vom „Geburtstrauma“. Dieser Gedanke, in denen die jüdisch-christliche Erbsündenlehre im säkularisierten Gewand der Tiefenpsychologie Urstände feiert (wie Eva, durch die „alle Sünde“ in die Welt kam, wird jede Frau an ihrem Kind schuldig, durch das Faktum des Gebärens, indem sie ihm eine Uranngst, ein Trauma mit auf den Lebensweg gibt), hat zahlreiche Anhänger gefunden. Bis heute findet sie sich mehr oder weniger deutlich in der „psychoanalytic community“, aber auch Autoren wie Laing (1976, 30-68), Janov (1970), Freundlich (1981), Grof (1978), Orr (1977) und auch Bioenergetiker wie Reich, Lowen, Boadella vertreten diese Auffassung. Zweifelsohne gibt es traumatische Geburten, pränatale Schädigungen. Auch ist es auf dem Hintergrund dieses kryptoreligiösen Diskurses verstehbar, wenn viele Menschen das Geburtsergebnis als pathogenes, traumatisches Widerfahrnis in ihre subjektiven Krankheitstheorien (Flick 1991) einbauen, die aus „sozialen Repräsentationen“ (Moscovici 1984), kollektiven „Glaubenssystemen“ (believe systems) gespeist werden. Aber klinisch arbeitende Psychologen und Psychotherapeuten sollten derartige Annahmen anhand von Forschungsergebnissen überprüfen. Leider geschieht dies in der Regel nicht, wie die Unausrottbarkeit mehr oder weniger prägnant formulierter Konzepte über die pathogene Wirkung der Geburt in der Vorstellung von Patienten und mehr noch, von Therapeuten zeigt. Für normal verlaufende Geburten von „*full-term babies*“ kann ausgesagt werden, daß sie *nicht* traumatisiert erscheinen (MacFarlane 1978), vergleicht man diese Säuglinge mit denen, die eine schwere, komplizierte Geburt (das sind in den westlichen Industrienationen zwischen 2,4 – 4 %) durchlaufen haben oder die durch Unfall und Mißhandlung traumatisiert wurden und die dann durch ein spezifisches, klinisches Bild imponieren.

In der klinischen Praxis ist es vielfach üblich, bei älteren Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und Problemlagen unter retrospektiver Perspektive Kausalitäten in „frühen Schädigungen“ zu sehen. Therapeuten und Eltern, unter *Erklärungszwang* stehend, suchen nach *Ursachen* und „finden“ sie oft genug in einer schweren Geburt, die natürlich Eltern von anderen, möglicherweise problematischeren Ursachen freistellt und Therapeuten davon entbindet, weiter nach solchen zu forschen. Kaum jemals wird überdies bei biographischen Anamnesen in der Psychotherapie geklärt, was denn eine „schwere“ oder eine „komplizierte“ Geburt sei, geschweige denn, daß Krankenhausakten beigezogen würden. Wir haben als Stichprobe aus einer Population von 14 Kindern aus der kinderpsychotherapeutischen Ambulanz (Alter zwischen vier und sechs Jahren mit verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten und Störungen), bei denen die Mütter in der Anamnese eine „schwere Geburt“ angaben, die Angaben anhand der obstetrischen Dokumentation zu objektivieren versucht. In den neun Fällen, wo dies gelang, bestätigt sich diese Aussage nur einmal. Die übrigen Angaben müssen auf das Konto subjektiven Erlebens, des Erklärungsbedürfnisses oder der Suggestivität der Exploration von seiten der Therapeuten gebucht werden. Unter einer derartigen pathologisierenden Perspektive leitet die Geburt ein „continuum of reproductive wastage“ (Liliensfeld, Parkhurst 1951) bzw. ein „continuum of reproductive casualty“ (Pasamanick, Knobloch 1966) ein. Prospektive Studien allerdings demonstrieren, daß andere Faktoren gleichgewichtig oder sogar gewichtiger sein können (Garmezzy 1981; Werner 1985). Ja, es konnte schon sehr früh bei einer Population von einigen hundert Neugeborenen gezeigt werden, daß perinatale Anoxie, obgleich sie in der unmittelbaren postnatalen Phase eine Beeinträchtigung des neurologischen und des Entwicklungsstatus bewirkt, bei der Nachuntersuchung mit drei Jahren und mit sieben Jahren sich *nicht* als signifikanter Prädiktor für Fehlentwicklungen erwies (Graham et al. 1956, 1962; Corah et al. 1965). Die bekannte Untersuchung von Broman (et al. 1975) in

der 53.000 amerikanischen Kinder im „Perinatal Project of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke“ über sechs Jahre (1959-1965) in einem prospektiven Design untersucht wurden, konnte zeigen, daß verlässliche Prädiktoren im Hinblick auf spätere kognitive Kompetenz *sozioökonomische Faktoren* waren, insbesondere der Bildungsstand der Mutter, daß also Armut und negative Umwelteinflüsse für Kindersterblichkeit, Erkrankungen und problematische Entwicklungsverläufe ausschlaggebend waren, obgleich natürlich objektivierbare hirnorganische Schädigungen und pränatale Entwicklungsrückstände gleichfalls signifikanten Einfluß hatten (Niswander, Gordon 1972). Die schon mehrfach zitierte, 1954 begonnene Studie von Werner (et al. 1971, 1977, 1982) bei einer Kohorte von 857 Geburten, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Sameroff, Chandler (1975) ersetzen deshalb den Begriff „continuum of reproductive casualty“ durch den eines „continuum of caretaking casualty“. In ihrer Übersichtsarbeit kommen sie zu dem Schluß, daß die ökonomische, soziale und familiäre Situation Entwicklungsrisiken in hohem Maße bestimmt und ein „schlechter Anfang“ nicht unbedingt wegen des Anfangs zu einem „schlechten Ende“ gerät, sondern wegen der Fortsetzung von Negativeinflüssen (*adversive events*) und dem Fehlen protektiver und supportiver Einflüsse (Rutter 1989; Robins, Rutter 1990). Es ist aber nicht nur der soziale Kontext, der über den Verlauf von Entwicklungen entscheidet. Es gibt auch andere spezifische Einflüsse, durch die sich Gruppen von Risikokindern differenzieren lassen. Sameroff (1975) zeigt, daß Kindesvernachlässigung und Kindesmißhandlungen bei Kindern mit einem niedrigen Geburtsgewicht häufiger vorkommen als bei normalgewichtigen Kindern. 10 % aller Neugeborenen haben ein zu niedriges Geburtsgewicht. Klein und Stern (1971) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, daß 40 % der mißhandelten und vernachlässigten Kinder ein zu niedriges Geburtsgewicht hatten, also offensichtlich der Schwierigkeitsgrad dieser Kinder, ihr „a-typisches Verhalten“ zu keinem positiven „paren-

ting“ führte, sondern über Verunsicherung und Frustration das Mißhandlungsrisiko erhöhte. *Rheingold* (1966) konnte in einer Untersuchung zeigen, daß die äußerliche Erscheinung eines Kindes das Ernährungsverhalten der Eltern bestimmte. Diese und ähnliche Befunde haben *Sameroff* (1975) zu seinem „transaktionalen Modell der Erforschung von Mutter-Kind-Interaktionen“ geführt, das den Akzent von einer „monadistischen“ Betrachtung des Säuglings zu einer Betrachtung gesunder und pathologischer Beziehungen verschob (*Sameroff, Emde* 1989). Beispielfhaft sei für diesen Ansatz das „Mother-Child-Interaction-Research-Project“ an der Universität von Minnesota genannt, das sich unter anderem mit dem Einfluß persönlicher Streßfaktoren der Mutter auf die Mutter-Kind-Interaktion befaßt. Hoher, *zeitextendierter Streß* der Mutter beeinflusste die Interaktion negativ und dies stärker bei Müttern von Mädchen als bei Müttern von Jungen. Bei Müttern mit Mädchen im Alter von etwa sechs Monaten begann sich in signifikanter Abhängigkeit von ihrem Streß ein unempathisches Parenting-Verhalten auszubilden. Bis zum dritten Lebensjahr wurden die Unterschiede zwischen der Gruppe von Müttern und Mädchen und Müttern und Jungen immer größer (*Pianta, Egeland* 1990). Die Autoren stellten auch eine Änderung im Verhalten der Mädchen ihren Müttern gegenüber fest: „By 42 months it appeared that the girls had adopted a strategy of disengaging from or resisting their mothers“ (ibid.). Unter transaktionaler Perspektive liegt der Schluß nahe, daß hier ein Interaktionsprozeß von zunehmender Negativität entstanden ist.

Forschungen scheinen nahezuzeigen, daß die Untersuchung derartiger Interaktionen und der sie determinierenden Bedingungen Prädikatoren für Kindesmißhandlungen hergeben (*Egeland et al.* 1980; *Pianta et al.* 1986, 1989; *Cicchetti, Carlson* 1989). In eine ähnliche Richtung weist das „scoop-model“ (*Kopp, McCall* 1982). Die Autoren gehen davon aus, daß Kinder in den ersten beiden Lebensjahren biologisch gut gegen negative Umwelteinflüsse und adverse Erfahrungen – bewirkt etwa durch Unzufriedenheit und

Ungeschicktheit der Eltern – abgeschirmt (*buffered*) sind. Die Untersuchung verweist darauf, daß bei Kindern mit einem Handicap oder bei Risikokindern dieser „Puffer“ reduziert ist und daß unter transaktionaler Perspektive auch mit einem größeren Maß an Negativinflüssen zu rechnen ist, da sie an ihre Umgebung höhere Anforderungen stellen, die durch die damit gegebenen höheren Belastungen negativ zu Buche schlagen. Eine Studie von *Escalona* (1982) unterstützt diese Auffassung. Sie untersuchte prospektiv 114 Couveuse-Kinder (hauptsächlich Frühgeborene) über einen Zeitraum von 3,5 Jahren. Die meisten Säuglinge stammten aus farbigen Armutspopulationen. Bis zum Alter von 15 Monaten zeigte sich eine weitgehend normale kognitive Entwicklung. Beim Meßzeitpunkt von 28 Monaten fand sich ein Abfallen des kognitiven Niveaus (was für die These einer erhöhten Vulnerabilität im zweiten Lebensjahr spricht, vgl. *Vyt* 1989) und zwar in direkter Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familie. Die Negativentwicklung hielt auch weiterhin an. Die Untersuchung von *Escalona* weist darauf hin, daß auch bei „fullterm-babies“ negative Kontextbedingungen Wirkung zeigen, Frühgeborene aber eine erhöhte Sensibilität bzw. Vulnerabilität aufweisen.

Konzepte wie das der „biologischen Abschirmung“, des „Puffers“, der „relativen Robustheit“ oder das der hohen Kompensationsfähigkeit wurden aufgrund der Untersuchungen von Kindern mit verschiedenen medizinischen Risiken (*O'Dougherty, Wright* 1990) entwickelt. Sie betonen die „Kompetenz“ von Säuglingen, seine Fähigkeit, auf die Umwelt einzuwirken (*Rauh* 1989), so daß sie – wie *Bronfenbrenner* (1988 zitiert bei *Rauh* 1989) hervorhob – auf diese Weise selbst ihre Entwicklung beeinflussen. Eine solche Sicht setzt einen gewichtigen Kontrapunkt gegen die pathologisierende Darstellung des Säuglings durch *Freud* und in seiner Folge durch *Spitz, Mahler* und in Sonderheit durch *Melanie Klein* und die in ihrem Einfluß stehenden Analytiker, z. B. *Bion, Kernberg* u. a. sowie gegen die auf diesen einseitigen und zum Teil falschen Annahmen aufbauenden Pathogenesetheorien dieser Autoren. Wir haben

an anderer Stelle diesen Aspekt psychoanalytischer Theorienbildung als „unbewußten Ausdruck protektiver Impulse gegenüber dem Säugling“ gedeutet (Petzold 1991c): Indem man ihn als extrem hilflos und krank hinstellt, wird damit einem (genetisch vorgegebenen) „parenting-programme“ (Papoušek, Papoušek 1981) der Fürsorge und des Schutzes entsprochen. Es liegt nach dieser Darstellung wichtiger Befunde klinischer Entwicklungspsychologie die Konklusion nahe: Theoreme über offenbar monokausal wirkende „frühe Störungen“ sollten nicht zur Grundlage weitreichender Schlußfolgerungen für die Krankheitslehre gemacht werden, etwa für die Pathogenese der Borderline-Erkrankung (Rhode-Dachser 1979; vgl. aber die halbherzigen Infragestellungen ihrer Position im Vorwort zur neuesten Auflage aufgrund einer selektiven Rezeption der neueren Babyforschung, ohne daß von der Autorin die angedeutete, notwendige Revision – und sie müßte eine sehr grundsätzliche werden – der Theorie in Angriff genommen worden wäre, eadem 1989).

Die Vorstellung vom „kompetenten Säugling“ (vgl. Stone et al. 1973 und jetzt Dornes 1993), der aufgrund protektiver Faktoren Entwicklungsrisiken meistern und Entwicklungsrückstände aufholen kann, eröffnet eine positive Perspektive, nicht zuletzt in interventiver Hinsicht, wenn es nämlich gelingt, das „continuum of casualty and caretaking“ zu beeinflussen und zu verändern, „Ketten adversiver Ereignisse“ durch das Heranführen von Ressourcen und Zur-Verfügungstellen supportiver Faktoren, d. h. durch das Initiieren „protektiver Prozesse“ zu beeinflussen. Es wäre aber verfehlt, aufgrund der Forschungslage von einem „robusten“ oder gar „unverwüstlichen“ Säugling zu sprechen, nur weil salutogene Einflußgrößen Risiken vermindern und protektive Faktoren eine gewisse Widerstandsfähigkeit fördern und weil offenbar in der Säuglingszeit eine gute Elastizität gegeben ist.

Als Folgerung der in diesem Abschnitt referierten Studien kann man durchaus festhalten: Ein guter Anfang ist wichtig – und eine normal verlaufende Geburt ist ein guter Anfang –, aber sie

ist nicht die uneingeschränkte und bedeutendste Einflußgröße für den Verlauf der weiteren Entwicklung. Die Eigenschaften des Kindes sind ein bestimmendes Moment. Seine Interaktion mit den relevanten „caretakers“ und deren Interaktion mit dem Säugling über die Zeit hin sind ein ausschlaggebendes Moment, und Babys, die in dieser Interaktion kompetent sind und eine aktive Rolle spielen, haben besonders gute Entwicklungschancen. Säuglinge mit einem Handicap oder massiven Entwicklungsrisiken sind auch für ihre weitere Entwicklung mehr „at risk“, nicht zuletzt, weil sie im Zusammenspiel mit ihren relevanten Bezugspersonen weniger zu „stimmigen“ Interaktionen kommen, zu einem guten „fit“, guten „matches“, gutem „affect attunement“ (Stern 1985), einer optimalen „Kommutibilität“ (Petzold 1991e) oder „Kontingenz“ (DeCasper, Carstens 1981). So kann kommunikative Kompetenz und Performanz sowohl von seiten des Säuglings als von seiten der Mutter bzw. anderer „relevant caregivers“ als ein bedeutsamer protektiver Faktor gesehen werden, der gelingende Interaktion ermöglicht. Beeinträchtigungen bei einem oder beiden der Interaktionspartner „Kind und Erwachsener“ erhöhen das Risiko mißlingender Kommunikation und damit gesunder Entwicklung erheblich.

2.2 Situations- und Selbstbewertungen

Schon im pränatalen Bereich reagiert der Föte im letzten Gestationstertial auf Schmerzreize mit einem „agitiert-motorischen Muster“. Säuglinge versuchen, motorisch adversiver Stimulierung zu entgehen. Von diesen einfachen Reaktionsweisen bis zu einer negativen Situationsbewertung ist es ein langer Weg. Eine solche beginnt sich im zweiten Lebensjahr mit dem Erwachen der persönlichen „awareness“ (Kagan 1981) zu entwickeln (Vyt 1989). Die Bedingungen, die zu archaischen Situationsbewertungen führen, hat Katherine Nelson (1989) aufgrund von Einschlafmonologen und Eltern-Kind-Dialogen aus diesem Zeitraum dokumentiert. In dieser „world of stories“ (Stern

1989a, 1990), in der sich eine Biographie zu formieren beginnt, werden *Identifizierungen*, d. h. Attributionen aus dem Außenfeld allmählich einfachen und in der Folge immer komplexer werdenden Bewertungsprozessen (*appraisal, valuation*) unterzogen. Die Ermöglichung solcher Bewertungsprozesse ist ein äußerst wichtiges Moment in der Eltern-Kind-Interaktion des zweiten Lebensjahres. Diese Interaktion ist nicht mehr nur durch Muster des „*intuitive parenting*“ als „mitgegebenen Handlungskompetenzen“ gesichert, sondern erfordert von den Eltern empathische Leistungen, ein „*sensitive caregiving*“ (Vyt 1989; Petzold 1991e), das gewährleistet, daß das Kind in einer Art „psychologischer Atempause“ eine *Resonanz* auf die eingehenden Attributionen finden kann, sie mit vorgängigen Erfahrungen – insbesondere seinen rudimentären Identitätsfolien und Selbstkonzepten – abgleicht, um sie innerlich abzulehnen oder sie mit *Identifikationen* zu belegen (vgl. Petzold 1992a, 530 f). Dieses Moment des „*appraisal*“ ist in der Regel als *kognitives* herausgestellt worden. Eine solche Zuordnung greift sicher zu kurz, es sei denn, man faßt den Kognitionsbegriff so weit (und dann wahrscheinlich unzulässig weit), daß man das Moment der Emotionalität unter ihm subsumiert.

Die neuere Emotionsforschung und komplexe Emotionstheorien geben zu einer solchen Annahme keinen Anlaß (Izard 1977; Leventhal 1979; vgl. Petzold 1991b). In Bewertungsprozesse gehen kognitive *und* emotionale Schemata ein, ja, blickt man auf Mimik, Gestik, Haltung, so wird deutlich: Die *appraisals* oder *valuations* werden auch von *somato-motorischen Schemata* begleitet. In den Prozessen der Identitätsbildung, die im zweiten Lebensjahr mit Ausbildung einer „archaischen Identität“ (Petzold 1991e) beginnen und im vierten Lebensjahr einen Kulminationspunkt erfahren, spielen Bewertungsparameter, d. h. kognitive Einschätzungen *und* ihre emotionalen Konnotationen eine große Rolle, denn sind sie positiv, so stellen sie einen gewichtigen protektiven Faktor dar, sind sie negativ, so führen sie zu negativen „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) über das

Selbst, d. h. sie konstituieren Risikofaktoren. Dem Aufbau positiver „selbstreferentieller Gefühle“ (Petzold 1992a, 823 ff.) als Grundlage der Ausbildung positiver Selbstkonzepte und eines positiven Identitätserlebens ist deshalb größte Bedeutung zuzumessen. Nur Menschen, die ein klares *Selbstgefühl* haben, eine *Selbstgewißheit*, die sich zum *Selbstwertgefühl* verdichtet und dann zu einem positiven *Selbstbewußtsein* führt (ibid., 677 ff.), Menschen, die nicht von Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstzweifeln gequält werden, die sich nicht abwerten, sondern sich für wertvoll halten (weil sie Wertschätzung erfahren haben), haben gute Chancen in der Bewältigung ihrer „Entwicklungsaufgaben“ (Havinghurst). Feinanalysen des Aufbaus von Selbstkonzepten zeigen, daß diese wesentlich durch die Internalisierung positiver Attributionen aus dem sozialen Kontext erfolgen. Dabei spielen die Bezugspersonen oder zumindest *eine* wichtige, positive Bezugsperson eine wesentliche Rolle, wie aus verschiedenen Longitudinalstudien ersichtlich wird (siehe unter 2.5). Das „*appraisal*“ gewinnt, ist es einmal ausgebildet, eine bestimmende Qualität für unsere Situationswahrnehmung. Zimrin (1986) hat in seinen Longitudinaluntersuchungen zu „Überlebensstrategien“ eine Reihe instruktiver Beispiele für das Moment des „*appraisal*“ gebracht, die zeigen, daß es sich hier keineswegs nur um eine kognitive, sondern auch um emotionale Bewertungen handelt (wir ziehen daher den Begriff der „*valuation*“ vor, vgl. Petzold 1992a, 532 ff.). Ein Junge der Untersuchungsgruppe Zimrins berichtet, daß seine Mutter ihn mit dem Satz vorstellte: „Haben Sie jemals etwas so Dummes gesehen?“ Der Junge erzählte dann den Forschern: „Ich blieb dazu stumm, aber in meinem Herzen sagte ich mir: Ich bin nicht blöde. Sie selbst ist blöde.“! Dieser Junge hatte durch protektive Umwelteinflüsse (die es unter Forschungsperspektive, aber auch in therapeutischen Prozessen jeweils zu lokalisieren gilt), die Möglichkeit entwickelt, *Identifizierungen* aus der Außenwelt, positive und negative Attributionen mit einem relativ stabilen Selbstkonzept abzugleichen *und* kognitiv sowie emo-

tional zu gewichten. Die Prägnanz des vorhandenen Selbstkonzeptes und die Fähigkeit zu solchen Bewertungen müssen als protektive Faktoren gesehen werden, denn fehlt es an Prägnanz des Selbstbildes oder ist dieses einseitig negativ, so daß eventuelle positive Attributionen gar nicht zum Tragen kommen können – was häufig bei negativen Selbstreferenzen, z. B. Minderwertigkeitsgefühlen der Fall ist –, so findet die Fähigkeit zu *appraisalvaluation* keinen Bezugspunkt oder zumindest keinen adäquaten, so daß es beständig zu Fehlwertungen kommt. Aus dem gleichen Forschungssample berichtet ein anderer Junge: „Zu Hause ist alles Scheiße, aber woanders lernte ich, daß ich etwas wert bin. Die Kinder in Schule haßten mich, aber mein Zeugnis war hervorragend, und die Lehrer schätzten meine Leistung“ (ibid). Hier wird deutlich, wie externaler Support ein positives Selbstbild aufbauen und soweit stärken kann, daß dieses zum „protektiven Faktor“ gegenüber feindseligen (*adversive*) Einflüssen und externalen Negativattributionen wird. Die positive Selbstattribution bzw. die Bewertung der eigenen Möglichkeiten, des eigenen Wertes, ist stärker. Noch ein anderer Junge berichtet über seine Mutter: „She beats me because she is disturbed... and.... I just happened to fall into her hands.“ Hier ist offensichtlich die Möglichkeit gewachsen, das eigene, gesunde und normale Funktionieren gegenüber einem kranken, verwirrten, pathologischen Verhalten abzuwägen (she is disturbed). Diese Bewertung gewinnt einen protektiven Charakter. Sie hat einen Erklärungswert. Das Kind sieht die Schicksalhaftigkeit seiner Situation und auch, daß seine Mutter nicht böse ist, „just disturbed“. Eine derartige „innere Distanzierung“ von der Situation wird natürlich als Schutzfaktor allein nicht genügen, weil die auftretenden, emotionalen Defizite – hier etwa Vernachlässigung und Mißhandlung – kompensiert werden müssen. Unter Forschungsperspektive (und natürlich auch unter klinisch-therapeutischer) müßte gefragt werden, wo diese protektiven Faktoren anzusiedeln sind, denn ein Mädchen des gleichen Forschungssamples kommt zu einer ganz ande-

ren Bewertung: „It is impossible that they beat me like that if I don't deserve it“ (Zimrin 1986, 140). Es geht aus diesen Beispielen aus der Untersuchung von Zimrin – und jeder praktizierende Kinderpsychotherapeut würde zahlreiche ähnlich gelagerte Beispiele aufführen können – hervor, daß Kinder für vergleichbare Negativsituationen völlig verschiedene *Valuationen* haben und daß sie über unterschiedliche Kompetenzen verfügen, mit derartigen Situationen umzugehen. Es wird damit deutlich, daß negative „events“ allein keine hinreichende Erklärungsgrundlage für Fehlentwicklungen bieten, sondern daß eine *transaktionale* Beziehung zwischen *externalen*, situativen Aspekten und *internalen*, individuumsspezifischen Dimensionen in den Blick genommen werden müssen bzw. die psychobiologische Konstitution, das Temperament, die kognitive und emotionale Bewertung von Situationen, das Selbstbild, wobei diese Größen natürlich in ihrer Ausprägung nicht ganz unabhängig von Situationseinflüssen sind. Die Untersuchung früher Formierungsprozesse (Dunn 1987, 16; Nelson 1990; Stern 1985; Bischof-Köhler 1989) zeigt dabei, daß die Beziehung von Kindern zu ihrer Umgebung aktiver ist und stärker von Momenten kognitiver Kompetenz und emotionaler Bewertung bestimmt wird, als dies bislang angenommen wurde (Hopkins 1989; Rutter 1990), wobei allerdings kulturspezifische Einflußgrößen mit in Betracht gezogen werden müssen (Barrat 1993).

Der von der Longitudinalforschung herausgearbeitete Stellenwert des positiven Selbstbildes als protektiver Faktor hat für biographische, therapeutische Arbeit in diagnostischer und interventiver Hinsicht eine hervorragende Bedeutung. In anamnestic-explorativer Arbeit müssen die Bedingungen des Entstehens von *selbstreferentiellen Gefühle* (Petzold 1992b), von *Selbstbildern* und *Identitätsfolien* angeschaut werden, und es muß versucht werden, aufgefundene Defizite oder Schädigungen durch therapeutische Maßnahmen zu kompensieren, d. h. neue Möglichkeiten der kognitiven und emotionalen Selbstbewertung durch die Verinnerlichung externaler Fremdbewertungen (wie-

derum auf kognitiver und emotionaler Ebene) zu korrigieren (vgl. 4).

Garnezy (1981) nennt unter den Faktoren, die „kompetente Kinder“ in benachteiligten Familiensituationen auszeichnen, Kinder also, die trotz Armut und familiärer Probleme überleben und eine positive Persönlichkeitsentwicklung nehmen können, als bedeutende, persönliche Eigenschaft den „*positive sense of self*“. *Werner* (1986) findet den gleichen Faktor, den er „*positive self-concept*“ nennt, und *Murphy* und *Moriarty* (1976) umschreiben die Zusammenhänge einfach: „*the child likes himself*“. Die Studie von *Zimrin* (1986) stellt denn auch im „*survival profile*“ für Kinder mit der besten Bewältigungsleistung ein hohes Maß positiver Selbstwertung als wichtigsten Faktor heraus.

Diese longitudinalen Untersuchungen verwenden den Begriff des „*self*“ ohne explizite theoretische Anbindung. Im Hintergrund stehen in der Regel die Annahme kognitiver Schemata oder psychodynamische Gleichgewichtsmodelle (bei *Murphy, Moriarty* 1976). Es wird hier der Bedarf an persönlichkeits-theoretischer Konzeptualisierung deutlich, die Aufgabe, Entwicklungspsychologie und Persönlichkeitstheorie zu verbinden, zumindest wenn man in klinisch interventiver Hinsicht therapeutisch tätig werden will. Es wird aufgrund der vorliegenden Forschung, insbesondere bei komplexeren Designs (*Werner, Smith* 1982) ersichtlich, daß es sich bei Bewertungsprozessen nicht nur um *kognitive Stile* handelt, sondern daß vielmehr *kommunikativ-interaktive Momente* als *Verhaltensstile* oder -schemata ins Spiel kommen, daß *emotionale Stile* oder Schemata (*Ulich* 1992; *Petzold* 1991e) einbezogen werden müssen und – unter neuromotorischer Perspektive – auch *sensumotorische Stile* oder Schemata, wie sie sich in Mimik, Gestik, Bewegung, Koordination, Tonus, endokrinem und immunologischem Geschehen – psychosomatischen Reaktionsbildungen also – zeigen (*de Groot* et al. 1992; *Kalverboer* et al. 1993; *Salvesbergh* 1993; *Hopkins, Vermeer* 1992). Daß die konzeptuelle Basis breiter gefaßt werden muß, als dies mit einem ausschließlich kognitivistischen Ansatz geschieht,

mag exemplarisch an einer Arbeit von *Dunn* (1987) demonstriert werden, die nach einer Erklärung für das Faktum sucht, daß die Wirkung von *zwei* Krankenhausaufnahmen für Kinder belastender ist als der Streß *einer* Hospitalisierung (dabei müßte allerdings berücksichtigt werden, welche Erfahrungen diese Kinder mit dem Krankenhausaufenthalt gemacht haben). Die Autorin erklärt den nachhaltigen Einfluß der zweiten Krankenhausaufnahme durch eine „sensitivisierende“, kognitive Bewertung aufgrund der Reflexion der ersten Hospitalisierung (ibid. 20). Die auf diese Weise entstehende „Empfindlichkeit“ in der Erinnerung an die Erstaufnahme und ihre *kognitive Bewertung* führen nach *Dunn* zu den ängstlichen und abwehrenden Reaktionen bei der zweiten Aufnahme. Hier geht es aber doch eindeutig – sowohl beim ersten wie beim zweiten Aufenthalt – auch um *emotionale Erfahrungen* und Reaktionen, und da diese Kinder aufgrund somatischer Krisensituationen hospitalisiert wurden, um ein eminent *leibliches* Geschehen. Wer mit Kindern bei Erst- und Mehrfachaufenthalten im Krankenhaus gearbeitet hat (wo Blut entnommen wird, Spritzen gesetzt werden, Bronchoskopien oder andere invasive, diagnostische Untersuchungen oder chirurgische Eingriffe vorgenommen werden müssen), weiß um das *leibliche* Abwehrverhalten in Form von Mimik, Gestik, Spannungsmustern, Kreislaufreaktionen etc. Die Vernachlässigung dieser Parameter in der Forschung kann eigentlich nur mit einer Abwehr dieses „hautnahen Geschehens“ durch die Kliniker und Forscher erklärt werden. Insgesamt tut also hier eine „ganzheitlichere Betrachtung“ not.

2.3 Die Bedeutung persönlicher Eigenschaften als protektive Faktoren

Es wurde schon verschiedentlich erwähnt, daß bestimmte persönliche Eigenschaften die Qualität „protektiver Faktoren“ haben können. Bei der Durchsicht der Literatur imponieren genetische Ausstattung, Temperament, Geschlecht, Selbstbild, soziale Fertigkeiten.

Grundsätzlich gehört zu den persönlichen (*internen*) protektiven Faktoren die basale Aus-

stattung und Vitalität des Organismus. Beim Säugling ist dies ein uneingeschränktes, optimales Funktionieren seiner sensumotorischen Fähigkeiten, seiner emotionalen und seiner sozial-kommunikativen Möglichkeiten sowie seines *kognitiven* Potentials. Dabei ist folgendes zu beachten: Die neuere Forschung zeigt, daß sich kognitive Funktionen nicht wie in der Theorie *Piagets* (und auch bei *Freud*) auf der Grundlage von sensumotorischen Fähigkeiten entwickeln, sondern daß kognitive Strukturen sich schon intrauterin ausbilden, so daß sie bei der Geburt da sind und sich folglich bei Kindern in den ersten Lebenswochen und -monaten erstaunliche kognitive Leistungen feststellen lassen (vgl. z. B. *Baillargeon et al.* 1992; *Diamond* 1990). Diese formieren sich zur Sensumotorik nicht synchron, sondern diachron. Wenn auch wechselseitige Einflüsse vorhanden sind, so sind sie doch eher schwach ausgeprägt, wie fehlende Signifikanzen in der Evaluation etwa des Ansatzes von *J. Ayres* zeigen (*Netelenbos* 1988). Es ist demnach von einer Non-Equivalenz des kognitiven und motorischen Bereiches auszugehen. Neben die Frage nach der Interaktion von kognitiven, emotionalen und motorischen Kompetenzen und Performanzen muß die Frage der „*domain specificity*“ gestellt werden, aus der sich die Frage nach der „*mediation*“ zwischen den „*domains*“ dann weiter (ibid. 292) aufklären läßt, was wiederum erhebliche interventive Konsequenzen haben könnte.

Es wäre also falsch, kognitiven Momenten und ihrer Förderung für den Frühbereich geringe Bedeutung zuzumessen. Das Maß an kognitiver Stimulierung in den Interaktionen von Müttern und Säuglingen ist beträchtlich, und das Faktum, daß der Bildungsstand der Mutter zu den protektiven Faktoren bei Risikokindern gehört, ist sicher nicht allein dem Umstand beizumessen, daß sich diese Mütter im Pflegeverhalten intelligenter verhalten oder sie bei Interventionsmaßnahmen besser kooperieren, sondern auch darin, daß sie in der Regel mehr kognitive Stimulierung bereitstellen und dieses Potential des Kindes besser zu nutzen verstehen. Gelingt es Bezugspersonen, die verschiedenen *Potentiale*

und „*domains*“ des Säuglings und Kleinkindes (und dies gilt prinzipiell für jedes Lebensstadium) optimal anzusprechen, zu vernetzen und zu fördern, dürfte darin ein wesentlicher salutogener Einfluß zu sehen sein.

Ein weiteres, bedeutsames Konzept, das bei Überlegungen zu protektiven Faktoren und Prozessen in den Blick genommen werden muß, ist das „*Temperament*“. Die Temperamentforschung (vgl. *Zentner* 1993a, b) hat in der US-amerikanischen Literatur zunehmend Beachtung gefunden und wird im deutschsprachigen Bereich erst in jüngster Zeit zur Kenntnis genommen – sie trägt am Erbe des Temperamentbegriffes, der in der deutschen Psychologie sehr zwiespältige Resonanzen auslöst. Da die Absicherung des Temperamentkonzeptes indes durch fundierte Longitudinalforschung gegeben ist, bietet es für das Verständnis von Entwicklungsprozessen und für die Therapie mit Kindern, Jugendlichen, aber auch mit Erwachsenen beachtenswerte Perspektiven.

„Unter *Temperament* ist der Verhaltensstil bzw. die Art und Weise zu verstehen, in der ein Kind Handlungen ausführt“. Definitionen dieser Art, wie man sie in der Literatur in dieser oder ähnlicher Form findet, haben keine hohe Eindeutigkeit. Deshalb hat man zur Umschreibung von Temperamenten beobachtbare Qualitäten verwendet, z. B. das Aktivitätsniveau, Stimmungsänderung, Neugierverhalten, Annäherung oder Rückzug „bei ungewohnten Situationen“, spezifische emotionale Reaktionen usw. Dies führte zu einer biopsychologischen bzw. ethologischen Theorie des Temperaments, die davon ausgeht, daß individuelle Reaktionen in psychophysiologischen Dispositionen gründen (*Kagan, Gibbons, Johnson, Reznick, Snidman* 1990). Temperamente sind Einflußgrößen im Umgang mit Umwelтанforderungen, insbesondere mit „*stressfull life events*“. *Swets-Gronert* (1988) gibt hier folgendes Beispiel: Zwei Jungen wechseln auf die Hauptschule und finden dort eine schwierige Situation auf dem Schulhof vor. Der erste Junge sagt: „Wenn sie mich verprügeln wollen, dann gehe ich einfach weiter, und dann denken sie, daß ich keine Angst

habe!“ Der andere Junge: „Wenn sie sich mit mir schlagen wollen, dann baue ich mich vor ihnen auf und mache einen Schritt nach vorne, und dann machen die einen Schritt nach hinten!“ Die Feinanalyse solcher Verhaltensweisen zeigt (und dies nicht nur in sorgfältigen retrospektiven Explorationen, sondern durch prospektive Forschung), daß es sich hier um *Verhaltensstile* im Sinne des Temperamentkonzeptes handelt. Im Kontext unserer Arbeit ist nun die Frage zu stellen, ob Temperament eine protektive Wirkung mit Blick auf widrige Umstände hat und haben kann. *Thomas, Chess* und *Birch* (1968), Protagonisten der Temperamentforschung, führten die Begriffe „einfaches“ und „schwieriges“ Temperament ein. Kinder mit einem „schwierigen Temperament“ haben einen Verhaltensstil, der für die Eltern und die Umgebung erhebliche Schwierigkeiten aufwirft durch negative Launen, heftige Reaktionen, Unausgeglichenheit, unregelmäßige Wach-, Schlaf- und Essensrhythmen, ein schlechtes Anpassungsvermögen, ein hohes Rückzugsverhalten. Kinder mit „einfachem Temperament“ zeigen die entgegengesetzten Eigenschaften. *Rutter* (1985) konnte aufgrund seiner Untersuchungen zeigen, daß Kinder mit einem einfachen Temperament gegenüber Disharmonien in der Familie weniger empfindlich sind, was durch die Forschungen von *Swets-Gronert* (1988) bestätigt wird: Kinder mit einfachem Temperament zeigen weniger negative Folgen bei leichten oder ernsteren Formen von Familienstreß. Hier aber tut eine differenzierende Betrachtung not. Es kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, daß ein Persönlichkeitsfaktor wie „einfaches oder schwieriges Temperament“ unbesehen als risikofördernder oder protektiver Faktor eingestuft werden kann. *Kalverboer* (1988) verweist auf Forschungen von *De Vries* (1984), aus denen sich ergibt, daß bei den Masai, einem afrikanischen Völkerstamm, gerade ein „schwieriges Temperament“ (im Sinne von *Thomas* und *Chess*) die Überlebenaussichten von Kindern erhöhte. Die Mortalität bei Kindern mit einem einfachen Temperament lag höher. *De Vries* argumentiert, daß die einfach

zu handhabenden Kinder nicht so gut imstande waren, das Versorgungsverhalten der Mütter abzurufen, wie die schwierigen. Es wird also der jeweilige soziokulturelle Kontext zu betrachten sein, um Aussagen darüber zu treffen, ob ein einfaches Temperament ein protektiver Faktor ist oder nicht. Auch im Hinblick auf das Geschlecht zeigt sich die Wichtigkeit der Kontextvariablen. In zahlreichen Forschungsarbeiten wurde deutlich, daß in der Gruppe der Kleinkinder und Kinder Mädchen gegenüber Risikofaktoren widerstandsfähiger sind als Jungen (*Garmezzy* 1981; *Rutter* 1981; *Dunn* 1987). Die schon erwähnte Studie von *Pianta* und *Egeland* (1990) zeigt aber ein anderes Ergebnis. Man wird also, ähnlich wie im Hinblick auf die „*labeled environments*“ (*Wachs, Gruen* 1982; *Richters, Weintraub* 1990), jeweils in Feinanalysen situationspezifische Bewertungsparameter zu erheben haben, weil Verhaltensbewertungen, kultur-, schicht-, ja familienspezifisch variieren können („Mein Sohn hat einen Dickschädel wie ich, der läßt sich nichts sagen!“ – schwieriges Temperament positiv bewertet; „Mein Sohn ist absolut schwierig. Er läßt sich nichts sagen. Es ist schlimm!“ – schwieriges Temperament negativ bewertet usw.).

Einfaches Temperament, ansprechendes Äußeres, Kontaktfähigkeit, kommunikative Kompetenz... all diese Eigenschaften als „individuelle Qualitäten“ einer Person erweisen sich nicht nur bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen als wichtige Einflußgrößen. Sie zeigen sich auch im Erwachsenenalter als protektive Einflußgrößen, nicht zuletzt auch als prognostische Indikatoren bei Patienten. Neurose-, Sucht- und Psychiatriepatienten, die die genannten Merkmale nicht aufweisen, sind genau die Gruppe, die immer wieder durch das *Netz* „der helfenden Agenturen“ fallen, nicht zuletzt, weil sie auch bei den Helfern schlechtere Karten haben als „sympathische“ Patienten. Die Frage, was in Patientenkarrerien Risiko- und protektive Faktoren sind, wird für die klinische Psychologie und für die Psychotherapie noch von großem Interesse sein.

2.4 Lebensstandard und psychosoziale Situation als Schutz- und Risikofaktoren

„Im Klassenzimmer konnten sie gähnen wie keine sonst. Wieder zu spät ins Bett gegangen! Pausenbrot oder etwas Obst hatten sie nicht dabei. Dafür hatte man zu Hause nicht gesorgt. Während der Pause schauten die Jungen aus jener marokkanischen Familie immer zu ihren Klassenkameraden, die reichliche Lunchpakete dabei hatten. Auf dem Schulhof machten sie sich dann über die Brotreste ihrer Freunde her.“ *De Volkskrant* 9.4.1991. Hier lag der Ansatz für ein Modellprojekt in Den Haag zur Hilfe für deprivierte Schulkinder, initiiert von Lehrern, die mit den Schulproblemen konfrontiert waren, und Ärzten und Sozialarbeitern, die sahen, wie schwierig es diese Kinder zu Hause hatten: viel zu kleine Wohnung, kein Platz für die Hausaufgaben, ein Schlafraum für alle, Gesundheitsprobleme – das sind eine Menge Risikofaktoren auf einmal. Die Eltern nahmen die Hilfe des Projektes gerne an. Jetzt bekommen die Kinder z. B. jeden Tag ihr Pausenbrot. „Was in Klassenzimmern eindeutig hilft, ist ein gefüllter Magen“, so folgerte die Projektleitung, und sie behielt recht, denn die Kinder folgten dem Unterricht besser als vorher. Man sagt zwar: „Voller Bauch studiert nicht gern!“ Ein leerer Bauch aber kann nicht richtig studieren! Mit Blick auf die internationale Forschungsliteratur kann man sagen, in der Welt sind Armut und Notsituationen der wesentlichste und verbreitetste Risikofaktor für Entwicklung von Kindern (und nicht nur bei ihnen). Von Not, Armut und Katastrophen sind besonders Kinder in den Dritte-Welt-Ländern betroffen (*Baldinger* 1993; *Schwarz* 1993), aber nicht nur dort. „In den Fabriken Portugals schufteten 35 000 Kinder“ (*Salzburger Nachrichten*, 14.06.1993, 3). „1,5 bis 2 Millionen Niederländer sind arm. Sie gehören zu 800 000 Familien, die, so hat man festgestellt, permanent in Verhältnissen leben“ (*Het Parool* 18.3.1993). Das Gutachten des nationalen Kirchenrates „Die Armutseite der Niederlande“ stellt heraus, daß ein Zehntel der Holländer Armut leidet. Das ist eine Verdopplung der Er-

wachsenen und Kinder, die unter der Armutsgrenze leben gegenüber der Zeit vor dem „ökonomischen Sanierungsprogramm der Niederlande“, das in den vergangenen Jahren installiert wurde. In den Vereinigten Staaten ist eines von fünf Kindern von Armut betroffen (*Werner* 1986), in Großbritannien eines von sechs. Der sozioökonomische Status (SES) bestimmt, wenn auch in sehr unspezifischer Weise, die kindliche Entwicklung und die Häufigkeit und Intensität von fast allen anderen Risikofaktoren (*Kopp, Krakow* 1983). *Wilson* (1985) untersuchte in einer Longitudinalstudie Zwillinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1750 Gramm. Diese „At-risk“-Zwillinge zeigten signifikante Unterschiede im Hinblick auf die Intelligenzwerte einer Kontrollgruppe von normalgewichtigen Zwillingen über den gesamten Untersuchungszeitraum hin. Die Feinanalyse des „Catch-up-Wachstums“ dieser Kinder, d. h. ihres „Beiwachsens“ ergab, daß Zwillinge aus Familien mit einem hohen sozioökonomischen Status ihren Rückstand völlig aufholten, während Zwillinge aus Familien mit niedrigem SES entwicklungsverzögert blieben. Außerdem korrelierte das Ausbildungsniveau der Eltern signifikant mit dem Intelligenzquotienten der Kinder (gemessen im Alter von 24 Monaten). Die direkte Koppelung des Bildungsstandes der Eltern mit dem SES ist in dieser amerikanischen Untersuchung dem weitgehenden Fehlen von Arbeitslosenunterstützung zuzuschreiben. Der Einfluß des SES ist besonders in den ersten vier Lebensjahren bedeutsam. Bei älteren Kindern scheint dieser Faktor nicht immer so schwer zu wiegen. *Sameroff* und *Seifer* (1983) fanden, daß der Unterschied zwischen Kindern von Müttern ohne finanzielle Probleme und von Müttern mit niedrigem SES nach dem vierten Lebensjahr weniger ausgeprägt ist. Auch hier sind also differenzierende Betrachtungen notwendig. Nicht alle als negativ gelabelten, sozialen Kontexte und nicht jede sozioökonomisch benachteiligte Situation muß zum Risiko werden. Eindeutig aber ist, daß ein guter sozioökonomischer Status ein „protektiver Faktor“ ist, der die vorhandene Elastizität und

Spannkraft, die Kleinkindern eigen ist, ihre natürliche Fähigkeit zur Restitution und Kompensation in sensumotorischer, emotionaler, kognitiver und soziokommunikativer Hinsicht wesentlich fördert und zu einer Wiederherstellung von Schädigungen und zum Ausgleich von Defiziten entscheidend beiträgt.

2.5 „Significant caring adults“

„It... (is) surprising how a single good relationship within an otherwise disorganized family can help a child to overcome severe difficulties“
(Koupernik 1974, 193).

Diese Feststellung wird durch die Mehrzahl der Longitudinalstudien vollauf bestätigt (Werner, Smith 1982; Werner 1985; Rutter 1990). Sie dokumentieren damit auch einen Wandel der entwicklungspsychologischen Perspektive, die nicht mehr einseitig auf Konzepten wie „oraler oder analer“ Phase zentrieren, sondern auf andere Grundfakten im Leben des Säuglings und Kleinkindes: Kommunikation, Attachment, Bindung, die eine „secure base“ (Bowlby 1988) bereitstellen. Dabei wird nun nicht eine primäre „Symbiose“, ein undifferenzierter Zustand der Verschmelzung von Mutter und Kind unterstellt, aus dem sich dann durch Differenzierungsleistungen post partum das Baby erst allmählich von der Mutter als abgegrenztes, eigenständiges Wesen erlebt, sondern wir gehen allenfalls von einer frühen, intrauterinen „Konfluenz“ aus, bei der sich von dem letzten Schwangerschaftstertial Erfahrungen von Unterschiedenheit ausbilden, die für die frühe nachgeburtliche Zeit als sicher festzustellen sind. Die sozialen, zwischenmenschlichen Beziehungen bilden damit den Schwerpunkt der Betrachtung (Stern 1985; Lewis, Miller 1988). Sichernde, stützende, soziale Beziehungen sind deshalb von Babyzeiten an als zentraler, protektiver Faktor zu sehen (Bowlby 1988). Es kommen hier attachment-theoretische Konzepte ins Spiel. Als Grundlage des Attachements werden biologische Programme angesehen, die kommunikatives Verhalten vom Säugling zu den El-

tern und von den Eltern zum Säugling organisieren. In den ersten Lebenstagen schon bevorzugen Babys menschliche Gesichter anderen visuellen Stimulierungen, und es erfolgen einfache Imitationen der Gesichtsmimik (Meltzoff, Moore 1977, 1983, 1989). Sie suchen in den ersten Lebenswochen sozialen Kontakt. Mit zwei oder drei Monaten beginnen sie, ihre Eltern spezifisch zu erkennen und gegenüber anderen Kontaktpersonen zu bevorzugen. Sie zeigen sogar – und das steht den Annahmen der Attachment-Theorie entgegen – schon im Alter zwischen 2 – 3 Monaten, wenn sie von der Mutter getrennt werden, Streß, wie teletermographische Messungen zeigen. Es sinkt dann nämlich die Stirntemperatur dieser Babys (Kobayashi et al 1991), was allerdings nur von kurzfristiger Dauer ist. Säuglinge dieses Alters sind für Ablenkung und „Umstimmung“ gut ansprechbar. Sie reagieren auf alle „babygerechten“, sozialen Interaktionsangebote, die „shared action“ (Meltzoff 1993) ermöglichen, im Sinne einer „multiplen Responsivität“ gegenüber Angeboten des „intuitive parenting“ (Papousek, Papousek 1981). Derartige Angebote sind demnach ein wichtiger, protektiver Faktor, weil sich in ihnen das Baby in seinen sozialen Fertigkeiten üben und diese entwickeln kann. In der Zeit zwischen sechs und acht Monaten beginnen sich dann „multiple selective attachment-Beziehungen“ auszubilden, Zugehörigkeitsgefühle mit einer „relationship quality“, die dazu führen, daß der Säugling irritiert wird, wenn die Hauptbezugsperson – in der Regel die Mutter – oder eine der anderen wichtigen Bezugspersonen aus seinem sozialen Netz weggeht. Wir finden also keine totale Bindung (*total attachment*), sondern „selective attachments“ (Rutter, Rutter 1992, 111 f) zu verschiedenen Personen (zwischen drei und sechs, z. B. Großmutter, ältere Schwester, Kindermädchen, Babysitter, Vater etc.) mit unterschiedlicher Gewichtigkeit. Angst gegenüber Fremden besteht aber nicht, so daß zwischenmenschliche Situationen insgesamt als sichernd und protektiv erlebt werden und liebevoll-spielerische *Interaktionen* auch mit Unbekannten die Regel sind. Erst zwischen

dem zehnten und zwölften Monat und dann auch überwiegend bei plötzlicheren Annäherungen ohne „Anwärmphase“ kommt Fremdenangst auf. Verbunden ist dies mit der beginnenden „aktiven“ Memorations- und Antizipationsfähigkeit. Mit dem dritten Lebensjahr dünnt sich das „multiple, selektive Attachment“ dann wieder aus, und Kinder können auch von fremden Erwachsenen, die einen „stimmigen Kontakt“ anbieten, Zuwendung annehmen. „There is every reason to consider attachment as a crucially important feature of young children's social relationships, however is it not equivalent to the whole of their relationships“ (Rutter, Rutter 1992, 114). Michael Rutter betont deshalb die Unterscheidung zwischen „attachment interactions“ und „selective attachment relationships“ (ibid. 116), die die Folge sich wiederholender naher Interaktionen sind. Zweifellos sind also sichere Attachment-Beziehungen ein protektiver Faktor für Kinder (Sroufe 1983; Belsky, Nezowski 1988), wobei „insecure attachment“ einen gewissen Risikofaktor für spätere Verhaltensauffälligkeiten darstellt (ibid., vgl. aber Ellis 1982). Eine differentielle Betrachtung ist hier wichtig, da Attachment sich auch bei Mißhandlungen entwickeln wird und solche Kinder sich auch in Gefahrensituationen an die sie so negativ behandelnden Erwachsenen, klammern (Bretherton, Waters 1985; Ainsworth et al. 1978). Daß derartige positive Beziehungserfahrungen insgesamt eine schützende und stützende Funktion gewinnen, ergibt sich aus ihrer Internalisierung. Bowlby (1988) nimmt an, daß „internal working models“ von Beziehungen entstehen. Stern (1985) spricht von R.I.G.s (Representations of Interactions that have been Generalized). Ich habe von „inneren Beiständen“ gesprochen (Petzold 1969c, 1985), verinnerlichte „Personen in Interaktionen“ und ihre Atmosphären als Niederschlag von Interaktionserfahrungen, die für den Menschen einen positiven emotionalen Hintergrund bilden, sein Selbstwertgefühl bestärken und im Sinne des Meadschen Konzeptes vom „generalized other“ (Mead 1934) z. T. eingeschmolzen werden in das eigene Selbst (vgl. 4).

Für die frühe Entwicklung in der Zeit vor der Ausbildung stärkerer „selektiver Attachments“ sind die wohl genetisch disponierten Kommunikationsmuster zwischen Erwachsenen und Babys, die Papousek und Papousek (1987) als „intuitive parenting“ bezeichnet haben, ein mächtiger protektiver Faktor, sofern dieses „early interactional signalling“ (dieselben 1993) funktioniert und nicht etwa durch psychische Störungen der caretaker gestört ist. Bei depressiven Müttern finden sich bei den Babys weniger motorische Aktivitäten, insbesondere in der Gesichtsmimik (Field et al. 1985), und bei „gespieltem“ depressiven Gesichtsausdruck von seiten der Mütter – wie in einem Experiment von Cohn und Tronik (1983) – reagierten die Babys irritiert. Weil aber das „Intuitive parenting“-Verhalten transkulturell auffindbar ist – bei Männern, Frauen und Kindern (ältere Geschwister, Babysitter) – und als artspezifischer, kollektiv verankerter Schutzfaktor zum Tragen kommt, besteht für die Bonding-Doktrin von Bowlby, Klaus, Kennell u. a. eigentlich keine Notwendigkeit, zumal das Parenting-Muster sich im kommunikativen Vollzug durch den sich in ihm vollziehenden, wechselseitigen „emotionalen Ansteckungseffekt“ noch verstärkt. Dabei kommt dem Auslösen und Austauschen positiver Affekte besondere Schutzfunktion zu, die bei Risikokindern (Goldberg 1979; Kagan et al. 1990) oft fortfällt, wenn sie ihre Umgebung nicht „triggern“ wie gesunde Babys, die schon in den ersten Lebenswochen ein umfangreiches, emotionales Repertoire in differenzierter Gesichtsmimik aufweisen, welches überwiegend dem Muster diskreter Emotionen bei Erwachsenen entspricht (Oster 1978). Schon bei Frühgeborenen finden sich diskriminierbare mimische Muster (ibid.), ja, solche sind schon im letzten Gestationsterial feststellbar (Birnholz 1986). Das Wechselspiel der Emotionen, das in den ersten beiden Lebensjahren und darüber hinaus zu einer „emotionalen Differenzierungsarbeit“ (Petzold 1969c) zwischen Erwachsenen und Babys bzw. Kleinkindern führt (Malatesta et al. 1989), wobei Mimik, Gestik, Berührung, Blicke, Hände

spielerisch eingesetzt werden (Papousek, Papousek 1993; Hopkins 1993), ist ein transkulturell wirksames, protektives Parenting-Muster (Bornstein 1991). Es bildet eine Grundlage für Beruhigung, Tröstung, Spielaktionen, die Spannungen abbauen und für beide, den Säugling und den Caregiver, einen „pleasurable state“ aufbauen. Papousek, Papousek und Haeckel (1987) stellen folgende supportive und stimulierende Aktionen heraus:

1. Erhöhung der Stimmlage, um sich der des Babys anzunähern;
2. Gebrauch einfacher, sich wiederholender Laute;
3. Abgehen von der Erwachsenenprosodie zu repetitiven, melodischen Mustern einer Babyprosodie;
4. Adaptierung dieser Prosodie an die Interaktion mit dem Kind, um Imitationsvorlagen zu bieten;
5. Imitation der Laute des Babys mit begleitender imitierender Mimik, um den Kommunikationsprozess zu fördern;
6. Modulation vokaler Kommunikation mit begleitender, emotional getönter Expression von spielerischer, freudiger Charakteristik, was zu wechselseitiger Bekräftigung intrinsischer Motivationen führt;
7. Förderung kommunikativer Feinstrukturen, die letztlich den Spracherwerb vorbereiten und ermöglichen.

Wie für die Frühphase derartige Kommunikationsmuster des „intuitiven parentings“, die in **Intuition** (Bastik 1982) gründen, als protektiv bzw. salutogen anzusprechen sind, scheinen sie auch in Parenting-Sequenzen regressionszentrierter Erwachsenentherapien mit leiborientierten Methoden zu wirken (Petzold, Orth 1993). Auch für die mit dem zweiten Lebensjahr einsetzenden Kommunikationsformen des „sensitive caregiving“, die in **Empathie** (Katz 1963) gründen und weniger den Charakter prädisponierter Muster haben, haben eine solche protektive Qualität. Sie schließen als kulturspezifische, individuell zugepaßte, kommunikative Formen zwar durchaus an die frühen Parentagemuster

an, nuancieren sie aber mit Blick auf die sich zeigende Persönlichkeit des Kindes.

»Differenzielle Parentage-/Reparentageprozesse im Bereich des Entwicklungsniveaus des Kleinkindes vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr erfordern:

1. Einstimmen auf die emotionale Lage des Kleinkindes,
2. Austausch mimischer und vokaler affektiver Botschaften,
3. Differenzierende Benennung von Gefühlen und inneren Zuständen mit affektiver Intonation in altersspezifischer, kindgemäßer Weise,
4. Umstimmen von Affekten des Unwohlseins, der Irritation, des Schmerzes usw. in Richtung positiver Gefühlslagen,
5. Fördern von Kommunikationsvielfalt in komplexeren sozialen Situationen,
6. Vermitteln von Sicherheit, Reduktion von Fremdheitsgefühlen durch Gewährleisten von „schützenden Insel-Erfahrungen“,
7. Bereitstellen von stimulierenden Angeboten durch Spiel, Experimentieren, Wahrnehmungs-, Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten „mit allen Sinnen“ (Merleau-Ponty),
8. Hilfen bei der kognitiven Strukturierung von Situationen,
9. Ermöglichen empathischer Verhaltensweisen von seiten des Kindes zum Erwachsenen im Sinne „mutueller Empathie“,
10. Aushandeln von Grenzen in der Kommunikation, damit der „potential space“ (Winnicott) zugleich Freiraum und Struktur, Explorationsmöglichkeiten und Sicherheit bietet.

Diese Verhaltensformen kommen dann auch in der regressionsorientierten leib- und bewegungstherapeutischen Arbeit mit jugendlichen und erwachsenen Patienten zum Tragen, insbesondere in der *Therapeutischen Wohngemeinschaft* (Petzold 1969c).

Menschen brauchen also aktual greifbare und internalisierbare, positive Bezugspersonen und dies nicht nur in der Baby- und Kleinkindzeit. Bei allen „Statuspassagen“ (Kindergarten Schule, Schule Berufsleben usw.) und dem damit verbundenen „normalen Streß“ während der Veränderungen und Wachstumsübergänge

(*transitions*) in der Jugendzeit und bei allen tiefgreifenderen Umstellungen im Erwachsenenleben, ja bei Lebenskrisen, sind verlässliche „Beistände“ als Einzelbeziehungen und als stützende Netzwerke zur Existenzsicherung und Stärkung *personaler Identität* (Petzold 1984i; Kames 1992) erforderlich. Für die Kinder ist die Familie das primäre Netz, sind die Familienbeziehungen das durchtragende Moment und die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung. Stellt man hier aber mit Dunn (1987) die hohe Arbeitstätigkeit von Müttern mit kleinen Kindern in Rechnung, die Vielzahl der Ehescheidungen, die große und ständig wachsende Anzahl von Alleinerziehenden, so wird damit ersichtlich, daß immer mehr Kinder in die Situation kommen, über nur schwache soziale Netzwerke zu verfügen, in denen es schwierig ist, zuverlässige Bezugspersonen zu finden, die ausreichend Zeit haben und über das erforderliche Maß an Wertschätzung und Akzeptanz verfügen. Belastungssituationen wie Umzüge, Einschulung, die Geburt von Geschwistern, Trennungen und Streit mit Freundinnen und Freunden, Schulstreß, all das, was sich ohnehin in normalen Entwicklungsverläufen findet, erhalten dann nicht den flankierenden Schutz und Support, der oftmals notwendig wäre. Die notwendige Vertrauensbeziehung, positive „selektive Attachment-Beziehungen“ zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen „signifikanten“ erwachsenen Person (Großmutter, Großvater, Patentante, Nachbarin) ist dann oft nicht gegeben. Damit fällt weg, was Rutter (1979) als wichtigsten, protektiven Faktor für das Kind kennzeichnet: eine Beziehung mit einem Elternteil, die durch „high warmth and the absence of the severe criticism“ gekennzeichnet ist. Daß das protektive Moment einer liebevollen Beziehung auch für „Wahlverwandtschaften“, z. B. gelungene Adoptionen gilt oder für Beziehungen zu Kindermädchen und Pflegepersonen, „hired hands“ (Werner 1984), haben zahlreiche Studien gezeigt (Hodges, Tizard 1989 a, b; Capron, Duyme 1989). In Problemfamilien unter benachteiligten sozialen Bedingungen, charakterisiert durch Armut, schlechte

Wohnsituation und Beziehungsproblematiken, sind es 25 % der Kinder, die trotz guter Beziehung zu den Eltern, Verhaltensstörungen (*conduct disorders*) entwickeln, während 75 % der Kinder aus solchen Familien *ohne* eine solche „bewahrende Beziehung“ Verhaltensstörungen aufweisen. Nach Zimrin (1986) unterstellt das Kind einem solchen „umsorgenden Erwachsenen“ als positiver Bezugsperson gute Absichten. Er bildet einen verlässlichen Hintergrund und stellt die Möglichkeiten für eine positive „*selektive Attachment-Beziehung*“ (Rutter, Rutter 1992) bereit (vgl. auch 3.2). Deshalb ist es sogar nicht nötig, daß eine solche Beziehung eine hohe Frequenz von Kontakten haben muß. Wichtig ist, daß sie im Hintergrund „zur Verfügung steht“, stabil ist, über eine längere Zeit dauert und immer wieder „schützende Insel-Erfahrungen“ ermöglicht. Was für Kinder lebensnotwendig, ja, überlebensnotwendig ist, ist für den erwachsenen, älteren Menschen zumindest wesentlich. Gute Beziehungen helfen Belastungssituationen und Streß zu bewältigen (Brown, Harris 1989; Quinton, Rutter 1988). Levitt et al. (1987) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, daß das Vorhandensein einer „*close support figure*“ bei ihrer Untersuchungsgruppe von 87 Menschen im Alter von 60 Jahren und mehr ein wichtiger Faktor für das persönliche Wohlbefinden und die Handhabung von Problemsituationen war, ein Faktum das von den Befunden moderner Sozialgerontologie (Saup 1991) bestätigt wird und sich auch in der Bedeutung „multipler selektiver Attachment-Beziehungen“ in sozialen Netzwerken und funktionierenden sozioökologischen Settings im Alter zeigt (Petzold 1979c; Saup 1993).

2.6 „Innere Beistände“ als schützende und „innere Feinde“ als belastende Repräsentanzen

Die Frage, wie lange eine solche „*support figure*“ präsent sein muß, um eine protektive Wirkung zu entfalten, läßt sich nur individualisiert beantworten, da die *Bewertung (valuation)* dieser Präsenz sehr stark variiert und abhängig ist einerseits von der Bedürftigkeit des Kindes, zum

anderen vom Gesamtkontext, besonders von der Qualität des sozialen Netzwerks, zum dritten von den Bewertungen des Kontextes und Netzwerks. Hier kommen Erlebnisintensitäten ins Spiel, die höchst individualisiert sind. Das Erleben einer liebevollen Erzieherin, die eine harte und kalte Kollegin für ein paar Wochen vertritt, mag „aus der Kontrasterfahrung“ das eine Kind in eine noch tiefere Verzweiflung stürzen, dem anderen Kind aber einen Hoffnungshorizont eröffnen, weil es – wenn auch nur für kurze Zeit – sich liebevoll angenommen und gemeint fühlte. Derartige – von uns so genannten – „*schützenden Insel-Erfahrungen*“ (Petzold 1969b, c) können also, auch wenn sie nur über einige Monate dauern, wie z. B. bei Aufenthalt in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Kinderhäusern, therapeutischen Wohngemeinschaften (Witt 1980; Petzold, Vormann 1980), offenbar eine nicht zu unterschätzende *protektive Valenz* durch Verinnerlichung eines *temporären „facilitating environment“* bzw. „*potential space*“ (vgl. Winnicott 1972; Neubaur 1987) gewinnen, auf die bei späteren Krisensituationen zurückgegriffen wird oder an die bei späteren Therapien im Erwachsenenalter angeknüpft werden kann, wie der Seniorautor bei einigen Behandlungen von Patienten, die in ihrer Kindheit und Jugend psychotherapeutische Erfahrungen gemacht hatten, feststellen konnte. Systematische, prospektive Untersuchung von Kindertherapiepatienten, aber auch Studien, die „long term follow ups“ unternehmen, wären hier sicher wünschenswert.

In einer eigenen Follow-up-Untersuchung von vier Kinderpsychotherapiegruppen (N 17), die wir in den Jahren 1970 bis 1973 im Rahmen der von uns an den Volkshochschulen Buderich und Büttgen eingerichteten Frühförderungs-, Kindertherapie- und Eltern-Kind-Programme (Geibel 1971; Petzold 1973f) durchgeführt hatten (Petzold, Geibel 1972) und von denen wir 1992, also nach ca. 20 Jahren, neun (6 w, 3 m) in fünf Kurz- und vier Tiefeninterviews nachbefragen konnten, bezeichneten sieben die Teilnahme an der mit *kreativen Medien* und *Puppen* (Petzold 1972e, 1987a) durchgeführten ein- bis

zweijährigen Behandlung als eine wichtige Hilfe für ihre damalige Lebenssituation – die Kinder waren zwischen vier und sieben Jahre alt und stammten aus sozial benachteiligten Schichten (vgl. Abb. 2).

Keiner der derzeit Befragten zeigte im übrigen irgendwelche psychischen Auffälligkeiten oder schwerwiegende Lebensprobleme, obgleich alle als Kinder Verhaltensstörungen und einschlägige Symptomatiken (Enkopresis, Enuresis, Parvor nocturnus, Aggressivität, Kontaktstörungen usw.) hatten. Zwei (1 m, 1 w) hatten keine genauere Erinnerung mehr an die Therapiegruppe und konnten sich zu irgendwelchen weiterführenden Einflüssen nicht äußern. Von den übrigen sieben sahen vier der weiblichen und einer der männlichen einstmaligen Gruppenteilnehmer in dieser Erfahrung eine wichtige Schutzfunktion für ihr späteres Leben. „Ich habe oft an die Spielgruppe gedacht.“ – „Wenn es mir schlecht ging, kamen mir Bilder von den Therapeuten, weil die so nett waren. Die haben mich verstanden!“ – „Irgendwie hat es mein Leben positiv beeinflusst. Ich hab’ noch als Erwachsener manchmal daran gedacht.“ – „Ich hab’ an was Gutes im Leben glauben gelernt. Ja, das war es wohl!“ Aus der retrospektiven Betrachtung der Interviews wurde eines jedenfalls deutlich: Die kinderpsychotherapeutische Gruppenerfahrung war ein wichtiger „protektiver Faktor“, der nicht nur im Hinblick auf das häusliche Milieu Stütze und Entlastung brachte, sondern der auch durch die Verinnerlichung der Erfahrung, „gemeint zu sein“, ja durch das bloße Erleben, daß es auch andere Formen des zwischenmenschlichen Umgangs und der Beziehung geben kann („Ich habe gemerkt, die sind so nett *zu mir*, zu mir, wo ich doch immer das freche Miststück war... zu Hause!“), offenbar eine schützende Qualität im Sinne einer Verinnerlichung eines guten „*inneren*“ *Beistandes* (Petzold 1969c, 1985) hatte. („An die C. [Name der Therapeutin] hab ich noch oft gedacht, auch noch später als Jugendliche, wenn es mir mal schlecht ging. Einmal hab ich sie sogar angerufen, aber nicht gesagt, daß ich früher mal in Therapie war bei ihr.“).

Angeregt und ermöglicht wurde diese Nachuntersuchung durch den Umstand, daß im Jahre 1991 eine junge Sozialpädagogin, *Petra*, zum Seniorautor dieses Artikels zum Aufnahmeinterview für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung kam, um an dem von ihm geleiteten Institut eine Weiterbildung zu beginnen. Sie hatte in ihrem sechsten und siebten Lebensjahr an einer der erwähnten Kindertherapiegruppen teilgenommen, bei denen für jedes Kind ein Dossier angelegt wurde, „in dem die Zeichnungen, Sitzungsprotokolle und Beurteilungen aufbewahrt wurden. Material aus den parallellaufenden Elterngruppen bzw. Einzelgesprächen mit Eltern wird gleichfalls hier festgehalten“ (*Petzold, Geibel 1972, 332*). Dieses Material – es wurde glücklicherweise aufbewahrt – kam uns nun sehr zugute. *Petras* Geschichte soll hier als Beispiel dienen.

Beispiel 1: Petra

Als Kind zeigte *Petra* seinerzeit erhebliche Verhaltensauffälligkeiten (Verschlossenheit, Aggressivität, Enkopresis) und lebte in sehr schwierigen Verhältnissen. Der Vater war oft aggressiv, Gelegenheitsarbeiter und Alkoholiker. Die Mutter war instabil, häufig krank und zur Vernachlässigung ihrer drei Kinder tendierend. *Petra* war sehr verschlossen und im Spiel sehr randständig. Gelang es, *Petra* in das Spiel einzubeziehen, so versteckte sie sich stets hinter den Stabpuppen. Über die Situation zu Hause sprach das Kind nicht. Dafür sprachen seine Buntstiftzeichnungen (Abb. 3) eine beredete Sprache.

Die Mutter wendet *Petra* den Rücken zu, während der Vater das Kind an den Haaren zerrt und mit einem Gegenstand schlägt (von der erwachsenen *Petra* erfahren wir, es war ein Handfeger). Im Hintergrund ist ein großer Kopf gezeichnet, dessen Bedeutung uns seinerzeit nicht klar war. *Petra* teilt uns heute mit, daß es sich um das Gesicht der Therapeutin handelt. Sie habe sich gewünscht, die könne das alles sehen, was mit ihr gemacht wurde. Die Therapeutin hatte offenbar hier die Funktion des „*significant caring adult*“ bzw. des „*inneren Beistandes*“. Weiterhin hat das Kind eine Puppe in der

Hand, eine „Großmutter-Puppe“, die sie aus der Therapiegruppe mit nach Hause nehmen durfte – es gehörte zu unserem Konzept „*protektive Puppen*“ (*ibid. 333*) Kindern nach Hause mitzugeben, zuweilen fertigten wir sie mit ihnen an (*Petzold, Kirchmann 1990, 952*). Als *Petra* allmählich etwas zugänglicher und offener wurde, brachte die Mutter das Kind nicht mehr zur Therapie. Unsere prognostische Einschätzung war damals nicht sehr günstig. Auch in der Grundschule des gleichen Dorfes, wo dieses Kind in der Folge noch von einer von uns ausgebildeten, psychodramatisch arbeitenden Lehrerin in der Klasse besonders betreut wurde (*Petzold, Schulwitz 1972*), zeigte sich die Situation als äußerst problematisch. *Petra* gehörte zum Typus der „gehemmten Schülerinnen“ (*ibid. 319*). Im soziometrischen Zonenprofil ist und bleibt sie „randständig“ (*ibid. 326*). Heute macht die 27jährige Sozialpädagogin indes einen gut integrierten, gefestigten Eindruck. Auf der standardmäßig in jedem Auswahlseminar durchgeführten „Zeichnung des Lebenspanoramas“ (*Petzold, Orth 1993*), war die Kindertherapiegruppe als „protektive Erfahrung“ eingezeichnet (Abb. 4).

Das Panorama hatte eine rein farbsymbolische Qualität, wobei gelb und grün schützende Personen und Gruppen darstellten (wie schon in den Kinderzeichnungen!), braun und schwarz hingegen bedrohliche Ereignisse und Menschen. Die Bedeutung der einzelnen Farbkomplexe und Formen im Panorama wurde in der „Bearbeitung aus der Resonanz“ erschlossen. Die Farben hatten die Funktion, die „Atmosphären“ von Szenen und Ereignissen aufs Papier zu bringen. In der Bearbeitung konnte dann von der Protagonistin das jeweilige Geschehen mit seinem affektivem Gehalt berichtet werden.

Für *Petra* war die Erfahrung mit dem Lebenspanorama im Auswahlseminar und im nachfolgenden, auswertenden Interview, weiterhin die Einsichtnahme in ihr kindertherapeutisches Dossier so eindrücklich, daß sie dann auch daran mitwirkte, weitere Teilnehmer aus den damaligen Kindertherapiegruppen aufzufinden.

Legende zum Lebenspanorama von Petra (Abb. 4):

»Meine Geburt muß ja gut gewesen sein, sonst wäre ich jetzt nicht da. Die guten Farben in meinem Leben sind grün, gelb und orange. Mein Vater ist braun und schwarz. Er ist ein schwerer Eisenklöppel über meiner Kindheit. Meine Mutter ist schwarz, niedergebroschen, voller Depressionen. Das Spielen draußen in der Natur mit den Geschwistern, das war alles grün, wie das Leben. Mein Vater war manchmal rührselig nett (violett). Gewalt und depressive Düsternis haben mir das Grün des Lebensweges eingeschwärzt und eingezwängt. Dann bin ich in das Kinderprogramm gekommen. Da war es lebendig (gelbe und orange Farben), viele Spiele, nette Leiter. Das waren gelbe Jahre. Aber dann durfte ich nicht mehr hin. Die Schule war wichtiger, sagte meine Mutter. Sie wurde immer verbitterter. Alle guten Impulse von der Kindergruppe wurden verschmutzt. Aber es blieb was, und die Felder in Büttgen. Die Lehrerin in Fliederfarben war ernst und gut. Sonst war die Schule furchtbar. Als ich 12 war, brach alles zusammen. Meine Eltern trennten sich, aber nicht richtig. Mein Vater zog aus, kam aber oft betrunken zurück. Mit Hilfe meiner Lehrerin fand ich eine Möglichkeit, die Aufbaustufe zu machen. Mein Vater wollte das torpedieren. Von meiner Mutter fühlte ich mich runtergezogen, aber von anderen Menschen kam immer wieder Ermütigung, und eines Tages spürte ich in mir etwas wie eine Quelle, das blaue Lebenswasser in meinem Bild. Ein Junge hatte mir gesagt, ich sei schön. Die Schule und die Sozialpädagogikschule läßt wieder alles leuchten. Gelb und orange, eine geballte Kugel. Ich fühle soviel Lebensenergie wie nie zuvor. Mein Vater wird für mich zum „Fall“. Ich kann jetzt als „Fachfrau“ sehen, was da läuft. Sein Einfluß wird schwächer. Der meiner Mutter bricht ab. Als ich einundzwanzig bin, stirbt sie plötzlich an einer Embolie. Mein grüner Lebensfluß kann sich nun frei entfalten. Ich reise und arbeite an verschiedenen Stellen, um Erfahrungen zu sammeln. Mein Freundeskreis und meine Kollegen (orange und gelbe Kreise) bilden ein lebendiges Gewusel. Das ist die Gegenwart. Der Impuls geht in die Zukunft, auf die ich neugierig bin.«

Dieses Beispiel macht sehr eindrücklich klar, daß die positiven „inneren Beistände“ (und natürlich auch „innere Feinde“, vgl. *Petzold* 1979b, 1985; *Bach, Torbet* 1985) eine zentrale Bedeutung haben, sind doch nach der Persönlichkeitstheorie der „Integrativen Therapie“ die verinnerlichten Personenrepräsentanzen („Imagines“) neben den Selbstbildern *Teil der Persönlichkeit* (idem 1992a, 531 ff.), die die „personale Identität“ (idem 1993d) und die „selbstreferentiellen Emotionen“ (idem 1992b, 823 ff.) – etwa Selbstwertgefühl, Minderwertigkeits- oder Wertlosigkeitsgefühle – nachhaltig beeinflussen. „Innere Beistände“ und die mit ihnen erlebten „positiven Narrationen“, die als heilsame persönliche Geschichten Niederschlag in der *Biographie* gefunden haben, sind damit als *internale* Schutzfaktoren zu sehen, die sich offenbar auch aufgrund von vorübergehenden oder intermittierenden guten Beziehungserfahrungen (z. B. bei Aufenthalt in einer Pflegefamilie, einem Heim) auszubilden vermögen.

Damit wird es aber erforderlich, über die *Qualität* von „inneren Beiständen“ mehr zu wissen, um

sie für die Kindertherapie, für die Psychotherapie mit Erwachsenen, aber auch in der Prävention gezielt einsetzen und nutzen zu können.

Deshalb darf das Konzept der *Ereignisketten* und *convoys*, in denen adverse, defizitäre und protektive Faktoren zum Tragen kommen, auch nun nicht „summativ“ verkürzt werden, also ob die Akkumulation von Plus- und Minusmengen das Ausschlaggebende sei. Wesentlich ist

1. die *Qualität* von „events“,
2. die *Interaktion* von Negativerfahrungen und Positiverfahrungen und Defiziterleben, schließlich
3. ihre *mnestische Archivierung*,
4. ihre *Repräsentanz* und
5. ihre *lebensbestimmende Wirksamkeit* sowie die *Qualität* des *convoys*, d. h. die persönliche Charakteristik und die Interaktion der Personen, die an *events* beteiligt sind und – unter longitudinaler Perspektive – im *convoy* weiterhin mitfahren.

Es wird deshalb eine differentielle und integrierende Sicht erforderlich, die auf Gesamtwirkungen ausgerichtet sein muß und nicht nur auf Einzelfaktoren, Einzelereignisse und isolierte „innere Beistände oder Feinde“ zentrieren darf, denn all dieses steht in einem *übersummativen* Kontext. Einzelfaktoren sind als solche folglich immer *überdeterminiert*.

Besonders deutlich wird dies, wenn man „komplexe“ protektive Faktoren in unterschiedlicher, theoretischer Optik in den Blick nimmt. Beim Konzept des „*significant caring adults*“ oder dem der „*schützenden Insel-Erfahrung*“ z. B. ist der erstgenannte Faktor weitgehend mit dem der „positiven Elternimago“ in der psychoanalytischen Theorie gleichbedeutend, der zweitgenannte mit dem Erleben von „potential space“ bzw. von „*facilitating environment*“ bei *Winnicott* (vgl. *Neubaur* 1987). Derartige Konzepte haben, wenngleich sie in sehr unterschiedlichen Traditionen und vor sehr divergierendem Hintergrund formuliert wurden, erstaunliche Gemeinsamkeiten, und eine integrative Sicht kann von beiden Traditionen – der sozialwissenschaftlichen und der psychoanalytischen – gewinnen. Spezifiziert die sozialpsychologische Forschung die Schutzpersonen mit Blick auf ihre faktische, protektive Wirksamkeit im jeweils gesondert zu betrachtenden – weil so verschieden – „*settings*“, so richtet sich die tiefenpsychologische Sicht auf die Generalisierung, die Gesamtwirkung einer „Imago“, wie sie sich als „Repräsentanz“ formiert hat, niedergeschlagen hat und wirksam wird.

Um Aufschluß zu erhalten über die Frage der „Qualität“ von „*significant caring adults*“ und ihrer „Archivierung“ als „inneren Beiständen“ – denn die reale Hilfeleistung in Kindertagen, die memorierte Hilfe und die Ausbildung einer positiven Repräsentanz und einer guten Geschichte (*benignes Narrativ*) sind durchaus zu unterscheiden – haben wir mit der Hilfe von Studenten eine kleine *pilot study* durchgeführt, die indes interessant genug ist, um eine methodisch aufwendigere Untersuchung anzuregen und deren Materialien für unsere Fragestellung nützliche Hinweise bietet.

In karriere-explorierenden Interviews bzw. in fokussierenden Explorationen von Karrierepanoramen bei vier verschiedenen Patienten und Klientenpopulationen – verhaltensgestörten Kindern, Drogenabhängigen, erwachsenen Psychotherapiepatienten (Depressionen, Psychosomatikern) und Ausbildungskandidaten – haben wir Eigenschaften von „*significant caring adults*“ zu erheben versucht. Dabei konnten wir

feststellen, daß es „unspezifische“ Eigenschaften gab, die sich durchgängig fanden, aber auch „spezifische“ Qualitäten, die in starkem Maße vom Alter und von den Situationen abhingen, in denen Unterstützung und Schutz benötigt wurden. Die milieuspezifischen Unterschiede waren dabei erheblich. (Wie schon erwähnt, stellt dabei ein interessantes Moment die Differenz zwischen faktisch erhaltenen und memorierten protektiven Zuwendungen und Qualitäten dar). In der Exploration von fünf- bis achtjährigen Kindern aus Kindertherapiegruppe (N 8/ w 5, m 3) mit Kindern aus sozial benachteiligten Schichten wurden die Qualitäten von „*significant caring adults*“ (Tanten, Großmütter, Großväter, Nachbarn etc.) z. B. wie folgt umschrieben: „Die ist immer lieb!“, „Die hilft mir bei den Schularbeiten!“, „Die schenkt mir immer was Schönes!“, „Bei der kann ich immer so schön spielen!“, „Der spielt immer ganz lange mit mir!“, „Der hat immer ganz viel Zeit für mich!“, „Die erzählt mir so schöne Geschichten!“ usw. Es handelt sich also im wesentlichen um handlungsbezogene, emotional-getönte Eigenschaften.

Bei der Befragung von jugendlichen Drogenabhängigen (N 12/ w 3, m 9) aus ähnlichem Herkunftsmilieu zu protektiven Bezugspersonen ihrer Kinderzeit tönt es recht anders: „Der war echt Spitze, immer gut drauf!“, „Bei der war das total anders als bei uns, da war der Eisschrank immer voll!“, „Die hat echt Verständnis gehabt für einen, und immer hat se einen was zusteckt!“, „Da wurd man wenigstens nicht geschlagen!“, „Die hat auch immer ein gutes Wort für einen eingelegt!“ usw. Deutlich hat sich die Perspektive verändert. Die Personen (es handelt sich wiederum um den obengenannten Kreis) und die mit ihnen erlebten Situationen werden aus der Sicht des Jugendlichen beurteilt. Andere Qualitäten und Handlungen werden hervorgehoben. Die Bewertung emotionaler Zusammenhänge tritt zurück. Bei der Frage nach Schutzpersonen in der gegenwärtigen Lebenssituation (der Personenkreis beinhaltet nun Freunde, Verwandte, Berater) findet sich für diese wiederum eine andere Charakteristik: Aussprache, Entlastungsmöglichkeiten, und vor allen Dingen das Zur-Verfügung-Stellen von Ressourcen dominierte. Geschlechterspezifische Differenzen konnten wir wegen der kleinen Zahl der Klienten nicht ausmachen. Schließlich die Befragung von erwachsenen Patienten (Depressionen, Psychosomatosen, N 12/ w 9, m 4): Wiederum ursprünglich aus benachteiligten Schichten kommend, finden wir bei dieser Gruppe für die Schutzpersonen der Kindheit (Großeltern etc. siehe oben) komplexe Eigenschaftslisten, eingebettet in

ausführlichere Schilderungen: „Die war immer freundlich und gut gelaunt!“, „Die hat gesehen, was los war, hat zugepackt und Verständnis gehabt!“, „Die hat mich wirklich geliebt!“, „Bei der konnte ich sein, so wie ich bin!“, „Der hat mich immer verteidigt!“, „Der hat meinem Vater mal die Meinung gesagt!“, „Bei dem mußte ich nicht immer was tun, um was Wert zu sein!“, „Die hat mich wirklich gesehen!“, „Die hatte immer etwas für uns!“, „Die strahlte soviel Güte aus!“, „Die hat geholfen, wo sie konnte!“ usw. Auffallend ist, daß hier aus der Erwachsenenperspektive auf die Schutzpersonen geschaut wird und ihre besonderen Eigenschaften in den Vordergrund treten: Tapferkeit, Mut, Wärme, Freundlichkeit, Nichtbewertung, Engagement, praktische Hilfeleistung. Es wird im übrigen immer wieder berichtet, daß diese Eigenschaften sich nicht nur auf das Kind gerichtet haben, sondern daß sie für das gesamte Sozialverhalten der Schutzpersonen bestimmend waren. Ihr „Vorbildcharakter“ wird also betont: „Die war mir ein echtes Vorbild!“, „Von der kann man sich was abschneiden!“, „So würde ich auch gerne werden!“. Eigenschaften können in den Vergleich zu Verhaltensweisen anderer Menschen gesetzt werden: „Das war ein wirklicher Mensch. Der hatte echt Zivilcourage!“, „Die hat es in ihrem Leben auch nicht leicht gehabt, und dennoch hat sie nie den Mut verloren!“. Von den protektiven Handlungen werden hervorgehoben: Trost spenden, praktische Hilfe geben, Mut machen, Beruhigen, Wertschätzung, Akzeptanz, Verständnis geben, ernst und wichtig nehmen, Nähe, Wärme, Schutz und Geborgenheit vermitteln. Wiederum war eine geschlechtsspezifische Differenzierung nicht möglich, und auch hinsichtlich des Altersrange (26 bis 51) ergaben sich aufgrund der kleinen Befragungsgruppe keine auffälligen Differenzen. Als Persönlichkeitseigenschaften überwogen bei den Darstellungen empathische Qualitäten in der Interaktion, Ruhe, Ausgeglichenheit und Wärme. Bei den Aussagen von Ausbildungskandidaten der Psychotherapie aus der Mittelschicht (N 12/ w 7, m 5) über Schutzpersonen ihrer Kindheit tritt das Moment der praktischen Hilfeleistung gegenüber der Patientenpopulation deutlich zurück. Emotionale Qualitäten werden noch präziser formuliert und interaktionale Eigenschaften offenbar noch höher bewertet: „Die hat mich wirklich verstanden!“, „Mit der konnte man reden!“, „Die hat einem zugehört!“, „Der hat sich an mir gefreut!“, „Sie hat mich immer wieder bestätigt!“, „Da gab es keine Ambivalenzen!“, „Der hat mir eindeutige körperliche Nähe gegeben!“, „Die hat mein Selbstwertgefühl aufgebaut!“ usw. Die

psychologische Perspektive der Ausbildungskandidaten der Psychotherapie schlägt hier offenbar zu Buche.

Diese kursorische Zusammenstellung von typischen Aussagen bietet für die praktische psychotherapeutische Arbeit sehr interessante Perspektiven, vergleicht man die *psychologische* Übereinstimmung der Qualitäten der „significant caring adults“, ihre supportiven und protektiven Eigenschaften mit den Eigenschaften, die „gute Therapeuten“ und „gute therapeutische Beziehungen“ kennzeichnen, wie sie in der empirischen Psychotherapie-Effektforschung und der Psychotherapie-Prozessforschung herausgearbeitet wurden (Huf 1992). Auch hier werden Empathie, emotionale Wärme, Wertschätzung, Versicherung, Entlastung, Verständnis, Humor, Akzeptanz, die Fähigkeit, den anderen ernst zu nehmen und in seiner Besonderheit zu sehen, sein Selbstwertgefühl aufzubauen, Freude an ihm zu zeigen, Hoffnung und Ermutigung zu vermitteln als Eigenschaften guter Therapeuten und guter therapeutischer Beziehungen herausgestellt (Orlinsky, Howard 1986b, 1987; Strupp 1993; Butler, Strupp 1986; Frank, Frank 1991; Hartley, Strupp 1983; Marziali et al. 1981; Huf 1992). *Psychotherapie wirkt also u. a., weil sie Qualitäten von „significant caring adults“ im Verhalten von Therapeuten aktualisiert und weil sie insgesamt un-spezifische und spezifische Faktoren bereitstellt* (Butler, Strupp 1986; Petzold 1992g; Enke, Czogalik 1993), *die in hoher Übereinstimmung mit unspezifischen und spezifischen Faktoren bei salutogenen bzw. protektiven Einflüssen sind.* Wo Therapien mißlingen oder eine negative Wirkung haben, ist – wiederum im Vergleich mit der Charakteristik von „adversive events“ und „negative psychotherapy effects“ – anzunehmen, daß sich in ihr pathogene Einflußgrößen, maligne Beziehungsqualitäten und Persönlichkeitseigenschaften reproduzieren (Strupp, Hadley 1977; Strupp 1977).

Dem Zusammenhang von *protective factor research* bzw. *Salutogeneseforschung* unter longitudinaler Perspektive und der Wirkungsforschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Heckerens 1992) einerseits sowie wirksamer,

pädagogischer Einflußfaktoren andererseits, schließlich der Wirkungsforschung in der Psychotherapie mit erwachsenen Patienten wird in Zukunft große Bedeutung zuzumessen sein, nicht zuletzt mit Blick auf die Entwicklung effektiverer Behandlungsstrategien. Die Schulung von Psychotherapeuten im Bereich der „Integrativen Therapie“ richtet sich dezidiert an diesen Forschungsergebnissen aus, um bei dem angehenden Therapeuten Wissen und Erfahrung über sein Verhaltensrepertoire, seine Emotionalität und seine Einstellung zum Patienten (dessen jeweilige Erkrankungen und belastenden Lebenssituationen) zu entwickeln. Untersucht man mit den projektiven, lebenslaufbezogenen Diagnostiktechniken der Integrativen Therapie die Feinstruktur protektiver Szenen (sie beinhalten schützende Atmosphären und hilfreiche Interaktionen mit Schutzpersonen), so wird deutlich, daß in ihnen Grundmotive erkennbar werden, die in einer frühen Arbeit zur Kinderpsychotherapie (Petzold 1969c) für die Erziehungsarbeit und für die Therapie mit Kindern (aber auch für die regressionsbezogene Arbeit mit dem „inneren Kind“ bzw. den „inneren Kindern“ in der Behandlung von Erwachsenen) wie folgt umrissen wurden:

»... so können wir denn feststellen, daß gute Erziehung in Schule und Elternhaus und effektive Therapie bei Kindern und Jugendlichen, ja bei Erwachsenen, deren ‚inneres Kind‘ bzw. ‚innere Kindzustände‘ wir in der benignen Regression zu erreichen suchen, um ihm „korrektive emotionale Erfahrungen“ zu vermitteln, ganz spezifischen Mustern und Handlungsstrategien folgen. Diese kommen im übrigen auch in der Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen zum Tragen, denen man ohne aufdeckenden biographischen Bezug in kreativtherapeutischer Weise „alternative emotionale Erfahrungen“ zu vermitteln sucht. Herausgestellt werden können folgende:

In Erziehung und Therapie geht es darum, einem Kind (Menschen) vermitteln, daß es (er) wertvoll ist, daß man es (ihn) in seiner Einzigartigkeit erkennt und bestätigt, einem Kind die Welt zu zeigen und erklären,

- einem Kind einen verlässlichen, emotionalen Boden und Vertrauenshintergrund zu schaffen,
- einem Kind eine positive Zukunftsperspektive zu eröffnen,
- einem Kind zu zeigen, wie man Beziehungsnetze aufbaut und pflegt;
- es geht um ein Aushandeln von Grenzen,
- das Akzeptieren der eigenen Gefühle und die Freude an der eigenen Leiblichkeit;
- es geht um das Differenzieren von Emotionen im Austausch von Gefühlen.

All dieses wird in intersubjektiven Beziehungen, gemeinsam durchlebten Geschichten erlebt, und diese Erfahrungen werden in den Archiven des Gedächtnisses gespeichert und aufgehoben. Die beschädigenden, demütigenden, entwertenden, feindseligen Beziehungserfahrungen formieren „innere Feinde“. Die beschützenden, ermutigenden, vertrauensschaffenden, wertschätzenden Beziehungserfahrungen führen zur Ausbildung „innerer Beistände“ – beide Gruppen von Repräsentanzen sind Teil der Persönlichkeit des Menschen, die in sich vielfältig strukturiert ist (Ichheiser 1929). Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapie besteht darin, den Einfluß der „inneren Feinde“, eines „malignen Über-Ich“ abzubauen, indes ein „benignes Über-Ich“, d. h. die Wirkmächtigkeit von „inneren Beiständen“ und „guten Geschichten“ zu bekräftigen. Bei gelingender Therapie wird der Therapeut selbst in die Reihe der Beistände eingefügt werden, denn das Entstehen und die Bekräftigung, aber auch das Verblässen, ja Vergehen der Repräsentationen von Beziehungserfahrungen als „inneren Beiständen“ und „inneren Feinden“ vollzieht sich über die Gesamtheit des Lebens« (Petzold 1969c).

In diesem frühen Text sind schon die Grundlagen „Integrativer Kinder- und Jugendlichentherapie“ umrissen, die heute in nachstehender Weise auf den Punkt gebracht werden:

»Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie ist ein ganzheitlicher und differentieller Ansatz der Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- und Gruppensitzungen unter Einbeziehung ihrer Familien bzw. Bezugspersonen in Berücksichtigung der pathogenen und salutogenen

Einflüsse des jeweiligen mikroökologischen und sozialen Kontextes. Auf eine „kindgemäße Weise“ wird mit den „heilenden Kräften des kindlichen Spiels“ (Zulliger), mit Spielmitteln, kreativen Medien gearbeitet, die auf die jeweilige Altersstufe und Spielkultur zugepaßt werden, so daß ein „Raum des Möglichen“, eine „fördernde Umwelt“ (Winnicott) entstehen kann. Die Integrative Kindertherapie gründet sich dabei auf tiefenpsychologische Denkmodelle und Konzepte, die Ergebnisse moderner Longitudinalforschung und auf eine „integrative Entwicklungspsychologie“, die richtungsübergreifend die Erträge psychomotorischer, emotionaler, kognitiver, sozialer und ökologischer Entwicklungsforschung einbezieht, um sie mit einem reichen Repertoire an Methoden, Techniken, Medien, Formen auf kreative Weise interventiv umzusetzen. Dies geschieht „im Prozeß“ eines „Handelns um Grenzen“, in gemeinsamem Gestalten, in liebevoller Bezogenheit und Respekt vor der sich in der Ko-respondenz entwickelnden, einzigartigen Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen. In der Integrativen Kindertherapie wird versucht, für Kinder in schwierigen Lebenslagen „schützende Insel-Erfahrungen“ bereitzustellen. Der Kindertherapeut bemüht sich dabei, zum wichtigsten protektiven Faktor zu werden, den es für Kinder geben kann: ein „significant caring adult“ (Rutter), der als „innerer Beistand“ internalisiert werden kann und der das bereitzustellen und zu ermöglichen sucht, was das Kind braucht.«

In dieser Definition und dem, was sie beinhaltet (vgl. Petzold, Ramin 1986/1993a, 1089-1150), wird genau wie in dem zitierten Text von 1969 die „Lebenslaufperspektive“ von Pathogenese und Salutogenese affirmiert, die an die repräsentationale Realität *schützender und schädigender Personen im Lebensconvoy, an protektive und adverse Ereignisse* gebunden ist. Das „Über-Ich“ wird in diesem Zusammenhang als Archiv toxischer oder benigner Beziehungserfahrungen aufgefaßt, in dem Werte und Normen rückgebunden sind an normsetzende Interaktionen mit „significant others“, Menschen, die positive oder negative Werte verkörpern bzw. durch ihr Handeln zeigen. Werte sind deshalb, wenn sie an überzeugende Leitfiguren gebunden sind, recht „enttäuschungsfest“. Für die psychotherapeutische Praxis ist es von größtem Interesse, Aufschluß über die narrati-

ven und dramatisch-aktionalen Formierungsprozesse (Petzold 1990p) von Repräsentanzen, schützenden oder bedrohlichen, sicherheitsgebenden oder verunsichernden, wertschätzenden oder abwertenden, sorgenden oder vernachlässigenden „significant others“ und „significant events“, bzw. die Verschränkung von beidem zu erhalten. Mit der Betonung von „Ereignisrepräsentanzen“ (*event representations*) wird das psychoanalytische Konzept der „Objektrepräsentanzen“, das im Prinzip unserem Konzept der „inneren Beistände“ und „inneren Feinde“ als „Subjektrepräsentanzen in Interaktion“ entspricht, überschritten und szenisch erweitert. (Wir rücken überdies vom psychoanalytischen „Objekt-Begriff“ wegen seiner anthropologischen und sprachlogischen Problematik dezidiert ab). Ereignisse als solche – *benigne* (z. B. die beglückende Erfahrung einer schönen Landschaft) und *maligne* (z. B. das Erleben einer Naturkatastrophe) – erhalten damit nicht nur einen Stellenwert als „event“ in einer Ereigniskette, sie werden auch als Repräsentanz entsprechend gewichtet, und das gilt natürlich auch für die *Subjektrepräsentanzen*, da es sich, genauer betrachtet, immer um „Subjekte in Situationen“ handelt, die repräsentiert werden. Bei der Herausarbeitung von „significant caring adults“ in der therapeutischen Arbeit müssen deshalb immer auch die *Situationen* des „carings“ mitangeschaut werden, weil Personen nicht von den Szenen und Stücken (*scripts*), in denen sie agieren, losgelöst betrachtet werden können (Petzold 1990i).

Um diesen repräsentationalen Niederschlag pathogener und salutogener Einflüsse diagnostisch zu erfassen, bedienen wir uns in der Integrativen Therapie neben dem *Karrierepanorama* und oft auch in Ergänzung zu ihm einer bildnerischen Darstellung der „Über-Ich-Bänke“, indem wir die Metapher einer „Richtbank“ (negative Repräsentanzen) und einer „Festbank“ (positive Repräsentanzen) verwenden, auf denen sich die „inneren Feinde“ und „inneren Beistände“, die das Lebensgefühl eines Menschen so wesentlich mitbestimmen, finden (vgl. Abb. 9 + 10). In symbolischer Form oder figurativ oder in der

Durchmischung beider Möglichkeiten stellen die Patienten mit Farbstiften oder in Kollagen Personen dar, von denen sie meinen, daß sie ihre Lebenshaltung und ihre Grundstimmungen wesentlich beeinflusst haben, ja noch gegenwärtig bestimmen. In Formen und Farben kommen dann Atmosphären zum Ausdruck, in denen *Szenen* eingefangen sind, welche einen z. T. lebensbestimmenden Charakter gewonnen hatten. Durch die Methoden der „Erlebnisaktivierung“ und der „szenischen Evokation“ können sie dann noch präziser ins Bewußtsein gehoben werden bzw. lassen sie sich mit „events“ aus den gleichfalls vorhandenen Karrierepanoramen verbinden (vgl. Abschnitt 4, Beispiel 8). Als Beispiel sei auf das in Abb. 10 wiedergegebene Bild der „Über-Ich-Bänke“ von Frederike, einer 35jährigen Psychosomatikpatientin, hingewiesen. Das Bild ist selbstexplikativ. Die *toxische Über-Ich-Bank* wird symbolisiert durch den geöffneten Rachen eines Krokodils, mit bösen, reißenden Zähnen bewehrt. Die bösen Botschaften: „Faul/Du willst nicht, Schlampe, disziplinos, vergnügungssüchtig, gleichgültig, egoistisch, interessenlos, verspielt, kindlich, zu nichts zu gebrauchen, lebensuntüchtig“. Gleichsam in einem Mittelfeld steht: „Zäh, nicht klein zu kriegen“. Die Botschaften, die von der *benignen Über-Ich-Bank* kommen, von stützenden, positiven Bezugspersonen – symbolisiert von leuchtenden Farben, Gräsern, gelben Blüten – lauten anders: „Gutes Mädchen, treu, anhänglich, hat Charakter, grundehrlich, lebenslustig, voller Energie, sensibel, kraftvoll, mutig, sinnlich, kreativ“. Wie das „Zäh und nicht klein zu kriegen“ sind einige dieser Botschaften durchaus „doppelbödig“ (z. B. anhänglich, hat Charakter). Beim Betrachten der „inneren Beistände“ sind sie doch insgesamt für die Klientin lebenssichernd, wenngleich sie schwerwiegende, biographische Negativbotschaften zu kompensieren bzw. auszubalancieren haben.

3. WIRKUNGSBEDINGUNGEN PROTEKTIVER FAKTOREN

Aus den voranstehenden Fakten und Überlegungen zu protektiven Faktoren ergeben sich zahlreiche Fragestellungen mit dem Blick auf Gewichtung, Interaktion mit Risikofaktoren, Kontextbedingungen. Viele dieser Fragen müs-

sen beim derzeitigen Forschungsstand noch offenbleiben. So wäre es z. B. von Interesse zu wissen, wie Eltern in Problemfamilien die protektiven Bezugspersonen oder protektive Angebote für ihre Kinder sehen. In der obengenannten Nachuntersuchung unserer Kindertherapiegruppen wurde diese Frage überwiegend positiv beantwortet. Dies ging auch aus unseren eigenen Aufzeichnungen hervor, daß nämlich die Eltern (im wesentlichen die Mütter) froh waren, für ihre Kinder ein Hilfsangebot und für sich Entlastung gefunden zu haben („Herr Doktor, was haben sie bloß mit unserem Kind gemacht, das kommt so gerne zur Therapie. Das freut sich die ganze Woche drauf!“ – „Ich bin so froh, daß das Kind in die Spielgruppe kommen kann!“). In zwei Fällen aber reagierte die Mutter sehr negativ auf die Therapeuten, und die Situation der Kinder verschärfte sich zu Hause („Seitdem du dahin gehst, bist du noch unausstehlicher!“ – „Sie machen mir das Kind ganz durcheinander. Das ist überhaupt gar nicht mehr zu bändigen!“). Trotz dieser Belastung wurde in der Aktualsituation und aus der Retrospektive die therapeutische Spielgruppe als wichtig und hilfreich erlebt („Heute sehe ich, die mußte doch eifersüchtig sein, wie unfähig die als Mutter war. Aber ich hab’ gesehen, daß das auch anders geht. Wie die Therapeuten miteinander umgegangen sind... die sind eben wie richtige Eltern miteinander umgegangen, so wie... wie man sich das vorstellt!“). Auf zwei Fragen mit Blick auf die protektiven Faktoren sei noch näher nachgegangen, nämlich, ob „*protective factors*“ das Vorhandensein von positiven, salutogenen Einflüssen oder das Fehlen negativer Einflußgrößen (*adversive events*) sind. Die zweite Frage ist, ob der Effekt protektiver Einflüsse vom Alter des Kindes abhängt.

3.1 „Gewinnen“ oder „verlieren“ – ein Definitionsproblem

Wird das Verhältnis zwischen protektiven Faktoren und Risikofaktoren thematisiert, so wird häufig das sogenannte „Münz-Bild“ ins Spiel

gebracht. Risiko- und Schutzfaktoren sind die beiden Seiten der Medaille, d. h. ein und desselben Phänomens. Liegt im Lebensspiel „die Zahl oben“, heißt das ‚protection‘, also „Gewinnen“. Die andere Seite würde dann bedeuten: *risk*, das ins „Verlieren“ führen kann. Ein protektiver Faktor wäre in diesem Bild also das Fehlen von Risikofaktoren. Man hat damit kein „auf eigenen Füßen stehendes“ Konzept. Wenn Armut der wesentlichste Risikofaktor in der Entwicklung von Kindern ist, so hat nach dem Münz-Bild die Mehrzahl der holländischen Kinder und Jugendlichen dieses Risiko nicht, vielmehr ist bei ihnen der „protektive Faktor“ der ausreichenden finanziellen Absicherung des sozialen Kontextes (der Eltern, der Erziehungsberechtigten, der Familie) gegeben. Sie sind damit nicht den vielfältigen „*risk factors*“ oder „*adversive events*“ ausgesetzt, die man bei Kindern in Familien mit einem niedrigen SES finden kann (Masten, Garmezy 1985). Bei einem schlechten SES kommt es häufig zu einem *kumulativen Deprivationsprozeß* (den Haushalten, den Eltern, den Kindern fehlt es „an allen Ecken und Enden“), der zu einer Bremse für die Entwicklung der Kinder wird („es ist für nichts Geld da“, „alle Kraft geht fürs bloße Überleben drauf“). Ein hoher SES kann Risikofaktoren kompensieren (Wilson 1985; Werner 1986). Das Münz-Bild ist also auch auf den SES anwendbar: Risikofaktor = Armut mit all ihren Konsequenzen/protektiver Faktor = ausreichende finanzielle Tragkraft der Familie. Auch der protektive Faktor des „emotional bedeutungsvollen, verlässlichen Erwachsenen“, auf den man immer wieder zurückgreifen kann (Rutter 1971), ist unter der Perspektive des Münz-Bildes zu sehen. Dieser Erwachsene ist nämlich ein beschützender „Puffer“ gegenüber den Einflüssen, die die Entwicklung des Kindes bedrohen. Er bietet „... the umbrella of security and protection raised over development by the significant caring figures in the environment“ (Masten, Garmezy 1985). Risikofaktoren wären demnach die „Abwesenheit von Unterstützung durch signifikante Erwachsene“. Das Kind hat niemanden, auf den es zurückgreifen kann,

wenn es Probleme hat, bei dem es Schutz suchen kann, wenn es bedroht wird. Abschließend sei noch auf den protektiven Faktor der „adäquaten, kognitiven Einschätzung von Stresssituationen“ verwiesen, der – wie gezeigt (2.2) – Entwicklungsrisiken bei Kindern stark verringert. Auch hier kann man formulieren: „Eine nicht angemessene, kognitive Einschätzung von Stresssituationen“ ist ein Risikofaktor. Sind also die Konzepte „*risk factor*“ und „*protective factor*“ unabhängig voneinander zu definieren und zu verwenden? Sind sie Zwillinge, oder sind sie theoretisch und praxeologisch voneinander zu unterscheiden? In forschungsgeschichtlicher Hinsicht sind sie auf jeden Fall miteinander verbunden, und in interventiver Hinsicht stehen sie nicht weit voneinander. Dennoch kann man sagen, daß unter dem Einfluß einer pathologiezentrierten, medizinalisierten Optik die Konzepte der „protektiven Faktoren“, der „salutogenen Einflüsse“ dem Konzept der „Risikofaktoren“ und der Zentrierung auf „pathogene Einflüsse“ nachgeordnet ist. Im Bereich der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen haben – sieht man von den Arbeiten zur Integrativen Therapie einmal ab (Petzold 1969b, c, 1974j, 1985a, 1988n) – die Salutogenesetheorie und die Forschungen und Theoreme zu „*protective factors*“, „*positive events*“, „*easy temperaments*“ bislang noch kaum Beachtung gefunden, geschweige zu konsistenten Praxisstrategien geführt, und dies nicht, weil sie im Bereich der entwicklungspsychologischen Forschung noch nicht gut genug definierte und abgesicherte Konstrukte sind. Die Vielzahl der Forschungsrichtungen und Disziplinen, die zu diesen Konstrukten beigetragen haben – oft, ohne daß sie voneinander wußten –, hat zwar die konzeptuelle Klarheit nicht gefördert, aber den *heuristischen Wert* der „Schutzfaktoren“ durchaus bekräftigt. Nunmehr aber wäre es an der Zeit, in Zusammenarbeit der verschiedenen Forschungstraditionen und durch die Entwicklung übergreifender Forschungsdesigns das Konzept der „Schutzfaktoren“ besser abzusichern, so daß es nicht nur zusammen mit Risikofaktoren wie

eine „Zwei-Einheit“ benutzt wird. Von der dialektischen Bezogenheit dieser beiden Seiten wird man nicht absehen können, jedoch kann nur eine von der Definition von Risikofaktoren unabhängige Bestimmung und wissenschaftliche Untermauerung der „protective factors“ zur fundierten Entwicklung von brauchbaren Interventionsmodellen für die Praxis – insbesondere in der Arbeit mit Kindern, die Überlastungen bzw. „zeitextendierten Belastungen“ (Petzold, Schuch 1992) in risikoreichen Lebenszusammenhängen ausgesetzt sind – führen (Rutter 1990). Eine differenziertere Untersuchung der Zusammenhänge würde auch bestimmte Widersprüchlichkeiten aufklären, daß nämlich in manchen Situationen Risikofaktoren und adverse Erfahrungen auch eine protektive Qualität gewinnen können. „Hard growing children“ sind oftmals durch den „rauen Wind“, in dem sie aufwuchsen, für härtere Zeiten besser ausgerüstet als Kinder, die wohlbehütet aufwuchsen (wir denken hier keineswegs an ein Aufwachsen in einem überprotektiven Milieu) und die damit auf schwierige Lebenssituationen, plötzliche Verarmung, Katastrophenereignisse u. ä. schlecht vorbereitet sind. In einer eigenen Longitudinalstudie (1972 – 1978) bei Drogenabhängigen zu ihrem Gebrauch von Hilfsagenturen (Beratungsstellen, Entgiftungseinrichtungen etc.) zeigte sich, daß „lebenserfahrene Unterschichtspatienten“ eher in der Lage waren, bei Fehlen oder Versagen von Hilfsagenturen sich eigene Stützsysteme aufzubauen (Petzold 1980c). In der Untersuchung von Robins, Davis, Wish (1977) über den Einfluß sozio-demographischer Faktoren auf die Heroinabhängigkeit amerikanischer Soldaten im Vietnam-Krieg gab es zunächst keine Verbindung zwischen dem Herkunftsmilieu und dem Rauschgiftkonsum. Offenbar war der kriegsbedingte Aktualstreß der prävalente Risikofaktor. Die Feinanalyse der Longitudinaldaten jedoch zeigte, daß farbige Soldaten aus Slums mit größerer Wahrscheinlichkeit mit dem Heroingebrauch begannen als weiße Soldaten aus wohl-situierten Stadtteilen. Es war aber die Gruppe der in Slums aufgewachsenen Farbigen, die nach der

Heimkehr aus Vietnam am leichtesten aus der Sucht aussteigen konnten. Als Erklärung wurde aufgeführt, daß das Aufwachsen in Slums und in Armut schon früh mit den Bedingungen und Folgen des Heroinkonsums vertraut gemacht hatte, das Risiko einer dauerhaften Abhängigkeit besser eingeschätzt werden konnte und auch bessere Bewältigungsmuster für dieses Problem vorhanden waren als bei den weißen Männern aus den reicheren Stadtteilen, die über all diese Erfahrungen nicht verfügten. Gerade für Rand- und Risikogruppen wären hier Überlegungen für die psychotherapeutische, soziotherapeutische und sozialarbeiterische Betreuung anzustellen, nämlich wie man belastende Erfahrungen nutzen könnte, um erworbene Bewältigungsfähigkeiten und Lebenstechniken bei der Rekonstruktion einer negativen Lebenssituation und bei Neuorientierung einer Lebenskarriere konstruktiv einzusetzen. Rutter (1990) hat mit seiner Forschergruppe herausgefunden, daß junge Frauen, die eine Devianzkarriere hatten und überwiegend in Erziehungsheimen aufgewachsen waren, durch die Ehe mit einem „non-deviant-spouse“, mit dem eine positive Beziehung aufgebaut werden konnte, zu einer guten Qualität von Elternschaft finden konnte, weil hier mit der Beziehung als positives *adult attachment* ein mächtiger protektiver Faktor zum Tragen kam, der eben nicht nur ein „Nicht-Risikofaktor“ ist.

Will man also zu einer Trennschärfe der Konzepte finden, so kann man sagen, daß ein *Risikofaktor* einen *direkten negativen* Einfluß auf das Kind und sein Verhalten ausübt, wohingegen ein *protektiver Faktor*, obwohl gleichfalls konkret und unmittelbar erfahren – wie z. B. körperliche, emotionale, verbale, materielle Zuwendung – mit Blick auf die Risiken eher einen *indirekten Einfluß* hat: Negative Einwirkungen können durch ihn besser ausgehalten oder abgewehrt werden, so daß sich sozial konstruktives Verhalten entwickeln kann. Auch unterscheiden sich die Formen der Einwirkung deutlich. Protektive Faktoren kommen nicht in der massiven, plötzlich einbrechenden Art und Weise zum Tragen, wie manche „*adversive*

events“, z. B. Mißhandlung, Vergewaltigung usw.

Risikofaktoren „verbrauchen“ Entwicklungspotentiale, indem sie z. B. positive, salutogene Einflüsse abschwächen, weil diese etwa zum *Abpuffern* von Traumata, Defiziten, Störungen und Konflikten – pathogenen Stimulierungskonstellationen also (Petzold, Schuch 1991) – eingesetzt werden müssen, wohingegen protektive und salutogene Einflüsse unmittelbar Entwicklungs- und Wachstumsprozessen zugute kommen. Das positive, entwicklungs- und gesundheitsfördernde Moment protektiver, stützender und salutogener Elemente in menschlichen Lebensverläufen muß also – und hier liegt wohl die Lösung des Problems – in seiner Charakteristik als „*chain of positive and nourishing events*“ gesehen werden. Dies sind salutogene Einflußgrößen in eigenem Recht, die zunächst *keine Schutzfunktionen* haben, sondern als konstitutive Bestandteile positiver Sozialisationsverläufe betrachtet werden müssen, welche erst, wenn Risiken und adverse Ereignisse eintreten, eine Schutzfunktion erhalten, wobei einige dieser positiven Momente eine besondere „protektive Valenz“ gewinnen können, wie die Forschung zeigt. Wir möchten sie damit gegenüber *allgemeinen förderlichen und salutogenen Entwicklungsbedingungen* („*unspecific protective factors*“) als „*specific protective factors*“ bezeichnen. Die Spezifität wird aber stets auch von den sozialen Bewertungsparametern, d. h. vom jeweiligen sozioökologischen Kontext abhängen, wie schon ausgeführt wurde. Die „*social worlds*“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold 1991), d. h. kollektive evaluierende Perspektiven auf Lebenssituationen, die „*représentations sociales*“ (Moscovici 1984; Jodelet 1989), die gleichfalls kollektive Bewertungsmuster einschließen, spielen hier eine wichtige Rolle, denn ein Kind wird sich überwiegend an solchen „*shared perspectives*“ (Unruh 1983) orientieren, weil sie ihm in seiner Lebenswelt vermittelt worden sind. Eine weitere Spezifität protektiver Faktoren ergibt sich aus den schon erwähnten biologischen Parametern (Geschlecht, Aussehen, Temperament, genetisch disponierte Vulnerabilität oder Vitalität).

3.2 *Entwicklungsniveau und protektive Faktoren*

Es liegt der Gedanke nahe, daß der Einfluß von „stressful life events“ und „prolongierten Mangel Erfahrungen“, „critical or adverse events“ im Bezug auf das Alter des Kindes gesehen werden muß. In der Tat wird in der entwicklungspsychologischen Forschungsliteratur immer wieder Stadien verweisen, in denen Übergänge (*transitions*) stattfinden, sogenannte „sensible Phasen“ (ein durchaus kontrovers diskutiertes Konzept), die auch zu Phasen besonderer *Vulnerabilität* geraten können, wenn in ihnen die altersspezifischen Copingmöglichkeiten und Ressourcen durch „zeitextendierte Belastungen“ (Petzold, Schuch 1991) oder gar durch Überlastungen, „traumatischen Stress“ bzw. durch „Disstress“ überfordert werden (Malt 1993). Es ist aber auch möglich, daß in „Entwicklungsstadien mit besonderer Empfänglichkeit“ (wie wir sie bezeichnen möchten) notwendige, positive Stimulierungen bzw. Umweltangebote nicht vorhanden sind, so daß Defizite entstehen: etwa in der „*sprachsensiblen Phase*“ durch fehlende Ansprache (Bruner 1987). Die Frage nach den „sensiblen Phasen“ ist durch die Forschung noch nicht eindeutig geklärt und auch noch nicht theoretisch in einer übergreifenden systematischen Darstellung entfaltet worden, was mit Blick auf die Praxis der Kleinkind- und Kinderpsychotherapie unbedingt notwendig wäre, aber auch für Therapieansätze, die beanspruchen, mit Erwachsenen über regressive Arbeit eine Art „*reparenting*“ (Petzold 1969b, c, 1988n, 238 ff.), eine *Nachsozialisation* zu betreiben, von hoher Bedeutung ist. Schließlich muß unter der Perspektive eines „*life span developmental approach*“ gesehen werden, daß es offenbar auch im weiteren Lebensverlauf: in der Adoleszenz, im Erwachsenenalter, im Senium Zeiten besonderer Sensibilität, ja Vulnerabilität gibt (Partnerverlust, Menopause, *empty-nest-situation*, Pensionierung, Relokationen usw. vgl. Saup 1993, 141 ff.). Derartige Sensibilitäten haben unterschiedliche Hintergründe. Im Frühbereich sind sie z. T. ge-

netisch disponiert, im Erwachsenenalter sind sie zumeist psychosozial bestimmt, d. h. sie sind durch gesellschaftliche Lebensformen an die Diskontinuitäten in Karrieren und an Statuspassagen (Schuleintritt, Eintritt ins Berufsleben, Pensionierung) gebunden. In der Pubertät und den Wechseljahren sind sie mit biologischen *und* sozialen Faktoren verbunden.

Bei sich normal entwickelnden Babys finden wir im Alter von drei Monaten z. B. vielfältige Verhaltensänderungen, die *Prechtl* (1990) als Kennzeichen einer neurologischen Reorganisation sieht, durch die der Säugling in der Folge fähig zu flexibleren und komplexeren Verhaltensweisen wird. Risikofaktoren somatischer wie auch psychosozialer Art können derartige Entwicklungen gravierend beeinträchtigen, aber auch, wenn die zerebrale Neuorientierung stattfinden konnte, werden deprivierende Situationen für den Säugling erhöhte Risiken bergen bzw. ihn auch sensibler machen für das Fehlen von entwicklungsfördernden Umweltangeboten, weil seine neuerworbenen Fähigkeiten nicht genutzt werden können. Neurologische, emotionale und soziale Entwicklungsschritte, die einen Übergang von einem Kompetenzniveau zu einem anderen bewirken, können dann auch zu „kritischen Perioden“, zu Phasen „besonderer Vulnerabilität“ geraten. *Bowlby* (1969) nahm an, daß im Hinblick auf den kindlichen Bindungsprozeß das neurologische System über eine bestimmte Zeit besonders „geöffnet“ ist, um ein Band mit der Mutter aufzubauen (*bonding*), das eine „primäre Vertrautheit“ (*Bishop* 1991, 199f, 205 f) herstellt. *Bowlbys* Überlegung wurde von Vertretern der Attachment-Theorien aufgenommen und ausgebaut. Sei eine solche „kritische Periode“ vorübergegangen, ohne daß in ihr die erforderlichen Erfahrungen gemacht werden konnten, so sollten diese Prozesse nie mehr in der gleichen Effektivität ablaufen können. Es entstände demnach ein wirkliches Defizit. Besonders durch die sehr populär gewordenen Arbeiten von *Klaus* und *Kennell* (1976, vgl. *Kennell, Voos, Klaus* 1979), die eine problematische Verquickung von *primärer*

Vertrautheit (der des Kindes zur Mutter) und *tertiärer Vertrautheit* (die der Mutter zum Kind) – um auf *Bishop* (1991, 148) Konzeptualisierungen zurückzugreifen – vornehmen, fand diese Doktrin große Verbreitung, traf sie doch auf Ideen, die *Dick-Read* (1942), *Spock* (1945) und *Leboyer* (1975) auf breiter Basis vorbereitet hatten. Diese und andere Autoren vertraten mit dem – z. T. auch als reziproken, zwischen Mutter und Kind sich vollziehendem Geschehen aufgefaßten – *Bonding*-Konzept, daß die Mutter durch Haut-zu-Haut-Kontakt in einer sensiblen oder kritischen Phase unmittelbar nach der Geburt ein festes Band aufbaut durch „Kosen, Küssen, Knuddeln und langes Anschauen“ (*Klaus, Kennell* 1976) und, wo diese Erfahrungen nicht möglich waren, sollten sich – so die Autoren – negative Entwicklungen einstellen (*Klaus et al.* 1972; *Kennell et al.* 1974; *Ringler et al.* 1975). Die Konsequenzen, die z. T. aus dieser Doktrin gezogen wurden, waren fatal. Zahlreiche Autoren vertraten die Auffassung, daß Kindesmißhandlung und Vernachlässigung das Resultat fehlender *Bonding*-Prozesse seien, ja daß ein solcher fehlender Intensivkontakt in der „kritischen, sensitiven Phase“ unmittelbar post partum die Ursache von Autismus sei (*Wing* 1971; *Lynch, Roberts* 1977; *Argles* 1980; *Gaines et al.* 1978; *Carter, Easton* 1980). Hier wurde eine Linie aufgenommen, die *Bettelheim* (1967) schon vertreten hatte und die durch seine Popularität erhebliche Resonanz fand. Einer empirischen Überprüfung unter longitudinaler Perspektive hielt die *Bonding*-Doktrin nicht stand. Der angenommene protektive Faktor des frühen *Bondings*, dessen Fehlen dann zu einem Risikofaktor werden sollte, konnte in den longitudinalen Untersuchungen von *Dunn und Richards* (1977) bei 77 Mutter-Kind-Paaren nicht gefunden werden. Nachfolgende Forschung (*Carlsson et al.* 1979; *Schaller et al.* 1979; *Jones et al.* 1980; *Sluckin et al.* 1983) bestätigt die Existenz einer solchen sensiblen Phase nicht, und inzwischen liegt eine Fülle von Forschungen vor, die in einem Übersichtsreferat von *Lamb* (1983, 492) wie folgt zusammengefaßt werden:

„In sum, it is clear that claims regarding the effects of early contact on mother-infant bonding are not well supported by the empirical evidence. Most charitably, one could say that the advocates of mother-infant bonding have yet to prove their case. More critically, one could say that early contact has no enduring effects on maternal attachment, but may sometimes have modest short-term effects on *some* mothers in *some* circumstances“ (vgl. auch *Lamb, Hwang* 1982; *Sluckin, Herbert* 1986).

Gegen die Annahme determinierender, früher „sensibler“ Phasen beim Säugling – sie wären dann zugleich als Risikofaktoren zu betrachten – und von prädisponierten Bondingprozessen bei Müttern haben sich zahlreiche renommierte Entwicklungsforscher gewandt (*Chess, Thomas* 1982; *Herbert et al.* 1982; *Leidermann* 1981; *Redshaw, Rosenblatt* 1982; *Sluckin et al.* 1983, 1986; *Rutter* 1980). *Hinde* (1983), *Rutter* (1987) und andere sehen eine derartige Position als viel zu radikal, und ziehen es deshalb vor, von „sensiblen Perioden“ zu sprechen. In die Argumentation von *Bowlby* einerseits und von *Klaus* und *Kennell* andererseits sind in zu starkem Maße ethologische Konzepte eingegangen, wie z. B. eine „primäre Prägung“ – aber Säuglinge funktionieren nicht wie die Gössel, bei denen *Konrad Lorenz* (1965) das Prägungsphänomen untersucht hatte, und Mütter funktionieren nicht wie die Geißen, deren „maternal imprinting“ *Klopfer* und Mitarbeiter (1966, 1968) studierten (zum primären Bindungsverhalten aus ethologischer Sicht vgl. *Bateson* 1983, 1990; *Bishop* 1991). Ein Kind kann in bestimmten Perioden für spezifische Erfahrungen besonders empfänglich bzw. *sensitiv* sein, weil sein Nervensystem ein höheres Reifungsniveau erreicht hat und ein aktiviertes genetisches Programm für Erfahrungen in besonderer Weise disponiert (z. B. bei der Organisation des visuellen Cortex). Aber das Nervensystem hat genügend Flexibilität, um auch – fand in sensiblen Phasen eine Unterstimulierung statt – in späteren Situationen die entsprechenden Umweltangebote aufnehmen und verarbeiten zu können, so daß Lernerfahrungen nachgeholt werden können

(*Kohnstamm* 1987). Die „harten“ Positionen der frühen Deprivationstheoretiker, wie z. B. *Bowlby* oder *Spitz*, mit der Annahme irreversibler Schäden aufgrund „früher Störungen“ (worin ihnen Kliniker z. B. *Bion*, *Kernberg*, z. T. *Kohut* gefolgt sind) können mit Blick auf die Ergebnisse der Longitudinalforschung heute so apodiktisch nicht mehr vertreten werden (*Ernst, Luckner* 1987; *Rutter* 1988; *Rolf et al.* 1990). Die *Möglichkeit* von besonderen Vulnerabilitäten, ja, Folgeschäden aufgrund „sensibler Perioden“ wird damit keineswegs in Abrede gestellt. Sie ist ja durchaus belegt (*Bock, Whelan* 1991; *Rutter* 1987). Deshalb wird Forschungen und Überlegungen zu sensiblen Perioden in präventiver wie auch in kurativer Hinsicht (*Papousek, Papousek* 1993), aber auch für die Bewertung sogenannter „Kausalitäten“ in psychotherapeutischen Prozessen oder für das Formulieren von erklärenden Hypothesen in Therapien großes Interesse zukommen.

Kinder in den ersten Lebensmonaten sind im Sinne „evolutionärer Logik“ zur Erhöhung ihrer Überlebenschancen nicht fest auf bestimmte Personen geprägt (*Chasiotis, Keller* 1992), sondern sie können mit unterschiedlichen, „kompetenten“ Pflege- und Bezugspersonen gut gedeihen. Die Fähigkeiten solcher *caregiver*, die genetisch disponierten Muster des „*intuitive parenting*“ (*Papousek, Papousek* 1981, 1987) in der Interaktion mit dem Kind zu realisieren (vgl. 4.2.1), müssen als zentraler salutogener Einfluß bzw. als protektiver Megafaktor für diese Altersstufe angesehen werden, denn Säuglinge benötigen diese Kommunikationsmuster. Sie sind „primär sozial“ (*Rutter, Rutter* 1992, 110) und oft so kommunikationsfreudig, daß man sogar von einer „Beziehungspromiskuität des Säuglings“ in dieser Phase sprechen kann. Kleinkinder hingegen haben sich an ihre Bezugspersonen gewöhnt und zu ihnen spezifische Bindungen aufgebaut (*Bishop* 1991, 431 ff.) – nicht zuletzt weil auch die Caregiver nun nicht mehr typisierten Parentingmustern folgen, sondern sich in differenzierten Formen des „*sensitive caregiving*“ (*Vyt* 1989) auf die sich entwickelnde Persönlichkeit des Kindes eingestellt

haben, und dies ist wiederum ein salutogener und schützender Einfluß. Deshalb sind Kleinkinder Trennungen gegenüber viel sensibler als Säuglinge. Wenn im zweiten Lebensjahr das Erwachen der „self-awareness“ (Kagan 1981) erfolgt, ist offenbar eine besondere Vulnerabilität (Vyt 1989) gegeben. Rutter (1981) hat die Empfindlichkeit gegenüber Trennungserfahrungen anhand der Reaktion auf Krankenhausaufnahmen bei Kindern zwischen dem sechsten Monat und dem vierten Lebensjahr untersucht. Dabei kam er zu der Auffassung, daß aufgrund der beobachteten Reaktionen Kinder, die jünger als sechs Monate sind, mit der Situation gut fertig wurden, weil sie noch keine starken selektiven Bindungen entwickelt hatten, und Kinder, die älter waren als vier Jahre, über genügend kognitive Fähigkeiten verfügten, um zu wissen, daß der Krankenhausaufenthalt nur vorübergehend ist und keine vollständige Trennung von den Eltern oder gar ihren Verlust bedeutet, gleichfalls ein gutes Bewältigungsverhalten zeigen. Außerdem verstehen sie besser, *warum* sie im Krankenhaus sind, eine Möglichkeit, über die das Zweijährige nicht verfügt, das damit in ganz anderer Weise an eine Situation ausgeliefert ist. Das Entwicklungsalter ist also eine wichtige Variable für die Verarbeitung von „stressfull life events“.

Masten und Garmezy (1985) verweisen auf die unterschiedlichen Reaktionsformen bei Kindern verschiedenen Alters, bezogen auf den Tod eines Elternteils. Ein auffälliger Unterschied ist, daß sich Trauerreaktionen bei jüngeren Kindern als flacher und von kürzer Dauer erweisen, als bei älteren Kindern oder gar bei Adoleszenten und Erwachsenen. Wir neigen dazu, bei Kleinkindern gar nicht von *Trauer*, sondern von Reaktionen des *Schmerzes*, der Verunsicherung, des *Distreß* zu sprechen, weil Trauer ein „komplexes Gefühl“ bzw. ein *emotionaler Prozeß* mit unterschiedlichen Gefühlskomponenten ist, der ein relativ hohes, kognitives und emotionales Differenzierungsniveau, d. h. ein ausreichend „reifes Ich“ voraussetzt (Petzold 1993a, 1164). Rutter (1966, 1981) bringt die Trauer mit dem Grad der kognitiven

Entwicklung in Zusammenhang, den Möglichkeiten, Vergangenheit zu bewerten und Zukunft antizipierend in ihrer Tragweite zu erfassen und damit die Bedeutung des Todes als eines endgültigen, auch für die Zukunft geltenden Verlustes zu begreifen. Trauer, in vollem Sinne setzt als Ich-Leistung ein bestimmtes Organisationsniveau der Persönlichkeit voraus (Rutter, Rutter 1992, 132 f) und kann deshalb erst nach einer längeren Phase emotionaler Sozialisation, d. h. emotionaler Differenzierungsarbeit vollzogen werden, nämlich um das vierte Lebensjahr. Wenn auch die Distreß-Reaktion kleiner Kinder, wird eine wichtige Bezugsperson verloren, kurz und nicht sehr tiefgreifend zu sein scheint, so sind unter longitudinaler Perspektive bei ihnen nachfolgende, psychische Störungen gegenüber den Kindern, die solche Erfahrungen nicht machen mußten, größer (Rutter 1981; Rutter, Izard, Read 1986). Für diesen Befund ist jedoch nicht unbedingt die unmittelbare Verluste Erfahrung ausschlaggebend oder allein ursächlich, sondern es sind die vielfältigen, in der Regel negativen Folgewirkungen eines solchen Verlustes in Rechnung zu stellen: Die Pflege und Erziehungsarbeit wird vielleicht nicht mehr so gut geleistet, Verhaltenskontinuitäten werden unterbrochen, die Familienrollen verändern sich. Bei dem verbleibenden Elternteil kommt es zudem häufig zu Überlastungsreaktionen, die wirtschaftliche Situation verschlechtert sich usw. Es kommen also protektive Faktoren und salutogene Einflüsse zum Fortfall, oder sie werden ausgedünnt, und andererseits nehmen Risikofaktoren und „*adversive events*“ zu.

Den hier aufgezeigten, komplexen Zusammenhängen wird in der Longitudinalforschung in Zukunft noch weitere Aufmerksamkeit zu schenken sein, ja sie müssen einen Schwerpunkt in der empirischen „klinischen Entwicklungspsychologie“ bilden, da in einer solchen spezifischen „*developmental psychopathology*“ Antworten auf Fragen nach der Pathogenese im allgemeinen und nach dem Entstehen spezifischer Krankheitsbilder im besonderen zu finden sind, Antworten, die bessere Begründungen und Zu-

sammenhänge bereitstellen als etwa die Konstrukte von *Freuds* klassischer psychoanalytischer Phasenlehren, aber auch die Phasenkonzepte von *Melanie Klein* oder *Margret Mahler* und ihren Schulen. Die Vielfalt der Einflußgrößen und interagierenden Wirkfaktoren familienspezifischer (*Schneewind* 1991) oder z. B. kultureller Art, die große Zahl der die frühe Entwicklung beeinflussenden Besonderheiten (vgl. *Barrat* 1993; *Hopkins, Westra* 1988, 1990) werden es allerdings nicht mehr möglich machen, daß man zu monokausalen Erklärungsmodellen kommt, indem man jetzt etwa mit Bezug auf – in der Regel sehr selektiv rezipierte – Ergebnisse der Säuglingsforschung (die Kleinkindforschung wird dabei noch kaum zur Kenntnis genommen) wiederum von Ereignissen im „frühen Milieu“ auf spätere Pathologien schließt. Immer noch wird bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter zunächst nach potentiellen Problemen in der Babyzeit gefahndet, und man unterstellt den vermuteten (weil durch Fremdanamnese in der Regel kaum zu objektivierenden) Einflüssen eine monokausale und zugleich linear-kausale Bedeutung für die Erklärung etwa einer Borderline-Erkrankung. Die Arbeiten von *Daniel Stern* (1985) in dieser Weise zu gebrauchen hieße, sie mißbrauchen, denn es wird damit der ganze Zwischenbereich der späteren Kindheit, Adoleszenz, des jungen Erwachsenenlebens mit seinen salutogenen und pathogenen Einflüssen ausgeblendet, obgleich *Stern* (1991) eine lebenslange Entwicklung des Selbst affirmiert und sich gegen die determinierende Wirkung früher Erfahrungen wendet. Höchst problematisch ist es auch, die von *Stern* beim derzeitigen Forschungsstand eher im Sinne einer *entwicklungspsychologischen Heuristik* konzipierten, frühen Entwicklungsstufen des Selbst als einen gesicherten Phasenablauf zu betrachten, der in der Psychotherapie bei frühgestörten, erwachsenen Patienten nachvollzogen werden müsse, etwa der Schritt vom „Kernselbst“ zum „subjektiven Selbst“ (*Basch* 1991). Hier allerdings von „applied developmental psychology“ zu sprechen (*ibid.*) zeugt eher von einem ver-

kürzten Entwicklungsverständnis, das lineare Folgen annimmt und die Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters (*Faltermajer et al.* 1992) und die sich in späteren Lebensphasen bei im Senium vollziehenden Kompensations- und Adaptierungsprozesse (*Saup* 1991, 1993) unberücksichtigt läßt. Auch in einem „nachsozialisierenden Ansatz“, wie dem von uns vertretenen „parenting/reparenting Modell“ (*Ramin, Petzold* 1987; *idem* 1991e, vgl. 4.2.1) werden keine „Stufen“ nachgeholt, sondern es wird versucht, phänomenologisch „hier und jetzt“ objektivierbare Persönlichkeitsdefizite (die ihren Hintergrund natürlich in vielfältigen Entwicklungsdefiziten bzw. -störungen und unterschiedlichen Altersstufen haben) durch das Ermöglichen „korrigierender bzw. alternativer“ somatomotorischer, emotionaler, kognitiver und sozialkommunikativer Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung hier und heute auszugleichen, denn: „*Research findings suggest, that to an important extend, close relationships later may compensate for earlier lacks*“ (*Rutter, Rutter* 1992, 125). Dies erfordert natürlich Kenntnisse über frühe Konstellationen (*Basch* 1977, 1988a, b), die interventive Konsequenzen haben müssen, z. B. eine flexible, elastische Behandlungstechnik (*Ferenczi* 1927/128; *Petzold* 1969c, 1974j; *Gedo* 1973, 1979; *Basch* 1991), die über sprachliche Interventionen hinausgehend – und hier liegen die Grenzen der psychoanalytischen Behandlungsmethodik – nonverbale Elemente einbeziehen müssen, wie heute von analytischer Seite mit Bezug auf die Säuglingsforschung durchaus gesehen wird (*McLaughlin* 1987, 1989; *Scharfman* 1989; *Jacobs* 1973, 1986; *Mahl* 1977; *Lilleskov* 1977 und schon *F. Deutsch* 1949, 1951, 1959).

Hier ist nun der Ort, wo die Ergebnisse von *Longitudinalstudien* mit komplexen Designs beigezogen werden müssen, und zwar Studien, die möglichst aus unterschiedlichen theoretischen Schulen kommen sollten. Die dadurch zunächst entstehende Komplexität, ja manchmal Unübersichtlichkeit erweist sich insgesamt als fruchtbar, weil unterschiedliche Ergebnisse neue Forschungsfragen generieren können und

weil sie – bringt man sie in Ko-respon-
 zieren Korrekturen zu setzen vermögen. Die
 einseitige Abstützung der psychoanalytischen
 Entwicklungs- und Pathogenesetheorie auf die
 Konzepte *M. Kleins* oder *M. Mahlers*, die nicht
 in den kritischen Diskurs mit den Ergebnissen
 anderer entwicklungspsychologischer und sozia-
 lisationstheoretischer Schulen (z. B. *Ch. Bühler*,
J. Piaget, *G.H. Mead*) gestellt wurden, zeigt, wie
 problematisch Schulenhaftigkeit werden
 kann. Nicht nur, daß konzeptuelle Schwächen
 und Einseitigkeiten verborgen bleiben und sich
 perpetuieren, es ist auch damit zu rechnen, daß
 schon in der Forschungsfragestellung und in
 der Hypothesenbildung die Weichen so gestellt
 werden – wie bei den Arbeiten von *Mahler* der
 Fall –, daß die Ergebnisse herauskommen, die
 man haben will, die also das eigene Konzept
 abstützen, weil der Outcome schon in den
 theoretischen Vorannahmen impliziert wird.
 Auch differenzierte Untersuchungen wie die
 von *Massie* et al. (1988) führen durch ihre ein-
 seitige Orientierung an psychoanalytischen
 Konzeptbildungen – für sich genommen – zu
 einer verengten Perspektive, im Zusammenden-
 ken aber mit anderen longitudinalen For-
 schungsergebnissen zu einer bereichernden
 Sichtweise. *Massie* und seine Mitarbeiter haben
 „innere Themen“ der Mütter (!) – *Lamb*s
 (1981) „The role of the father in child deve-
 lopment“ z. B. wurde nicht beachtet – und der
 Familie über Jahre hin untersucht, um zu se-
 hen, wie diese sich in Handlungsstrategien um-
 setzen. Dabei wurde hauptsächlich die mütter-
 liche Persönlichkeit mit ihren bewußten Wün-
 schen und unbewußten Konflikten untersucht
 (1.) und die Art und Weise, wie diese sich im
 Interaktionsstil der Mutter manifestierten (2.),
 schließlich welche Auswirkungen sich daraus
 für die kindliche Persönlichkeit ergeben (3.).
 Von den zwanzig untersuchten Familien wer-
 den zwei ausführlich dokumentiert (die Aus-
 wahlkriterien, warum gerade diese zwei, werden
 nicht offengelegt, aber dennoch evident, weil
 sie die Hypothesen der Forscher stützen). Die

einseitige Zentrierung auf die Mutter steht in
 guter, analytischer Tradition. Der Vater (*M.*
Papousek 1987; *Lamb* 1981; *Fthenakis* 1988)
 wird unzureichend berücksichtigt. Von *Massie*
 et al. wird ein prototypisches *familiäres Kon-*
fliktthema zur generellen Explikationsfolie kom-
 plexer Familiendynamik gemacht und im we-
 sentlichen nach pathogenen Faktoren geschaut,
 nicht aber nach protektiven oder salutogenen.
 Exemplarisch polarisierend stellen die beiden
 Fallbeispiele eine „gute Mutter“ und eine „un-
 zureichende Mutter“ dar. Ohne die eigenen Er-
 ziehungsideologien – sie kommen massiv zum
 Tragen – reflektierend offenzulegen, werden
 von den Autoren Interaktionsstile aufgeteilt in
 „angemessen“ und „unangemessen“, wobei Ver-
 haltensweisen und ihre Wirkungen ständig auf
 unbewußte Motivationen hin interpretiert wer-
 den, ohne daß wiederum Selektions- und Inter-
 pretationskriterien klar werden.

Dennoch hat eine solche Untersuchung mit
 Blick auf die gesamte Forschungslage einen ho-
 hen wissenschaftlichen und klinischen Wert,
 weil sie rein ethologisch ausgelegte Longitudi-
 naluntersuchungen ergänzen kann, ja eine ein-
 seitig verhaltensorientierte Sicht zu korrigieren
 vermag. Auch in der Arbeit von *Massie* könnte
 eine differenzierte Betrachtung der einzelnen
 Altersstufen unter dem Aspekt besonderer Sen-
 sibilitäten – sprachensible Periode (*Bruner*
 1987), rollensensible Periode (*Flavell* 1975) –
 und des Sozialisationsprozesses zum Verständ-
 nis der beobachteten Phänomene Wesentliches
 beitragen, genauso wie eine attributionstheore-
 tische und identitätstheoretische Folie (Erwar-
 tungsstrukturen der Eltern, Verhaltensattribu-
 tionen) oder das Einbeziehen von Ergebnissen
 der emotionalen Entwicklungspsychologie (*Kruse*
 1991) – etwa von Stilen in der emotionalen
 Differenzierungsarbeit (*Petzold* 1992b) – oder
 des *developmental memory research* (*Rovee-Collier*
 1987, 1993; *Nelson* 1986, 1993). All das aber
 unterbleibt, und so entstehen sehr einseitige Er-
 gebnisse, die komplettiert werden müssen.

4. THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN AUS DER LONGITUDINALEN ENT- WICKLUNGSFORSCHUNG ZU PRO- TEKTIVEN UND RISIKOFAKTOREN

Entwicklungsforschung steht in der Gefahr, zur „*l'art pour l'art*“ zu geraten, werden ihre Ergebnisse nicht in präventiver und kurativer Hinsicht interventiv umgesetzt. Dafür muß eine Vernetzung mit anderen Forschungsergebnissen der „*clinical developmental psychology*“ – etwa zum frühen Interaktionsverhalten vom Kind und Bezugspersonen – erfolgen, um eine Zuspätschiebung von Konzepten für die Praxis zu erreichen. Für die Psychotherapie von Kindern und Erwachsenen wird es unverzichtbar, eine derartige Arbeit zu leisten. Bislang wurden hierzu noch kaum Schritte unternommen. Es sollen deshalb zumindest einige Hinweise aus dem praktischen, in diese Richtung gehenden Bemühungen der Integrativen Therapie mit Kindern und Erwachsenen mitgeteilt werden.

4.1 Perspektiven für die Praxis helfender und therapeutischer Arbeit mit Kindern

„*Development is fluid and it is never too late for changes to take place*“
(Rutter 1987, 57).

Nur von einigen wenigen genetischen, pränatalen oder perinatalen Risikofaktoren kann man mit Sicherheit sagen, daß sie zu einem eindeutig negativen Entwicklungsverlauf bzw. Entwicklungsergebnis führen – z. B. zu einem frühen Tod oder einer geistigen Behinderung. Zu diesen Risikofaktoren gehören die Tay-Sachs-Krankheit, das Hurler-Syndrom, die Anencephalie und verschiedene Chromosomenanomalien (Trisomie 13, 18, Cri-du-Chat-Syndrom). Alle anderen Risikofaktoren können mit Hilfe protektiver Faktoren beeinflußt werden, so daß es zu Modifikationen im Entwicklungsergebnis kommen kann. Wie kompensatorische Interventionen im einzelnen verlaufen müssen, wann und in welchem Maße protektive Einflüsse gezielt eingesetzt werden müssen, bedarf noch weiterer Forschung. Man ist bislang im

wesentlichen auf klinische Heuristiken verwiesen, die man aus dem „*protective factor research*“, das die vorliegende Arbeit darstellen wollte, ableiten kann.

Sieht man die vielfach beschriebene „Kompetenz“, „Elastizität“, „Spannkraft“ und „Kompensationsfähigkeit“ von Babys und Kleinkindern (Stone et al. 1973; Dornes 1993), Faktoren, die als Grundeigenschaft der frühen, menschlichen Entwicklung gesehen werden müssen, als evolutionsbiologisch bestimmte Überlebensprogramme, die der Arterhaltung dienen, so können wir mit Blick auf eine solche Grundausrüstung in theoretischer wie in praxeologischer Hinsicht uns durchaus auf eine „positive Perspektive“ in der Entwicklungspsychologie ausrichten, statt unsere (gleichfalls evolutionsbiologisch disponierten) protektiven „Parenting-Impulse“ dergestalt auszuleben, daß wir uns auf vermutete pränatale Schädigungen, das Geburtstrauma sowie ausschließlich auf den „vulnerablen“ und gefährdeten Säugling zentrieren, wobei wir von allen belastenden Einflüssen annehmen, sie hätten unabdingbar schlimme, das gesamte weitere Leben bestimmende Folgen. Die schlimmsten sind dabei gerade gut genug (Autismus, Psychosen, Rauschmittelabhängigkeit, Borderline-Erkrankungen usw.). Die auf Problem- und Konfliktlösung (Rovee-Collier 1983), auf Bewältigungsfähigkeit und auf Restitution bzw. Kompensation angelegte Grundausrüstung des Menschen kann im Verein mit hinreichenden protektiven Einflüssen über kürzere oder längere Zeit wirksam gewordene Deprivationen und Schädigungen ganz oder teilweise ausgleichen (Tizard 1977; Hodges, Tizard 1989). Bei Bereitstellung „hinlänglich guter Bezugspersonen“ und einer „fördernden Umwelt“ (Winnicott), um zu verhindern, daß sich einzelne Negativeinwirkungen zu „*chains of adverse events*“ ausweiten, und durch Gewährleistung von „*chains of protective and nourishing events*“, werden für die Mehrzahl von Risikokindern keine bleibenden Schäden eintreten. Dafür sprechen die Ergebnisse zahlreicher Longitudinalstudien (Rutter, Rutter 1992). Selbst von ihrer Mutter ernsthaft

vernachlässigte und gequälte Kinder konnten, als ihre Versorgung verbessert wurde, wieder Elastizität und Kommunikationsfähigkeit aufbauen (Crittenden 1985), ähnlich wie schwer deprivierte rumänische Heimkinder nach Berichten von Stern und Buschweiler-Stern (Stern 1991) nach kurzer Zeit therapeutischer Arbeit aus ihrer Apathie zu einer „emotional responsiveness“ finden konnten.

Aus all diesem muß man allerdings Konsequenzen ziehen, nämlich die, daß Kinder mit Entwicklungsrisiken besonders gute Betreuung und Eltern mit solchen Kinder besonders effektiv Unterstützung brauchen. Raub (1989) führt hierzu aus: „Parents of infants most in need of educational advise and help are those with deviant or sick infants. These infants need ‚optimal‘ parents from early on. These children offer little help to their parents to develop their parental skills. At the same time these infants seem to be more vulnerable to even minor educational deficiencies in their parents.“ Alles in allem ergeben sich damit bei Kindern, die frühe Handikaps haben, hohe Anforderungen für die Eltern, weil sie von Geburt an protektive Faktoren bereitstellen müssen, eine optimale Versorgung zu gewährleisten haben, um die Verletzlichkeit ihres Kindes zu kompensieren bzw. ihm dabei zu helfen, seine restitutiven Fähigkeiten auf die bestmögliche Art und Weise zu entfalten. Deshalb empfiehlt es sich, Eltern mit Risikokindern so früh wie möglich Hilfen zu geben und ihnen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Versorgung ihres Kindes zu vermitteln, wie es in verschiedenen Modellen aus dem Bereich der „infant psychiatry“ unternommen wurde (Brazelton, Cramer 1989; Cramer 1989). Ein Beispiel für eine solche Intervention ist das niederländische interuniversitäre ELO-Projekt, das auf die experimentelle, longitudinale Erforschung der Eltern-Kind-Interaktion gerichtet ist (Koops, Kalverboer 1987). Hier wird versucht, bei Risikogruppen verschiedener Art die Sensibilität der Betreuungspersonen für die Signale des Kindes zu erhöhen, um so optimale Voraussetzungen für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung zu schaffen. Auch in

dem an unserer Abteilung durchgeführten, longitudinalen Forschungsprojekt zu Risiken von Frühgeborenen (Hopkins, Vermeer 1992; Beek et al. 1992; Hoeksma, Koomen 1992; Beek 1993; Geerding 1993; Kalverboer, Hopkins, Geuze 1993) werden neben neuromotorischen und physiotherapeutischen Frühinterventionen (de Groot 1991; de Groot et al. 1992) Hilfen für die Eltern bereitgestellt, um mit ihren Kindern in optimaler Weise umgehen zu können. Insbesondere werden ihre Fähigkeiten, auf ihr „intuitives Beelterungsverhalten“ (vgl. 4.2.1) zu vertrauen und ihre Impulse zu Pflegehandlungen optimal zu nutzen, bestärkt. Bei Unsicherheiten werden beratend Hilfen gegeben.

Bei all diesen Maßnahmen – dies sei vermerkt – muß im Auge behalten werden, daß *professionelle*, präventive und supportive Hilfeleistung auch einen iatrogenen Einfluß haben kann, wenn dadurch die Bewältigungsfähigkeit des Familiensystems entweder beschnitten oder auch überlastet wird, z. B. dadurch, daß Eltern ohne Expertenhilfe sich kaum noch als handlungsfähig erweisen oder einen Verhaltensstil der Übervorsichtigkeit annehmen, der – wenn er sich habitualisiert – die Entwicklungschancen des Kindes beeinträchtigt. Haben wir es mit älteren Kindern zu tun, so werden sich im Rahmen soziotherapeutischer Projekte oder in der Integrativen Kindertherapie (Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Zaepfel 1994) stützende oder therapeutische Maßnahmen nicht nur auf das Familiensystem und den ökologischen Zusammenhang beziehen (Familienberatung, Familientherapie, Netzwerkarbeit, *environmental-modelling*), sondern auch auf das Kind selbst. Es gilt, seine Coping-Möglichkeiten zu fördern oder ihm dabei zu helfen, spezifische Bewältigungsformen zu entwickeln. Es wird notwendig, ihm emotionale Entlastungsmöglichkeiten bereitzustellen. Schließlich wird es wichtig, wenn es keine Möglichkeiten gibt, Situationen zu ändern oder man mit den Auswirkungen schädigender Situationen konfrontiert ist (körperliche Behinderung, Unfallfolgen, Tod eines Elternteils, körperliche Mißhandlung etc.), Verarbeitungshilfen zu geben, etwa durch För-

derung zurückgehaltenen, emotionalen Ausdrucks oder durch das Anbieten von Möglichkeiten symbolisierender Gestaltung, wenn das Ereignis noch zu besetzt ist, als daß es offen angesprochen werden kann, schließlich durch Hilfen zur emotionalen und kognitiven Einordnung oder gegebenenfalls Umbewertung von Situationen.

Eingedenk der hohen Bedeutung, die aufgrund der Forschungsbefunde zu den „protektiven Faktoren“ einem „wichtigen, stützenden Erwachsenen“ zukommt, der kontinuierlich, d. h. über die Kindheit, ja über die Jugendzeit hin als Ansprechpartner und Entlastungsperson zur Verfügung steht, ist der Gewährleistung dieser potenten Schutzmöglichkeit besondere Beachtung zu schenken. Im Jahr 1986 hat der holländische „Rat für Angelegenheiten der Jugendverwaltung“ deshalb einen Plan ausgearbeitet, wieder „aktiv vollzogene“ Patenschaften einzuführen – bei den hohen Scheidungsraten in den westlichen, hochtechnisierten Gesellschaften ein durchaus sinnvolles Projekt. Beabsichtigt wird damit, daß die Paten mit den Kindern einen aktiven Kontakt pflegen und auch noch im Kontakt bleiben, wenn es zu Ehescheidungen kommt, damit sie dem Kind in Problemsituationen oder problematischen Lebensphasen Hilfen bieten und als Vertrauenspersonen fungieren können. Familienbezogene Interventionen durch professionelle Helfer sollten stets darum bemüht sein, die gesunden Seiten von Eltern und Familien zu stützen und protektive Momente zu fördern (Prazar 1990). Das setzt voraus, daß man in der Diagnostik protektive Aspekte bei Kindern mit Entwicklungsrisiken und -störungen stärker berücksichtigt und zu eruieren sucht (Couturier 1987). Beratungs- und Behandlungsstrategien sollten also nicht nur auf Risikofaktoren und „adversive influences“ gerichtet sein, sondern auch darauf, salutogene Einflüsse in die Familie (wieder) einzuführen, protektive Faktoren gleichsam zu „implantieren“, und sei es nur mit dem Effekt, ein Gegengewicht zu Risikofaktoren herzustellen oder „schützende Insel-Erfahrungen“ (Petzold 1969c) zu ermöglichen, wenn schon keine Be-

seitigung aller pathogenen Einflußgrößen erreicht werden kann. Dazu wird es erforderlich, daß Sozialarbeiter, Kindertherapeuten, Krankenschwestern, Psychologen und Ärzte selbst ein Gefühl für die Bedeutung protektiver Faktoren sowie eine angemessene, kognitive Einschätzung und Bewertung salutogener Einflüsse für die Entwicklung von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen gewinnen und über Beziehungskompetenzen verfügen, in denen „Parenting-Muster“ oder die Qualitäten von „significant caring adults“ bzw. „persönlich bedeutsamer Bezugs- und Schutzpersonen“ zum Tragen kommen können. Es wird damit auch, wie Pyck (1984) in seiner breiten Übersicht über natürliche Supportsysteme gezeigt hat, wichtig werden, die naturwüchsigen Ressourcen von Familien und ihrer Umgebung (Freunde, Nachbarschaften etc.) zu mobilisieren und Selbsthilfefähigkeit besser zu nutzen (Petzold, Schobert 1991).

4.2 *Einige Perspektiven für die diagnostische und therapeutische Praxis der Integrativen Therapie mit Erwachsenen*

Um in diagnostischer und behandlungspraktischer Hinsicht Ergebnisse klinischer Entwicklungspsychologie, z. B. die Konzepte der „chains of adverse and protective events“ und „prolongierten Mangelserfahrungen“, der pathogenen und salutogenen Einflußlinien der „significant caring adult“, praktisch handhabbar zu machen, haben wir verschiedene Interventionsinstrumente und Behandlungsstrategien entwickelt.

4.2.1 *Parenting-Interventionen in der Integrativen Therapie*

Stimmige Interaktionen mit „emotional bedeutsamen Bezugspersonen“ bzw. „significant caring adults“ als zentraler salutogener Einfluß und protektiver Faktor geben für therapeutische Praxis, die sich auf entwicklungspsychologischen Überlegungen und Forschungsergebnisse abstützt, ein wichtiges konzeptuelles Rahmen-

werk ab. Für die Baby- und Kleinkindphase sind wir durch die Forschungen zum Bindungsverhalten und zu Eltern-Kind-Interaktionen gut darüber informiert, wie protektive Interaktionsqualitäten beschaffen sein müssen. Wir haben diesem Themenkomplex unter Punkt 2.5 schon einmal berührt. Es wurde gezeigt, daß sich im Umgang von Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern zwei Konzepte zu spezifischen Interaktionsstilen in der entwicklungspsychologischen Literatur finden lassen, die beide Relevanz für psychotherapeutisches und insbesondere thymopraktisches bzw. leibtherapeutisches Vorgehen besitzen. Es handelt sich um die Konzepte des „*intuitive parenting*“ (Papousek, Papousek 1981) und des „*sensitive caregiving*“ (Vyt 1989). Das erstgenannte Konzept zentriert auf die Pflegehandlungen von Müttern und Vätern oder von anderen relevanten Pflegepersonen des Säuglings im ersten Lebensjahr. Das zweite auf das Pflegeverhalten von Eltern und anderen Caregivern im zweiten Lebensjahr und später. Beide Stile haben eine grundsätzliche salutogene bzw. protektive Qualität. Ihr Fehlen oder ihr beeinträchtigter Vollzug ist als ein massiver Risikofaktor zu sehen. Die psychobiologische Entwicklungsforschung verweist auf das Vorhandensein von Verhaltensprogrammen, nach denen Eltern auf ihre Kinder „intuitiv richtig“ reagieren. Das Baby löst durch seine Signale (Papousek, Papousek 1993) spezifische Verhaltenssequenzen aus (Blickdialoge, nonverbale Interaktionen), und auch der Erwachsene kann durch sein Verhalten (z. B. „play-face“) solche Verhaltensprogramme beim Säugling „triggern“, aus denen sich wiederum nach weitgehend vorgegebenen Mustern „coaction“ entwickelt (vgl. 2.5). In diesen Formen des Zusammenspiels und dem damit einhergehenden, affektiven Austausch finden sich die Grundlagen der Ausbildung von *Empathie* in vielfältigen Zwischenschritten wie z. B. das „affective attunement“ (Stern 1985) bis hin zur „mutuellen Empathie“ (Petzold 1986e, 1991b). Für die Kinderpsychotherapie und eine Pathogenesetheorie unter einer Beziehungsperspektive (Sameroff, Emde 1989) haben solche Entwicklun-

gen große Bedeutung mit Konsequenzen für bestimmte Formen der Erwachsenentherapie. Die Eltern-Kind-Interaktion entwickelt sich im zweiten Lebensjahr zum „*sensitive caregiving*“ weiter, das sich als eine Transformation des „*intuitive parenting*“ und der durch dieses begründeten, kindspezifischen interaktiven bzw. kommunikativen Kompetenzen sehen läßt (vgl. 2.5). Es ist nicht mehr oder allenfalls nur noch rudimentär von festgelegten Verhaltensprogrammen bestimmt (deren individuelle Variationsbreite und Ausgestaltung ohnehin breit streut). Vielmehr kommen kulturell determinierte „child rearing practices“ (Hopkins, Westra 1984; Barrat 1993) ins Spiel und die jeweils spezifische Sensibilität und „*empathische Kompetenz*“ der Bezugsperson (*caregiver*). Die *Koaktionen* sind komplex, in variable, soziale Kontexte eingebettet, und – dies ist von entscheidender Bedeutung – sie beziehen mit *Bedeutungssinn* versehene, verbale Kommunikation ein. Die Sprachentwicklung führt zu einem Interaktionsverhalten, das es weniger erforderlich macht, typisierte „intuitive“ Hilfen bereitzustellen, durch welche in der frühen Entwicklung die fehlende, sprachliche Kommunikationsmöglichkeit mit dem Säugling gleichsam kompensiert wird und die Pflegepersonen Verhaltenssicherheit gewinnen. Die Empathie für die inneren, seelischen Zustände des Kindes wird nunmehr dadurch erleichtert, daß das Kleinkind sich auch sprachlich verständlich machen kann. Typische Interaktionsschemata würden in diesem Zeitraum zu „kalibrierten“ Persönlichkeiten führen, was die überlebensnotwendige „kulturelle Evolution“, die vielfältige Talente braucht, verhindern würde. Durch die sprachliche Verständigung nähern sich die Empathieleistungen der Erwachsenen dem Kinde gegenüber dem Bereich an, in dem sich Erwachsenenempathie in der Regel bewegt. Das empathisch Empfundene wird bei „kompetenten“ *sensitive caregivers* differenziert versprochen. Die „emotionale Differenzierungsarbeit“ verläuft also nicht mehr nur über Mimik, Gestik, Berührungsqualitäten, Prosodik und ihre Intonation, sondern durch *sprachliche Benennungen*

affektiver Zustände. „Och, du bist ja ganz schläfrig. Du bist ja todmüde... Ja, das macht dir riesig Spaß. Da freust du dich. Da lachst du!“ Hier wird durch Adjektive, Adverbien und Verben der jeweilige „*affective state*“ gekennzeichnet, und zwar in einer Weise, daß das Kind zunehmend die Differenzierungen *wahrnimmt, erfährt, versteht*, und sich auf diese Weise später selbst anderen gegenüber in differenzierten Sprachformen erklären (Petzold 1988a) kann. Natürlich finden sich solche nuancierenden Versprachlichungen auch schon in der Zeit des „*intuitive parenting*“, nur, sie können vom Kind allenfalls als *Lautikonen* mit einer bestimmten Färbung wahrgenommen werden, ohne daß der sprachliche Bedeutungsgehalt einbezogen werden kann. In der Zeit des „*sensitive caregiving*“ ist dies anders. Es wird damit an die empathischen Fähigkeiten der Eltern einerseits und ihre Fähigkeit, das Erfasste in der Interaktion zu vermitteln, große Anforderungen gestellt. Zwar stehen diese Vorgänge näher an der Erwachsenenkommunikation, aber es sind doch immer noch „Kinderseelen“, auf die sich die Einfühlung richtet. Das erfordert von den Bezugspersonen, daß sie in der Lage sind, ihre eigenen *Kinderwelten* zu aktivieren, um das jeweilige „*Kinderland*“ (des Zweijährigen, der Vierjährigen etc. oder des in dieses Alter regredierten Erwachsenen betreten zu können), um den kleinen Erdenbürgern oder regressiv fixierten Patienten zu helfen, ihre emotionalen Zustände zu erfassen und zu benennen, d. h. sich selbst „besser verstehen zu lernen“, *Selbstverständnis* (kognitiv), Selbstverständlichkeit zu erlangen. Das Kind entwickelt durch *Selbstepathie* „selbstreferentielle Gefühle“ (Petzold 1992a, 823 ff.), z. B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, weil es wieder und wieder „stimmig“ empathisiert worden ist. Es gewinnt in diesem Prozeß überdies die Fähigkeit, auch zunehmend den Erwachsenen empathisch zu erfassen und dessen „innere Zustände“ immer besser zu benennen. Dabei werden diejenigen „*affective states*“ am besten identifiziert und gehandhabt, die Erwachsene und Kinder gemeinsam haben. Diejenigen aber, die für die Erwachsenenwelt spezi-

fisch sind (Ordnungsgefühl, Pflichtbewußtsein, sexuelles Begehren etc.) bleiben noch über lange Zeit dem Kind unverständlich. Ja, es kann, wenn eine gewisse Affinität der „*states*“ gegeben ist (kindliches Zärtlichkeitsbedürfnis, genitales Begehren) zu „Sprachverwirrungen“ zwischen den Erwachsenen und dem Kinde (Ferenczi 1932) kommen. Das „*sensitive caregiving*“ wird deshalb in weitaus größerem Maße von neurotischen Fehlentwicklungen des Erwachsenen beeinträchtigt, als dies beim „*intuitive parenting*“ der Fall ist, obgleich auch bei diesem (z. B. bei depressiven Müttern und Vätern) Beeinträchtigungen möglich sind. Aggressive Bezugspersonen mit unsensiblen Händen, die schimpfen und schreien oder mit *terrifying eyes* erschrecken (Petö 1969), unempathische Caregiver, die die Bedürfnisse des Kindes übergehen oder nicht treffen, können – sofern keine kompensatorischen Erfahrungen mit anderen Caregivern, die dann ein „*protective factor*“ sind, gemacht werden – zu negativen Auswirkungen führen, wenn sie eine negative Ereigniskette initiieren. Derartige störende Einflüsse, mißlungenes „*making*“ in der Zeit des „*intuitive parenting*“, d. h. Unstimmigkeiten im Rahmen von „*coaction*“ (Beebe, Lachmann 1986), sollten aber nicht ohne weiteres als Ursprung von Pathogenese gesehen werden. Es muß schon zu beständigen „*mismatches*“, „*insensitivities*“ oder *Fehlempathierungen* kommen oder es muß ein weitgehender Mangel an sensiblen, empathischen Kommunikationen vorliegen, wenn im Verein mit anderen pathogenen Faktoren es zur Entwicklung von Pathologie kommen soll (Petzold, Schuch 1991).

Die Muster des „*intuitive parenting*“ und der sensiblen Einfühlung im „*sensitive caregiving*“ (vgl. 2.5) sind also für den mit Kindern oder mit dem „inneren Kind“ bei Erwachsenen in regressiven Settings arbeitenden Psycho- und Leibtherapeuten von großer Wichtigkeit. Es ist Balint (1987) gänzlich zuzustimmen, wenn er meint, daß der Therapeut die Regressionen des Patienten mit eigener Regression begleiten können müsse. Er muß in der „partiellen Teilhabe“ (Petzold 1969b, 1980g) – also auf der Erwach-

senen- und der Kinderebene zugleich – bei seinem „Patientenkind“ (Ferenczi 1931) sein können, um je nach Milieu der Regressionen, empathisch wohlgegründet, sensibel, differenziert und taktvoll (idem 1927/1928) handeln zu können. Mimik, Gestik, Berührungsqualität, Blickintensität, Intonation – all das muß „stimmig“ sein. Die *therapeutische Kompetenz* in regressiver Arbeit wird u. a. einschätzbar durch den Vergleich von Videoaufzeichnungen aus Therapien mit *Tapes* von Eltern-Kind-Interaktionen aus der Periode des „*intuitive parentings*“ oder „*sensitive caregivings*“. Hier nämlich findet man die frappierende Feststellung, daß sich in der Regressionsbehandlung durch einen erwachsenen Leibtherapeuten mit einem Adoleszenten oder einem erwachsenen „Therapiekind“ wesentliche Übereinstimmungen in den verbalen, prosodischen und nonverbalen Interaktionsformen mit denen von frühen Eltern-Kind-Interaktionen finden (Petzold 1985h, 566). In der „begleiteten Regression“, d. h. der partiellen Ko-regression des Therapeuten werden offensichtlich archaische „affective states“ aktualisierbar (ibid. 551). Es geschieht sicher nicht im Sinne einer Homologie. Eine Sechszehnjährige oder Dreißigjährige kann niemals wieder so fühlen, wie sie als Zweijährige gefühlt hat. Es gibt offensichtlich aber „similäre Zustände“, Annäherung an emotionale Lagen, die in ihrem Kern Relikte aus der Frühzeit haben (Petzold 1992c) und sich auf diese Weise archaischen Erlebnisformen annähern. Die gedächtnistheoretischen Grundlagen dieses Geschehens verdienen nähere Erforschung und besondere Aufmerksamkeit (ibid.). Derartige Phänomene im regressiven Setting stützen auch die These der „emotionalen Nachsozialisation“, des „Nachnährens“, wie es auch durch Patientenberichte und die in diesen zum Ausdruck kommenden Bewertungen der „heilende Effekte“ derartiger Therapien ersichtlich wird: Wir haben bei 32 Leibtherapie-Patienten (21 w, 11 m, Altersrange 22-53 Jahre) katamnestische Nachbefragungen durchgeführt. Dabei wurden besonders Berührungsqualitäten im „sensiblen Milieu“ früher *Zwischenleiblichkeit*: Blickinter-

aktionen, bergendes Halten, Wiegen, Streicheln des Kopfes, das In-die-Hände-Nehmen des Kopfes, die Berührung der Herzregion durch die Hand des Therapeuten, die stützende Hand im Rücken als Schlüsselerlebnisse in der Therapie und Erfahrungen von „vitaler Evidenz“ herausgehoben und zwar vom männlichen und weiblichen Patienten gleichermaßen. Die protektiven Beziehungsqualitäten standen im Vordergrund: „Hier habe ich mich zum ersten Mal wirklich angenommen gefühlt!“ – „Ich habe in dem Halten und Wiegen erfahren, was wirkliche Geborgenheit ist.“ – „Da ist irgendetwas in mir wieder aufgebrochen, was ich kannte, was verloren war, ganz weit weg. Das hat mir wirklich wieder Boden gegeben.“ – „So berührt zu werden und wirklich gehalten und so lange in deine Augen schauen zu können... ich bin nie wirklich angeschaut worden. In all den Jahren meiner Analyse habe ich mich nie wirklich erkannt gefühlt. Ich beginne mich erst jetzt wirklich zu spüren!“ – „Wenn ich auf meine ganze Therapiekarriere zurückschaue, die vielen Jahre Reden und Nachdenken... das alles war sicher wichtig, aber wirklich zu mir gekommen, so ein Gefühl für mich bekommen habe ich durch die Körpertherapie. Jetzt, aus dem Abstand, da muß ich sagen, diese Körpersitzungen haben mein Leben wirklich verändert!“ Derartige und andere Aussagen z. B. aus Patiententagebüchern und Patientenbriefen (Petzold, Orth 1993) und aus katamnestischen Nachbefragungen weisen die Bedeutung leibtherapeutischer Arbeit aus, die die salutogenen Qualitäten des „*intuitive parenting*“ und „*sensitive caregiving*“ nutzt.

Interessanterweise war es in unserer Befragung *nicht* das „Aufdecken“ verdrängter Traumata oder Defizite, das von den befragten Patientinnen und Patienten als heilsam erlebt wurde, sondern das Faktum, daß in diesen Sequenzen biographisch-regressiver Arbeit über maligne Sozialisationserfahrungen von seiten des Therapeuten positive Qualitäten der Zuwendung kamen – also korrektive emotionale Erfahrungen gemacht werden konnten. Weiterhin waren aber auch die benignen Regressionen (Petzold 1985h, 566 f), ohne Bezug auf negative, bio-

graphische Kontexte ganz wesentlich als in der Therapie erlebte, nährnde und stützende Erfahrungen. Werden solche Prozesse und ihre Bedeutung von bestimmten Analytikern in Frage gestellt oder bestritten (z. B. von *H. Thomä* in der Diskussion mit *I. Orth* und *T. Moser* auf den Lindauer Psychotherapiewochen 1991), weil „nichts substituiert werden könne und Nachnahrung nicht möglich sei“, so wird hier weiterhin in der Linie der *Freudschen* Theorie (vgl. *Freud* 1912, GW 8, 380 f) eines „Verzichtsparadigmas“ – in seiner Praxis arbeitete *Freud* durchaus anders (*Cremerius* 1981) – die Verweigerung von emotionalen Gratifikationen für den Patienten durch distante Abstinenz des Therapeuten vertreten (ähnlich *Perls*, der es ablehnt für den Patienten „helpful“ zu sein [1969, 36 f], allerdings mit „skillfull frustration“ und „support“ [1976, 97, 125 f] arbeitet).

Das von *Ferenczi* begründete „Gewährungsparadigma“ mit dem Reparenting-Ansatz (*Petzold* 1993a, 1113 ff.) vertritt hier einen anderen Standpunkt, für den, wie deutlich geworden sein dürfte, mit Rückgriff auf die Forschung zu protektiven Faktoren und die Bedeutung von verlässlichen, emotional wichtigen und persönlich zugewandten Bezugspersonen gute Gründe geltend gemacht werden können. Die Ablehnung von regressiver Arbeit im Sinne eines positiven Parenting/Reparenting läßt sich aufgrund von Argumentationen aus dem Bereich empirischer Forschung nicht stützen. Nichts spricht gegen die Wirksamkeit emotionalen Lernens in regressiven Zuständen. Vieles spricht sogar dafür, wie die Methoden und Arbeiten *Milton Ericksons* und seiner Schüler zeigen (*Erickson, Rossi* 1981, 1989; *Revenstorf* 1990). Allein aufgrund metapsychologischer oder theorie-immanenter Annahmen der Psychoanalyse hier ablehnende Positionen zu vertreten ist beim derzeitigen Stand unserer Kenntnisse in keiner Weise gerechtfertigt. Hier verhindert eine vorurteilsbehaftete Auseinandersetzung mit derartigen Phänomenen vielleicht Entwicklungen, die für die klinische Arbeit eine erhebliche Relevanz gewinnen könnten. Wenn es tatsächlich „frühe Störungen“ im

Sinne von *Balint, Mahler, Kohut, Kernberg* gibt, dann müssen für ihre Behandlung auch angemessene Behandlungstechniken gefunden werden. In der „Integrativen Therapie“ nehmen wir aufgrund der Ergebnisse der Longitudinalforschung dezidiert an, daß es im Verlauf einer pathogenen Lebenskarriere auch nachhaltig wirkende „frühe Schädigungen“ geben kann (*Petzold, Schuch* 1991), die auf folgende Schädigungen Einfluß haben, sie aber keineswegs ausschließlich oder überwiegend bedingen, die auch nicht pathogener sein müssen als spätere traumatische Erfahrungen. Weil es eben *frühe Schädigungen* und auch *frühe Positivverfahren* gibt, die nährend, fördernd oder zumindest protektiv wirken, wurden im integrativen Ansatz regressionsorientierte Behandlungsmethoden entwickelt, die auch leibtherapeutische Sequenzen einbeziehen und die dabei an die Ergebnisse der Babyforschung und – das ist wesentlich – an die Konzepte und Methoden der Frühförderung und Babybehandlung (*Brack* 1986; *Bobath* 1976; *Holle* 1988; *Ayres* 1979, 1984; *Petzold, DeGroot* 1992) anschließen bzw. auf die leibtherapeutische Behandlung von Kleinkindern und Kindern zurückgreifen (*Petzold, Kirchmann* 1990; *Petzold, Metzmacher* 1987).

In eine ganz andere Richtung gehen die Versuche, das Konzept adversiver und nährnder Lebensereignisse, mit den in ihnen zum Tragen kommende „*protective and risk factors*“ diagnostisch und therapeutisch im Rahmen Integrativer Therapie umzusetzen, mit denen wir uns im folgenden Abschnitt befassen wollen.

4.2.2 *Karrierepanorama als diagnostische und therapeutische Technik der Integrativen Therapie*

Neben der gezielten Exploration kritischer Lebensereignisse, etwa durch *life-event-questionnaires* und Erhebungen salutogener und protektiver Einflußfaktoren, z. B. in strukturierten und halbstrukturierten Interviews bzw. in Tiefeninterviews, greifen wir auf die Technik des „*Lebenspanoramas*“ zurück, die wir in den



Abb. 2: Therapeutisches Puppenspiel mit Stabpuppen 1970, Hilarion Petzold und Christa Petzold (Geibel)



Abb. 10: „Über-Ich-Bänke“ von Frederike



Abb. 3: Petras Kinderzeichnung 1970



Abb. 4: Lebenspanorama von Petra 1991

sechziger Jahren zur Diagnose von Lebenskontinuitäten entwickelt hatten (vgl. *Petzold* 1970c, 1981g; *Heiml, Petzold, Fallenstein* 1983 und zusammenfassend *Petzold, Orth* 1993).

Die Technik wird nun als „zweizüiges Karrierepanorama förrender und belastender Ereignisse“ bzw. „dreizüiges Panorama förrender, defizitärer und belastender Lebenseinflüsse“ (vgl. *Petzold, Orth*, dieses Buch und *Petzold, Fokaltherapie*, dieses Buch) entsprechend zugepaßt. Den Klienten werden kurz die Konzepte „Schutzfaktoren“ (*protective factors*) und „gesundheitsfördernde Einflüsse“ (*salutogenic influences*) dargestellt sowie das Konzept der „Mangelerfahrungen“ (Defizite) sowie der „Risikofaktoren“ und der „kritischen bzw. widrigen Lebensereignisse“ (*critical resp. adverse life-events*). Letztere umfassen *Traumata* (z. B. Belastungserfahrungen, Überlastungen, Trennungen), *Störungen* (Inkonstanz, *Doublebinds*), *Konflikte* (Spannungen, Streit) und *Defizite* (Entbehrungen, Vernachlässigung), also pathogene Stimulierungskonstellationen (*Petzold* 1975e, 1988n, 356 f). Dabei wird auf die Differenzierung von *Defiziten* (Unterstimulierung) und *traumatischen Erfahrungen* (Überstimulierung) Wert gelegt. Den Klienten/Patienten wird also einsichtig gemacht, daß ihre gegenwärtige Persönlichkeit in ihren gesunden und kranken Seiten „das Resultat aller positiven Erfahrung, negativen Erfahrungen und Defiziterfahrungen“ ist, daß das derzeitige Lebensgefühl bestimmt ist von diesem Erfahrungshintergrund, aber auch von der gegenwärtigen Lebenssituation, ihren Belastungen, aber auch ihren aufbauenden und stützenden Seiten, daß schließlich die Zukunftsantizipationen, Projektionen und Prospektionen (*Petzold, Orth* 1993) Wirksamkeit haben, nämlich das Faktum, daß man in einer noch so guten, beschützten Gegenwart nicht ruhig leben kann, wenn sie durch realistisch antizipierbare Katastrophen bedroht wird. Zukunft ist also nicht etwas „fern am Horizont der Zeit Liegendes“, sondern sie kann über Antizipationen genauso bestimmend wirken, wie lebensgeschichtliche Ereignisse die Gegenwart beeinflussen können. Es wird den Pa-

tienten weiterhin deutlich gemacht, wie Gegenwart, die belastet ist, auch den Blick auf die Vergangenheit „einfärbt“. Die dunklen Wolken gegenwärtiger belastender Situationen können selbst gute Vergangenheit überschatten, so daß einstmals schöne oder aufbauende Erfahrungen abgewertet werden und grau oder unbedeutend erscheinen. Für Patienten ist es wichtig, diese, für die allgemeine Lebenserfahrung jedes Menschen zugängliche Funktionsweise des menschlichen Bewußtseins und der „Stimmungslagen“, die auf dieses Einwirken, sich deutlich vor Augen zu führen. Therapeutische Arbeit besteht aus der Sicht der Integrativen Therapie u. a. auch darin, psychologisches Wissen in einer Art „therapeutischer Propädeutik“ Menschen zugänglich zu machen und mit ihren Alltagserfahrungen und ihrem „common sense“ zu verbinden. Viele therapeutische Theoreme, Konzepte, Strategien und Techniken in der Integrativen Therapie sind überdies der Alltagserfahrung oder „naturwüchsigen Strategie der Lebensbewältigung und Lebenshilfe“ entlehnt. Das Konzept, daß das Leben eine *in sich verflochtene Kette von positiven und negativen Ereignissen* sowie *prolongierten Mangelerfahrungen* ist, wird für die Mehrzahl der Menschen unmittelbar einsichtig. Aus diesem Grunde wird die Instruktion, ein „Karrierepanorama“ als Kette von Schutz- und Risikofaktoren, von aufbauenden und destruktiven Ereignissen, von nährenden Situationen und Mangelerfahrungen, gesundheitsfördernden (salutogenen) und krankheitsbewirkenden (pathogenen) Einflüssen bildlich darzustellen, gut aufgenommen und umgesetzt. Die Klientin/Patientin erhält Wachsmalstifte oder Jackson-Kreiden, einen Papierbogen (mindestens DIN-A 1 oder auch zweimal DIN-A 1), und es wird folgende oder eine ähnliche Instruktion gegeben:

»Zeichnen sie auf diesem Papier ihren Lebensweg unter dem Gesichtspunkt positiver und negativer Lebensereignisse, das Panorama schützender und belastender Einflüsse, aber auch von Mangelerfahrungen und Defiziten von ihrer Geburt an über die Jugendzeit, die Erwachsenenzeit bis in die Gegenwart. Schauen sie, ob es Ereignisketten, Wieder-

holungen, Kontinuitäten gibt. Nutzen sie Formen und Farben, so wie es ihnen in den Sinn kommt. Wenn sie – in der Gegenwart angekommen – auch noch Zukunftsvorstellungen haben, wie ihr Lebensweg weitergeht, wie sich gute oder schlechte Einflußlinien fortsetzen, so zeichnen sie auch dies auf.«

Die auf diese Weise entstehenden Bilder von „dreizügigen Karrierepanoramen“ ermöglichen durch den medialen Aufforderungscharakter (Petzold 1977c) das Einbeziehen von *projektiven* Momenten. Neben der Darstellung von aktuellen Ereignissen, so, wie sie memoriert werden, fließen über Formen und Farben Symbolisierungen (Petzold 1988t) als Ausdruck des Unbewußten ein. Es lassen sich – ähnlich wie bei Lebenspanoramen oder beim Gesundheits-/Krankheitspanorama (Petzold, Orth 1993) – unterschiedliche Darstellungstypen finden:

- a) Sie werden entweder als „systematische, graphische Aufzeichnung“ (Karrierediagramme) angefertigt (vgl. Abb. 6), in der Ereignisketten positiver und negativer Art parallelgestellt und durch Farben und Chiffren gekennzeichnet werden, etwa durch kleine und große Punkte, Linien mit kleinen und größeren Zackungen, um Intensitäten anzuzeigen, wobei Beschriftungen möglich sind, die Personen, Ereignisse, Situationen markieren.
- b) Andererseits gibt es auch Karrierepanoramen, die als „Bilderzählungen“, als „ikonische Narrationen“ gestaltet werden: Szenen werden figürlich in ihrer Folge über den Lebensverlauf hin repräsentiert (vgl. Abb. 7). Dabei kommt unbewußtes Material in seinen projektiven Äußerungen durch Farben, Formen, Anordnungen, Wiederholungen, Sequenzbildungen zum Ausdruck (vgl. Abb. 8), wodurch nicht nur bewußt Memoriertes in der nachfolgenden Exploration erschlossen werden kann, sondern auch Schutzfaktoren und Risikofaktoren, pathogene und salutogene Einflüsse, die nicht bewußt waren, deutlich werden können. Derartige ikonische Erzählung intensivieren Erlebensprozesse, indem sie die Atmosphären der Ereignisse, die Handlungsfülle des Geschehens durch die Möglichkeiten symbolischer Formen *verdichten*.
- c) Dies kann soweit gehen, daß ein Bild nur noch als „abstrakte, symbolisierende Darstellung“ (vgl.

Abb. 4) über den Ausdruck von Farben und Formen ein Geschehen vermittelt, ohne daß dieses figural gestaltete Szenen enthält. Der Betrachter ist damit auf das Gespräch mit dem Klienten verwiesen, auf seinen Bericht, seine Erzählung. In der verbalen Aufarbeitung gliedern sich dann aus den in Formen und Farben festgehaltenen Atmosphären die Lebensszenen mit ihren positiven und negativen Elementen aus.

Im Unterschied zum niedergeschriebenen Lebenslauf bieten die „ikonischen Narrationen“ den Vorteil, daß die affektive Besetzung von Ereignissen, die in Situationen ausgelösten Gefühle, die aus Ereignisketten hervorgegangenen Stimmungen, ja Grundstimmungen oder sogar das Lebensgefühl (Petzold 1992b) in großer Unmittelbarkeit deutlich werden.

- d) In manchen Darstellungen finden sich alle der voranstehend beschriebenen Formen (vgl. Abb. 5 + 8).

Es sind folgende „Formen des Aufarbeitens“ möglich:

1. „*Alltagsgespräch*“ (man läßt sich die Inhalte erzählen, fragt nach, macht eine Anmerkung usw.),
2. „*erlebnisaktivierende Auswertung*“ (man fragt nach der emotionalen Resonanz, nach dem Gefühl, der Stimmung),
3. „*konflikzentriert-aufdeckendes Durcharbeiten*“ in Fokalsitzungen (Petzold, Heintl 1980) oder in „*narrativer Praxis*“ (Petzold, Orth 1993), welches sich darauf richtet, unbewußtes Konfliktmaterial, das als „nicht intentionale Mitteilungen“ über das Medium, die Formen und Farben in die Darstellung eingeflossen ist (Petzold 1977c), erfahrbar und einsichtig zu machen.

Die Bearbeitung erfolgt immer vom „Ganzen zum Detail“: „Lasse das Bild als Ganzes auf dich wirken [*Primärqualität*] und schaue, welche *Atmosphären* von dem ganzen Bild ausgehen, auf dich zukommen [*Tertiärqualität*] und welche *Stimmungen* sie in dir auslösen!“ Die Qualität der mitgeteilten Stimmung läßt den Therapeuten darüber entscheiden, ob er direktiv-strukturierend weiterarbeitet (bei düsteren, beunruhigenden, bedrohlichen Atmosphären etwa), indem er zunächst eine gute „*Plattform*“

schaft („Wo ist auf diesem Bild ein guter Ort? Vielleicht gehen wir zunächst einmal dorthin!“) oder ob er dem Patienten die freie Wahl gibt, einen Einstieg in das Bild zu finden, vom Ganzen also zum Detail [*Sekundärqualität*] zu gelangen: „Vielleicht schauen sie, welches Detail sie jetzt, nachdem sie das ganze in den Blick genommen hatten, anspricht, zu welchem Teil ihres Bildes es sie hinzieht!“ Die gesamte Arbeit verläuft auf einer Ebene der „mittleren Tiefung“. Emotionale Berührtheit wird durch die Erlebnisaktivierung angestrebt. Jedoch wird konfliktzentrierte Fokussierung nie so weit vertieft, daß es zu einer aufgewühlten Involviertheit kommt. Nur so wird „Überschau“, wird eine „Synopsis“ möglich, in der sich leibliches Erleben, affektive Berührtheit und rationale Einsicht verbinden. In Fokalsitzungen in der Integrativen Therapie findet sich häufig folgende Sequenz im Prozeß der Vertiefung des Erlebens beim Patienten: I. *Kontakt* (Tiefungsebene I, *Petzold* 1988n, 105) verbunden mit einem persönlich bedeutsamen Ereignis wird der Patient *berührt*, ja, *bewegt* (II), zuweilen *aufgewühlt* (III), manchmal *erschüttert* (IV) – eine solche Sequenz wird auf der „Tiefungsebene“ der *Berührtheit* und *Bewegtheit* (II) stabilisiert (wo immer dies möglich ist), so daß der Patient – die Ereigniskette überschauend und nicht mit dem Blick auf ein Detail oder Ereignis fixiert – zu einer *Synopsis* gelangen kann, zu einer emotional unterfangenen Überschau über sein Leben. Die vertieften, auf diese Weise gewonnenen „Einsichten im emotionalen Konnex“ haben ein hohes veränderungswirksames Potential.

Als Vorbereitung für derartige Bearbeitungen „ikonischer Narrationen“ lassen wir des öfteren, wo dies dem Patienten möglich ist, in schriftlicher Form „Geschichten zum Bild“ aufschreiben. Diese haben zuweilen den Charakter von Auflistungen im Sinne einer sprachlich gefaßten Inventarisierung“, z. T. haben sie die Form eines Berichtes, manchmal – in einem weiteren Schritt der Symbolisierung (*Petzold, Orth* 1993) – Märchenform. In der therapeutischen Bearbeitung wird dann beides, Bild und Text, verwandt. Die Texte haben zunächst einmal eine

kanalisierende Aufgabe, sie fassen Bildhaftes in Worte – nicht weil dies unbedingt notwendig wäre, die sprachliche Auslegung unverzichtbar ist, sondern weil mit der Sprache eine andere Möglichkeit des *Erfassens* und *Verstehens* (idem 1988a) gegeben ist, keine bessere, umfassendere, sondern eine *andere*. Sprache *und* Bild bieten die Möglichkeit einer wechselseitigen Interpretation und damit die Chance der Erschließung eines „fülligeren Sinnes“. Im folgenden werden als Beispiele Berichte zu Karrierepanoramen sowie Geschichten zu Bildern über „positive und negative Ereignisketten“ mitgeteilt.

Als Beispiel sei das „*Karrierepanorama*“ von *Martha*, einer dreißigjährigen Pädagogin angeführt:

Beispiel 2: Martha (Abb. 5)

Martha beginnt ihren Lebensweg (grün) von ihrer Geburt ausgehend zu gestalten (Mutter grün, Vater schwarz). Oberhalb des Lebensweges entfaltet sich ein Strom düsterer Atmosphären (*adversive events, deficits*), dargestellt durch schwarze Schraffuren, unterhalb eine blaue und grüne Linie als Strom schützender und fördernder Einflüsse (*protective events*). Diese werden z. T. konkret figural dargestellt, wohingegen die einbrechenden Negativerfahrungen nicht konkretisiert, sondern symbolisch in Form schwarzer Blitze dargestellt werden. Diesen stehen blaue und grüne Pfeile als Positiveinflüsse gegenüber. Das Resultat der gegensätzlichen Atmosphären bzw. Einflußkräfte führte für die Klientin zu einem Lebensweg voller Irrungen und Verwirrungen. Bei der Feinexploration in der erlebnisaktivierenden Bearbeitung und Nachbesprechung des Bildes zeigten sich als *adversive* Einflüsse: durchgängige Armut (*Defizit*), ein düsteres, vielfach zerrissenes, familiäres Klima (*Störungen, Konflikte*), Depressionen der Mutter, unduldsame Brachialität des Vaters (*Traumata, Konflikte*). Das Kind fühlte sich von klein auf als nicht zu dieser Familie gehörig: „Ich war anders!“ Im späteren Lebensverlauf kann es dann ein Gymnasium besuchen, kann studieren, bleibt an der Universität und wird in der Lehre tätig. Aus dem Gefühl des Nicht-dazugehörig-Seins in der Familie flieht es in andere Bereiche. Die Einflußlinie protektiver Ereignisse zeigt einen grünen Baum, die Natur, den Bauernhof der Tante, einen Kreis, in dem spielende Kinder dargestellt sind und in den die Protagonistin von

außen hereinkommt, sich zwar im *Kreis* wiederfindet, auch von den Kindern auf- und angenommen wird, aber trotzdem randständig bleibt, immer nahe am „Ausgang“, um fliehen zu können. Dieses Moment „protektiver, sozialer Netzwerke“ (Keupp, Röhrle 1987) setzt sich durch die ganze „*chain of salutogenic influences*“ fort. Der Kreis taucht verschiedentlich auf, und immer stellt sich die Klientin als äußerste Person rechts dar. „Ich gehöre dazu, aber ich kann mich nicht ganz einlassen, kann jederzeit schnell herausgehen.“ Auch in der Familie gehörte sie dazu, obwohl sie sich nicht daheim fühlte. Das ganze familiäre Klima hinterließ in ihr ein tiefes Mißtrauen, das ein „Sich-einlassen“ in soziale Beziehungen einschränkt. Die blauen Häuser (Grundschule und weiterführende Schulen) kennzeichnen schützende, stützende Lebenszusammenhänge bis hin zu ihrer gegenwärtigen Arbeitsstelle der Universität. Schwarze Fragezeichen über diesem letzten blauen Haus machen aber deutlich, daß der Schutzfaktor „befriedigende Arbeitsverhältnisse“ offensichtlich nicht so eindeutig ist, denn er ist mit Überforderung und Selbstausbeutung verbunden. Die Auswertung zeigt die Zwiespältigkeit des Arbeitsbereiches. Es bleibt eine „*Kontinuität* der Spannungsverhältnisse und Verwirrungen“. Heraus ragt ein roter Punkt: die Großmutter und die großmütterliche Familie. In der Großmutter haben wir den „*significant caring adult*“. Als Mutter des Vaters hat sie einen kritischen Abstand zur Familie der Klientin: „Wir sind zwar auch arm, aber bei uns läßt man den Kopf nicht hängen, bei uns ist man guter Laune!“. So erinnert sich die Protagonistin an die Worte der Großmutter – „Am liebsten würde ich das Kind aus dieser finsternen Stimmung holen!“ – diesen Satz imaginiert sie im *Rollen*tausch mit der alten Frau. Die Großmutter ermöglicht dem Kind zu erkennen, daß es noch andere Familienatmosphären gibt als Depressionen und Aggressivität. Sie kann das Kind in seiner Andersartigkeit akzeptieren, und so tritt neben die Kette positiver sozialer Bezüge (Kindergruppe, Kommilitonengruppe) und positiver Arbeits- und Lebenszusammenhänge die Großmutter als „*innerer Beistand*“, deren positive Atmosphäre noch über ihren Tod hinaus im Inneren der Klientin weiterwirkt. Die düsteren Einflußlinien dünnen sich aus, nehmen weiteren Abstand vom Lebensweg, in dem immer wieder – dargestellt durch schwarze Querstriche – Trennungserfahrungen als Einschnitte die Kontinuität durchbrechen. Die Fragezeichen zeigen auch an: „Wie wird es weitergehen?“ – „Werde ich aus dem Hin-und-her-gerissen-Sein zwischen den düsteren und positiven Kräften in meinem Le-

ben herauskommen?“ – „Werde ich das Verwirrtsein überwinden?“ – „Eigentlich ist es mir *unvorstellbar*, daß es mal anders wird, und ich bin schon etwas resigniert!“ Aber genau darum wird es gehen, eine Vorstellung zu entwickeln, eine neue Vision, denn solange die Linie sich fortsetzt und es *unvorstellbar* bleibt, daß es anders gehen könnte als in der Vergangenheit, werden die Ereignisketten sich als „*fixierende Narrative*“ und „*Skripts*“ perpetuieren. Eine Bearbeitung der Vergangenheitseinflüsse einerseits, Hilfen in der Strukturierung der Gegenwart – insbesondere der sozialen Netzwerke und der Beziehungen – und die Entwicklung einer alternativen Zukunftsvision auf diesem Hintergrund, dies wird der Weg sein, therapeutisch weiterzukommen.

Das „*dreizügige Karrierepanorama*“ bzw. „*Panorama der fördernden, defizienten und belastenden biographischen Einflüsse*“ vermag viele Einzelereignisse, die der Klientin schon bekannt waren, in einen Zusammenhang zu stellen, das Zusammenspiel der Wirkungen *protektiver* und *adversiver* Kräfte zu verdeutlichen, um auf diese Weise die Grundlagen für die Erarbeitung einer neuen Zukunftsperspektive zu gewinnen, in der sich die alten Muster nicht als „Wiederholungszwänge“ (Freud) reproduzieren und als „maligne Narrative“ (Petzold 1992a, 906f) fortschreiben, sondern in der ein neuer „Lebensstil“ (Adler) gewonnen werden kann.

„*Karrierepanoramen*“, die protektive und adverse Ereignisse sowie Defizite in der Langzeitperspektive *retrospektiv*, *aspektiv* und *prospektiv* zugänglich machen, ermöglichen, daß in der gegenwärtig sich vollziehenden Lebenserzählung (*Biosodie*) Determinierungen der Lebensgeschichte (*Biographie*) aufgefunden werden, daß im lebendigen Fluß der Erzählung, der „Narration“, fixierende Skripts (Berne 1972; Steiner 1985), „maligne Narrative“ (Petzold 1992a, 906) deutlich zum Vorschein kommen. Dabei werden bestimmte „Typiken“ von Karriereverläufen erkennbar. Solche, die stärker von *Defiziten* bestimmt sind (an Zuwendung, an Kommunikation, an materieller Sicherheit bei schlechten SES), solche, in denen *Störungen* und *Konflikte* vorherrschen (der Beziehung zwischen Eltern und Kind, zwischen Vater und Mutter, im sozialen Netzwerk), solchen, in de-

nen *Trauma*-Erfahrungen (aufgrund von Trennungen, Mißhandlungen, körperlicher Züchtigung) überwiegen oder in denen sich solche „pathogenen Stimulierungskonstellationen“ (ibid. 577 ff.; *Petzold, Schuch* 1991) kombinieren. Es zeigen sich weiterhin *Karriereverläufe*, in denen ausreichend protektive Faktoren vorhanden sind, die Negativereignisse „abpuffern“, ausgleichen, kompensieren, oder andere Karrieren, in denen Schutzfaktoren fehlen, wo ganze Lebensstrecken ohne „*significant caring adults*“ sind, wo über bestimmte Phasen sich kein supportives, soziales Netzwerk findet oder auch keine materielle Absicherung für das Kind und die Familie gegeben ist. Schließlich verweisen *Karrierepanoramen* auf „prävalent pathogene Milieus“ (*Petzold* 1988n, 238), also Abschnitte der Biographie, in denen in besonderer Weise widrige Lebensereignisse vorherrschten, „*critical life events*“ (*Filipp* 1990) zur Wirkung kamen, die durch *unspezifische* oder *spezifische Schutzfaktoren* nicht oder mehr oder weniger gut „abgepuffert“ wurden.

Die „*dreizügigen Karrierepanoramen*“ lassen einerseits die Massierung von Ereignissen in der Biographie und andererseits ihre Nachwirkungen im subjektiven Erleben als bewußte Memorationen erkennbar werden („Diese ständigen Streitereien meiner Eltern haben mich schwer geschädigt!“ – „Der Tod meines Bruders war für mich ein einschneidendes, lebensbestimmendes Ereignis!“ – „Damals fehlte es an allem. Wir sind nie richtig satt geworden. Da hab’ ich mir geschworen: Nie wieder arm sein!“ usw. – so Kommentare zu den aufgezeichneten Ereignissen).

Schließlich machen sie auch fixierende, einseitige Bewertungen deutlich. Das mitgeteilte Beispiel 2 zu Abb. 5 von *Martha* wurde z. B. begonnen mit der Äußerung der Patientin: „In meiner Biographie war nur die erste Zeit, meine Geburt und Babyzeit gut. Die hab’ ich in leuchtendem Grün gemalt! Sonst war alles dü-

ster!“ Erst im Verlauf der Bearbeitung des „*Karrierepanoramas*“ wurde ihr dann erkennbar, daß es durchaus positive, schützende und stützende, ja auch frohe Ereignisse im Lebenslauf gab. Durch derartige Erfahrungen kann eine *Umbeurteilung* bestimmter Lebensabschnitte, ja der gesamten Karriere möglich werden – und hier, in der kognitiven und emotionalen Um- oder Neubewertung von Ereignisketten in ihrem Zusammenspiel, liegt ein wesentliches therapeutisches Potential dieser Technik, die nicht nur vergangene Lebenszusammenhänge einsichtig und damit besser verstehbar macht, sondern die durch das Herstellen von sinn-vollen Bezügen, durch die Gewichtung von Ereignissequenzen, den Gewinn einer neuen Einstellung zu Vergangenen, der aktiven Umgestaltung gegenwärtiger Lebensrealität und der Umorientierung bzw. Neuausrichtung von Zukunftsperspektiven ein hohes veränderungswirksames Potential hat.

4.2.3 *Karriereberichte*

Ehe wir in erlebnisaktivierender oder/und konfliktzentrierter Form die Darstellung mit diagnostisch-anamnestischer Zielrichtung explorieren und bearbeiten – ein Geschehen, das sich über eine Reihe von Sitzungen hinziehen kann und stets auch therapeutische Qualität hat –, lassen wir von den Patienten oder Klientinnen einen Kommentar zu den Bildern schreiben, einen „*Karrierebericht*“. Dadurch erhalten wir Aufschluß über persönliche Einschätzungen und Wertungen, über „subjektive Theorien“ (*Flick* 1991) zu pathogenen und salutogenen Einflüssen, die im Verlauf der Behandlung Gegenstand des therapeutischen Diskurses werden, wobei sich zeigt, ob sie Bestand haben, in ihrem explikativen Wert bestätigt werden können oder verändert werden müssen. Im folgenden Beispiele für erläuternde Bildkommentare bzw. *Karriereberichte*:

Beispiel 3: Mara (Abb. 8)

Geschichten zum Bild

„Kette von positiven und negativen Erlebnissen in meinem bisherigem Leben“ (Abb. 8)

Mara A. (33, Sozialarbeiterin)

Das Blatt ist groß und noch weiß, und die erste prägnante Situation, die mir heute zu dieser Frage in Erinnerung kommt, ist die Pistole meines Vaters. Ich fühle sie kalt und schwer in meiner kleinen Hand. Doch es war damals anders. Ich war in meinem Zimmer, vielleicht 9 Jahre alt, als meine Mutter völlig hilflos und verzweifelt zu mir sagt, daß sich „der Papi“ auf dem WC umbringen will. Ich renne los und spüre unheimlichen Druck und Angst. Ich knie mich vor die verschlossene WC-Tür und spreche zu Papi: „Papi bringe dich nicht um, ich habe dich doch so lieb, du darfst nicht weggehen“.

Ich hörte lange nichts von ihm, aber ich wußte, er hat mich gehört, und ich glaube, er weinte. – Er hat sich nicht umgebracht. Ich bin in mein Zimmer zurückgegangen und bin aufs Bett gefallen und habe für mich geweint. Und ich habe an den „lieben Gott“ gedacht und ihm gedankt. Ja, dieser „liebe Gott“, der großväterlich mit weißem Bart in meinem Inneren lebte, auf den konnte ich immer zählen. Immer, wenn ich es fast nicht mehr aushielt, konnte ich mit ihm reden, ihn ansehen, daß es gut wird oder wenn ich Angst hatte, meinen Eltern wäre etwas passiert. Dieser Gott, der sich in meinem Leben mit meiner Entwicklung auch wandelte, war stets mein Ansprechpartner im tiefen Unglück, aber auch im größten Glück. Er füllt die rechte Seite meines Bildes, ist hell und strahlend und mysteriös, geheimnisvoll, aber immer da. Als Kind war er über mir im Himmel, heute fühle ich ihn auch in mir – ich konnte ihn langsam von oben zu mir in mein Herz hineinnehmen.

In meiner frühen Kindheit erinnere ich mich vieler Momente, in denen Vater und Mutter überfordert waren. Eigentlich wollten wir vier, meine Eltern, mein 1½ Jahre älterer Bruder und ich, es gemütlich, warm, harmonisch haben, was es auch manchmal war, wo ich von meiner Mutter oft Zärtlichkeit und Interesse gespürt habe und von meinem Vater irgendwie wußte, obwohl er mir das nie konkret sagte, daß er mich gern hatte.

Doch dieses so sehr von allen gesehnte harmonische Klima wurde immer wieder abrupt unterbrochen. Ich erinnere mich an unendlich viele Szenen zwischen meinen Eltern, die sich streiten und total entwerten, Szenen mit meinem Bruder, der „nicht lernen will“, der immer noch das Bett näßt.... immer wieder das gleiche. Lautes Geschrei, Schläge auf meinem Bruder, plötzliche Ohnmachtanfälle meiner Mutter, grausames Gesicht meines Vaters. Ich stets tröstend bei meiner Mutter, jedoch auch in Gedanken bei meinem Vater, der da allein in seinem Zimmer sitzt und sicher auch ganz traurig ist. Ich leide an den Schlägen meines Bruders, der immer dran kommt, bin aber gleichzeitig auch böse über ihn, „weil es doch wegen ihm“ soviel Krach gibt. Ich sehe meine Mutter, die mit einer großen Schere nach meinem Vater wirft. Und doch sind wir eine kleine intensive Familie, nach außen aber ganz stark „abgesichert“. Dafür gibt es drinnen keine Grenzen. *Ich* bin eigentlich die ganze Familie, ich fühle für jeden da „draußen“, für Mutter, Vater und Bruder. Ständig auf der Hut, ob nicht plötzlich wieder was explodieren könnte, gar tödlich sein könnte.

Ich bin eigentlich, bis ich ausziehe, „Familie“. Wärme mich und erkälte mich darin. Aber was stets warmer Hintergrund ist, ist mein „lieber Gott“, aber auch mein kleiner Bär. Dieser Bär, der Nacht für Nacht an meiner Seite wacht, den ich an meiner Backe spüre, wenn ich nachts Angst habe vor „bösen Geistern“, die mich überfallen, erschrecken könnten.

Da war auch stets eine Freundin in jedem Abschnitt, doch meine intimsten Dinge wußte nur der „liebe Gott“. Und zudem schien mir das ganze Chaos und die Gewalt zu Hause auch ganz normal, darum war es schließlich auch nicht so schlimm damals.

Mit 20 Jahren zog ich von zu Hause fort. Wohnte dann 4 Jahre mit meinem Freund, den ich mit 18 kennenlernte, zusammen. Dieser liebte mich auch sehr, wenn ich so war, wie er sich mich wünschte, und brauchte mich auch fest, um seine Sorgen mit mir zu besprechen. Es war für ihn schön und richtig, daß ich der „vergleichende Pol“ war. Mein Leben war ruhig und normal – ich hatte ja alles, was ich mir wünschte.

Plötzlich war da die Idee, nach Asien zu verreisen. Ein unbekannter Drang, diesen Erdteil kennenzulernen, aber auch ein eigenartiges Gefühl, wenn ich das alleine kann, dann bin ich jemand. So zog ich mit 23 Jahren für 2 Jahre nach Sri Lanka, Neapel und Indien, und die Folge dieser Reise war ein großer Horizont, und zwar auf mehreren Ebenen und dem Gefühl, ich kann ganz alleine so was machen, bin ja eigenständig. Wieder waren auch da Begegnungen, die mich prägten, ein alter indischer Guru, den ich zufällig kennenlernte. Im kommenden Jahr trennte ich mich von meinem Freund, mit dem ich eigentlich eine Familien hatte gründen wollen. Ich wechselte Wohnung und Beruf. Ich fühlte mich gut in all den neuen Anfängen. Bald lernte ich meinen heutigen Mann kennen, der wie ich selbst auf der Suche war. Manchmal schien es, als wären wir zwei kleine suchende Kinder, die sich gegenseitig verlassen und einander trauen konnten.

Nur konnte ich mich diesem Mann nicht mehr anpassen, wie ich das so gewohnt war. Oft fühlte ich mich deshalb irritiert und unsicher, lernte aber meine freien Räume kennen.

Übers Leben konnte ich erst bewußter phantasieren, als ich diese Horizontenerweiterung durch die Asienreise und die Begegnung dort mit den verschiedensten Menschen erfahren hatte.

Ich begann damit, langsam meine bisherigen, vielen einengenden Werte zu hinterfragen, beobachtete andere Menschen, für die ich in meinem Inneren ein gutes warmes ehrfürchtiges Gefühl empfand.

Mein „lieber Gott“ bekam immer mehr neue Formen und Ausdrucksbilder durch das Lesen von Büchern über andere Religionen oder esoterische Schriften. Ich fand auch immer wieder Menschen, mit denen ich mich austauschen konnte.

Eine schlimme Zeit erlebte ich dann nochmals, als ich an meiner jetzigen Stelle zu arbeiten begann, nicht in der Patientenarbeit, sondern mit einigen Teamkolleginnen. Wie ich mich verhielt, war offenbar für einige eine ständige Provokation. Irgendwie versuchte ich es immer besser zu machen, aber genau damit ging es immer schlechter, bis ich kapitulierte und mir sagte: *so bin ich* und es etwas besser sein lassen konnte, daß ich nicht bei allen geschätzt war. Meine wichtigste Ressource waren die vielen Gespräche mit meinem Freund und das Wissen, daß er mich genau so liebte wie ich war. Viel gaben mir auch die Kontakte, Beziehungen, die sich ab 1988 durch Selbsterfahrungsgruppen und ab 1989 durch Therapieausbildungsgruppen ergaben. Viele neue Verhaltensweisen konnte ich ausprobieren und bekam liebevolle, achtsame Feedbacks.

Seit einem Monat bin ich mit Freuden verheiratet. Wir bewohnen ein kleines Häuschen mit Garten, wo ich mich wohl und geborgen fühle. Die Natur ist nah bei mir und läßt mich vieles in ihrem Wachsen begreifen.

In mir ist trotz immer wiederkehrenden Phasen von Selbstunsicherheit ein Kern voller Sicherheit und Vertrauen, und ich spüre noch einiges an Potentialen, die ich noch entdecken kann, spüre auch weniger Angst, das Thema Gewalt/Aggression mir näher anzuschauen – spüre allmählich die verborgene Kraft, die ich darin kultivieren kann.

Es läuft eigentlich zur Zeit auf allen Ebenen fein und gut, und das macht mir etwas Sorgen. Da müßte doch mal wieder was Ungutes kommen! Zur Zeit macht es sich etwas daran fest, daß ich schon recht besorgt darüber bin, daß ich nach einem halben Jahr noch nicht schwanger bin – und wenn ich mich so schreiben sehe, muß ich auch gleich wieder schmunzeln.

Mir sagte kürzlich meine Lehrtherapeutin: „Du kannst ruhig auch mal zornig zu deinem Gott sein, wenn du nicht kriegst, was du dir so wünschst“. Das ist für mich neu aber tut gut, wenn er mich nicht verläßt, wenn ich auch mal zornig über ihn bin.

Das Karrierepanorama von *Mara* (Abb. 8) ist dem Darstellungstypus der „ikonischen Narration“ zuzuordnen, in dem szenische und symbolische Darstellung verschränkt sind, ja das symbolische Moment gegenüber der figural-szenischen Darstellung überwiegt. „Ereigniskerne“ (z. B. die Pistole des Vaters) sind figural erkennbar. Aber ansonsten versucht die Darstellung das „Klima“ darzustellen, die chaotische häusliche *Atmosphäre*. Sie beschränkt sich indes nicht nur auf die Dokumentation „äußerer Szenen“, sie zeichnet auch „innere Stimmungen“ und Befindlichkeiten auf, repräsentiert Innenwelten: Den „lieben Gott“ als sichernde, schützende Realität, die Landschaft, die Natur als beruhigende Einflußgröße. Spannungszonen werden in schwarz/rot Schraffuren dargestellt, Blitze, Blus- oder Tränentropfen, dunkle Wolken, glühende Herzen symbolisieren die Intensität des emotionalen Geschehens in den positiven und negativen Ereignisfolgen. Die „Geschichten zum Bild“ sind aufgrund der symbolischen Qualität der Darstellung nicht nur Bericht, sie sind auch schon *Erläuterung* und *Interpretation*. Sie sind ein Schritt „persönlicher Hermeneutik“ (Petzold 1988a, b, p), eine Auslegung der im Bild festgehaltenen Lebensszenen mit ihren Atmosphären. Damit werden schon Schritte der Verarbeitung unternommen, die allerdings ein therapeutisch fokussierendes Durcharbeiten nicht entbehrlich machen, denn erschließt sich auch in den „Geschichten“ schon unbewußtes Material, so bleiben in der Regel abgewehrte Geschehnisse oder Dimensionen weiterhin verborgen, besonders wenn die „Notwendigkeit des Verdrängens“ noch gegeben ist, das Material also eine zu bedrohliche Qualität hat, als daß es ohne den Beistand und die Präsenz des Therapeuten bearbeitet werden könnte. Werden Bild und Bericht dann Gegenstand des therapeutischen Diskurses, so erschließen sich oftmals noch weitergreifenderer Sinn und Zusammenhänge, die zuvor nicht gesehen werden konnten, erhalten Symbole, aber auch Formulierungen des Textes eine neue Bedeutung. All dieses führt zu *Umbewertungen* „biographischer Ereignisse“ und kann eine Neuformierung bio-

graphischen Materials bewirken, wodurch sich dessen Einwirkungen (in Form von Skripten bzw. Narrativen, Mustern, Wiederholungszwängen) auf den gegenwärtigen und zukünftigen Lebensvollzug verändern – und dadurch entstehen Neustrukturierungen der Persönlichkeit, des Lebensstils, der Beziehungsgestaltung, geschieht Heilung.

Bild und Geschichte von *Mara* waren darauf gerichtet – der Aufgabenstellung folgend –, „äußere“ Lebensereignisse und „innere Stimmungen“ zu dokumentieren. Die Klientin konnte sich einige Wochen später in anderem Kontext mit den „verinnerlichten Lebenseinflüssen“ auseinandersetzen, und zwar vermittelt der schon erwähnten Darstellung (2.5) der „Über-Ich-Bänke“, einer projektiven diagnostischen Technik, die von Petzold in der Integrativen Therapie entwickelt wurde. *Mara* wurde aufgefordert, sich vorzustellen, in „ihrem Kopf“ seien zwei Bänke. Auf der einen, der *Richtbank*, sitzen alle die Menschen, Menschengruppen und Institutionen mit dem kritischen Blick, den abschätzig herabgezogenen Mundwinkeln, den Drohgebärden, den beschämenden, strafenden Worten, die die „kleine Mara“ bedrängen, bedrücken, entwerten. Auf der anderen Bank, der *Festbank*, sitzen all die Menschen, Menschengruppen und Institutionen, die stützen, bekräftigen, ermutigen, die „eine 5 gerade sein lassen“, die eine nachsichtige, wertschätzende Haltung zeigen. Durch die bildnerische Darstellung (Abb. 9) ihrer „Über-Ich-Bänke“ wurde der Klientin deutlich, wie die „protective and adverse events“ keineswegs nur „äußere“ Widerfahrnisse waren, sondern daß diese Geschehnisse in „Fleisch und Blut übergegangen sind“. Sie erfährt ihre muskulären Verspannungsmuster, nimmt wahr, wie bedrückene Atmosphären ihr die Luft wegnehmen, spürt, wie „eine Platte auf ihrem Brustraum liegt“ und sie sich mit verspannter Schulter-Nacken-Muskulatur auflehnt gegen den „Druck des Lebens“, der – trotz einer weitgehend konsolidierten Lebenssituation – sich aus der Vergangenheit fortschreibt und noch auf ihr lastet. Es wird ihr bewußt, daß bedrückende Atmosphären, die stets

noch in ihrem Inneren nisten, auch weiterhin Wirkung zeigen. Sie erkannte, wie stark die Kette negativer und positiver Ereignisse im Lebenslauf ihren Niederschlag in verinnerlichten Realitäten geführt hatte. Dabei ging es nicht nur um die Internalisierungen von „Objekt-Repräsentanzen“, „Elternimages“, sondern um die Repräsentation von „Interaktionen mit Personen“, von „Beziehungserfahrungen“ (Sameroff, Emde 1989). Diese Erkenntnis führte nun wieder zu einer „exzentrischen Betrachtung“ der Ereignisketten, zu einem Erkennen von Ereigniseinflüssen, insbesondere der Einwirkung von „critical life events“, weiterhin zum Bewußtwerden der Abwehr- und Bewältigungsformen, die sich als Reaktionen auf diese Ereignisse ausgebildet hatten und zum Teil zu „dysfunktional generalisierten“, d. h. zu *dominanten Abwehrmechanismen* wurden, die, obgleich damals brauchbar, auch heute noch ohne zwingende Notwendigkeiten zum Einsatz kommen. Schließlich wurde im Zusammenwirken der Erkenntnisschritte und Erfahrungsmöglichkeiten der Klientin ein „neuer Sinn“ erschlossen. Sie konnte erlebniskonkret Einblick in die formierenden Kräfte ihrer *Biographie* gewinnen und beginnen, ihre therapeutischen Schritte in ihrer Einzelanalyse selbstbestimmter zu planen, indem sie bereit war, bestimmte Themen systematischer aufzuarbeiten und im Lebensalltag umzusetzen.

Für den therapeutischen Prozeß werden durch die verschiedenen, in der Integrativen Therapie entwickelten, lebenslaufbezogenen diagnostischen Instrumente (Karierringdiagramme, Identitätsbilder, Lebenspanoramen, Über-Ich-Bänke, Zukunftsprojektionen, Lebensberichte, Geschichten zu ikonischen Narrationen usw.) *Strukturen* in den Ereignisketten deutlich: sich wiederholende Muster, die sichernden, aber auch behindernden Charakter haben und die durch *Einsicht in die Zusammenhänge* verändert werden können („*erster Weg der Heilung*“, Petzold 1988n, 218 ff.). Weiterhin können „*korrigierende emotionale Erfahrungen*“ („*weiterer Weg der Heilung*“, ibid. 236 ff.) wirksam werden, mittels derer in regressiver Arbeit z. B. der

Therapeut als guter, stützender Vater Atmosphären schafft, die verinnerlicht werden können und die in den „Archiven des Gedächtnisses“ verankerten aggressiven Atmosphären des realen, biographischen Vaters in ihrer Qualität abschwächen oder zumindest in ihrer Wirksamkeit korrigieren können. Veränderungen können aber auch durch „*alternative Erfahrungen*“ – sensumotorischer, emotionaler, kognitiver und sozial-kommunikativer Art – erreicht werden („*dritter Weg der Heilung*“, ibid. 250 ff.), indem auf spielerische Weise im Hier und Jetzt, ohne daß unbedingt der Bezug auf biographische Ereignisse, Erfahrungen notwendig wird, Erlebnisse möglich werden, die zu den bisher erlebten Lebensqualitäten eine Alternative bieten.

Das Konzept der *Wirkung* ineinander verflochtener Ereignisketten mit positiver, negativer und defizitärer Qualität in den komplexen Vorgängen der Biographieformation, d. h. des Niederschlags von *nicht-memorierbaren* – aber wirksamen – und *memorierbaren* Gedächtnisinhalten, wird in den projektiven diagnostischen Instrumenten der Integrativen Therapie besonders deutlich. Es wird die atmosphärische und szenische Qualität der „*events*“ unterstrichen, und damit wird das nützliche klinische Konzept der „*pathogenen Stimulierungskonstellationen*“ (ibid. 353ff) durch eine ganzheitliche Perspektive aufgefüllt. Die Archivierung der Ereignisketten und ihre Memoriation, ihre Bedeutung bei der Herausbildung von „*Grundstimmungen*“, die das „*Lebensgefühl*“ bestimmen (Petzold 1993b), ist nicht zu unterschätzen. *Grundstimmungen* der Niedergeschlagenheit oder der Zufriedenheit, der Hoffnungslosigkeit oder der Zuversicht, die ja natürlich auch den gegenwärtigen und sich zukünftig entwickelnden Lebensvollzug bestimmen, werden aus den erlebten und archivierten „*events*“ (d. h. *Szenen* mit ihren *Atmosphären*, die den Leib einstimmen, gegebenenfalls zu Verstimmungen führen) konstituiert. Das Leib-Subjekt, das z. B. Mißstimmungen in sich trägt und diese „*Dysphorien*“ um seine Person als „*Atmosphären*“, d. h. wahrnehmbare Mikrosignale (die im Gegen-

über entsprechende Resonanzen auslösen) verbreitet, löst damit entsprechende Reaktionen der Ablehnung, des Rückzugs, der Aggression aus, was wiederum zu Unstimmigkeiten führt, zu Verstimmtheiten. Die negative Grundstimmung, das düstere Lebensgefühl werden verstärkt, ein *circulus vitiosus*. Die Veränderung der Lebenskontinuität bedarf deshalb nicht nur der kognitiven „Umbewertungen“, sondern auch der „Umstimmung“, der Bearbeitung der archivierten leiblichen Muster des Selbst. Diese sind als sensumotorische, emotionale und kognitiv repräsentierte Schemata (Petzold 1992a, 529) zu verstehen. Dergestalt nachwirkende Vergangenheitseinflüsse einerseits und die „facts of life“, die allgemeinen gegenwärtigen Lebensbedingungen – das soziale Netzwerk, die Arbeitssituation, die Ressourcenlage, sofern dies alles risikofördernde und widrige Einflüsse darstellt – andererseits müssen verändert werden, denn beide Einflußgrößen sind entscheidend. So nimmt es nicht wunder, daß die empirische Psychotherapieforschung die „rationale Einsicht in Zusammenhänge“, ihre „kognitiv-emotionale Neubewertung“ und die „praktische Lebenshilfe“ im Rahmen einer guten und tragfähigen, therapeutischen Beziehung (sie ist ein protektiver Megafaktor) als die herausragenden Wirkfaktoren therapeutischen Handelns markiert hat (Orlinsky, Howard 1986a, 1987, 1988; Huf 1992; Petzold 1992a, 992f). Therapie auf

dem Hintergrund der Konzepte der Karriere, der Ereignisketten, des Narrationsmodells (dies sind aus unterschiedlichen Traditionen stammende Konzeptualisierungen, die in die gleiche Richtung laufen) bedeutet dann – *retrospektiv* –, in Karrieren Ordnung zu schaffen auf der sensumotorischen, emotionalen, kognitiven und sozialkommunikativen Dimension. Es heißt weiterhin – *aspektiv* –, Ordnung zu schaffen in gegenwärtigen Manifestationen der Karriere, wiederum unter Einbeziehung aller genannter Dimensionen, und es heißt schließlich – *prospektiv* –, Entwicklungen vorzubereiten und einzuleiten, in denen neue Ordnungen zur Wirkung kommen können, so daß sich dysfunktionale Karrieremuster nicht perpetuieren. In einer solchen therapeutischen Konzeption haben die Karrierepanoramen oder verwandte Methoden, z. B. andere Formen der Panoramatechnik (Petzold, Orth 1993), ein wertvolles Potential, umfassen sie doch die Vergangenheitsdimension, die Gegenwart, und lassen sie doch Ausgriffe auf die Zukunft zu, die projektiv/prospektiv gestaltet werden kann.

Ein letztes Beispiel soll noch einmal in einer „ikonischen Narration“ eines „zweizügigen“ Panoramas (widrige und schützende Ereignisse) und ihrer Erläuterung durch die Klientin *Christine* (Abb. 7) die interaktive Dynamik protektiver und adversiver Ereignisse verdeutlichen.

Beispiel 4: *Christine* (Abb. 7)

Inventar der Belastungs- und Schutzfaktoren (zu Abb. 7)

Christine W. (37, Behindertenpädagogin)

A – Zur Kette der Belastungsfaktoren in meinem Leben

- Aus Erzählungen weiß ich, daß ich die ersten sechs Wochen im Krankenhaus verbrachte, da meine Mutter beidseitige Brustentzündungen hatte, wobei sie sehr wenig Kontakt mit mir hatte (und sie natürlich nicht stillen konnte). [*Berichtserinnerung*]
- Mit ca. 2 Jahren wurde ich für 14 Tage zu entfernten Nachbarn gegeben, während alle anderen Familienmitglieder irgendwohin fahren. Angeblich habe ich danach „gebettnäßt“.

Eine sehr frühe Erinnerung habe ich an einen riesigen Teddybären, der mir von eben diesen Nachbarn geschenkt worden war. Ich fand es sehr schlimm, daß meine Eltern, ihn mir sofort wegnahmen, weil er scheußlich sei. [Ereigniserinnerung]

Eine Stoffkatze hat mein Vater aus demselben Grund auf einem Müllhaufen verbrannt, wobei ich zuzucken mußte.

Ich erinnere mich an meinen Vater, als er noch bei uns war, entsetzlich laut und eiskalt schreiend, wobei ich in einer Art mich totzustellen reagierte. Sonst habe ich keine Erinnerungen an ihn in dieser Zeit.

Meine Mutter: ich sehe mich immer wieder nach ihr rufend, aber sie hört nicht. Sie arbeitete sehr viel, wir hatten einen Fremdenverkehrsbetrieb. Ansonsten war sie sehr streng und gewaltig – ich erinnere viel Schimpfen, weil ich so viel falsch und kaputt machte. Ich bin hin- und hergedelt zwischen Alleinsein und dem lauten brodelnden Aufenthaltsraum, der spannend war, aber auch immer zu eng und zu dicht.

Scheidung meiner Eltern mit 4 Jahren. Papi zog weg. (Er war allerdings in den Sommern immer schon weg gewesen).

Mit ca. 4 Jahren überraschte mich ein Nachbar allein und griff an meine Genitalien, was ich nie jemandem erzählte.

Volkschule: Schock, daß die anderen Kinder ganz anders sprechen (starken Dialekt), fühle mich ausgeschlossen, bleibe Außenseiterin. Der Lehrer läßt mich wegen meiner Zappeligkeit immer wieder knien. Große Angst, meine ältere Schwester als Gefährtin zu verlieren, als die ins Gymnasium wechselt.

Gymnasium: ich bleibe Außenseiterin, mit kurzen Ausnahmen. Anfangs schlimme Strafen von meiner Lehrerin für mein Zappelphilipp-Sein. Mein hoch verehrter Bruder (Ältester, der die Vaterrolle hatte) findet mich lästig, verrät mich, straft mich immer wieder. Meine Mutter schützt mich nicht vor ihm.

Mit ca. 8 Jahren zieht mein Vater wieder ins Dorf. Wir müssen ihn regelmäßig besuchen – Horror (schrecklich langweilig, viele fremde Leute, er ist oft entsetzlich schlecht gelaunt, schreit, tobt, oder zwingt uns zu fürchterlich anstrengenden Bergtouren). Wir wagen nie uns zu verweigern, und meine Mutter hilft mir auch nicht dabei.

Ich rette mich mit „Torstellen“ darüber weg.

Im Dunkeln liegt eine Mißbrauchserlebnis, von dem ich nur wenige, sehr vage Bilder und eine deutliche Körpererinnerung habe.

Pubertät: Mein Mutter befühlt meinen Busen, findet mich lächerlich in meiner Abscheu.

In ersten sexuellen Erfahrungen viel Überforderung und Kränkungen durch Jungen.

Ich fühle mich sehr oft sehr alleine.

Der erste Geschlechtsverkehr mit 16 ist äußerst schmerzhaft, ich komme mir völlig unnormale vor.

Von 18-21 erste Männerbeziehung, die oft sehr belastend war. Viel Schuldgefühle, weil der Mann nicht mit mir schlafen konnte; Sexualität war immer Unerfülltsein, Schmerz, und es war unmöglich mit Dritten darüber zu sprechen.

Nach der von mir gewollten Trennung, tiefe Krise, Desorientierung, Einsamkeit, Schuldgefühle. Letztere steigerten sich noch nach dem kurz danach erfolgten Unfall-Tod des ehemaligen Freundes.

In den folgenden Partnerschaften immer wieder die Erfahrung vom baldigen Umkippen ins Belastende, Verletzende. Die Sicherheit in der Beziehung ist untrennbar verknüpft mit Schmerz, Schuldgefühlen, Überforderungen. Meiner inneren Emigration folgen schließlich:

Ausbruch und Trennung.

Beruf: Sehr viel Überforderung, Anstrengung, Hilflosigkeitserfahrungen.

In einer berufsbegleitenden sozialtherapeutischen Fortbildung schockierende Erfahrung mit Frauen; tiefe Erschütterung meines Frauenbildes; Ausgeschlossenheitsgefühle, Sündenbockrolle.

- Zwei männliche Einzeltherapeuten sind pushend bis zu körperlicher Gewalt (Körperorientierte Therapien).
- Mit 28 Jahren erstmals ein positives Ergebnis des Gebärmutterhals-Krebsabstrich-Tests.
- Mit 31 Jahren in einer Arbeitstelle massive Ausbeutung und Verletzungen durch die Leitung, die trotz rascher Kündigung lange nachwirken.
- Ab 32 sich wieder verschlechterter Krebsabstrich-Ergebnisse, ein ständiges Damokles-Schwert. – In diesem Jahr die äußerst schmerzliche Trennung von meiner ersten, wirklich hoffnungsvollen Beziehung.
- Mir 36 Jahren: Enttäuschung vom Vater, der wieder kaum mehr Interesse an mir zeigt.
- Zur Zeit wieder Ansätze des bekannten Gefühls von Last in der Partnerschaft trotz veränderter Formen.
- Offene Fragen/ mögliche Belastungen:
 - Beruf – immer wieder „zu viel“ und „zu nahe“; Berufswechsel – aber wohin?
 - Die Krebsabstriche: verschlechtern sie sich wieder?
 - Meine ungeklärte Vaterbeziehung – ich befürchte da noch manche Konflikte.

B – Zur Kette der protektiven Faktoren in meinem Leben

- Wald, Wiesen, Berge (ich bin weit entfernt vom nächsten Dorf im Hochgebirge aufgewachsen); draußen Spielen, Spaziergehen, Bergsteigen;
- Die Gemeinschaft mit meinen 3 Geschwistern, später eigentlich die mit den 2 Schwestern;
- Schule: einige wohlwollende Lehrer, dazu meine Wachheit und Neugier;
- ein Schulfreundin (von ca. 13-20 Jahren), mit der ich doch sehr vieles besprechen konnte;
- Das Weggehen von Zuhause, mein erstes Zimmer für mich alleine; meine Heimat Innsbruck, verbunden mit der unglaublichen Erfahrung, daß ich mich von einem Mitbewohner erstmals wirklich gesehen, gehört, verstanden fühlte;
- eine Gemeinschaft mit anderen Studenten, die sowohl einen religiösen Aspekt als auch gemeinsames Alltagsleben beinhaltet;
- ein sehr stützendes, heimatgebendes Frauen-Team in meiner ersten Arbeitsstelle;
- Mit 24 erstmals Psychotherapie, die ich mit zeitlichen Lücken immer wieder genutzt habe;
- Jahrelange Zugehörigkeit zu einer Frauengruppe;
- eine Afrikareise;
- eine kurze, große Liebe und später die Erfahrung, daß Abschied wirklich möglich ist;
- einzelne wichtige Frauenfreundschaften;
- Meditation und heilsame Unterstützung durch diese Lehrer;
- relativ gute Arbeitsstellen;
- Schwimmen;
- ein winziges Häuschen in einer friedentiftenden Umgebung auf dem Land, Rückzugsort und Symbol für Autonomie;
- eine überwiegend nährnde Partnerschaft.

Sind Ketten von Belastungs- und Schutzfaktoren wie in *Christines* „zweizügigem“ Karrierepanorama bildlich dargestellt worden, so kommt es darauf an, den *Darstellungstypus* zu

erfassen, zumal von der Instruktion her sehr viel Freiraum gegeben wird, so daß die Klientinnen bzw. Patientinnen genügend Gestaltungsmöglichkeiten haben, in denen sich projektives Ma-

terial artikulieren kann. Zuweilen werden in strenger Parallelführung die positiven und negativen Einflußlinien dargestellt (wie in dem vorliegenden Beispiel, Abb. 7, vgl. auch Abb. 6), manchmal sogar mit jeweils nur einer Farbe (z. B. die negativen Ereignisse schwarz, die positiven grün). Das macht Identifikation einfach. Ambivalente Situationen werden dann etwa schwarz und grün gemalt. Insgesamt bietet aber die Gestaltung mit vielen Farben breitere Möglichkeiten. Oft werden die Parallelführungen miteinander verwoben, wird die *Interaktion* der Einflüsse dargestellt. Zuweilen werden *Defizite* und *Trauma*-Erfahrungen von den Patienten differenziert. Kontinuitäten sind nicht nur durch lineare Reihungen zu erkennen, sondern auch durch das wiederholte Auftauchen von Motiven. Das ist gerade bei Bildern wichtig, in denen keine zeitliche Reihenfolge eingehalten wird, sondern bei denen die Ereignisse über das ganze Bild verstreut sind. Kontinuitäten sind dann durch bestimmte Symbole, Szenenarrangements, Farben, Formen, Leerstellen erkennbar. Läßt man zum Bild Geschichten schreiben oder ein Inventar anfertigen, so haben wir für den therapeutischen Prozeß wichtige und nützliche Erläuterungen. Im Bild von *Christine* ist die Kette protektiver und die Kette adversiver Ereignisse deutlich parallel geführt. Auch Wechselwirkungen werden erkennbar. Die Darstellung ist figürlich bzw. szenisch, wobei immer wieder auch neben der Farbsymbolik Symbolzeichen (Fragezeichen, Kreuz, Baum, Blume, Herz usw.) auftauchen. In *Christines* Karrierepanorama werden überdies auch noch durch Beschriftungen Episoden verdeutlicht. In der Niederschrift des „Inventars der Belastungs- und Schutzfaktoren“ fallen die vielen Trennungen mit dem Resultat von Verlassenheitsgefühlen, weiterhin die Überforderungen mit dem Resultat von Wertlosigkeitsgefühlen (durch Abwertungen) besonders ins Auge. Immer wieder tauchen auch Verletzungen und Demütigungen auf. Die Klientin erinnert sich an Abwehr- und Bewältigungsstrategien (Sich-tot-stellen). Fehlende Beziehungsmöglichkeit zum Vater, zur Mutter, schränken die Möglichkeiten ein, das

Herstellen guter Beziehungen zu erfahren und damit Beziehungsfähigkeit zu lernen. Es wird deutlich, wie sich aus den kindlichen Mustern über die Adoleszenz allmählich Muster im Erwachsenenleben herausbilden, in der sich die mißglückenden Beziehungen, die Trennungs- und Verlassenheitserfahrungen und die Überforderungen und Entwertungen wiederholen und fortsetzen. Die Kette der protektiven Faktoren macht deutlich, wie all diese belastenden Erlebnisse auch kompensiert wurden (durch Landschaft, Aktivitäten in der Natur, positive Netzwerke mit Geschwistern und Peers) und wie auf diese Entlastungsmöglichkeiten auch im weiteren Lebensverlauf kompensatorisch zurückgegriffen wird: ein stützendes, heimatgebendes Frauenteam, Unterstützung durch Lehrer in der Schule und im Erwachsenenalter durch die Meditationslehrer, das Häuschen auf dem Lande in der Natur usw. Die Schutzfaktoren erweisen sich der Qualität nach in der Kindheit und im Erwachsenenleben als ähnlich. Ihre salutogene Kettenstruktur wird genauso deutlich wie ihre entlastende Funktion im Hinblick auf die Belastungsereignisse in den adversiven Ketten.

In der Bearbeitung von Inventar und Bild werden noch viele andere Bezüge deutlich, und es stellen sich die Konturen der gegenwärtigen Problematik gut heraus. In der Exploration ihres eigenen Bildes mit erlebnisaktivierenden Techniken unter Beziehung des Berichts wird die Klientin zur „Ko-Diagnostikerin“. Sie wird in das Verstehen ihres biographischen Prozesses mit seinen heilsamen Seiten, aber auch mit seinen pathologischen Seiten aktiv einbezogen und erhält damit über die in der Diagnostik gewonnenen Transparenz hinaus die Möglichkeit, aktiv an der Planung und Gestaltung des therapeutischen Prozesses teilzunehmen. Sie wird in ihrem eigenen Prozeß zur „Ko-Therapeutin“ und kann die von ihr gewünschten Veränderungen in ihrem Leben bzw. Lebenszusammenhang selbstbestimmt in die Hand nehmen. Es wird damit die in der entwicklungspsychologischen Forschung immer wieder betonte Möglichkeit aufgegriffen, daß Kindern die Soziali-

sation nicht nur einfach widerfährt, sondern daß sie auch *Mitgestalter* ihres Schicksals sind, was natürlich abhängig ist von dem Freiraum, den man ihnen gibt. Sie werden damit in ähnlicher Weise wie Erwachsene zu „makers of their own identity“, Gestalter ihrer eigenen Entwicklung (Brandstädter 1985).

Die vorgestellten, kommentierten Beispiele haben, so hoffen wir, folgendes deutlich gemacht: In den „*Karrierepanoramen und -berichten zu positiven und negativen Ereignisketten*“ geht es um Biographie und dem Bewußtsein zugängliches Material, welches durch „autobiographisches Memorieren“ (Conway 1990) vom Subjekt erschlossen werden kann. Dabei vermischen sich oftmals *Ereigniserinnerungen* (Nelson 1986) – „Eine sehr frühe Erinnerung habe ich an einen riesigen Teddybär – und *Berichtserinnerungen* – „Aus Erzählungen weiß ich, daß ich die ersten sechs Wochen im Krankenhaus verbracht!“; „Ich erinnere mich an Erzählungen meiner Mutter über die schwere Zeit damals, als sie mit mir schwanger war!“. Die Darstellungen verbinden weiterhin „*historic truth*“, d. h. relativ präzise, objektivierbare Lebensfakten (sie können durch Fremdanamnese oder durch biographische Dokumente, Photos, Alben, Krankenakten belegt werden) und „*narrative truth*“ (Spence 1982; Petzold 1991a), d. h. die subjektive Ausgestaltung, Bewertung, „Einfärbung“, Ergänzung der historischen Fakten, wie sie sich aus der aktuellen Situation des Patienten (z. B. einer momentanen Depression, die die positive Vergangenheit überschattet) oder aus dem Bezug zu dem bzw. den Adressaten der Lebenserzählung ergeben mag (man erzählt das gleiche Ereignis dem explorierenden Arzt anders als einem Freund oder anders als einer Mitreisenden im Zug). Schließlich sind die „ikonischen Narrationen“ z. B. der Panoramatechnik von der Dynamik der therapeutischen Beziehung bestimmt, dem Geflecht von Übertragung und Gegenübertragung, werden doch „*Karrierepanoramen*“ auch im Rahmen laufender Therapien erstellt (also nicht nur in der diagnostischen Initialphase). Damit sind auch bewußte und unbewußte Botschaften des Patien-

ten an den Therapeuten ein Faktum, das bei der Bearbeitung solcher Materialien wesentlich ist. Weil wir es in dieser Arbeit nicht nur mit dem Moment der Gestaltung mittels bildnerischer Medien, sondern auch mit dem Formierungsprozeß einer *Biographie* als Niederschlag der Lebenserzählung, der *Biosodie*, zu tun haben können, kommen formgebende Momente – im Sinne des *Freudschen* „Familienromans“ oder von *Polsters* (1987) Konzeption „persönlicher Romane“ – im Sinne der Qualität einer „*esthetic truth*“ (Spence 1982) zum Tragen. Auch diese hat eine heilende Qualität, wenn „Schönheit die Welt retten kann“, wie *Dostojewski* meinte (Petzold 1992h).

Die „objektive“ *historic truth*, wie sie von einem abständigen Historiker bzw. Beobachter von Biographien dokumentiert werden könnte, tritt dabei hinter die „*subjektive Wahrhaftigkeit*“ und die „persönliche Geltung“ von Handlungen oder Erfahrungen zurück. In diesem Faktum liegen Fallstricke, aber auch Chancen, die durch die therapeutische Bearbeitung bewußt memorierte Vergangenheit oder die bewußt gemachten, zuvor verdrängten, biographischen Ereignisse umzugestalten. Indem neue Zusammenhänge hergestellt werden, scheinen Dimensionen eines *anderen Sinnes* auf, können neue Bedeutungszuweisungen erfolgen, weil „*alternative emotionale Erfahrungen*“ aus der Gegenwart (z. B. in einer Therapie oder in einer gelungenen Liebesbeziehung oder Freundschaft) die persönliche Geschichte in einem neuen Licht erscheinen lassen dadurch, daß etwa protektive Faktoren sichtbar werden, die zuvor nicht erkannt worden waren („Mir wird erst *jetzt* deutlich, wie wichtig meine Großmutter damals für mich war!“ – „In der Stadt, auf einem Hinterhof hätte ich sicher nicht überlebt. Jetzt sehe ich erst, wie wesentlich die Natur und die Tiere für meine Kindheit waren!“). Negative Ereignisse können relativiert werden („Es war schlimm, aber es gab mehr Gutes als ich dachte!“ – „Ich hab es ja auch bewältigt, bin damit fertig geworden und hab’ gelernt, wie ich mich schützen kann!“). Es können Konsequenzen gezogen werden („*Diese Linie soll sich nicht*

fortsetzen! Drei solcher Narzißten waren genug. Den nächsten Typ schau' ich mir vorher sehr gründlich an!“).

Aus der Übersicht über Karrierekonstellationen sollen aber nicht nur „gute Vorsätze“ entstehen, die durch die Macht des Wiederholungszwangs „fixierender Narrative“ scheitern müssen, sondern es wird natürlich notwendig, die deutlich werdenden pathogenen Konstellationen der Biographie auf einer emotionalen Ebene – die rationale Einsicht ergänzend – zu bearbeiten, „eingefleischte Muster“ zu verändern („Umleitungen“ im Sinne von *Herman Schmitz* 1989). Kommunikative Stile – d. h. Formen der Beziehungsgestaltung – müssen gegebenenfalls um- oder neugestaltet, um- oder neu erlernt werden, sonst bleibt die *Karriere* „mit guten Vorsätzen gepflastert“, die nicht zum Tragen kommen und scheitern..., und die *Ereignisketten* schreiben sich fort.

In der Therapie werden also nicht nur neue *Zukunftsentwürfe* erarbeitet, sie werden auch in ihrer *Umsetzung* begleitet, wobei das Wissen um mögliche Reinszenierungen alter Konstellationen oder von der Nachwirkung biographischer Traumata, aber auch die Kenntnis von Bewältigungsstrategien, die sich bewährt haben, von protektiven Faktoren, auf die man zurückgreifen kann oder die man sich neu erschließen kann, eine beachtenswerte Hilfe darstellen. Die *therapeutische Beziehung* und der therapeutische Prozeß selbst werden dabei zu einem „*protektiven Megafaktor*“. Hier werden ja nicht nur im Sinne von *Gedo* (1973, 1979) oder *Basch* (1991) durch „Interpretation“ unbewußte Konstellationen bewußt gemacht und wird in der Reinszenierung von Problemsituationen und der in ihnen aufgebauten Abwehrformen eine „*optimal disillusion*“ geleistet, es wird nicht nur in der Bearbeitung solcher biographischer Materialien eine „*unification*“ ermöglicht, d. h. die Verbindung disparater Persönlichkeitsanteile, Folgen zerrissener und zerreißen der Lebensgeschichte, es wird vielmehr eine *Ordnung* in die Geschichte des Kranken und darüber hinaus in seine persönliche Lebenssituation gebracht – *Basch* (1991) spricht von „*passification*“ –, und

Therapeut und Patient erfahren gemeinsam neue Fähigkeiten, die sich im Lebensvollzug des Patienten entwickeln und die der Therapeut bezeugt („*bearing witness*“, idem).

Eine solche „begleitete Neuorientierung“ (*Petzold* 1969b) erfordert Vorbereitung, denn sonst kann der „Neubeginn“ (*Balint* 1948; *Loewald* 1960) scheitern. Die Bearbeitung biographischer Konstellationen muß eine gewisse „Prägnanz“ erreicht haben, und dies nicht nur auf einem kognitiven Niveau, genauso wie die Umsetzung von Neuorientierungen keineswegs nur ein kognitives Geschehen ist. Im Sinne „*vitaler Evidenz*“ (*Petzold* 1970c), in der sich „leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht auf der Grundlage von konkreter Bezogenheit verbinden“ (ibid. 42; 1992a, 917), müßten „*alternative (emotionale) Erfahrungen*“ (idem 1970c, 48) durch neue Erlebens- und Handlungsmöglichkeiten gemacht worden sein oder – wir differenzieren und betonen diese beiden Möglichkeiten (ibid.) – durch „*korrigierende emotionale Erfahrungen*“ (*Alexander, French* 1948), in denen Situationen fehlenden Beistandes durch „*significant caring adults*“ in der therapeutischen Dyade ausgeglichen werden (*Scharfman* 1989, 57), und dies leiblich konkret unter Einbezug zwischenleiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation (ibid.; *McLaughlin* 1989, 112; *Petzold* 1969c, 1975e; *Petzold, Orth* 1993). Der Therapeut (bzw. die Therapeutin oder das Therapeutenpaar) wird aber nicht nur im Hinblick auf vergangene Defizite zum „*significant caring adult*“, etwa durch die regressionsorientierte Arbeit mit dem Patienten, sondern er wird es auch für die Lebensgegenwart, ja, er begleitet als eine solche „bedeutungsvolle, sorgende und stützende Bezugsperson“ den Patienten durch den fortlaufenden, therapeutischen Prozeß „von Gegenwart zu Gegenwart“ in die Zukunft, so daß sich eine Zukunftsperspektive als „antizipierter Raum von Sicherheit“ entwickeln kann (der Patient weiß, daß seine Therapie noch einige Zeit dauert und er sich der damit gegebenen Stütze und Hilfe sicher sein kann). Der Therapeut verkörpert also den durch die Longitudinalfor-

schung herausgestellten, wichtigsten „protektiven Faktor“: den einer wertschätzenden und stützenden Bezugsperson und zu der eine verlässliche „*selektive Attachmentbeziehung aufgebaut und gelebt werden kann*“. Von der vergleichenden Psychotherapieforschung bzw. von der Prozeßforschung werden diese Zusammenhänge bestätigt, wenn sie eine „gute therapeutische Beziehung“ als den wichtigsten Heilungsfaktor herausstellt (Orlinsky, Howard 1988). Der Therapeut hilft aufgrund seiner therapeutischen Schulung, Erfahrung, seiner Lebensklugheit und „*clinical wisdom*“ (Petzold 1991a, 395) dem Patienten, „*risk factors*“ zu vermeiden und sich weitere *protektive Faktoren* zu erschließen (wie z. B. ein stabiles, soziales Netzwerk), und er ermöglicht dem Patienten, Hoffnung bzw. einen positiven Zukunftshorizont zu entwickeln (Thomas 1990).

4.3 *Convoys, Ereignisbewertungen und nicht-lineare Resonanzphänomene – einige abschließende Überlegungen*

Die an der Longitudinalforschung, an Konzepten der „protektiven und Risikofaktoren“, der Interaktion von pathogenen und salutogenen Einflüssen ausgerichtete Psychotherapie, die sich um das Erfassen von *Karrieretypiken* bemüht, steht in diagnostischer sowie in therapeutischer Hinsicht immer wieder und sehr grundsätzlich vor Neuland, und je tiefer man in die Fragestellungen unter Aufgabe konventioneller, linearkausaler Erklärungsmuster eindringt, desto komplexer stellt sich die Lebenswirklichkeit unserer Patienten in ihrem Lebenskontinuum mit ihrem „*convoy*“ relevanter Bezugspersonen dar. Es wird aber auch deutlich, daß eine solche komplexe Betrachtungsweise ihrem Schicksal und ihrer Lebenswirklichkeit weitaus besser gerecht wird als simplifizierende Modelle, die Psychotherapeuten zwar einfache Erklärungen bieten, aber letztlich Erklärungen, die offenbar nicht wirklich greifen, denn man ist mit ihnen so unzufrieden, daß immer neue Erklärungsmodelle (zumeist linearkausale) entwickelt werden. Die in diesem Text enthaltene

Betrachtungsweise will nicht *die* Lösung bieten und auch nicht nur den Mangel an Modellen beklagen. Sie will einen kleinen, komplexitätsreduzierenden Beitrag für die psychotherapeutische Indikationsstellung und die Wahl der Behandlungsmodelle und -medien leisten.

Wenn wir davon ausgehen, daß wir drei Einflußströmungen in Lebenskarrieren finden: A. Ketten widriger Ereignisse, B. Ketten schützender und entwicklungsfördernder Ereignisse, C. prolongierte Mangelenerfahrungen bzw. Ketten von Defiziten, und daß all diese „*events*“ unmittelbar oder mittelbar in Beziehungserfahrungen eingebunden sind, so wird deutlich, daß das Wissen um vorherrschende Elemente in derartigen Ketten oder Verläufen für die Konzeptualisierung, Planung und Durchführung von Behandlungen von großer Wichtigkeit ist. Dabei ist zu unterstreichen, daß die „*events*“ unmittelbar oder mittelbar *Beziehungsereignisse* sind. Eine Mißhandlung, ein Verlust, eine Vernachlässigung sind unmittelbare Ereignisse in der Primärgruppe bzw. im relevanten sozialen Netzwerk des Betroffenen. Aber auch „*critical life events*“ (Fillip 1990), wie eine schwere Infektionskrankheit oder ein Unfall, sind in soziale Beziehungen eingebunden, etwa dadurch, daß eine Mutter durch ein „*rooming in*“ bei ihrem Kind im Krankenhaus bleibt und diese Präsenz möglich macht oder eine andere Mutter ihr Kind nicht besucht („Es ist ja eh auf der Isolierstation!“) oder daß der Vater unmittelbar nach dem Unfall als Schutzperson auftaucht und sich um die Versorgung seines verunglückten Kindes kümmert oder daß Fremde diese Aufgabe wahrnehmen. Weil „*events*“ Szenen und Szenenfolgen mit Akteuren, nämlich emotional bedeutsame Bezugspersonen sind, werden die durch die kritischen Lebensereignisse geschaffenen psychischen Realitäten (in Form von Erinnerungen und Verarbeitungsprozessen der Geschehnisse) für die weitere Gestaltung von „Beziehungen in Situationen“ Bedeutungen gewinnen, d. h. gegebenenfalls auch für das Entwickeln von Übertragungen, Abwehr- und Bewältigungsformen im Alltagsleben und dann später in Therapien. Es ist deshalb wichtig, immer

wieder darauf hinzuweisen, daß die „events“ als zwischenmenschliche Ereignisse in Kontinuitäten oder Diskontinuitäten eingebunden sind und daß damit die „chains“ in ihren relationalen Qualitäten gesehen werden müssen (Sameroff, Emde 1989), daß es sich also im Sinne der Wortbedeutung um „convoys“, um „gemeinsam durchmessene Wegstrecken“ handelt, in denen die Beteiligten füreinander gutes oder schlechtes „Geleit“ geben... und wehe dem, dem jegliche Begleitung, dem Stütze, Trost, Hilfe und Geleitschutz fehlt. Das Erfassen der *Convoy-Qualität* ist für das Verstehen von „subjektiven Theorien“, „social worlds“ und „Ereignisbewertungen“ – und damit für ein Erfassen pathogener Wirkfaktoren wesentlich. In den Panoramen kommt immer wieder zum Ausdruck, daß es nicht nur die „events“ als solche sind, die wirken, sondern die „events“ oder „chains“ als *bewertete*. Derartige *Valuationen* (Petzold 1992a, 529, 696, 1116) bzw. *appraisals*, die als ein „processing“ der Ereignisse aufzufassen sind, bestimmen fraglos das „Gewicht“ der Geschehnisse – und je jünger die Kinder sind, desto stärker sind die Valuationen als external bestimmte Angleichungen an bestehende Bewertungsparameter zu sehen. Aber auch bei Klimata in den sozialen Bezugssystemen, in denen durch Korrespondenz „Sinn als Konsens“ (idem 1991e) gefunden werden kann, wird die Frage nach der Konstruktion gemeinsam gefundener Bewertungen zu stellen sein. Wie entsteht „shared meaning“ über „every day's events“ (Dunn 1987) oder gar über „critical life events“? Die Karrierepanoramen vermögen in der Exploration derartige Zusammenhänge zu erhellen und familiendynamisch und netzwerk-dynamisch bestimmte Bewertungspraktiken deutlich werden zu lassen – oft sind sie Niederschlag übergeordneter „social worlds“ oder „représentations sociales“ (Jodelet 1989). – „Wie hätte deine Mutter [dein Vater, dein Freund, deine Lehrerin] das gesehen?“ – „Wie würde das von der Nachbarschaft beurteilt?“ Derartige Fragen erhellen den Rahmen von Bewertungen (vgl. z. B. das Fallbeispiel von Klaus O. in Petzold, Fokaltherapie, dieses Buch). Das Problem der „Event-Bewer-

tung“ – für Longitudinalforscher stets ein neuralgischer Punkt (Brown et al. 1987; Rutter 1986; Angold et al. 1987) – kann auf diese Weise *in praxi* angegangen werden. Besonders wichtig wird dies, wenn die „shared meaning“ dysfunktional ist und z. B. zu negativen Selbstbewertungen führt: „Wir sind uns doch einig, daß du hier völlig versagt hast, oder?!“ Hay (1988, 247) hat, um diese komplexen Vorgänge plastisch und einer Forschungsperspektive zugänglich zu machen, folgendes Modell (vgl. Abb. 11) vorgestellt und damit auch die Überlegungen von Dunn (1987) verdeutlicht. Ereignisse geschehen im *Kontext* und *Kontinuum*, haben einen mittelbaren Verlauf und unmittelbare Folgen, die zu faktischen und – per Valuation – „mental en Ergebnissen“ führen. Bedeutsam sind die Reaktionen des Kindes und der jeweils vorhandene oder fehlende „social support“. Dabei interagieren das Ereigniserleben und die Ereignisbewertung von Eltern und Kind (in konsenter oder dissenter Weise) auf dem Hintergrund der Eltern-Kind-, aber auch der Kind-Eltern-Beziehung. Das Resultat kann vielschichtig sein: Dissens oder eine generelle konsensuelle „shared meaning“, eine partielle oder nur vordergründig konsensuelle „shared meaning“, d. h. verdeckter Dissens. Hays Diagramm bedarf hier noch der Spezifizierung. Nicht zuletzt muß auch die Integration/Konsolidierung der Ereignisse auf der Seite der Eltern [Geschwister – Nachbarn usw.] gesehen werden. Dabei ist noch zu beachten in welcher Folge das Ereignis (die Ereignisse) und die Bewertungen stehen, welche „Geschichte“ das Ereignis hat, welche „Geschichten“ mit ihm verbunden sind, die die Bewertungen prägen, ja, welche Zukunft zu erwarten steht („Was kommt denn noch?“, „Ausgerechnet vor der Prüfung!“). Die Verflechtungen faktischer Wirkungen, Bewertungen, Auswirkungen und die Resonanzen auf Auswirkungen, von Memorationen, Gegenwartserleben und Antizipationen schaffen ein ultrakomplexes Wirkungsgefüge, das mit linearkausalen Erklärungsmodellen nicht mehr beschrieben werden kann, sondern nur mit nichtlinearen Ansätzen, die die Inter-

Studying the impact of ordinary life

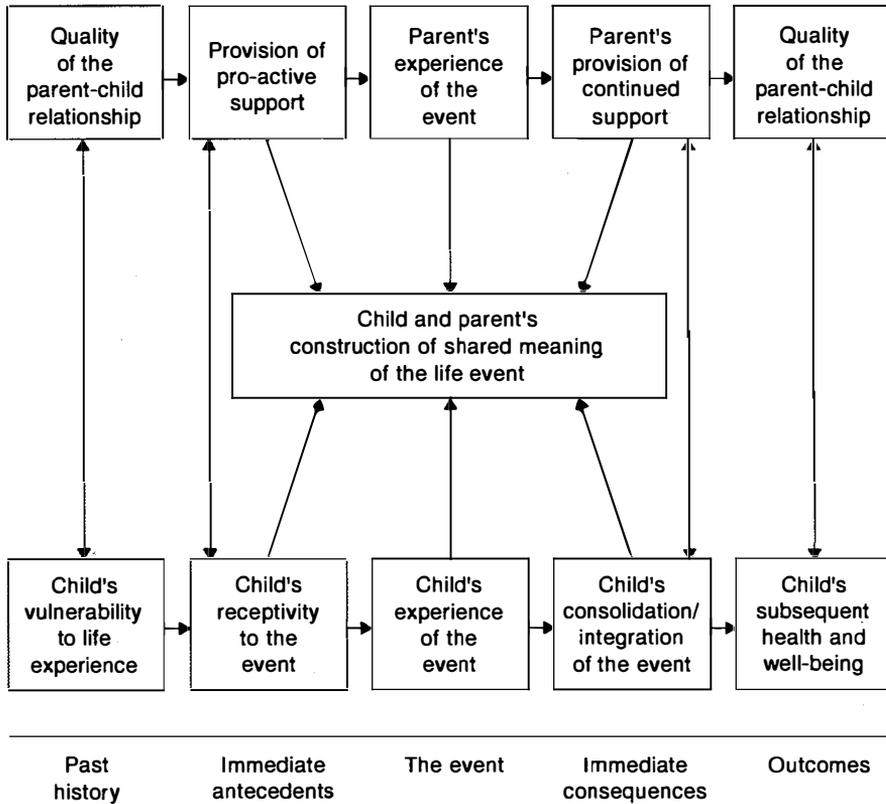


Abb. 11: Das „processing“ von „life events“ (aus Hay 1988, 247)

ferenz der Einflußströme und Resonanzphänomene zu erfassen suchen. *Modellvorstellungen* müssen in diesem Zusammenhang entwickelt werden, um Forschungsvorhaben auf den Weg zu bringen, die mit longitudinaler Anlage „multiple Kausalitäten“ und „vielfältige Interferenzen“ über eine bestimmte Zeitstrecke in der Lebensspanne eines Individuums im „convoy“, d. h. mit seinen vertrauten Bezugspersonen zu erfassen suchen. Solche Modelle hätten aber – neben der Forschungsperspektive – auch die Aufgabe, die zumeist linearkausale Erklärungsmechanik zu verändern, die das Denken der meisten Psychotherapeuten heute immer noch bestimmt, sofern sie einen klassisch behavioralen oder auch psychoanalytischen Ansatz vertreten. Stimulus-Response-Modelle in die Lebens-

spanne getragen, werden genauso falsch, wie einfache Ursache-Wirkungs-Ätiologien: „Frühe Ursachen, späte Schäden!“. Diese Explikationsfolie, die das psychoanalytische Denken von Freud bis Kernberg bestimmt, greift in der Regel zu kurz und ermöglicht *keine validen und zuverlässigen Aussagen* über die Pathogenese, die den komplexen Prozessen der Formierung von Krankheit und Gesundheit – über die Lebensspanne hin – entspricht. Die neuen Modelle, etwa systemischer Psychotherapie (Ludewig 1992), sind hier vielversprechender, besonders wenn sie mit einer Longitudinalperspektive verbunden werden. Aber der Grad ihrer Elaboration läßt noch zu wünschen übrig. Unverzichtbar ist indes, daß Therapeuten beginnen, die einseitig linearkausalen Perspektiven zu überwinden.

Lebenswege (Biosodien) sind keine „Verlaufsgestalten“. Dieser Begriff in der Gestaltpsychologie kennzeichnet klare, konturierte Sequenzen wie die Verlaufsgestalt eines Speerwurfes (Buytendijk 1956). Lebenswege sind vielmehr als vielfältig interferierende Bewegungsmuster zu sehen, die mit gleichfalls interferierenden Bedeutungslinien sich fortschreiben (Narrationen), abhängig von den „wirkenden Kräften im Feld“. Folgendes metaphorisierende Beispiel mag die Zusammenhänge verdeutlichen:

„Ein kritisches Lebensereignis“ ist mit einem Felsbrocken vergleichbar, der in ein leicht von Wind und Strömung in „regelmäßigen Unregelmäßigkeiten“ gekräuselt Gewässer geworfen wird, in den *Lebensfluß* eines Menschen, oder mit einem „Seebeben“, das ein Gewässer erschüttert. Es finden sich vom Eintrittspunkt bzw. Epizentrum ausgehende, konzentrische Wellenkreise, die – Solitärwellen gleich (Dodd et al. 1988) – das bestehende Wellenmuster durchlaufen, ohne es zu zerstören (die Eintrittsstelle ausgenommen) und ohne sich selbst zu verändern (Abb. 13).

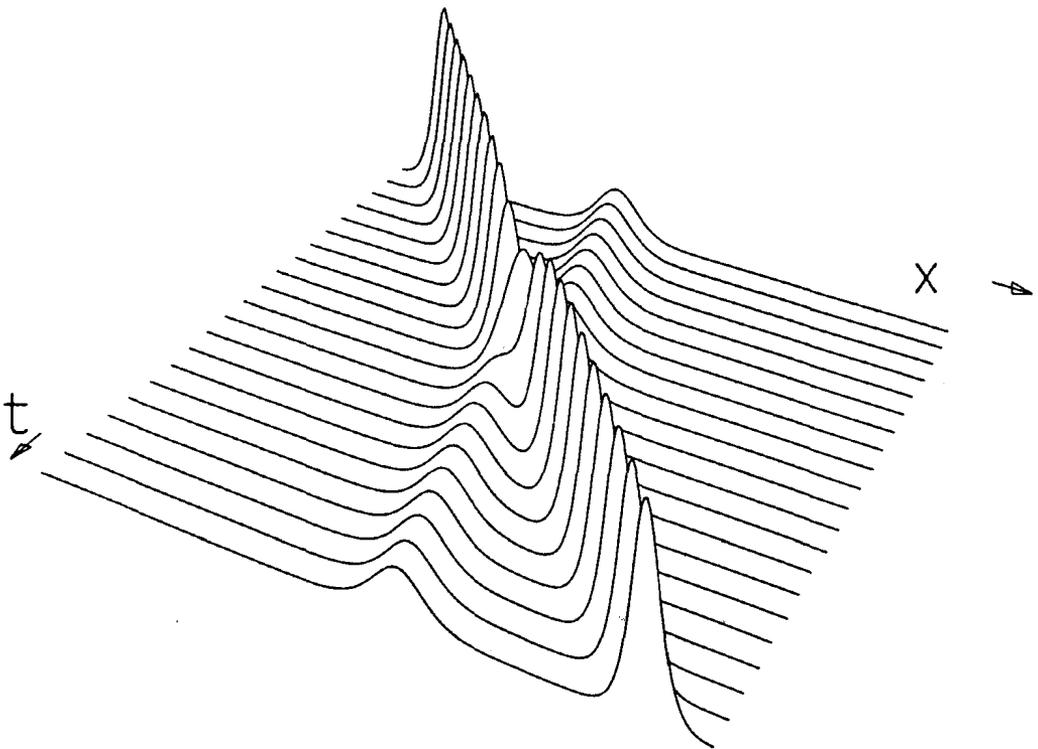


Abb. 13: Kollision zweier KdV-Solitärwellen (aus Dodd et al. 1988, 10)

Je nach Gewicht, Größe und Eintrittsgeschwindigkeit des Felsbrockens oder der Stärke des Bebens sind der Wellenradius und die Wirkungsdauer auf dem Gewässer kleiner oder größer – zuweilen kommt es zu katastrophalen Tsunamis (Jacob 1993). Hinzu kommen Resonanzphänomene durch das Auftreffen der Wellen an den Ufern mit ihren unterschiedlichen Formen und Gegebenheiten. Zuweilen wird der Grund aufgewühlt, und es bleibt für einige Zeit eine Prägung, bis diese von Strömungen verändert oder eingeebnet wird. Die schwarzen Punkte (●) im Diagramm (Abb. 12) sind solche Felsbrocken/Beben (Traumata, critical life events), die vertikalen Linien \downarrow die Wirkungsradien mit ihren Fortschreibungen in der Zeit. Positive Einflüsse (+) stabilisieren die bewegte Ruhe bzw. ruhigen Bewegtheiten, bis neue, energiereiche Einschläge oder Erschütterungen im Untergrund neue Wellen erzeugen und es an Überschneidungspunkten unterschiedlicher Radien zu starken Inter-

ferenzen (Abb. 14) – zum Teil weitab von Eintrittspunkt –, ja zu schweren Turbulenzen * im Gegenwartsfeld des Lebensstromes kommt: zu Krisen, Symptomen, Beziehungsstörungen, Erkrankungen, psychotischen Dekompensationen – „psychischen Tsunamis“. Da der Lebensstrom eines Menschen aber nicht nur von vergangenen und gegenwärtigen positiven (+), defizitären (-) und negativen (●) „events“ unterschiedlicher Wirkung f bestimmt ist, sondern in seiner Qualität als Bewußtseinsstrom auch durch antizipatorischen Ausgriff auf die Zukunft, können auch antizipierte Belastungen oder „critical life events“ (○) wie auch absehbarer Mangel (-) in der „psychologischen Gegenwart“ die Turbulenzen * verschärfen und zu weiterwirkenden zerstörerischen Solitonen \mathcal{U} führen, die von den kohäsiven Kräften ausgleichende Wellenmuster \sim und von positiven Einflußlinien +++ nicht mehr abfangen werden können.

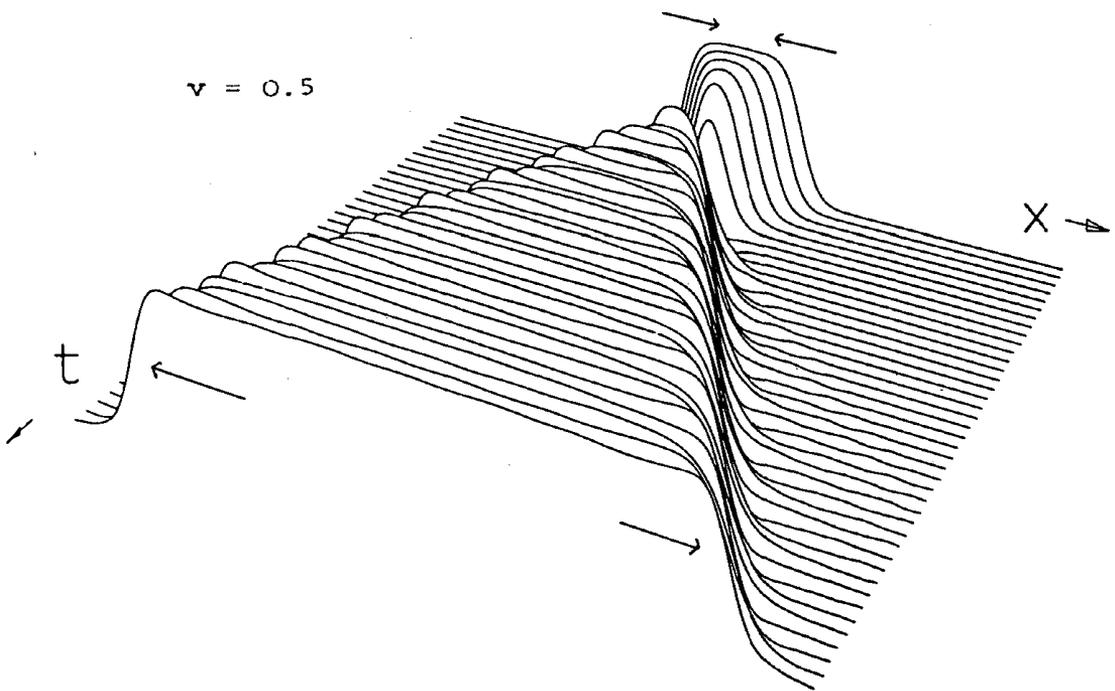


Abb. 14: High-energy Kollisionen (aus Dodd et al. 1988, 32)

Das Diagramm in Abb. 12 und seine metaphorisierende Erläuterung (und auch die Solitonwellenabbildungen haben selbstverständlich derzeit nur den Status von Modellmetaphern) vermittelt, so ist zu hoffen, die Komplexität longitudinaler Betrachtung von Lebenskarrieren und der Datenfülle, die uns in der Longitudinalforschung geliefert wird. Ihre Aufarbeitung und Interpretation wird in Theorie, Forschung und interventiver Umsetzung große Anforderungen an Forscher und Therapeuten stellen. Differentielle Sichtweisen, höchst individualisierende Betrachtungsweisen und das insgesamt Abgehen von generalisierenden Erklärungsmodellen der Pathogenese bzw. der Entwicklung (z. B. durch starre Phasenmodelle) sind die Konsequenz einer solchen Sichtweise, die die konventionellen Pathogenesekonzepte doch massiv in Frage stellt und nach prozeßdiagnostischen Modellen und Praktiken verlangt. Die Panoramatechnik, insbesondere das *zwei- oder dreizügige* Karrierepanorama oder andere, deskriptiv dokumentierende und zugleich projektive Dimensionen einbeziehende Instrumente der „prozessualen Diagnostik“ (vgl. *Petzold, Fokaltherapie*, dieses Buch) sind praxeologische Ansätze, die versuchen, Erkenntnisse longitudinaler Forschung zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit für den Alltag der psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis umzusetzen. Dabei sollten die vorgestellten Kon-

zepte und Methoden unsere tentativen Ausführungen und die Mitteilung unserer Erfahrungen auf einige Möglichkeiten hinweisen, wie longitudinale Pathogenese- und Salutogeneseforschung, „risk and protective factor research“ und komplexe Modellbildung in der diagnostischen und therapeutischen Praxis der „Integrativen Therapie“ umgesetzt werden. Hier nun kommt uns zugute, daß die Forschung zu protektiven Faktoren, salutogenen Entwicklungseinflüssen und sozialen Supportsystemen derzeit schon einen so guten Stand erreicht hat, daß sie ermöglicht, die bisherigen Erkenntnisse für Interventionsmaßnahmen umzusetzen, auch wenn noch viele Fragen geklärt oder vertieft werden müssen. Man wird nicht bei einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren stehenbleiben können, sondern wird, wie die „*Karrierepanoramen*“ und „*Karriereberichte*“ verdeutlichen, komplexe *Interaktionen* in ihrer Verlaufsdynamik als „*chains*“ oder „*convoys*“ in den Blick zu nehmen haben – *protektive Prozesse* wie *Risikoverläufe* –, um ein umfassendes Verständnis von gelingenden und mißlingenden *Karrieren* (*Petzold, Hentschel* 1991) und Entwicklungswegen, von „*straight and devious pathways*“ (*Robins, Rutter* 1990) zu gewinnen, denn nur so wird man Menschen auf Dauer effektiv helfen können, alte, eingefahrene Gleise destruktiver Lebensführung zu verbessern und „neue Wege“ einzuschlagen.

LITERATUR

- Abele, A., Becker, P.*, Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, Juventa, München 1991.
- Achenbach, T.M.*, Developmental psychopathology, Wiley, New York 1982².
- Achenbach, T.M.*, What is „developmental“ about developmental psychopathology? in: *Rolfet et al.* (1990) 29-48.
- Ainsworth, M.D.*, The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy, in: Deprivation of maternal care: an reassessment of its effects, World Health Organization, Geneva 1962.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S.*, Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Lawrence Erlbaum, Hillsdale 1978.
- Alexander, F., French, T.M.*, Studies in psychosomatic medicine, Ronald Press, New York 1948.
- Anthony, E.J.*, The significance of Jean Piaget for child psychiatry, *British Journal of Medical Psychology* 29 (1956) 30-34.

- Anthony, E.J., The syndrome of the psychologically invulnerable child, in: *Anthony, Koupernik* (1974) 529-544.
- Anthony, E.J., Koupernik, C. (eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk*, Wiley, New York 1974.
- Antonovsky, A., *Health, stress, and coping*, Jossey Bass, London 1979.
- Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health*, Jossey Bass, London 1987.
- Arieti, S., *The intrapsychic self: Feeling, cognition, and creativity in health and mental illness*, Basic Books, New York 1967.
- Argles, P., Attachment and child abuse, *British Journal of Social Work* 10 (1980) 33-42.
- Ayres, J., *Lernstörung. Sensorisch-integrative Dysfunktionen*, Springer, Heidelberg 1979.
- Ayres, J., *Bausteine der kindlichen Entwicklung*, Springer, Heidelberg 1984.
- Bach, G.R., Torbet, L., *Ich liebe mich, ich hasse mich. Fairness und Offenheit im Umgang mit sich selbst*, Rowohlt, Reinbek 1985.
- Baillargeon, R., Needham, A., DeVos, J., The development of young infant's intuition about support, *Early Development and Parenting* 2 (1992) 69-78.
- Baldinger, J., Das Schweigen der Lämmer. Kinderleid: Eine Aufzählung – Billige Arbeitskräfte, Freiwild für die Heckenschützen oder einfach „Strafe Gottes“, *Salzburger Nachrichten*, 14. Juni (1993), 3.
- Baldwin, A.J., Baldwin, C., Cole, R.E., Stress-resistant families and stress-resistant children, in: *Rolf et al.* (1990) 257-280.
- Balint, M., Individual differences of behavior in early infancy and an objective way of recording them, *J. Gen. Psychol.* 73 (1948) 57-117.
- Balint, M., *Regression*, dtv, München 1987.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P., Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology* 31 (1980) 65-110.
- Barrat, M.S., Early child rearing in Japan: Cross Cultural and intra-cultural perspectives, *Early Development and Parenting* 1 (1993) 3-6.
- Basch, M.F., Developmental psychology and explanatory theory in psychoanalysis, *Ann. Psychoanal.* 4 (1977) 229-263.
- Basch, M.F., Reflections on self-psychology and infancy, empathy and theory, in: *Goldberg, A.* (ed.), *Frontiers in self psychology. Progress in self psychology, Vol. 3*, Erlbaum, Hillsdale 1988a, 55-59.
- Basch, M.F., *Understanding psychotherapy. The science behind art*, Basic Books, New York 1988b.
- Basch, M.F., An operational definition of the self. Script Workshop Basch/Stern am 14.-17.6.1991, organisiert von der René-Spitz-Gesellschaft unter der Leitung von L. Köhler, München 1991, 1-27.
- Bastik, T., *Intuition. How we think and act*, Wiley & Sons, Chichester 1982.
- Bastine, R., Ethische Probleme der Psychotherapie, in: *Bastine, R et al.*, *Grundbegriffe der Psychotherapie*, edition psychologie, Weinheim 1982.
- Bateson, P., The interpretation of sensitive periods, in: *Oliverio, A., Zappella, M.* (eds.), *The behavior of human infants*, Plenum, New York 1983.
- Bateson, P., Is imprinting such a special case? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 329 (1990) 125-131.
- Beebe, B., Lachmann, F.M., Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure, in: *Goldberg, A.* (ed.), *Frontiers in self psychology, 2 Vol.*, The Guilford Press, New York 1986.
- Beek, van Y., *The development of early communication in preterm infants*, Diss. Freie Universität Amsterdam, CopyPrint 2000, Enschede 1993.
- Beek, van Y., Hopkins, B., Molemaer, P.C.M., Complex system approaches to the development of action, in: *Salvesbergh* (1993) 448-515.

- Beek, Y. van, Hopkins, B., Hoeksma, J.B.*, Development of communicative behaviors in preterm infants: The effects of birthweight status and gestational age, in: *Beek* (1993) 35-56.
- Beek, Y. van, Papousek, H., Hopkins, B.*, Beweging en vroege communicatie bij prematuren, in: *Hopkins, Vermeer* (1992) 63-78.
- Beek, Y. van, Roos, B. de, Hoeksma, J.B.*, Prematurity, posture and the development of looking behavior during early communication, in: *Beek* (1993) 57-76.
- Becker, P.*, Psychologie der seelischen Gesundheit, Hogrefe, Göttingen, Bd. I 1982.
- Becker, P., Minsel, B.*, Psychologie der seelischen Gesundheit, Hogrefe, Göttingen, Bd. II 1986.
- Belsky, J., Nezworski, T.*, Clinical implications of attachment, Erlbaum, Hillsdale 1988.
- Bergin, A. E., Lambert, M.J.*, The evaluation of therapeutic outcomes, in: *Garfield, Bergin* (1978²) 139-189.
- Berne, E.*, What do you say after you say hello? Grove, New York 1972; dtsh. Was sagen Sie, nachdem Sie guten Tag gesagt haben, Kindler, München 1975.
- Bernfeld, S.*, Psychologie des Säuglings, J. Springer, Wien 1925.
- Bernstein, B.*, Class, codes, and control, Vol. 1, Routledge & Kegan, London 1971.
- Bettelheim, B.*, The empty fortress, Free Press, New York 1967.
- Beutler, L.E., Crago, M.* (eds.), Psychotherapy research, American Psychological Association, Washington 1991.
- Birnholz, J. C.*, Ultrasonic studies of human fetal brain development, *Trends in Neurosciences* 9 (1986) 329-333.
- Bischof, N.*, Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonflikts von Intimität und Autonomie, Piper, München 1985, 3. Aufl., Rowohlt, Reinbek 1991.
- Bischof-Köhler, D.*, Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Huber, Bern 1989.
- Block, J.H., Block, J.*, The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior, in: *Collins, W.A.* (ed.), Development of cognition, affect and social relations, The Minnesota Symposia on Child Psychology, Erlbaum, Hillsdale 1980, 39-101.
- Block, J.H., Gjerde, P.F.*, Depressive symptoms in late adolescence: a longitudinal perspective on personality antecedents, in: *Rolf et al.* (1990) 334-361.
- Bobath, B.*, Abnorme Haltungsreflexe bei Gehirnschäden, Thieme, Stuttgart 1976.
- Bock, G.R., Whelan, J.* (eds.), The childhood environment and adult disease, Ciba Foundation Symposium No. 156, Wiley, Chichester 1991.
- Bornstein, M.H.*, Cultural approaches to parenting, Erlbaum, Hillsdale 1991.
- Bowlby, J.*, Attachment and loss: Attachment (Vol. 1), Basic Books, New York 1969.
- Bowlby, J.*, The making and breaking of affectional bonds: 1. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory, *British Journal of Psychiatry* 130 (1977) 201-210.
- Bowlby, J.*, A secure base: Clinical applications of attachment theory, Routledge, London 1988.
- Brack, U.B.*, Frühdiagnostik und Frühtherapie, Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern, Psychologie Verlags Union, München/Weinheim 1986.
- Brandstädter, J.*, Emotion, Kognition, Handlung: Konzeptuelle Beziehungen, in: *Eckensberger, L., Lantermann, E.D.* (Hrsg.), Emotion und Reflexivität, Urban & Schwarzenberg, München 1985, 252-264.
- Brazelton, B.T., Cramer, B.G.*, The earliest relationship – parents, infants and the drama of early attachment, Addison-Wesley 1989; dtsh. Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern, Klett-Cotta, Stuttgart 1991.
- Bretherton, I., Waters, E.* (eds.), Growing points of attachment theory and research, Child Development Monographs, University of Chicago Press, Chicago 1985.
- Broman, S.H., Nichols, P.L., Kennedy, W.A.*, Preschool IQ: Prenatal and early developmental correlates, Erlbaum, Hillsdale 1975.

- Bronfenbrenner, U., Ansätze zu einer experimentellen Ökologie menschlicher Entwicklung, in: Oerter, R. (Hrsg.), *Entwicklung als lebenslanger Prozeß*, Hoffmann & Campe, Hamburg 1978, 33-65.
- Brown, G.W., Causal paths, chains and strands, in: Rutter (1988) 285-314.
- Brown, G.W., Harris, T., Social origins of depression, Tavistock, London 1978.
- Brown, G.W., Harris, T., Stressor, vulnerability and depression: a question of replication, *Psychological Medicine* 16 (1986) 739-744.
- Brown, G.W., Harris, T., Life events and illness, Guilford, New York 1989.
- Bruner, J.S., Wie das Kind sprechen lernt, Huber, Bern 1987.
- Buss, A.H., Plomin, R., Temperament: Early developing personality traits, Erlbaum, Hillsdale 1984.
- Builer, S.F., Strupp, H.H., „Specific“ and „Nonspecific“ factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research, *Psychotherapy* 23 (1986) 30-40.
- Buytendijk, F.J.J., The phenomenological approach to the problems of feelings and emotions, in: Reymert, M.L., Feelings and emotions, McGraw Hill, New York 1950, 127-141.
- Buytendijk, F.J.J., Zur Phänomenologie der Begegnung, *Eranos* (1959) 431-486.
- Capron, C., Duyme, M., Assessment of effects of socioeconomic status on IQ in a full cross-fostering study, *Nature* 340 (1989) 552-554.
- Carlson, S.G., Fagenberg, H., Horneman, G., Hwang, C.-P., Larsson, K., Rodholm, M., Schaller, J., Danielsson, B., Gundewall, C., Effects of amount of contact between mother and child on the mother's nursing behavior, *Developmental Psychobiology* 11 (1978) 143-150.
- Carlson, S.G., Fagenberg, H., Horneman, G., Hwang, C.-P., Larsson, K., Rodholm, M., Schaller, J., Danielsson, B., Gundewall, C., Effects of various amounts of contact between mother and child on the mother's behavior: A follow up study, *Infant Behavior and Development* 2 (1979) 209-214.
- Carter, J.I., Easton, P.M., Separation and other stress in child abuse, *Lancet* 1 (1980) 972-974.
- Chasiotis, A., Keller, H., Zur Relevanz evolutionsbiologischer Überlegungen für die klinische Psychologie: Psychoanalytische und interaktionistische Ansätze im Lichte der Kleinkindforschung, *Integrative Therapie* 1-2 (1992) 74-100; repr. *Petzold* (1993c).
- Chess, S., Thomas, A., Infant bonding: Mystique and reality, *American Journal of Orthopsychiatry* 52 (1982) 213-222.
- Cicchetti, D., A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology, in: Rolf et al. (1990) 2-28.
- Cicchetti, D., Carlson, V. (eds.), Child treatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect, Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Cicchetti, D., Schneider-Rosen, K., Theoretical and empirical considerations in the investigation of the relationship between affect and cognition in atypical populations of infants: Contributions to the formulation of an integrative theory of development, in: Izard, C., Kagan, J., Zajonc, R. (eds.), Emotions, cognition, and behavior, Cambridge University Press, Cambridge 1984a, 366-406.
- Cicchetti, D., Schneider-Rosen, K., Toward a developmental model of the depressive disorders, *New Directions for Child Development* 26 (1984b) 5-27.
- Cicchetti, D., Schneider-Rosen, K., An organizational approach to childhood depression, in: Rutter, Izard, Read (1986) 71-134.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering of analysis of adopted men, *Archives of General Psychiatry* 38 (1981) 861-868.
- Cohn, J., Tronick, E., Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression, *Child Development* 54 (1983) 185-193.
- Conway, M.A., Autobiographical memory. An introduction, Open University Press, Philadelphia 1990.

- Corah, N.L., Anthony, E.J., Painter, P., Stern, J.A., Thurston, D.L., Effects of perinatal anoxia after seven years, *Psychological Monographs* 79 (1965).
- Couturier, G., Het meewegen van protectieve factoren in de diagnostiek en de behandeling von jonge kinderen, in: Groenendaal, H. Meyer, R., Veerman, J., de Wit, J. (eds.), *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten*, Zwets & Zeitlinger, Lisse 1987, 125-136.
- Cramer, B.G., *Profession Béb , Calman-Lévy*, Paris 1989; dtsc. Frühe Erwartungen. Unsichtbare Bindungen zwischen Mutter und Kind, K sel, München 1991.
- Cremerius, J., Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schüler und Patienten, in: Ehebald, U., Eickhoff, F.W., *Jahrbuch der Psychoanalyse* 6, Huber, Bern 1981, 128-599.
- Crittenden, P.M., Maltreated infants: Vulnerability and resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26 (1985) 85-96.
- DeCasper, A., Carstens, A., Contingencies of stimulation: Effects on learning and emotion in neonates, *Infant Behav. and Development* 4 (1981) 19-35.
- DeChateau, P., Neonatal care routines: Influences on maternal and infant behaviour and on breastfeeding, Umeå University Medical Dissertations, Umeå, Schweden 1976.
- DeChateau, P., The importance of the neonatal period for the development of synchrony in the mother-infant dyad: a review, *Birth Family Journal* 4 (1977) 12-22.
- DeChateau, P., Parent-neonate interaction and its long term effects, in: Simmel, E.G., *Early experiences and early behavior*, Academic Press, New York 1980.
- Dekers, W.J.M., *Het bezielde lichaam. Het ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk*, Kerckebosch, Zeist 1985.
- Deneke, F.W. et al., Ein praxisnaher Ansatz von Indikationskriterien f r psychosomatische Patienten, in: Baumann, U., *Indikation zur Psychotherapie. Fortschritte der Klinischen Psychologie*, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Despert, J.L., Preliminary report on children's reactions to war, New York Hospital and Department of Psychiatry, Cornell University Medical College, New York 1942.
- Deutsch, F., Thus speaks the body – An analysis of postural behavior, *Trans. New York Academy of Science*, Serial 2, 12 (1949).
- Deutsch, F., Thus speaks the body, IV. Some psychosomatic aspects of the respiratory disorder: Asthma, *Acta Medica Orientalia* 3/4 (1951) 67-69.
- Deutsch, F., On the mysterious leap from the mind to the body, International Universities Press, New York 1959.
- Diamond, A., (Hrsg.), The development and neural bases of higher cognition functioning, *Annual of the New York Academy of Sciences*, New York 1990.
- Dick-Read, G., *Childbirth without fear*, Heinemann, London 1942.
- Dieterich, R., *Integrale Persönlichkeitstheorie*, Sch ningh, Paderborn 1981.
- Dieterich, R., Ein konkreter Entwurf: Eklektische Persönlichkeitstheorie als Akt von Wissenschaftskonstruktion, in: Plaum, E. (Hrsg.), *Eklektizismus in der Psychologie*, Asanger, Heidelberg 1988.
- Dodd, R.K., Eilbeck, J.C., Gibbon, J.D., Morris, H.C., *Solitons and nonlinear wave equations*, Academic Press, London/New York 1988.
- Dornes, M., *Der kompetente Säugling. Die pr verbale Entwicklung des Menschen*, Fischer, Frankfurt 1993.
- Dunn, J., Normative life events as a risk/protective factor in childhood, *Minster Lovell Workshop*, 28-31 January 1987.
- Dunn, J., Richards, M.P.M., Observations on the developing relationship between mother and baby in the neonatal period, in: Schafer, H.R. (ed.), *Studies in mother-infant interaction*, Academic Press, London 1977.

- Ebata, A.T., Petersen, A.C., Conger, J.J., The development of psychopathology in adolescence, in: Rolf et al. (1990) 308-333.
- Egeland, B., Breitenbucher, M., Rosenberg, D., Prospective study of the etiology of child abuse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48 (1980) 195-205.
- Egeland, B., Gaughn, B., Failure of 'bond formation' as a cause of abuse, neglect and maltreatment, *American Journal of Orthopsychiatry* 51 (1981) 78-84.
- Eibl-Eibesfeldt, I., Ethology: The biology of behavior, Holt, Rinehart and Winston, New York 1970.
- Eisenberg, L., Social context of child development, *Paediatrics* 68 (1981) 705-711.
- Elder, G.H., Children of the great depression, University of Chicago Press, Chicago 1974.
- Elder, G.H., Life course dynamics: trajectories and transitions, 1968-1980, Cornell University Press, Ithaca 1985.
- Elder, G.H., Caspi, A., Nguyen, v.T., Resourceful and vulnerable children: Family influences in hard times, in: Silbereisen, R.K., Eyferth, K., Rudinger, G. (eds.), Development as action in context, Springer, New York 1986, 167-186.
- Ellis, P.L., Empathy: A factor in antisocial behavior, *Journal of Abnormal Child Psychology* 10 (1982) 123-134.
- Emde, R.N., Developmental terminable and interminable. II. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations, *International Journal for Psychoanalysis* 69 (1988b) 283-296, dtsh. Die endliche und die unendliche Entwicklung. II Neuere psychoanalytische Theorie und therapeutische Überlegungen, *Psyche* 45 (1991) 890-913, auch in: Petzold (1993c).
- Emde, R.N., Biringer, Z., Clyman, R.B., Oppenheim, D., The moral self of infancy: Affective core and procedural knowledge, *Development Review* 11 (1991) 251-270.
- Engeland, H. van, De invloed van biologische factoren op de ontwikkeling van het kind, in: Goudena et al. (1988) 37-47.
- Enke, H., Czogalik, D., Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie, in: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Alt, J., Lehrbuch der Psychotherapie, G. Fischer, Stuttgart 1993, 511-522.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen, Pfeiffer, München 1981.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L., The February Man, Brunner/Mazel, New York 1989.
- Ernst, C., Luckner, N.v., Stellt die Frühkindheit die Weichen? Eine Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse, Enke, Stuttgart 1987.
- Escalona, S.K., Babies at double hazard: Early development of infants at biologic and social risk, *Pediatrics* 70 (1982) 670-676.
- Fairbairn, W.R.D. Synopsis of an object-relations theory of the personality, *International Journal for Psychoanalysis* 44 (1963) 224-225.
- Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P., Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Kohlhammer, Stuttgart 1992.
- Ferenczi, S., Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse (1919b), Bausteine III, 129-147.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (1927/28), Bausteine III, 380-398.
- Ferenczi, S., Kinderanalysen mit Erwachsenen, Bausteine III, 1931, 490-510.
- Ferenczi, S., Journal clinique [1932], Payot, Paris 1985; dtsh.: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, Fischer, Frankfurt 1988.
- Ferenczi, S., Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern 1964.
- Field, T., Goldberg, S., Stern, D., Sostek, A., High risk infants and children: Adult and peer interactions, Academic Press, New York 1986.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., Guy, L., Pregnancy problems, post partum depression and early mother infant interactions, *Developmental Psychology* 21 (1985) 1152-1156.

- Filipp, S.H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981, erw. Aufl. 1990.
- Flavell, J.H., Rollenübernahme und Kommunikation bei Kindern, Beltz, Weinheim 1975.
- Flick, U. (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Asanger, Heidelberg 1991.
- Fraiberg, S., Clinical studies in infant mental health: the first year of life, Basic Books, New York 1980.
- Frank, J.D., Frank, J.B., Persuasion and healing, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1991³.
- Freud, A., Normality and pathology in childhood, Writings of Anna Freud, Vol. 6, International Universities Press, New York 1965.
- Freud, A., A psychoanalytic view of developmental psychopathology, *Journal of the Philadelphia Association for Psychoanalysis* 1 (1974) 7-17.
- Freud, A., Changes in psychoanalytic practice and experience, *Int. J. Psychoanal.* 57 (1976) 227-260.
- Freud, S., Aus der Geschichte der infantilen Neurose, GW XII (1918b) 27-157.
- Freud, S., Gesammelte Werke (GW), chronologisch geordnet, hrsg. v. Freud, A., Hoffer, W., Kris, E., Isakower O., Imago Publishing Co., London 1940 ff.; deutsche Ausgabe, Fischer, Frankfurt 1952 ff.
- Freud, S., Jenseits des Lustprinzips, GW XIII (1920) 1-69.
- Freud, S., Hemmung, Symptom und Angst, 1926, Gesammelte Werke Band 14, Fischer Frankfurt 1972.
- Freundlich, D., Geburtstrauma und die Geburtstherapien, *Gestalt-Bulletin* 1/2 (1981) 69-82.
- Frijda, N.H., De emoties, Bert Bakker, Amsterdam 1988.
- Fthenakis, W., Väter, 2 Bde. dtv, München 1988.
- Gaines, R., Sandgrund, A., Greer, A.H., Power, E., Etiological factors in child maltreatment: a multivariate study of abusing, neglecting and normal mothers, *Journal of Abnormal Psychology* 87 (1978) 531-540.
- Garfield, S.L., Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz, Beltz, Weinheim/Basel 1982.
- Garfield, S.L., Research on client variables in psychotherapy, in: *Garfield, Bergin* (1986³) 213-310.
- Garfield, S.L., Bergin, A.E. (eds), Handbook of psychotherapy and behavior change, Wiley, New York 1978², 1986³.
- Garmezy, N., Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* 8 (1974a) 14-90.
- Garmezy, N., Children at risk: Conceptual models and research methods, *Schizophrenia Bulletin* 9 (1974b) 55-125.
- Garmezy, N., The study of children at risk: New perspectives for developmental psychopathology, Distinguished Scientist Award Presentation, Section III, Division 12, APA 1974c.
- Garmezy, N., Children under stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology, in: *Rubin, A.I., Aronoff, J., Barclay, A.M., Zucker, R.A.* (eds.), Further explorations in personality, Wiley, New York 1981, 196-269.
- Garmezy, N., Stressors of childhood, in: *Garmezy, Rutter* (1983) 43-84.
- Garmezy, N., Stress-resistant children: The search for protective factors, in: *Stevenson, J.E.* (ed.), Recent research in developmental psychopathology, Pergamon Press, Oxford 1985, 213-233.
- Garmezy, N., Stress-resistente kinderen: op zoek naar protectieve factoren, in: *Groenendaal, H., Meyer, R., Veerman, J., de Witt, J.* (eds.), Protectieve factoren in de ontwikkeling von kinderen en adolescenten, Swets & Zeitlinger, Lisse 1987, 17-39.
- Garmezy, N., A closing note: Reflections on the future, in: *Rolf et al.* (1990) 527-534.
- Garmezy, N., Devine, V., Project competence: The Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology, in: *Watt, N., Anthony, E.J., Wynne, L.C., Rolf, J.E.* (eds.), Children at risk for schizophrenia, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Garmezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A., The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology, *Child Development* 55 (1984) 97-111.

- Garnezy, N., Nuechterlein, K., Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage, *American Journal of Orthopsychiatry* 42 (1972) 328-329.
- Garnezy, N., Rutter, M. (eds.), Stress, coping, and development in children, McGraw Hill, New York 1983.
- Garnezy, N., Rutter, M., Acute reactions to stress in children, in: Rutter, M., Hersov, L. (eds.), Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, Blackwell Scientific, Oxford 1985, 152-176.
- Gavin, B.J. (ed.), „Infancy“, Blackwell, London 1988.
- Gedo, J.E., Beyond interpretations. Toward a revised theory of psychoanalysis, Int. Univ. Press, New York 1979.
- Gedo, J.E., Goldberg, A., Models of mind: A psychoanalytic theory, University Press Chicago, Chicago 1973.
- Geerdink, J., Early motor development in preterm infants, Diss. Free University Amsterdam, CopyPrint 2000 B.V., Enschede 1993.
- Geibel, Ch., Psychologische Gruppenarbeit mit Kindern – ein Bericht aus der VHS-Büttgen, *Volkshochschule im Westen* 6 (1971) 271-273.
- Gershon, E.S., The origins of depression: Current concepts and approaches, Springer, New York 1984.
- Goldberg, S., Premature birth: consequences for parent-infant relationship, *American Scientist* 67 (1979) 214-220.
- Goldsmith, H.H., Gottesmann, I.I., Origins of variation in behavioral style: A longitudinal study of temperament in young twins, *Child Development* 52 (1981) 91-103.
- Goldstein, K., Human nature in the light of psychopathology, Harvard University Press, Cambridge 1940.
- Goldstein, M., Family relations as risk factors for the onset and course of schizophrenia, in: Rolf et al. (1990) 408-423.
- Gottesmann, I.I., Shields, J., Schizophrenia and genetics: A twin study vantage point, Academic Press, New York 1972.
- Gottfried, A.W., Intellectual consequences of perinatal anoxia, *Psychological Bulletin* 80 (1973) 231-242.
- Goudena, P.P., Groenendaal, H.J., Swets-Gronert, F.A. (eds.), Kind in geding: Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen, ACCO, Leuven/Amersfoort 1988.
- Graham, F.K., Ernhart, C.B., Thurston, D.L., Craft, M., Development three years after perinatal anoxia and other potentially damaging newborn experiences, *Psychological Monographs* 76 (1962).
- Graham, F.K., Matarazzo, R.G., Caldwell, B.M., Behavioral differences between normal and traumatized newborns: II: Standardization, reliability, and validity, *Psychological Monographs* 70 (1956).
- Grof, St., Beyond psychoanalysis III: birth trauma and its relation to mental illness, suicide and ecstasy, *Primal Community* 1 (1975) 3.
- Grof, St., Topographie des Unbewußten, Klett-Cotta, Stuttgart 1978.
- Groot, L. de, Vroege interventie bij de premature geboorene: noodzaak of mode? in: Hopkins, Vermeer (1992) 107-122.
- Groot, L. de., Hoeck, A. van der, Hopkins, B., Touwen, B.C.L., Development of the relationship between active and passive muscle power in preterms after term age, *Neuropediatrics* 23 (1992) 248-305.
- Haisch, J., Zeitler, H.-P., Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung, Asanger, Heidelberg 1991.
- Hartley, D.E., Strupp, H.H., The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy, in: Masling, J. (ed.), Empirical studies of psychoanalytic theories, vol 1., Analytic Press, Hillside, New York 1983, 1-37.
- Heekerens, H.P., Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, *Psychologie Report* 4 (1992) 8-18.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Fallenstein, A., Das Arbeitspanorama, in: Petzold, Heinl (1983) 356-408.
- Hentschel, U., Niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit. Abschlußbericht zum Modellvorhaben in Nordrhein-Westfalen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Weiterbildungsstelle für Drogenarbeit und Suchtprobleme, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf 1993.

- Herbert, M., Iwaniec, D.*, Children who are hard to love, *New Society* (1977) 109-111.
- Herbert, M., Sluckin, W., Sluckin, A.*, Mother-to-infant 'bonding', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 23 (1982) 205-221.
- Hinde, R.A.*, Ethology and child development, in: *Haith, M., Campos, J.* (eds.), *Carmichael's manual of child psychology*, Vol. 2, Wiley, New York 1983a, 27-94.
- Hinde, R.A.*, Ethology and psychiatry, in: *Shepard, M.*, *The scientific foundations of psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge 1983b.
- Hodges, J., Tizard, B.*, IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989a) 53-75.
- Hodges, J., Tizard, B.*, Social family relationships of ex-institutional adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989b) 77-97.
- Hoeksma, J.B., Koomen, H.M.Y.*, Development of early mother-child interaction and attachment, Diss. Freie Universität Amsterdam, Amsterdam 1992.
- Hoeksma, J.B., Koomen, H.M.Y.*, Multilevel models in developmental psychological research: rationales and applications, *Early Development and Parenting* 1 (1992) 157-167.
- Holle, B.*, *Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes*, Psychologie Verlags Union, München 1988.
- Honig, A.S.*, Stress and coping in children, *Young Children*, May (1986) 50-63 and July (1986) 47-59.
- Hopkins, B.*, Introduction. Infancy and education: The ups and downs of a neglected relationship, *European Journal of Psychology of Education* 4 (1989) 113-122.
- Hopkins, J.B.*, Putting the motor back into development, Freie Universität Amsterdam, Inauguralvorlesung, VU Boekhandel 1991.
- Hopkins, B.*, On faces and hands and the development of communication, in: *Kalverboer et al.* (1993) 166-173.
- Hopkins, B., Vermeer, A.*, *Kinderen in beweging*, VU Uitgeverij, Amsterdam 1992.
- Hopkins, B., Westra, T.*, Maternal handling and motor development, *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 107 (1988) 377-408.
- Hopkins, B., Westra, T.*, Maternal expectations of motor development, *Developmental Medicine and Child Neurology* (1989) 384-390.
- Hopkins, B., Westra, T.*, Motor development, maternal expectations and the role of handling, *Infant Behavior and Development* 13 (1990) 117-122.
- Huf, A.*, *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1992.
- Ichheiser, G.*, Die Überschätzung der Einheit der Persönlichkeit als Täuschungsquelle bei der psychologischen Beurteilung des Menschen, *Zeitschr. für angew. Psychol.* 33 (1929) 279-291.
- Inhelder, B.*, Cognitive development and its contribution to the diagnosis of some phenomena of mental deficiency, *Merrill-Palmer Quarterly* 22 (1966) 299-319.
- Inhelder, B.*, *The diagnosis of reasoning in the mentally retarded* (Orig. 1943), John Day Co., New York 1968.
- Inhelder, B.*, Some pathologic phenomena analyzed in the perspective of developmental psychology, in: *Inhelder, B., Chipman, H.* (eds.), *Piaget and his school*, Springer, New York 1976a, 221-227.
- Inhelder, B.*, Operatory thought processes in psychotic children, in: *Inhelder, B., Chipman, H.* (eds.), *Piaget and his school*, Springer, New York 1976b, 228-233.
- Iwaniec, D., Herbert, M.*, The assessment and treatment of children who fail to thrive, *Social Work Today* 13 (1982) 8-12.
- Izard, C.*, *Human emotions*, Plenum, New York 1977.

- Jacob, K., Große Welle, *Die Zeit* 30 (1993) 23.
- Jacobs, Th., Posture, gesture, and movement in the analyst: Clues to interpretation and countertransference, *Journ. Amer. Psychoanal. Assn.* 21 (1973) 77-92.
- Jacobs, Th., On countertransference enactments, *Journ. Amer. Psychoanal. Assn.* 34 (1986) 289-307.
- Jahoda, M., Current concepts of positive mental health, Basic Books, New York 1958.
- Janov, A., The primal scream — primal therapy: The cure for neurosis, Dell Publishing Co., New York 1970.
- Jodelet, D., Les représentations sociales, P.U.F., Paris 1989a.
- Jones, F.A., Green, V., Krauss, D.R., Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: Age differences, *Paediatrica* 65 (1980) 579-584.
- Kagan, J., Interaction systems between preschool aged, handicapped or developmentally delayed children and their parents, in: *Field et al.* (1980) 227-247.
- Kagan, J., The second year of life: The emergence of self awareness, Harvard Univ. Press, Cambridge 1981.
- Kagan, J., Gibbons, J.L., Johnson, M.O., Reznick, J.S., Snidman, N., A temperamental disposition to the state of uncertainty, in: *Rolf et al.* (1990) 164-178.
- Kagan, J., Moss, H.A., Birth to maturity, Wiley, New York 1962.
- Kalverboer, A.F., Longitudinaal onderzoek bij risicogroepen: problemen en perspectieven, in: *Goudena et al.* (1988) 9-17.
- Kalverboer, A.F., Hopkins, A.F., Geuze, R., Motor development in early and later childhood: Longitudinal approaches, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1993.
- Kames, H., Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4 (1992) 363-386.
- Katz, R.L., Empathy, its nature and uses, The Free Press, Glencoe 1963.
- Kennell, J.H., Jerauld, R., Wolfe, H., Chester, D., Kregger, N., McAlpine, W., Steffä, M., Klaus, M.H., Maternal behavior one year after early and extended postpartum contact, *Developmental Medicine and Child Neurology* 16 (1974) 172-179.
- Kennell, J.H., Voos, D.K., Klaus, M.H., Parent-infant bonding, in: *Osofsky, J.D.*, Handbook of infant development, Wiley, New York 1979.
- Kernberg, O., Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, fromman-holzboog, Stuttgart 1981.
- Keupp, H., Röhrle, B., Soziale Netzwerke, Campus, Frankfurt 1987.
- Klaus, M.H., Jerauld, R., Kregger, M.C., McAlpine, W., Steffä, M., Kennell, J.H., Maternal attachment: Importance of the first post-partum days, *New Engl. J. Med.*, 286 (1972) 460-463.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Maternal-Infant Bonding, Mosby, St. Louis 1976.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Parent-to-infant attachment, in: *D. Hull* (ed.), Recent Advances in Paediatrics, Churchill Livingstone, London 1976b.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., Parent-infant Bonding, Mosby, St. Louis 1982.
- Klein, M., Stern, L., Low birth weight and the battered child syndrome, *American Journal of Diseases of Children* 122 (1971) 15-18.
- Klopfer, P.H., Mother love: what turns it on, *American Scientist* 59 (1971) 404-407.
- Klopfer, P.H., Gamble, J., Maternal imprinting in goats: The role of chemical senses, *Zeitschrift für Tierpsychologie* 23 (1966) 588-592.
- Klopfer, P.H., Klopfer, M.S., Maternal imprinting in goats: Fostering of alien young, *Zeitschrift für Tierpsychologie* 25 (1968) 862-866.
- Kobayashi, N., Ishii, T., Watanabe, T., Quantitative evaluation of infant behavior and mother-infant interaction: an overview of a Japanese interdisciplinary programme of research, *Early Development and Parenting* 1 (1991) 23-31.

- Kohnstamm, R.*, Kleine ontwikkelingspsychologie, deel 1: Het jonge kind, Van Loghum Slaterus, Deventer 1987³.
- Kohut, H.*, How does analysis cure?, University of Chicago Press, Chicago 1984.
- Koops, W., Kalverboer, A.F.*, Experimenteel longitudinaal onderzoek naar opvoeder-kind interacties; inleiding op een thema-nummer, *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 42 (1987) 273-281.
- Kopp, C.B., Krakow, J.B.*, The developmentalist and the study of biological risk: A view of the past with an eye toward the future, *Child Development* 54 (1983) 1086-1108.
- Kopp, C.B., McCall, R.B.*, Predicting later mental performance to normal, at risk and handicapped infants, in: *Baltes, P.B., Brim, O.G.*, Life-span development and behavior (Vol. 4), Academic Press, New York 1982, 35-63.
- Koupernik, C.*, The bled discussion: A review, in: *Anthony, Koupernik* (1974) 193-221.
- Kruse, O.*, Emotionsentwicklung und Neuroseentstehung, Enke, Stuttgart 1991.
- Laing, R.D.*, The Facts of Life, Ballantine Books, New York 1976.
- Lamb, M. E., Thompson, R.A., Gardner, W.P., Charnov, E.L., Estes, D.*, Security of infantile attachment as assessed in the 'strange situation': Its study and biological interpretation, *Behavioral and Brain Sciences* 7 (1984) 121-171.
- Lamb, M. E.* (ed.), The role of the father in child development, Wiley, New York 1981.
- Lamb, M. E.*, Early mother-neonate contact and the mother-child relationship, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24 (1983) 487-494.
- Lamb, M. E., Huang, C.-P.*, Maternal attachment and mother-neonate bonding: A critical review, in: *Lamb, M. E., Brown, A.L.* (eds.), Advances in developmental psychology, Vol. 2, Erlbaum, Hillsdale 1982.
- Lambert, M.J.*, Introduction to psychotherapy research, in: *Beutler, Crago* (1991) 1-11.
- Latner, J.*, The gestalt therapy book, Julian Press, New York 1973.
- Leboyer, F.*, Birth without violence, Wildwood House, London 1975.
- Leiderman, P.H.*, Human mother-infant social bonding: Is there a sensitive phase? in: *Immelmann, K., Barlow, G.W., Petrinovich, L., Main, M.* (eds.), Behavioral development, Cambridge University Press, Cambridge 1981.
- Leventhal, H.*, A perceptual-motor processing model of emotion, in: *Pliner, P., Blankstein, K., Spiegel, I.*, Advances in the study of communication and affect, Plenum Press, New York 1979.
- Levitt, M.J., Cherie, Clark, M., Rotton, J., Finley, G.E.*, Social support, perceived control, and well being: A study of an environmentally stressed population, *International Journal of Aging and Human Development* 25 (1987) 247-258.
- Lewis, M., Miller, S.M.*, Handbook of developmental psychopathology, Plenum, New York 1988.
- Lilienfeld, A.M., Parkhurst, E.*, A study of the association of factors of pregnancy and parturition with the development of cerebral palsy: A preliminary report, *American Journal of Hygiene* 53 (1951) 262-282.
- Lilienfeld, A.M., Pasamanick, B., Rogers, M.*, Relationships between pregnancy experience and the development of certain neuropsychiatric disorders in childhood, *American Journal of Public Health* 45 (1955) 637-643.
- Lilleskov, R.*, Nonverbal aspects of child and adult analysis, *Journal Amer. Psychoanal.* 25 (1977) 693-705.
- Loewald, H.W.*, On the therapeutic action of psychoanalysis, *Int. J. Psychoanal.* 41 (1960) 16-33.
- Lozoff, B.*, The sensitive period: an anthropological view, Paper presented to the Society for Research in Child Development, New Orleans 1977.
- Ludewig, K.*, Systemische Therapie, Grundlagen zur klinischen Praxis, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Luhmann, N.*, Theorie, Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Suhrkamp, Frankfurt 1971.
- Luhmann, N.*, Vertrauen, ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität, Enke, Stuttgart 1978.

- Lynch, M.A., Roberts, J., Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital, *British Medical Journal* 1 (1977) 624-636.
- Mahl, G., Body, movement, ideation, and verbalization during psychoanalysis, in: *Freedman, N., Grand, S.* (eds.), *Communicative structures and psychic structures*, Plenum, New York 1977, 291-310.
- Malatesta, C., Culver, C., Tesman, J., Shepard, B., The development of emotion expression during the first two years of life, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 54, University of Chicago Press, Chicago 1989.
- Malt, U.F., Traumatischer Streß, in: *Schnyder, U., Sauvant, J.-D.*, *Krisenintervention in der Psychiatrie*, Huber, Bern 1993, 121-136.
- Marziali, E., Marmar, C., Krupnick, J., Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome, *American Journal for Psychiatry* 138 (1981) 361-364.
- Maslow, A., *Toward a psychology of being*, Van Nostrand, New York 1962.
- Massie, H., Bornstein, A., Afterman, J., Campbell, B., Inner themes and outer behavior in early childhood development, *Psychoanalytic Study of the Child* 43 (1988) 213-242; auch in: *Petzold* (1993c).
- Masten, A.S., Garmezzy, N., Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology, in: *Lahey, B.B., Kazdin, A.E.* (eds.), *Advances in clinical child psychology*, Plenum Press, New York 1985, 1-52.
- Masten, A.S., Morison, P., Pellegrini, D., Tellegen, A., Competence under stress: risk and protective factors, in: *Rolf et al.* (1990) 236-256.
- Matas, L., Arend, R.A., Sroufe, L.A., Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence, *Child Development* 49 (1978) 547-556.
- MacFarlane, A., *Die Geburt*, Klett-Cotta, Stuttgart 1978.
- McLaughlin, L., The play of transference: Some reflections on enactment in the psychoanalytic situation, *Journ. Amer. Psychoanal. Assn.* 36 (1987) 557-582.
- McLaughlin, L., The relevance of infant observational research for the analytic understanding of adult patients' nonverbal behaviors, in: *Douling, S., Rothenstein, A.* (eds.), *The significance of infant observational research for clinical work with children, adolescents, and adults*, Int. Univ. Press, Madison 1989, 109-122.
- Mead, G.H., *Mind, self, and society*, University of Chicago Press, Chicago 1934; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1968, 1973, 1975, 1988.
- Mednick, S.A., Psychophysiology, thought processes, personality and social development of children at risk for schizophrenia, *Sociological Micro-Journal* 1 (1967) 1-100.
- Mednick, S.A., Schulsinger, F., Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers, in: *Rosenthal, D., Kety, S.S.* (eds.), *The transmission of schizophrenia*, Pergamon Press, Oxford 1968, 267-291.
- Meltzoff, A.N., Moore, M.K., Imitation of facial and manual gestures by human neonates, *Science* 189 (1977) 75-78.
- Meltzoff, A., Moore, M., Newborn infants imitate adult facial gestures, *Child Development* 54 (1983a) 702-709.
- Meltzoff, A., Moore, M., The origins of imitation in infancy, in: *Lipsitt, L., Rovee-Collier, C.* (Eds.), *Advances in Infancy Research*, Vol. 2., Ablex, Norwood 1983b, 265-301.
- Meltzoff, A., Moore, M.K., Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms, *Developmental Psychology* 25 (1989) 954-962.
- Meltzoff, A.N., Newborn infants imitate adult facial gestures, *Child Development* 54 (1983) 702-709.
- Meltzoff, A.N., Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms, *Developmental Psychology* 25 (1984) 954-962.
- Meltzoff, A.N., The centrality of neonate coordination and proprioception in social and cognitive development: From shared actions to shared minds, in: *Salvesbergh* (1993).

- Messer, D.J., McCarthy, M. E., McQuiston, S., MacTurk, R.H., Yarrow, L.J., Vietze, P.M., Relation between mastery behavior in infancy and competence in early childhood, *Developmental Psychology* 22 (1986) 366-372.
- Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H., Integrative Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1994 (in Vorber.).
- Meyer, A., Psychobiology: A science of man, Charles C. Thomas, Springfield 1957.
- Montgomery, S., Problems in the perinatal prediction of child abuse, *British Journal of Social Work* 12 (1982) 189-196.
- Moscovici, S., The phenomen of social representations, in: Farr, R.M., Moscovici, S. (eds.), Social representations, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Moskovitz, S., Love despite hate: Child survivors of the Holocaust and their adult lives, Schocken Books, New York 1983.
- Murphy, L.B., Moriarty, A.E., Vulnerability, coping, and growth. From infancy to adolescence, Yale University Press, New Haven 1976, 1978².
- Nelson, K., Event knowledge: Structure and function in development, Erlbaum, Hillsdale 1986.
- Nelson, K., Narratives from the crib, Harvard University Press, Cambridge 1989a.
- Nelson, K., Remembering: A functional developmental perspective, in: Solomon, P.F., Goenals, G.R., Kelley, D.M., Stephens, B.R. (eds.), Memory: An interdisciplinary approach, Springer, New York 1990.
- Nelson, K., Erinnern und Erzählen: eine Entwicklungsgeschichte, *Integrative Therapie* 1-2 (1993) und in: Petzold (1993c).
- Nestmann, F., Die alltäglichen Helfer, de Gruyter, Berlin 1988.
- Netelenbos, J.B., Cognitie en motoriek bij jonge kinderen, VU Uitgeverij, Amsterdam 1988.
- Neubaur, C., Übergänge. Spiel und Realität in der Psychoanalyse Donald W. Winnicotts, Athenäum, Frankfurt 1987.
- Niswander, K.R., Gordon, M., The women and their pregnancies: The collaborative perinatal study of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke, Saunders, Philadelphia 1972.
- Nuechterlein, K.H., Phipps-Yonas, S., Driscoll, R., Garmezy, N., Vulnerability factors in children at risk: anomalies in attentional functioning and social behavior, in: Rolf et al. (1990) 445-479.
- O'Dougherty, M., Wright, F.S., Children born at medical risk: factors affecting vulnerability and resilience, in: Rolf et al. (1990) 120-141.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.J., The relation of process to outcome in psychotherapy, in: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, Wiley, New York 1986a.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.J., The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the therapy session reports, in: Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (Eds.), The psychotherapeutic process: A research handbook, Guilford Press, New York 1986b.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.J., A generic model of psychotherapy, *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6 (1987) 6-27; dtsh. *Integrative Therapie* 4 (1988) 281-308.
- Orr, L., Ray, S., Rebirthing in the New Age, Celestial Arts, Millbrae 1977.
- Osofsky, J.D., Handbook of infant development, Wiley, New York 1979, 1987².
- Oster, H., Facial expression and affect development, in: Lewis, M., Rosenblum, L., The development of affect, Plenum Press, New York 1978, 43-75.
- Otto, H., Group methods to actualize human potential – a handbook, Holistic Press, Beverly Hills 1970.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Neue Wege in der Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmikroanalyse, *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 3 (1981a) 20-22.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen, *Sozialpäd. Prax. Klin.* 3 (1981b) 229-238.

- Papoušek, H., Papoušek, M., Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infants integrative competence, in: *Osafsky* (1987) 669-720.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Early interactional signalling: The role of facial movements, in: *Kalverboer et al.* (1993) 136-152.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze, in: *Petzold* (1993c).
- Papoušek, H., Papoušek, M., Haeckel, M., Didactic adjustments in father's and mother's speech to their three-month-old infants, *J. of Psycholinguistic Research* 16 (1987) 491-516.
- Papoušek, M., Die Rolle des Vaters in der frühen Kindheit: Ergebnisse der psychobiologischen Forschung, *Kind und Umwelt, Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 54 (1987) 29-49.
- Patterson, G.R., Capaldi, D.M., A mediational model for boy's depressed mood, in: *Rolf et al.* (1990) 141-163.
- Pasamanick, B., Knobloch, H., Retrospective studies on the epidemiology of reproductive causality: Old and new, *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development* 12 (1966) 7-26.
- Perls, F.S., *Gestalt Therapy Verbatim*, Real People Press, Lafayette 1969.
- Perls, F.S., *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*, Pfeiffer, München 1976.
- Perls, F.S., *Gesamt*, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980, 1987³.
- Petö, A., Terrifying eyes, *The Psychoanalytic Study of the Child* 24 (1969) 197-212.
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique, Paris 1969b; auszugsweise dtsh. in: (1988n), 455-491.
- Petzold, H.G., Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique, Paris 1969c; teilweise dtsh. in: (1974l).
- Petzold, H.G., *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*, Paris 1970c.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Wirtschaft*, Junfermann, Paderborn 1972a.
- Petzold, H.G., Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern, *Schule und Psychologie* 3 (1972e) 146-157.
- Petzold, H.G., *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) *Kreativität und Konflikte*, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H.G., *Gesamttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen*, 1973f, in: *Petzold* (1973c) 271-289.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik 1977c, in: *Petzold, Brown* (1977) 101-123.
- Petzold, H.G., Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1975e) 115-145; erweitert in: *Petzold* 1977n; revid. in: (1988n), 341-406.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien*, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- Petzold, H.G., *Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gesamt als Methoden der Interventionsgerontologie und der Alterspsychotherapie*, 1979b, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 147-260.
- Petzold, H.G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, 1980c, in: *Petzold, Vormann* (1980) 208-228.
- Petzold, H.G., *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Junfermann, Paderborn 1980f.
- Petzold, H.G., *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie*, 1980g, in: *Petzold* (1980f) 223-290.

- Petzold, H.G.*, Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen, 1981g, in: *Pro Senectute*, *Schneider, H.G.* (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Schönigh, Paderborn 1981, 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- Petzold, H.G.*, Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: *C. Bachmann*, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G.*, Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984i) 73-115.
- Petzold, H.G.*, Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen – Konzepte zu einer „Integrativen Intervention“ 1985e, in: *Petzold* (1985a) 409-446; revid. in: *Petzold, Frihmann*, Bd. II (1986).
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G.*, Der Schrei in der Therapie, 1985h, in: *Petzold* (1985g) 547-572.
- Petzold, H.G.*, Über innere Feinde und innere Beistände, in: *Bach, G., Torbet, W.*, Ich liebe mich – ich hasse mich, Rowohlt, Reinbek 1985l, 11-15.
- Petzold, H.G.*, Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung im Ko-responzenz-Prozess der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1986e) 320-341.
- Petzold, H.G.*, Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; repr. (1991a) 452-331.
- Petzold, H.G.*, Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b; repr. (1991a) 91-150.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G.*, Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen, Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen 1988t.
- Petzold, H.G.*, „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; erw. als „Integrative Therapie in der Lebensspanne“, in: *Petzold* (1992a) 649-775.
- Petzold, H.G.*, Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitsung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Düsseldorf, 1990i, in: *Petzold, Schobert*, (1991) 17-28
- Petzold, H.G.*, Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880; repr. (1992) 897-926.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H. G.*, Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden, 1991b; repr. in: *Petzold* (1993a) 1047-1086.
- Petzold, H.G.*, Die Ursachen hinter den Ursachen, in: Festschrift zum 50jährigen Geburtstag von Rolf Schwendter, Wien 1991c.
- Petzold, H.G.*, Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G.*, Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-396.

- Petzold, H.G., *Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie*, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., *Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik*, 1992b, in: idem (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G., *Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie*, *Gestalt & Integration* 1 (1992c) 100-109.
- Petzold, H.G., *Editorial. Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“*, *Integrative Therapie* 1-2 (1992d) 1-10.
- Petzold, H.G., *Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“*, 1992g, in: *Petzold* (1992a) 927-1040.
- Petzold, H.G., *Die heilende Kraft des Schöpferischen*, *Orff-Schulwerk-Informationen* 50 (1992h) 6-9.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie*, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie und Babyforschung*, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G., *Identität und Entfremdung*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1993d, in: *Petzold, Sieper* (1993a).
- Petzold, H.G., *Brown, G.* (Hrsg.), *Gestaltpädagogik*, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E.*, *Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., *Frühmann, R.*, *Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit*, 2 Bde, Junfermann, Paderborn 1986.
- Petzold, H.G., *Geibel, Ch.*, *„Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschulerziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken*, in: *Petzold* (1972a) 414-427.
- Petzold, H.G., *Groot, de L.*, *Therapeutische Arbeit mit Frühgeborenen*, Faculty of Human, Movement Sciences, Dept. Movement Education, Clinical Movement Therapy, Amsterdam 1991.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.*, *Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt*, *Integrative Therapie* 1 (1980) 20-57; auch in: *Petzold, Heinl* (1983) 178-219.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.*, *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., *Hentschel, U.*, *Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe*, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19
- Petzold, H.G., *Kirchmann, E.*, *Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie*, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 933-974.
- Petzold, H.G., *Metzmacher, B.*, *Integrative Bewegungstherapie mit kinderen*, *Bewegen und Hulpverlening* 2 (1987) 112-134.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*, 2. Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153 repr. dieses Buch.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, *Lebenswelten alter Menschen*, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., *Ramin, G.*, *Schulen der Kinderpsychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., *Schobert, R.*, *Selbsthilfe und Psychosomatik*, Junfermann, Paderborn 1991.

- Petzold, H.G., Schuch, W., Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: Pritz, Petzold (1992) 371-486.
- Petzold, H.G., Schulwitz, I., Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern, in: Petzold (1972a) 394-413.
- Petzold, H.G., Vormann, G., Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Pianta, R.C., Egeland, B., Life stress and parenting outcomes in a disadvantaged sample: Results of the mother-child interaction project, *Journal of Clinical Child Psychology* 49 (1990) 329-336.
- Pianta, R.C., Egeland, B., Erickson, M., The antecedents of child maltreatment: The results of the mother-child interaction research project, in: Cicchetti, Carlson (1989) 203-253.
- Pianta, R.C., Egeland, B., Hyatt, A., Maternal relationship history as an indicator of developmental risk, *American Journal of Orthopsychiatry* 56 (1986) 385-398.
- Pianta, R.C., Egeland, B., Sroufe, L.A., Maternal stress and children's development: prediction of school outcomes and identification of protective factors, in: Rolf et al. (1990) 215-235.
- Plomin, R., Development, genetics and psychology, Erlbaum, Hillsdale 1986.
- Polster, E., Jedes Menschenleben ist einen Roman wert, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1987.
- Prazar, G., Psychosocial risk factors in childhood: What can the pediatrician in practice do? *Developmental and Behavioral Pediatrics* 11 (1990) 210-211.
- Prechtel, H.F.R., Frühe Schäden – späte Folgen. Neuere Erkenntnisse aus Nachuntersuchungen von Kindern, in: Schmidt, M.H., Droemann, S. (Hrsg.), Langzeitverlauf Kinder- und Jugend-psychiatrischer Erkrankungen, Enke, Stuttgart 1981.
- Prechtel, H.F.R., Qualitative changes of spontaneous movements in fetus and preterm infant are a marker of neurological dysfunction, *Early Human Development* 23 (1990) 151-158.
- Prechtel, H.F.R., Fargel, J.W., Weinmann, H.M., Bakker, H.H., Posture, motility and respiration in low-risk preterm infants, *Dev. Med. Child Neurol.* 21 (1979) 3-27.
- Pritz, A., Petzold, H.G., Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1992.
- Pyck, K., Protectieve factoren ten aanzien van stress: Implicaties voor de preventieve curatieve GGZ voor jongeren, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek & Kinderpsychiatrie* 9 (1984) 14-33.
- Quinton, D., Rutter, M., Parents with children in care, I: Current circumstances and parenting, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 (1984a) 211-229.
- Quinton, D., Rutter, M., Parents with children in care, II: Intergenerational continuities, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 (1984b) 231-250.
- Quinton, D., Rutter, M., Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links, Aldershot, Avebury 1988.
- Radke-Yarrow, M., Sherman, T., Hard growing: children who survive, in: Rolf et al. (1990) 97-119.
- Ramin, G., Petzold, H.G., Integrative Therapie mit Kindern, in: Petzold, Ramin (1987) 359-426.
- Rank, O., Das Trauma der Geburt, Int. Psychoanalyse Verlag, Leipzig 1924.
- Rauh, H., The meaning of risk and protective factors in infancy, *European Journal of Psychology of Education* 2 (1989) 161-173.
- Redshaw, M., Rosenblatt, D.B., The influence of analgesia in labour on the baby, *Midwife, Health Visitor and Community Nurse* 18 (1982) 126-132.
- Revenstorff, D., Klinische Hypnose, Springer, Berlin 1990.
- Rheingold, H.L., The development of social behavior in the human infant, in: Stevenson, H.W. (ed.), Concept of development, *Monographs of the Society for Research in Child Development* 31 (1966) 5-107.
- Rhode-Dachser, Ch., Das Borderline-Syndrom, Huber, Bern 1979, 1989².

- Ringler, N.M., Kennell, J.H., Jarvella, R., Novojosky, B., Klaus, M.H., Mother-to-child speech at two years – effects of early postnatal contacts, *Journal of Pediatrics* 86 (1975) 141-144.
- Richters, J., Weintraub, S., Beyond diathesis: toward an understanding of high-risk environments, in: Rolf et al. (1990) 67-97.
- Robins, L.N., Davis, D. h., Wish, E., Detecting predictors of rare events: Demographic, family and personal deviance as predictors of stages in the progression towards narcotic addiction, in: Strauss, J.S., Barbighian, H.N., Roff, M. (eds.), *The origins and course of psychopathology. Methods of longitudinal research*, Plenum Press, New York 1977.
- Robins, L.N., *Deviant children grown up*, Williams & Wilkins, Baltimore 1966.
- Robins, L.N., Rutter, M., *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, University of Cambridge Press, Cambridge 1990.
- Rogers, C., *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Kindler, München 1976.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S., *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rosenblatt, D.O., *Türen öffnen. Was geschieht in der Gestalttherapie?* Edition Humanistische Psychologie, Köln 1986.
- Rosenblatt, D., Redshaw, M., Packer, M., Lieberman, B., *Drugs, birth and infant behaviour*, *New Scientist* 81 (1978) 487-489.
- Rovee-Collier, C.K., *Infants as problem-solvers: A psychobiological perspective*, in: Zeiler, M.D., Harzem, P. (eds.), *Advances in analysis of behavior*, Vol. 3, *Biological factors in learning*, Wiley, Chicchester 1983.
- Rovee-Collier, C., *Learning and memory in infants*, in: Osofsky, J.D., *Handbook of infant development*, Wiley, New York 1987, 98-148.
- Rovee-Collier, C., Bhatt, R., *Langzeiterinnerung bei Säuglingen*, in: *Petzold* (1993c).
- Rutter, M., *Children of sick parents: An environmental and psychiatric study*, Oxford University Press, Oxford 1966.
- Rutter, M., *Parent-child separation: Psychological effects on the children*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 12 (1971) 233-260.
- Rutter, M., *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*, in: Kent, M.W., Rolf, J. (eds.), *Primary preventions of psychopathology*, Vol. III: *Social competence in children*, University Press of New England, Hanover (N.H.), 49-74. 1979a.
- Rutter, M., *Scientific foundations of developmental psychiatry*, Heinemann Medical, London 1980.
- Rutter, M., *The long-term effects of early experience*, *Developmental Medicine and Child Neurology* 22 (1980) 800-815.
- Rutter, M., *Stress, coping, and development: Some issues and some questions*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22 (1981) 323-356.
- Rutter, M., *Statistical and personal interactions: Facts and perspectives*, in: Magnusson, D., Allen, V. (eds.), *Human development: An interactive perspective*, Academic Press, New York 1983, 295-319.
- Rutter, M., *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, *British Journal of Psychiatry* 147 (1985a) 598-611.
- Rutter, M., *Family and school influences on behavioral development*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26 (1985b) 349-368.
- Rutter, M., *Longitudinal data in the study of causal processes: some uses and some pitfalls*, *Minster Lovell Workshop* 1987.
- Rutter, M., *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.

- Rutter, M., Pathways from childhood to adult life, *J. Child Psychology, Psychiatry* I (1989) 23-51; dtsh.: *Integrative Therapie* 1/2 (1992) 11-44 und in *Petzold* (1993c).
- Rutter, M., Psychosocial resilience and protective mechanism, in: *Rolfet al.* (1990) 181-214.
- Rutter, M., A fresh look at 'maternal deprivation', in: *Bateson, P.* (ed.), *The development and integration of behavior*, Cambridge University Press, Cambridge 1991, 331-374.
- Rutter, M., *Izard, C., Read, P.B.* (eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*, Guilford Press, New York 1986.
- Rutter, M., *Maughan, B., Mortimore, P., Ouston, J.*, *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*, Harvard University Press, Cambridge 1979.
- Rutter, M., *Robins, L.*, *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.
- Rutter, M., *Rutter, M.*, *Developing minds. Challenge and continuity across the life span*, Penguin Books, London 1992.
- Salvesbergh, G. J. P.*, *The Development of Coordination in Infancy*, Elsevier Science Publishers, North Holland 1993.
- Salvesbergh, G. J. P., Kamp, J. v. d.*, *The coordination of infants reaching, grasping, catching posture: A natural physical approach*, in: *Salvesbergh* (1993) 290-317.
- Sameroff, A.J.*, *Early influences on development: fact or fancy*, *Merrill-Palmer Quarterly* 21 (1975) 267-294.
- Sameroff, A., Bakow, H.A., McComb, N., Collins, A.*, *Racial and social class differences in newborn heart rate*, *Infant Behavior and Development* 1 (1978) 199-204.
- Sameroff, A.J., Chandler, M.J.*, *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*, in: *Horowitz, F.D.* (ed.), *Review of child development research*, Vol. 4, University of Chicago Press, Chicago 1975, 87-244.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N.*, *Relationship disturbances in early childhood*, Basic Books, New York 1989.
- Sameroff, A.J., Seifer, R.*, *Familial risk and child competence*, *Child development* 54 (1983) 1254-1268.
- Sameroff, A.J., Seifer, R.*, *Early contributors to developmental risk*, in: *Rolfet al.* (1990) 52-66.
- Satir, V.*, *Selbstwert und Kommunikation*, Pfeiffer, München 1975.
- Satir, V.*, *Conjoint family therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto 1967; dtsh. *Familienbehandlung*, Lambertus, Freiburg 1973.
- Saup, W.*, *Konstruktives Altern*, Hogrefe, Göttingen 1991.
- Saup, W.*, *Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*, Kohlhammer, Stuttgart 1993.
- Schaller, J., Carlsson, S.G., Larsson, K.*, *Effect of extended post-partum mother-child contact on the mothers' behavior during nursing*, *Infant Behavior and Development* 2 (1979) 319-324.
- Scharfman, M.A.*, *The therapeutic dyad in the light of infant observational research*, in: *Dowling, S., Rothstein, A.* (eds.), *The significance of the infant observational research for clinical work with children, adolescents, and adults*, Workshop series, Am. Psychoanal. Assoc. Monograph V, Int. Univ. Press, Madison 1989, 53-64.
- Schmitz, H.*, *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Schneewind, K.*, *Familienpsychologie*, Kohlhammer, Stuttgart 1991.
- Schröder, H., Reschke, K.*, *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*, Roderer Verlag, Regensburg 1992.
- Schuch, B.*, *Zum gegenwärtigen Stand der Social-support-Forschung*, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Schwarz, B.*, *Kinder als Sklaven*, *Der Spiegel* 47 (1993) 186-202.

- Seifer, R., Vaughn, B.E., Lefever, G., Smith, C., Relationships among mastery motivation and attachment within a general model of competence, in: Vietze, P.M., MacTurk, R.H. (eds.), Perspectives on mastery motivation in infants and children, Ablex, Norwood 1992.
- Shakow, D., Contributions from schizophrenia to the understanding of normal psychological function, in: Simmel, M. (ed.), The reach of mind: Essays in memory of Kurt Goldstein, Springer, New York 1968, 173-199.
- Sluckin, W., Hargreaves, D.J., Colman, A.M., Some experimental studies of familiarity and liking, *Bulletin of the British Psychological Society* 35 (1982) 189-194.
- Sluckin, W., Herbert, M., Sluckin, A., Maternal bonding, Basil Blackwell, Oxford 1983.
- Sluckin, W., Herbert, M. (eds.), Parental behavior, Basil Blackwell, Oxford 1986.
- Spence, D.P., Narrative truth and theoretical truth, Norton, New York 1982.
- Spock, B., The common sense book of baby and child care, Duell, Sloan and Parce, New York 1945.
- Spock, B., Baby and Child Care, Pocket Books, New York 1957.
- Sroufe, L.A., Socioemotional development, in: Osofsky (1979) 462-516.
- Sroufe, A., Infant-caregiver attachment and patterns of adaption in preschool: The roots of maladaptation and competence, in: Perlmuter, M. (ed.), The Minnesota symposia on child psychology, Vol. 16, 1983, 41-84.
- Sroufe, L.A., Rutter, M., The domain of developmental psychopathology, *Child Development* 55 (1984) 17-29.
- Steiner, C., Wie man Lebenspläne verändert, Junfermann, Paderborn 1985.
- Stern, D.N., The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985.
- Stern, D.N., Crib monologues from a psychoanalytic perspective, in: Nelson (1989a) 309-320.
- Stern, D.N., Diary of a baby, Basic Books, New York 1990.
- Stern, D.N., Workshop zum Thema: „The sense of self, development, pathology, treatment“ 14.-17.6.1991, organisiert von der René-Spitz-Gesellschaft unter der Leitung von L. Köhler, München 1991.
- Stone, J., Smith, H., Murphy, L., (Eds.), The Competent Infant, Basic Books, New York 1973.
- Strauss, A.L., A social world perspective, in: Denzin, M.K., Studies in symbolic interaction, Vol. I, JAI Press, Greenwich 1978, 119-128.
- Strauss, J.S., Harding, C.M., Relationships between adult development and the course of mental disorder, in: Rolf et al. (1990) 514-526.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W., A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: with specific reference to negative effects in psychotherapy, *American Psychology* 32 (1977) 187-196.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W., Gomes-Schwartz, B., Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects, Jason Aronson, New York 1977.
- Strupp, H.H., Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen, *Psychotherapie Forum* 1 (1993) 1-7.
- Svejda, M.J., Campos, J.J., Emde, R.N., Mother-infant 'bonding': failure to generalize, *Child Development* 51 (1980) 775-779.
- Swets-Gronert, F.A., Kinderlijk temperament en ontwikkeling; een afstemmingsproces, in: Goudena, Groenendaal, Swets-Gronert (1988) 17-37.
- Thomas, R.M., Counseling and life span-development, Sage Publications, Newbury Park 1990.
- Thomas, A., Chess, S., Temperament and development, Brunner/Mazel, New York 1977.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G., Temperament and behavior disorders in children, University Press, New York 1968.
- Tizard, B., Adoption: A Second Chance, Open Books, London 1977.
- Tress, W., Die positive frühkindliche Bezugsperson – Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen, *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 36 (1986) 51-57.

- Ulich, D., Sozialisation und Entwicklung von Emotionen, *Gestalt & Integration* 1 (1992) 7-17; repr. in: *Petzold* (1993c).
- Unruh, D.R., *Invisible lives. Social worlds of the aged*, Sage Publications, Beverly Hills 1983.
- Vaughn, B., Gove, F., Egeland, B., The relationship between out of home care and the quality of infant-mother attachment in an economically disadvantaged population, *Child Development* 51 (1980) 1203-1214.
- Vietze, P.M., O'Connor, S.M., Falsey, S., Altemeier, W.A., Newborn behavioural and interactional characteristics of nonorganic failure-to-thrive infants, in: *High-Risk Infants and Children: Adult and Peer Interactions*, Academic Press, London 1980.
- Vries, M.W. de, Temperament and infant mortality among the Masai of East Africa, *American Journal of Psychiatry* 141 (1984) 1189-1194.
- Vyt, A., The second year of life as a developmental turning point: implications for sensitive caretaking, *European Journal of Psychology of Education* 2 (1989) 145-158.
- Wachs, T.D., Gruen, G.E., *Early experience and human development*, Plenum Press, New York 1982.
- Watt, N.F., Anthony, E.J., Wynne, L.C., Rolf, J.E. (eds.), *Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective*, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Weiss, P.A., Deformities as cues to understanding development of form, *Perspectives in Biology and Medicine* 4 (1961) 133-151.
- Weiss, P.A., The living system: Determinism stratified, in: *Koestler, A., Smythies, J. (eds.), Beyond reductionism*, Beacon Press, Boston 1969a.
- Weiss, P.A., *Principles of development*, Hafner, New York 1969b.
- Werner, E.E., *Child care: Kith, kin and hired hands*, University Park Press, Baltimore 1984.
- Werner, E.E., Stress and protective factors in children's lives, in: *Nicol, A.R. (ed.), Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*, Wiley, New York 1985, 335-355.
- Werner, E.E., The concept of risk from a developmental perspective, *Advances in Special Education* (1986) 1-23.
- Werner, E.E., Bierman, J.M., French, F.E., *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten*, University of Hawaii Press, Honolulu 1971.
- Werner, E.E., Smith, R.S., *Kauai's children come of age*, University of Hawaii Press, Honolulu 1977.
- Werner, E.E., Smith, R.S., *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw Hill, New York 1982.
- Werner, H., *Comparative psychology of mental development*, International Universities Press, New York 1948.
- Werner, H., The concept of development from a comparative and organismic point of view, in: *Harris, D.B. (ed.), The concept of development*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1957.
- Werner, H., Kaplan, B., *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*, Wiley, New York 1963.
- Wilson, R.S., Risk and resilience in early mental development, *Developmental Psychology* 21 (1985) 795-805.
- Wing, L., *Autistic children*, Constable, London 1971.
- Winnicott, D.W., The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development, Hogarth Press, London 1965, 1972; dtsh. Reifungsprozeß und fördernde Umwelt, Kindler, München 1974.
- Witt, G., Kinderhäuser mit gestaltherapeutischer Begleitung, in: *Petzold, Vormann* (1980) 404-422.
- Zentner, M., Die Wiederentdeckung des Temperaments. Die Entwicklung des Kindes im Lichte moderner Temperamentsforschung und ihrer Anwendungen, 1993a in: *Petzold* (1993c).
- Zentner, M., *Die Wiederentdeckung des Temperaments*, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Zimrin, H., A profile of survival, *Child Abuse and Neglect* 10 (1986) 339-349.

Zusammenfassung: Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie.

Der Text 1991 abgefasst vorgestellt und 1993 publiziert zeigt die früheste Anwendung der Konzepte "protektiver Faktoren und Prozesse" und "Resilienz-Faktoren und Prozesse" in der europäischen Psychotherapie im Sinne des neuen Paradigmas einer "Entwicklungspsychotherapie der Lebensspanne" wie es die Hilarion Petzold mit der Integrativen Therapie seit Ende der 1960er Jahre inauguriert hat. Damit bekommt Psychotherapie eine gänzlich neue Richtung: Empirische longitudinale Entwicklungspsychologie und klinische Psychotherapie bzw. Humantherapie werden konsistent verbunden. Forschungsergebnisse, Theorie, Methodik und Praxisbeispiele illustrieren diesen Ansatz.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Klinische Entwicklungspsychologie, Protektive Faktoren, Resilienz, Kinderpsychotherapie

Summary: Protective Factors and Processes - The Positive Perspective in Longitudinal Clinical Developmental Psychology and its Application in the Practice of Integrative Therapy

This text, elaborated and presented in 1991 and published in 1993, is the first application of the concepts "protective factors and processes" and "resilience factors and processes" in European Psychotherapy establishing a new paradigm: "a developmental psychotherapy in the life span" as it has been inaugurated by Hilarion Petzold with Integrative Therapy since the end of the 1960ths. By this approach psychotherapy is taking a completely new direction: Empirical longitudinal developmental psychology and clinical psychotherapy resp. humane therapy are connected in a consistent way. Results of research, theory, methodology and examples from practice are illustrating this approach.

Keywords: Integrative Therapy, Resilience, Clinical Developmental Psychotherapy, Protective Factors, child psychotherapy

Referenzpublikationen / connected Publications:

- Müller, L., Petzold, H.G. (2003):* Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-08-2003-mueller-l-petzold-h-g.html> und in: *Petzold, H. G. (2004):* Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta. S. 108-154.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004c):* Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-mueller-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-rotektive-faktoren.pdf>