

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

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. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. 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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 09/2020

Die Bedeutung von sicheren emotionalen Bindungen als
Schutzfaktoren in der frühen Kindheit im Kontext der
Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie *

*Susan Plüss Staubli, Zürich ***

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

** Teilnehmerin der Weiterbildung „Poesie- und Bibliothérapie, Kreatives Schreiben und Biographiearbeit im Integrativen Verfahren“ .

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

- 1.1 Problem- und Fragestellung**
- 1.2 Ziel der Arbeit**
- 1.3 Definition von Integrativer Therapie und Integrativer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

2. Bindungen

- 2.1 Frühkindliche Bindungsbeziehungen**
- 2.2 Wie können frühkindliche Bindungsbeziehungen mit Hilfe der Integrativen Therapie wahrgenommen und verstanden werden?**
 - 2.2.1 Phänomenologische Methode: Von den Phänomenen zu den Strukturen
 - 2.2.2 Hermeneutischer Spiralprozess: Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären
- 2.3 Bindungen in den Lebenswelten / Kontexten**

3. Ressourcen und Risikofaktoren in ihrem Kontext und Kontinuum

- 3.1 Ressourcen und salutogene Schutzfaktoren im Zusammenhang sicherer frühkindlicher Bindungsbeziehungen**
 - 3.1.1 Selbstregulation in der frühen Kindheit
 - 3.1.2 Selbstwirksamkeit in der frühen Kindheit
- 3.2 Resümee**

4. Interaktionen zwischen Eltern / Bezugspersonen und Kleinkind

- 4.1 Begegnungen im Zentrum**
 - 4.1.1 Dialogische Beziehungen
 - 4.1.2 Ko-respondenz und Entwicklung im Lebensverlauf
 - 4.1.3 Lebenswelten als social worlds
- 4.2 Intuitive Kompetenzen der Eltern (intuitive parenting und sensitive caregiving)**
 - 4.2.1 Vom Blickkontakt zu Blickdialogen
 - 4.2.2 Wechselseitige Empathie

5. Konsequenzen für die Integrative Kindertherapie

- 5.1 Verschränkung von Theorie und Praxis**
- 5.2 Prozessuale Diagnostik**
- 5.3 Behandlungsstrategien**
 - 5.3.1 Therapeutische Beziehung

6. Schlussbetrachtung

- 6.1 Kritische Diskussion und Ausblick**

7. Zusammenfassung / Summary

8. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

1.1 Problem- und Fragestellung

In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass sichere emotionale Bindungen in der frühen Kindheit die Grundlage für eine möglichst gesunde Weiterentwicklung im Lebensverlauf von Kindern und Erwachsenen bilden.

Während des Curriculums in Integrativer Therapie mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Fritz Perls Institut FPI / Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit EAG und meiner bisherigen beruflichen Tätigkeiten stiess ich immer wieder auf dieses zentrale Thema in unterschiedlichen Berufsfeldern. So begegnete ich diesem spannenden Thema im stationären Heimalltag für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche, in einer Kindertagesstätte für Babys und Kleinkinder, in einer Sprachheilschule für Kinder und als Schulpsychologin.

Deshalb möchte ich in dieser Graduiierungsarbeit mit Hilfe von Konzepten der Integrativen Therapie und der aktuellen Baby- und Kleinkindforschung aufzeigen, dass sichere, frühkindliche Bindungen eine wesentliche und grundlegende Schutzfunktion für eine gesunde Entwicklung bilden. Dabei wird der Fokus auf salutogenetische Aspekte gelegt.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser theoretischen Arbeit liegt im Konkretisieren von kindlichen und elterlichen Kompetenzen und Ressourcen in der Interaktion in ihrem jeweiligen Kontext, um die Wichtigkeit von sicheren emotionalen Bindungen für den Entwicklungsverlauf hervorzuheben. Daraus sollen Konsequenzen sowohl für den praktischen, pädagogischen Alltag, als auch für die Beratung und Therapie der Eltern mit ihren Babys und Kleinkindern abgeleitet werden.

Bevor im zweiten Kapitel Bindungen besprochen werden, folgt im nächsten Abschnitt eine Begriffsdefinition der Integrativen Therapie und der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

1.3 Definition von Integrativer Therapie und Integrativer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Integrative Therapie ist ein tiefenpsychologisches, Schulen übergreifendes Verfahren ganzheitlicher Behandlung und psychosozialer Förderung. Es wurde von Hilarion Petzold Mitte der sechziger Jahre in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gemeinsam mit Lehrtherapeuten am Fritz Perls Institut (FPI) entwickelt und wird nun an der heutigen Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG) weiterentwickelt.

"Wichtige Quellen sind das Psychodrama Morenos, die Gestalttherapie von Perls und die aktive Psychoanalyse der Ungarischen Schule, wie sie von Ferenczi, Ilijne und Balint repräsentiert wird" (Ramin, Petzold, 1987, 359).

Dabei ist die "Entwicklung der Persönlichkeit *in der Lebensspanne*" in der Integrativen Therapie von grosser Bedeutung (Petzold, 1992e, 328).

Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat sich aus der Integrativen Therapie entwickelt und stützt sich auf integrative, entwicklungspsychologische

Forschungskonzepte. Sie stellt die Beziehungen zwischen Kind / Jugendlicher mit ihrer jeweiligen Familie und ihrem Bezugssystem im sozialen Lebenskontext ins Zentrum.

"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 zugeschnitten werden, so dass ein 'Raum des Möglichen', eine 'fördernde Umwelt' (Winnicott) entstehen kann" (Petzold, 1993c, 406).

Der integrative Kindertherapeut geht dabei respektvoll und liebevoll auf die Persönlichkeit des Kindes ein im gemeinsam gestaltenden Ko-respondenzprozess (s. Kap. 4.1.2 in dieser Arbeit) mit dem Wissen, dass sich Entwicklung in der Beziehung vollzieht. Dabei 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" (ebd.).

2. Bindungen

Der englische Kinderpsychiater John Bowlby war der Begründer der Bindungstheorie. Sie beinhaltet Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie und der Bindungsforschung, die besagen, dass ein Säugling das angeborene Bedürfnis hat, in bindungsrelevanten Situationen die Nähe, die Zuwendung und den Schutz einer vertrauten Person zu suchen und eine enge, dauerhafte Bindung zu ihr aufzubauen.

In diesem Zusammenhang hat Bowlby das Konzept der emotionalen Bindung ausgearbeitet (1952). Während Bowlby seinen Schwerpunkt noch hauptsächlich auf die dyadischen, emotionalen Wechselbeziehungen zwischen Mutter und Säugling richtete, ermöglichten fortschrittliche technische Mittel (Videotechnik) neue Erkenntnisse in der nun folgenden, sich rasch entwickelnden Babyforschung. Dadurch gelang es, Beobachtungs- und Auswertungsmethoden zu entwickeln, um die fein aufeinander abgestimmten Verhaltensweisen in den frühen Interaktionen nicht nur zwischen Mutter und Säugling, sondern auch zwischen weiteren Bezugspersonen und dem Säugling sichtbar zu machen (Papušek & Papušek, in Petzold 1994j, 125ff).

In diesem Zusammenhang grenzt sich die Integrative Therapie (Petzold et al.) und die aktuelle Babyforschung (Grossmann & Grossmann, 2017) von der Betrachtungsweise ab, die ausschliesslich die dyadische Mutter-Kind-Bindung annimmt, ohne die anderen Bindungen zu weiteren, wichtigen Bezugspersonen mit zu berücksichtigen. Sie betonen die Tatsache, dass ein Baby schon ab Geburt fähig ist, auch zu anderen Bezugspersonen wie z. B. zum Vater, zu Geschwistern, zu Grosseltern etc. eine Bindung einzugehen.

Obwohl die Mutter bereits durch die vorgeburtliche Zweisamkeit und Geburt eine starke Bindung zum Baby hat und dadurch natürlicherweise seine primäre Bezugsperson ist, braucht ein Baby für sein gesundes Gedeihen weitere Bezugspersonen wie den Vater etc., zu denen es unterschiedliche Bindungen eingehen kann. Man

weiss, dass Babys fähig sind, auch zu mehreren Bezugspersonen Bindungen aufzubauen. Petzold erweitert somit den dyadischen Begriff und nennt diese Beziehungen polyadische Beziehungen.

"Menschen wachsen nicht nur in Dyaden ('Mutter-Kind-Dyade') auf, sondern diese sind eingebettet in Polyaden ('Mutter-Vater-Kind-Geschwister-Polyaden'). Jedem Du-und-Ich liegt ein 'Wir' zugrunde" (Petzold, 2007a, 393).

In der aktuellen Babyforschung werden die beiden folgenden wichtigen Funktionen von Bindungen beschrieben:

- 1.) Schutz vor Gefahren (Sicherung des Überlebens)
- 2.) Möglichkeit zur Exploration

Das bindungsbezogene, angeborene Verhalten wird in Situationen von Angst und / oder Verunsicherung aktiviert. Das Kind zeigt dabei eine starke innere Erregung, die mit Anstieg der Herzfrequenz gemessen werden kann (Spangler & Grossmann, 1993, in Ziegenhain, 2004, 43ff).

Für die Interaktion mit dem Kleinkind, sei es als Eltern oder als TherapeutIn, ist meiner Meinung nach besonders die Exploration wichtig. So steht Exploration in einem dynamischen Gleichgewicht mit Bindung. Das Wechselspiel dieser beiden Verhaltenssysteme wird im nächsten Abschnitt 2.1 näher beschrieben.

2.1 Frühkindliche Bindungsbeziehungen

Es wird nun der Frage nachgegangen, wie wichtig sichere, frühkindliche Bindungen im emotionalen, sozialen, motorischen und kognitiven Bereich für eine gesunde Entwicklung eines Kindes sind.

Auch wenn in dieser Arbeit der Schwerpunkt auf gesunde, sichere Bindungen im Frühbereich gelegt wird, denke ich, ist es für das Verständnis wichtig, auch an weniger gut gelingende Bindungen unter erschwerten Bedingungen zu denken.

Als Schülerin von Bowlby hat Mary Ainsworth, eine US-amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin, basierend auf der Bindungstheorie, ein Untersuchungsverfahren entwickelt, den sogenannten Fremde-Situations-Test. Sie untersuchte damit zwölf bis achtzehn Monate alte Kleinkinder und konnte drei unterschiedliche Bindungsmuster herausarbeiten, die für die weitere Babyforschung grundlegend und für die beratende und therapeutische Arbeit - auch mit einigen Vorbehalten - wegweisend bleibt. Ein viertes Bindungsmuster wurde zu einem späteren Zeitpunkt von Mary Main, einer Schülerin von Mary Ainsworth, hinzugefügt (Ziegenhain, 2004, 46ff).

Ein Vorbehalt ist, dass der Fremde-Situations-Test eine standardisierte Laborsituation in einer fremden Umgebung mit fremden Personen darstellt. Selbstverständlich sind die Eltern-Kind-Interaktionen im Alltag viel komplexer als in einer Laborsituation und das Kind entwickelt zu seinen verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche, individuelle Bindungsmuster. Diese Muster bleiben nicht ein Leben lang bestehen, sondern verändern sich im Lauf der Zeit. Auch gibt es Kombinationen und Mischformen der Muster in unterschiedlich starker Ausprägung.

Des Weiteren beeinflussen die Eltern in ihrer jeweiligen sozialen Situation diese Muster. Deshalb ist es zwingend, dass wesentliche "gender-, schicht-, kultur- und ethnien-spezifische Differenzierungen mit beachtet werden" (Petzold, 2007a, 390).

Die vier Bindungsformen resultieren aus verschiedenen Erfahrungen, die die Kinder mit Bezugspersonen in Interaktionen gemacht haben, d. h., die Kinder zeigen unterschiedliche Bindungsstrategien, die nicht als "stabile Eigenschaftszuschreibung" verstanden werden sollen (Ziegenhain, 2004, 47).

Auch wenn eine solche Kategorisierung in vier Bindungsformen mit Vorsicht zu genießen ist, soll sie eine übersichtliche Strukturierungs- und Orientierungsmöglichkeit für dieses Thema der sicheren emotionalen Bindungen in der frühen Kindheit darstellen.

Ute Ziegenhain (2004, Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm) und Karl Heinz Brisch (2014, Pädiatrische Psychosomatik und Psychosomatik, München) haben diese vier frühkindlichen Bindungsbeziehungen übersichtlich dargestellt. Deshalb stütze ich mich im Folgenden darauf.

Diese unterschiedlichen Bindungsstrategien sind aus der Perspektive des Säuglings und Kleinkindes zu betrachten. Die Hauptunterscheidung ist, ob sich ein Kleinkind sicher (1) oder unsicher gebunden (2 und 3) oder hoch unsicher gebunden (4) fühlt und verhält:

1. Sichere Bindung
2. Unsicher-ambivalente Bindung
3. Unsicher-vermeidende Bindung
4. Hochunsicher-desorganisierte Bindung

Was verstehen wir nun unter einer gesunden frühkindlichen Bindungsentwicklung?

"Die gesunde Bindungsentwicklung des Säuglings zeichnet sich dadurch aus, dass er durch vielfältige feinfühlig Interaktionserfahrungen mit der Mutter bzw. dem Vater oder anderen Bindungspersonen während des ersten Lebensjahres beginnt, sich an diese zu binden" (Brisch, 2014, 32).

Bei Angst und Gefahr wendet sich der Säugling normalerweise an seine verfügbare, anwesende Bezugsperson, um Sicherheit und Schutz zu suchen. Diese Reaktion ist für ihn überlebenswichtig. Um einen Säugling möglichst adäquat - seinen Bedürfnissen entsprechend - zu trösten, wird er in diesem Entwicklungsalter hauptsächlich mit Hilfe von Körperkontakt beruhigt.

Das Bindungsverhalten des Säuglings differenziert sich erst im Verlaufe seiner Entwicklung weiter aus. So lässt er sich während den ersten Monaten auch von fremden Personen tragen und trösten und lächelt ab der sechsten Woche noch die meisten seiner Kontaktpersonen an. Bis zum sechsten / siebten Monat reagiert er immer spezifischer auf vertraute und fremde Personen. Ab dem achten Monat reagiert er deutlich mit Fremdeln auf unbekannte und fremde Personen, die er als bedrohlich erlebt, indem er sich abwendet und vielleicht anfängt zu weinen. Ihm vertraute, Sicherheit spendende Bezugspersonen, die für ihn sehr wichtig sind, kann er mit einem Lächeln beglücken.

Wenn das Baby seine Eltern / Bezugspersonen als zuverlässige und sichere Bindungspersonen erlebt, gelingt es ihm, mit Neugier und Interesse seine Umgebung je länger je mehr zu explorieren. Seine Eltern bilden für ihn die existentiell wichtige, sichere Basis, um von dort aus Unbekanntes, Fremdes und auch Bedrohliches zu erkunden (Ainsworth et al., 1978, in Ziegenhain, 2004, 45).

Angenommen, das Kleinkind ist an seine Eltern / Bezugspersonen *sicher gebunden*, dann wird es im zweiten Lebensjahr seinen Explorationsradius ständig vergrößern

und entdeckt dadurch seine spannende Umgebung. Dabei sucht es in unsicheren Situationen immer wieder den Blickkontakt zu seinen Eltern, um anhand ihres emotionalen Ausdrucks zu verstehen, ob sie seine Exploration gut heissen oder ob sie sie als gefährlich einschätzen. Es richtet sein Verhalten danach aus und exploriert dementsprechend weiter oder kommt zurück, um wieder emotionale Sicherheit durch Körperkontakt zu ‚tanken‘ (Ziegenhain, 2004, 45).

Einem Baby, das sich *unsicher-ambivalent gebunden* verhält, fällt es schwer, sich von der Bezugsperson zu lösen. Es erlebt Angst und klammert sich fest. Auch wenn es trotzdem versucht, sich zögerlich von der Bezugsperson wegzubewegen und von ihr eventuell zusätzlich noch einen besorgten Gesichtsausdruck wahrnimmt, kommt es zurück und kann so nur wenig explorieren (Brisch, 2014, 35f, Ziegenhain, 2004, 46ff). Auch das *bindungsvermeidende* Kind fühlt sich wie das ambivalent gebundene Kind in seiner Bindung zur Bezugsperson verunsichert, da es erfahren hat, dass es in seiner Kontaktaufnahme immer wieder zurückgewiesen wurde. So exploriert es - wie das ambivalent gebundene - auch zurückhaltend. Distanzmässig entfernt es sich jedoch (zu) weit weg von der Bezugsperson und kann sich somit nicht mehr über den Blickkontakt rückversichern. Das Kind wirkt sicherer als es wirklich ist.

Obwohl diese drei verschiedenen Bindungsformen unterschiedliche Konsequenzen für die weitere Entwicklung haben, sind sie gesunde Ausprägungen von Bindungserfahrungen (Ziegenhain, 2004, 47).

Die vierte Bindungsbeziehung ist die des *desorganisiert gebundenen* Kindes. Diese Kinder wirken desorientiert und zeigen oft widersprüchliche und sich rasch ändernde Verhaltensweisen, die wiederum die Bezugspersonen verunsichern und verwirren. Wenn diese desorganisierten Bindungsbeziehungen länger andauern und nicht Ausdruck einer kurzfristigen entwicklungsbedingten Veränderung sind, können sie bereits Ausdruck einer psychopathologischen Tendenz sein und stellen einen möglichen Risikofaktor für spätere Entwicklungsschwierigkeiten dar (Brisch, 2014, 36, Ziegenhain, 2004, 48).

Bindungspersonen nehmen also über die unterschiedlichen Bindungsbeziehungen entscheidend Einfluss auf den Entwicklungsverlauf des Kleinkindes, wobei ihr jeweiliger Einfluss sehr unterschiedlich sein kann. So reicht er von unterstützend-fördernd bis zu ungünstig-hemmend und auch schädigend.

Aus diesem Grund ist die Gestaltung dieser frühkindlichen Zeit so ausserordentlich bedeutungsvoll, damit das Kind fähig wird, möglichst gelingende Freundschaften, Partnerschaften und andere soziale Beziehungen im weiteren Lebensverlauf eingehen zu können.

2.2 Wie können frühkindliche Bindungsbeziehungen mit Hilfe der Integrativen Therapie wahrgenommen und verstanden werden?

In diesem Kapitel wird versucht, mittels der Integrativen Therapie Antworten zu finden auf die Frage, wie die oben beschriebenen Bindungsbeziehungen in der frühen Kindheit wahrgenommen und verstanden werden können. Dabei ist es wichtig, das Kleinkind jeweils seinem Alter entsprechend zu betrachten.

Einerseits wird die Phänomenologische Methode, von den Phänomenen zu den Strukturen, als auch der Hermeneutische Spiralprozess, Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären, dazu beigezogen (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1993, 26-35).

2.2.1 Phänomenologische Methode: Von den Phänomenen zu den Strukturen

Die Integrative Therapie beschreibt, dass die phänomenologische Erkenntnis mit der Wahrnehmung beginnt. Der Leib ist Voraussetzung für Erkenntnis ("Leib-a-priori"). Phänomene werden als "Erscheinung von Realität" verstanden, d. h., sie können unmittelbar als ganzheitliche Atmosphäre oder Mimik oder Sprache, etc. wahrgenommen (beobachtet) werden. Wir nehmen nicht ausschliesslich die Körperteile eines Kindes vereinzelt wahr, sondern ein Kind in seiner Gesamtheit als Mensch. Da den Phänomenen eine Struktur zugrunde liegt, nehmen wir sie schon teilweise geordnet, in ihrem Zusammenhang wahr. Mit der phänomenologischen Methode versuchen wir also, die Struktur hinter den Phänomenen zu finden und die in ihnen enthaltenen Zukunftsentwürfe, also ihren Sinn zu erschliessen.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, Phänomene von Interpretationen möglichst klar zu unterscheiden.

In der Beratungsarbeit versuchen wir Phänomene wahrzunehmen und zu verstehen im Hier und Heute. Wir kombinieren und vernetzen die gesammelten Phänomene, d.h., wir arbeiten die latenten Strukturen heraus und reichern sie mit Biographie an (Rahm et al., 1993, 26-30).

2.2.2 Hermeneutischer Spiralprozess: Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären

Anhand des hermeneutischen Spiralprozesses der Integrativen Therapie "Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären" wird beschrieben, wie das nonverbale und verbale Verhalten von Kleinkindern (Haltung, Muskeltonus, Mimik, Gestik, Bewegung, Sprache, etc.) 'gelesen' und verstanden werden kann.

Dieses Verständnis ist zentral, um prompt und angemessen auf das kleinkindliche Verhalten zu reagieren, sei es als Eltern, als Bezugsperson oder in der Beratung, respektive in der Therapie. Dabei soll uns bewusst sein, dass wir aus unserer Perspektive als Erwachsene das kleinkindliche Verhalten wahrnehmen und verstehen.

Die Hermeneutik wird hier verstanden als "Kunst der Auslegung" von Bedeutungen, verschlüsselter Botschaften und Sinn (Rahm et al., 1993, 33).

Mit der phänomenologischen Methode wird versucht, von den Phänomenen zu den Strukturen zu gelangen, d. h., man versucht z. B. hinter dem, was ein Kleinkind über sein Verhalten ausdrückt, einen inneren, dahinterliegenden Sinn zu finden und ihn in den kindlichen Lebenszusammenhang, in seine Lebensgeschichte (Narration) zu stellen. Wir versuchen, den Sinn des Verhaltens aus der gegenwärtigen Situation zu verstehen. Angenommen, ein Baby fängt während einer Wickelsituation an zu weinen, fragen wir uns, ob ihm kalt ist, ob es übermüdet ist oder ob andere Gründe 'dahinter' liegen.

Wir bekommen also mit Hilfe von Interaktionen Erkenntnisse im hermeneutischen Prozess über Wahrnehmen, über Erfassen, über Verstehen und über Erklären. Das Resultat der momentanen Erkenntnis leitet eine erneute Suchbewegung (Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen - Erklären) ein. Die neue Erkenntnis erlaubt uns eine leicht veränderte Sichtweise auf die Phänomene und es findet wieder ein Suchprozess statt. Deshalb wird diese Erkenntnisgewinnung als hermeneutischer Spiralprozess beschrieben. Wahrnehmen und Erfassen hängen dementsprechend eng zusammen. Während wir passiv Hintergrundgeräusche oder Details eines

Gegenstandes visuell wahrnehmen können, bezieht sich Erfassen schon auf die Gesamtsituation.

Auch Verstehen und Erklären hängen zusammen. Verstehen beinhaltet bereits die Vorstellung vom Sinn der wahrgenommenen Phänomene und ihrer zugrunde liegenden Struktur. Der hermeneutische Begriff Erklären bedeutet, dass wir eine bewusste Wahrnehmung in einen Gesamtzusammenhang bringen und sie vernetzen (Rahm, 1993, 34f).

Versuchen wir, die phänomenologische Methode und den hermeneutischen Spiralprozess in die Praxis von Beratungen und Therapien umzusetzen, können wir z. B. mit Hilfe genauer Verhaltensbeobachtungen mittels Videoaufnahmen frühe kindliche Verhaltensprobleme, die sich in der Beziehungsdynamik mit den Eltern zeigen, in ihren gegenseitigen Interaktionen wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären.

Selbstverständlich werden diese Verhaltensbeobachtungen weiter angereichert mit Informationen aus Gesprächen über die Biographie des Kindes und seines Lebenskontextes (s. Kapitel 5.2 'Prozessuale Diagnostik').

2.3 Bindungen in den Lebenswelten / Kontexten

Neben der Fragestellung der unterschiedlichen, konkreten frühkindlichen Bindungsbeziehungen und ihrem Verständnis, ist es ausserordentlich wichtig, diese Bindungserfahrungen im Zusammenhang mit den kindlichen Lebenswelten zu sehen. Die Integrative Therapie spricht hier von Kontext. Rahm formuliert es deutlich:

"Die Persönlichkeit *ist* ihre integrierten Umweltbeziehungen"

(Rahm, 1993, 113).

So können wir uns fragen: Wie ist ein Kleinkind in seine Familie eingebettet? Welches sind die kulturellen und sozialen Beziehungs- und Bezugssysteme der Eltern (Sprache, Religion, Schicht, dörflicher oder städtischer Wohnort, Quartier, Nachbarn etc.)?

Im therapeutischen Kontext der Integrativen Therapie resultieren aus diesen Antworten die Interventionen, die flexibel auf das jeweilige Kleinkind und seine Bezugspersonen angepasst werden. Als Methode wird auch hier "von den Phänomenen zu den Strukturen" angewendet (Ramin, Petzold, 1987, 362).

Für die Diagnostik können dadurch bereits wertvolle Hinweise auf vorhandene protektive Faktoren gefunden werden. Diese wiederum bilden zusammen mit den Ressourcen und der möglichst gesunden sozialen Lebenswelt und dem Netzwerk des Kindes die Grundlage für eine optimale Entwicklung (Petzold, Goffin, Oudhof, 1993, 350).

3. Ressourcen und Risikofaktoren in ihrem Kontext und Kontinuum

Bevor näher darauf eingegangen wird, dass sichere Bindungserfahrungen Schutzfaktoren für die weitere Entwicklung im Lebensverlauf darstellen, werden zuerst grundlegende Begriffe wie Krankheit / Gesundheit, Schutz- und Risikofaktoren, Ressourcen und Resilienz kurz skizziert.

Menschen und Babys im Speziellen sind in ihren sozialen Lebenskontext eingebunden und können nicht isoliert (über)leben. Wenn dieser Kontext entwicklungs-

fördernd ist, können sie sich entfalten und sich gesund entwickeln. Sind die sozialen Lebensbedingungen belastend oder schädigend, steigt das Risiko auf ungünstige, pathogene Entwicklungsverläufe.

Krankheit und Gesundheit werden im Integrativen Ansatz als zueinander, in Wechselwirkung stehende, einander bedingende Prozesse betrachtet. Sie sind jeweils von ihrem soziokulturellen Kontext abhängig und werden in ihrem biographischen Entwicklungskontinuum / Lebensverlauf gesehen.

Oder anders gesagt: Krankheit und Gesundheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz, die zusammengehören und ko-respondierend betrachtet werden. So stehen Risiko- und Belastungsfaktoren, kritische Lebensereignisse (life events) in engem Kontakt mit Schutzfaktoren, Ressourcen und Widerstandsfähigkeit (resilience). Dabei wird Resilienz verstanden als Erhöhung der Bewältigungs-kompetenz, um Belastungssituationen zu meistern (Petzold, 1995a, v.a. 191-199).

So verfügen beispielsweise gesunde Säuglinge und Kleinkinder schon über eine erstaunlich grosse Resilienz und Verhaltensflexibilität. Wenn sie Verhaltensauffälligkeiten zeigen, ist es von grosser Wichtigkeit, sie in ihrem jeweiligen Kontext zu betrachten, da sie häufig nur in bestimmten Situationen und meist vorübergehend auftreten (Ziegenhain, 2004, 64).

Folgendes Zitat von Petzold definiert die zentralen Begriffe für dieses Kapitel:

"In der Integrativen Therapie wurde dementsprechend konzeptualisiert, dass die Persönlichkeit eines Menschen - gesund oder krank - von der Gesamtheit seiner positiven Erfahrungen (chain of protective events), seiner negativen Erfahrungen (chain of adverse events) und seiner Mangel Erfahrungen (chain of deficits), d. h. der Interaktion dieser Ereignisketten bestimmt ist" (Petzold, in Stumm, Pritz, 2000r, 536).

Wichtig dabei ist zu beachten, dass nicht in erster Linie vereinzelte Ereignisse für die Persönlichkeitsentwicklung ausschlaggebend sind, sondern dass Erfahrungen vielmehr aus jeweils mehreren, verschiedenen und vielschichtigen positiven und negativen Ereignisketten gebildet werden und diese im Gesamtkontext der Lebensspanne verstanden werden.

Dabei werden "*internale*", persönliche Schutzfaktoren und Prozesse, die die "Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen", kognitive und emotionale Kompetenzen betreffen von den "*externalen*", sozialen Schutzfaktoren, die die Einflüsse der sozialen Lebenswelt betreffen, unterschieden. Sie stehen in einem interaktionellen Prozess zueinander und vermindern zusammen mit den vorhandenen "Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk" (Petzold, 1995a, 193).

Sowie das Gesundheits- und das Krankheitsverständnis zusammengehören, stehen auch Schutz- und Risikofaktoren in einem engen, interaktionellen Zusammenhang.

Obwohl ein Kleinkind in seiner Entwicklung die unterschiedlichsten Erfahrungen macht, die von positiv stimulierend-unterstützend und entwicklungsfördernd bis zu negativ belastend und entwicklungshemmend reichen können, wird in dieser Arbeit der Schwerpunkt auf die salutogenen Schutzfaktoren gelegt.

Die Resilienz bei Kindern wird verstanden als Wechselwirkungsprozesse zwischen den intrapersonalen, selbstregulatorischen und den sozioökologischen Prozessen, in denen die protektiven Faktoren in einem regen Austausch stehen. Lotti Müller und Hilarion Petzold beschreiben diese komplexen Prozesse als "resilience-cycle" in

ihrem weiterführenden Artikel 'Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis' (Petzold, Müller, 2004c).

3.1. Ressourcen und salutogene Schutzfaktoren im Zusammenhang sicherer frühkindlicher Bindungsbeziehungen

Obwohl wie oben bereits ausgeführt, Ressourcen und Risikofaktoren in einem engen Wechselspiel zueinander stehen, wird in dieser Arbeit auf die Ressourcen fokussiert, um einerseits die Wichtigkeit einer ressourcenorientierten Haltung zu betonen und um andererseits den Rahmen nicht zu sprengen.

Wir finden salutogene Schutzfaktoren sowohl beim Kleinkind, als auch bei seinen Bezugspersonen, als auch im soziokulturellen Lebenskontext, in welchem das Kind aufwächst. Dabei sollen Schutzfaktoren nicht isoliert als fixe Größen verstanden werden, sondern wie bereits erwähnt, als positiv erfahrene Ereignisketten (chain of protective events) im Sinne von dynamischen, sich verändernden Wechselwirkungsprozessen, die sich zwischen Kind und Eltern / Bezugspersonen, sowie zwischen ihnen und ihrem jeweiligen kulturellen Lebenskontext abspielen.

Wo liegen nun die Ressourcen und die salutogenen Schutzfaktoren, die auf die Entwicklung von sicheren frühkindlichen Bindungen wirken? Brisch erwähnt folgende drei Hauptbereiche:

1. Möglichst gesunde psychische und körperliche Entwicklung des Kindes
2. Psychische Gesundheit und möglichst stabile sozioökonomische Situation der Eltern
3. Ein möglichst unterstützendes familiäres und soziales Umfeld (Brisch, 2014, 38f)

Ergänzen möchte ich noch einen weiteren Bereich, der die Interaktionen zwischen dem Kleinkind und seinen Bezugspersonen betrifft. Wenn diese Interaktionen bei günstigen Voraussetzungen gelingen, haben sie eine wichtige Schutzfunktion auf die kindliche Entwicklung (s. Kapitel 4 'Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkindern'). Wenn der Fokus auf die Eltern gelegt wird, ist in diesem Zusammenhang folgender Hinweis erwähnenswert, dass bereits

"positive Einstellungen zu Schwangerschaft und Geburt einen signifikanten Einfluss auf die pränatale Mutter-Kind-Bindung haben, welche wiederum den Grundstein für eine günstige sozio-emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes legt" (Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, KJPP, Universitätsklinikum Ulm, 2011, 36).

Auch wenn in diesem Zitat auf die Mutter-Kind-Bindung fokussiert wird, ist selbstverständlich auch die Einstellung des Vaters zur Schwangerschaft und Geburt für die weitere Entwicklung des Kindes sehr mitbestimmend (Garstick, 2013).

Das Kind braucht nicht nur diese essentiellen Elternbeziehungen für einen weiteren positiven Entwicklungsverlauf, sondern zusätzlich ein unterstützendes und konstruktives Beziehungsnetz von Verwandten, Freunden und sonstigen Bezugspersonen. Diese Beziehungen können sich wiederum positiv auf die ganze Familie auswirken. Wenn dieses soziale Netz tragend und entlastend ist, erleichtert es den Eltern, ihre Erziehungs- und Beziehungskompetenzen wahrzunehmen.

Wie konkret gelingende, protektive Interaktionen zwischen Kleinkind und seinen Eltern aussehen können, wird in Kapitel 4 'Interaktion zwischen Eltern und Kleinkind' weiter ausgeführt.

3.1.1 Selbstregulation in der frühen Kindheit

Um die Interaktionen zwischen Kleinkind und seinen Eltern besser zu verstehen, werden nun die grundlegenden Prozesse der Selbstregulation von Babys genauer betrachtet. Versuchen wir, uns in die Situation eines Babys zu versetzen und von seiner Warte aus, der Selbstregulation näher auf den Grund zu gehen. Dabei kann nur auf die wesentlichsten Hauptlinien eingegangen werden.

Während man schon beim Neugeborenen vier basale Verhaltenssysteme (Autonomes und Motorisches System, System der Schlaf- und Wachzustände und Interaktives System) beobachten kann, wird noch ein fünftes System, das auf alle diese Verhaltensebenen wirkt, als Selbstregulation beschrieben. Beispielsweise dient das Saugen sowohl der Nahrungsaufnahme, als auch der Selbstberuhigung des Säuglings (Als, 1984, in Ziegenhain, 2004, 20f).

Sobald ein Baby fähig ist, "den Wechsel der Verhaltenszustände entsprechend seines Befindens und seiner Bedürfnisse zu regulieren, hat es eine wichtige Fähigkeit zur Selbstregulation erworben" (Brazelton & Cramer, 1994, in Ziegenhain, 2004, 23f). Diese Verhaltenszustände decken die ganze Palette von Tiefschlaf, Halbschlaf, über wacher bis quengeligem Aufmerksamkeitszustand, bis zu Schreien ab. Ein Baby kann also unterschiedliche Grade seiner Wachheit und Ansprechbarkeit anzeigen.

Angenommen, sein Verhaltenszustand ist wach und aufmerksam, so kann es mit seiner Umwelt interagieren, d. h., es kann Informationen aufnehmen und ist z. B. so in der Lage, die Erfahrung von emotionaler Geborgenheit zu machen. Dies ermöglicht ihm schon früh, den sozialen Kontakt selber aktiv mitzubestimmen, indem es Nähe sucht oder sich abwendet. Je älter das Kind wird, desto besser gelingt ihm die Regulation seiner Verhaltenszustände.

Im Kontakt mit dem Baby ist es wichtig und hilfreich sich zu fragen, in welchem der Verhaltenssystemen, es sich gerade befindet. Das Baby zeigt dies mithilfe der Feinzeichen seiner jeweiligen Befindlichkeit, die sich rasch ändern können, an. So können eine regelmässige Atmung und Aufmerksamkeit für visuelle und akustische Reize Anzeichen von Stabilität sein. Oder umgekehrt, können unregelmässige Atmung, Blickvermeidung, Quengeln, etc. Anzeichen von Instabilität anzeigen.

Während einige dieser Feinzeichen der Befindlichkeit normale, vorübergehende Belastungszeichen sind, können sie - wenn sie von den Eltern oder sonstigen Bezugspersonen nicht wahrgenommen oder missverstanden werden - zu Regulationsstörungen (wie z. B. Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen) führen (Als, 1984, in Ziegenhain, 2004, 65f).

Deshalb ist es für die kindliche Entwicklung von grosser Bedeutung, dass seine Feinzeichen von seinen Eltern einerseits wahrgenommen und verstanden werden und sie andererseits prompt darauf reagieren. Nur so lernt das Baby, dass es "ihre Reaktionen in seine Erfahrungen integrieren kann" (Ziegenhain, 2004, 24f).

Wie konkret die Eltern / Bezugspersonen diese kindlichen Feinzeichen wahrnehmen und darauf reagieren, wird im Kapitel 4 'Interaktion zwischen Eltern und Kleinkind' näher beschrieben.

Oder zusammengefasst formuliert:

"[...] gute selbstregulatorische Kompetenzen des Kindes und / oder seine Zugewandtheit stellen Schutzfaktoren dar, die sich Forschungsergebnissen zufolge unter ansonsten eher widrigen Lebensumständen positiv auf die soziale und emotionale Entwicklung, die psychische Gesundheit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungsereignissen und auf die Lern- und Interessensentwicklung auswirken" (Ziegenhain, 2011, 37).

Die Selbstregulation kann also als wichtiger Regulationsprozess und Bewältigungsmechanismus sowohl für das Kind selber, wie auch für die Interaktionen mit den Eltern / Bezugspersonen gesehen werden.

3.1.2 Selbstwirksamkeit in der frühen Kindheit

Ohne, dass in dieser Arbeit auf den Begriff der Selbstwirksamkeit näher eingegangen werden kann, soll sie an dieser Stelle kurz erwähnt werden. Ursprünglich von Bandura als 'self-efficacy' beschrieben, entspricht sie einem menschlichen Grundbedürfnis, aus eigenem Antrieb etwas bewirken zu können und schliesst Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten mit ein.

Bruno Metzmaker beschreibt dies kurz und prägnant auf das frühkindliche Spiel bezogen:

"Auf sehr früher Entwicklungsstufe vermittelt das Spiel vielfach äusserst direkt ein Gefühl für persönliche Wirksamkeit. Dies betrifft sowohl den Umgang mit Gegenständen und Materialien wie auch mit Menschen und zwischenmenschlichen Beziehungen" (Metzmaker, in Petzold, Ramin, 1987, 243).

Ein Baby erlebt also schon früh, dass es etwas bewirken kann, zuerst im Kontakt mit seinen Eltern und später auch mithilfe von Gegenständen. Diese Wirksamkeitserfahrungen macht es hauptsächlich in zwischenmenschlichen, gegenseitigen Beziehungen. Es merkt, dass es mit seinem Verhalten, sei es ein Lächeln, Weinen oder Schreien, eine Reaktion bei seinen Eltern auslöst. Die Folgen, dass ein Kleinkind seine eigene Wirksamkeit erfährt, können Freude, Stolz und im Entwicklungsverlauf ein wachsendes Selbstvertrauen und -bewusstsein sein.

Barbara Zollinger bezeichnet dies als "Smile of Mastery", wenn Kleinkinder sich über eine Handlung, die ihnen gelingt, freuen und sie ein Gefühl bekommen, dass sie etwas können (Zollinger, 2010, 281). Selbstverständlich macht das Kleinkind auch immer wieder frustrierende Erfahrungen, dass es etwas nicht kann. Wenn dies von seinen Eltern nicht wahrgenommen wird, bleibt es mit solchen misslingenden Erfahrungen alleine und läuft ins Leere. Günstiger ist es, wenn es eine elterliche Antwort, eine Resonanz darauf bekommt und die Eltern ihm konkret aufzeigen können, wie es damit umgehen kann, wenn etwas nicht gelingt.

Auch wenn die bisher beschriebenen Ressourcen, die Selbstregulation und die Selbstwirksamkeit – aus der Perspektive des Kleinkindes - zentral sind, so bildet doch das emotionale, einführende Verstehen der Eltern / Bezugspersonen die existentiell notwendige Basis für sichere Bindungen. Dies wiederum ist die Voraussetzung für eine möglichst gesunde, stabile Entwicklung des Babys.

So soll es immer wieder die Erfahrung machen können, dass es in der Welt aufgehoben ist und dadurch ein Gefühl von ‚ich werde verstanden‘ bekommt. Dies ermöglicht ihm - trotz negativer Erfahrungen, die es sicherlich ebenfalls macht - sein Grundvertrauen zu stärken und zu entwickeln.

Wie die elterlichen Kompetenzen aussehen, ihr Kleinkind emotional einfühlend in Interaktionen zu verstehen, wird im nächsten Kapitel 'Interaktion zwischen Eltern / Bezugspersonen und Kleinkind' vertieft. Auch der Unterschied zwischen den Feinzeichen des Kindes und der Feinfühligkeit der Bezugspersonen, wird im nächsten Kapitel besprochen.

3.2. Resümee

In diesem Kapitel wurde der Frage nachgegangen, welche internalen und externalen Schutzfaktoren und Ressourcen es im Zusammenhang mit sicheren emotionalen Bindungen in der frühen Kindheit gibt. Aufgezeigt wurde, dass Schutz- und Risikofaktoren als chain of protective and adverse events (Gesamtheit der positiven und negativen Erfahrungen) und chain of deficits (Mangelerfahrungen), vorkommen und es wurde auf ihre Abhängigkeit vom soziokulturellen Kontext und Entwicklungskontinuum hingewiesen.

Ressourcen und einige ausgewählte salutogene Schutzfaktoren im Kontext sicherer frühkindlichen Bindungen wie Selbstregulation und Selbstwirksamkeitserfahrungen des Kleinkindes in gegenseitigen Beziehungen wurden aufgezeigt.

4. Interaktionen zwischen Eltern / Bezugspersonen und Kleinkind

4.1 Begegnungen im Zentrum

Da Begegnungen und Beziehungen eng mit Bindungen zusammenhängen, werden nun einige anthropologisch-philosophische Aspekte beschrieben.

4.1.1. Dialogische Beziehungen

Der Philosoph Martin Buber formuliert in seinem Hauptwerk 'Ich und Du' folgenden Gedanken, den ich für diese Arbeit sehr passend finde:

"Der Mensch wird am Du zum Ich" (Buber, 1923/1962, 32).

Er geht dabei vom Du aus und betont die Notwendigkeit der Existenz des 'Du' für das 'Ich'. Das Ich wird nicht isoliert betrachtet, sondern es ist immer auf das Du bezogen und umgekehrt. Der Mensch zeigt schon ab der Geburt durch sein Schauen, Suchen und Berühren, dass er an der Welt interessiert ist und in Beziehung treten möchte. Für ein Baby ist schon sehr früh hauptsächlich das 'Du' der Mutter und des Vaters zentral, bevor erst später sein Ich-Bewusstsein entwickelt wird.

Buber stellt die gegenseitige unmittelbare Begegnung im Lebensverlauf ins Zentrum und nennt sie dialogische Beziehung. Sie geht dabei nicht von einem für sich stehenden Subjekt (Ich) aus, sondern er stellt sie in eine wechselseitige Du-Beziehung. Dieses zwischen dem Ich und Du aufgespannte Beziehungsfeld nennt er die "Sphäre des Zwischenmenschlichen":

"Die Sphäre des Zwischenmenschlichen ist die des Einander-gegenüber; ihre Entfaltung nennen wir das Dialogische" (Buber, 1953/1979, 276).

Sowohl der Philosoph Levin Goldschmidt, als auch der Kinderpsychiater und Psychotherapeut Heinz Stefan Herzka, erweiterten Bubers Verständnis der Dialogik.

Ihnen sind die Begriffe des Widerspruchs und Konflikts wichtig. So versteht Goldschmidt Widerspruch nicht als Gegensatz, sondern als Vielfalt, die die Dialogik zulässt. Sie versucht nicht Widersprüchliches aufzuheben, sondern sieht den "Konflikt als etwas Fruchtbare" und die "Spannung als Reichtum" an (Goldschmidt, 1976, 17). Dialogische Beziehungen sind geprägt von einer sich gegenseitig bedingender Wechselseitigkeit und Gleichwertigkeit, die trotz ihrer Verschiedenheit zusammen als Sowohl-als auch und nicht als Entweder-oder verstanden werden.

Dieses Verständnis der Dialogik, das dialogische Prinzip, hat Herzka, der 1975 die Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik in Zürich gegründet und bis 1985 geleitet hat, in die praktische, pädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern und Familien übertragen und angewendet (Herzka, in Metzmacher, Zaepfel & Petzold, 1995).

Einige für die Integrative Therapie relevanten, therapeutischen Aspekte seines reichen, praktischen Erfahrungsschatzes, werden im Kapitel 5 'Konsequenzen für die Integrative Therapie' näher ausgeführt.

Petzold betont die Wichtigkeit, dass neben den dialogischen Beziehungen, jeweils auch die sogenannten polyadischen Beziehungen zu weiteren Mitmenschen, mit einbezogen werden sollen (Kapitel 2 'Bindungen'). Polyadische Beziehungen finden wir auch im schulischen Kontext. So hat eine Lehrperson zu all ihren SchülerInnen polyadische Beziehungen.

Die Integrative Therapie beschreibt damit übereinstimmend: "Mensch wird man durch den Mitmensch" oder "Alles Sein ist Mit-Sein" (Petzold, 1994j, 402) und betont die Wichtigkeit der Interaktion, der sogenannten Ko-respondenz, die über die ganze Lebensspanne stattfindet (life span development) (Petzold, 1992e).

4.1.2 Ko-respondenz und Entwicklung im Lebensverlauf (life span development)

Die Integrative Therapie nimmt auf die dialogischen Beziehungen direkt Bezug, wenn sie sagt, dass das "dialogische Geschehen des 'Ich und Du', die sich wechselseitig bedingen, [...] als Ko-respondenzprozess" zu verstehen ist (Ramin, Petzold, 1987, 392).

Wir stehen zu unseren Mitmenschen und zu unserer Umwelt in Beziehung und brauchen sie, um existieren und uns entwickeln zu können. Ohne den Andern gibt es kein Ich und nur mit ihnen sind wir verstehbar (Rahm, 1993, 79).

"Der Mensch ist ein leibliches Wesen (Leibsubjekt), das in, mit und durch seine Lebenswelt (Mitwelt) existiert". Unter Ko-respondenz verstehen wir also "den Austauschprozess zwischen Mensch und Lebenswelt", der Entwicklungs- und Veränderungsprozesse ermöglicht (ebd., 88).

Ko-respondenzprozesse finden ab der frühen Kindheit statt. So kommunizieren Babys schon früh und sind in Kontakt und Interaktionen mit ihren Mitmenschen (ebd., 188, 212). Dies steht in deutlichem Gegensatz zu früheren Annahmen, dass sich Babys in den ersten Wochen hauptsächlich passiv verhalten und noch nicht kommunizieren könnten.

Die Ko-respondenzprozesse beinhalten die Gestaltung von gelingenden und misslingenden Interaktionen und finden über die gesamte Lebensspanne statt. Die Integrative Therapie betont damit die Entwicklungsbezogenheit und spricht von life span development approach (Petzold, 1992e, 401f, 405f).

Da das Ko-respondenzmodell der Integrativen Therapie die zwischenmenschliche Begegnung und Beziehung ins Zentrum stellt und "zur Erklärung der Prozesse im

Miteinander von familialen oder familienähnlichen Polyaden und ihrem Beziehungsgeschehen" dient, bezeichnet es Petzold auch als polylogisches Modell (Petzold, 2012q, 463). Polyloge sind dabei soziale Beziehungen und ökologische Bezogenheit (ebd. 2012q, 448, s. Kap. 2 'Bindungen' dieser Arbeit).

"**Polylog** wird verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, *vielfältigen Sinn* konstituiert oder einen [...] **Polylogos** aufscheinen und zur Sprache kommen lässt" (Petzold, Scheiblich, Thomas, 2006, 69).

4.1.3 Lebenswelten als social worlds

In der Integrativen Therapie wird mit dem Begriff social worlds die Wichtigkeit des "ständigen Austausches" mit unseren Mitmenschen und zu unserer Umwelt betont. Wir sind vernetzt mit den unterschiedlichen sozialen und kulturellen Lebenswelten unserer Mitmenschen (Rahm, 1993, 78f).

Damit ist auch gemeint, dass wir die soziale und ökologische Welt, in der ein Kleinkind aufwächst, für sein Verständnis zwingend kennen müssen (ebd., 113).

"*Soziale Welten* (social worlds) [...] entstehen aus *geteilten Sichtweisen* auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schliessen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet [...]" (Petzold, 2012q, 476).

Wir sind eingebettet sowohl in den Kontext unserer Lebenswelt als auch in das Kontinuum der Zeit. Im Kontinuum sind jeweils Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit vorhanden.

Wie schon im Kapitel 2.3 'Bindungen in ihren Lebenswelten / Kontexten' erwähnt, sollen jeweils die verschiedenen Ebenen der Lebenswelt, in der ein Kleinkind aufwächst und seine Eltern / Bezugspersonen leben, mit berücksichtigt werden. Wie ist die Kernfamilie des Kindes zusammengesetzt? Wo wohnt die Familie? Welche Beziehungen bestehen zu den Grosseltern und der Verwandtschaft aus der kindlichen und elterlichen Perspektive betrachtet? Wie sind die Eltern eingebettet in Quartier, Stadt, Dorf, Land? Wie ist ihr beruflicher Status, ihre Religion etc.?

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entwicklung des Kindes stark davon abhängt, wie seine Entwicklungsbedingungen seines soziokulturellen und ökologischen Kontextes geprägt sind.

4.2 Intuitive Kompetenzen der Eltern (intuitive parenting und sensitive caregiving)

Die im dritten Kapitel besprochene Selbstregulation von Babys wird hier nun ergänzt und in Beziehung gesetzt mit den intuitiven Kompetenzen der Eltern.

Fragen, die sich daraus ergeben, lauten z. B.: Wie nehmen feinfühlig Eltern oder Bezugspersonen die Feinzeichen der Babys wahr? Oder: Wie unterstützen die Eltern die 'Selbstregulationsfähigkeiten' ihrer Babys bei unangenehmen und stressigen Fütter- und Wickelsituationen?

Da die intuitiven Kompetenzen der Eltern für ihre Interaktionen mit dem Kleinkind grundlegend sind, wird im nächsten Kapitel v. a. auf die bedeutungsvollen Blickdialoge und die wechselseitige Empathie fokussiert. Selbstverständlich sind die

weiteren kommunikativen Mittel wie Berührungen, Mimik, Gestik und Vokalisationen auch zentral und können mitgedacht werden.

Mechthild und Hanuš Papoušek beschreiben schon 1981 die *"intuitive elterliche Didaktik"* ("intuitive parenting") als die "unbewusst ausgeübten und daher sprachlich nicht vermittelbaren Verhaltensformen, die für das Einüben der frühkindlichen Denkfähigkeiten und Vokalisationen so sinnvoll erscheinen". Diese intuitiven didaktischen Fähigkeiten sind "biologisch verankerte Verhaltensbereitschaften", die [...] "relativ universell, unabhängig vom Geschlecht, Alter, kulturellen Ursprung des Betreuers [...] unwillkürlich ausgeübt" werden (Papoušek & Papoušek, in Petzold, 1994j, 132f).

Konkret sind damit die kommunikativen Anregungen der Eltern, die genau auf den jeweiligen Entwicklungsstand und auf den gegenwärtigen Aufmerksamkeits- und Wachheitsgrad des Säuglings intuitiv abgestimmt werden, gemeint. Diese Anregungen können via Berührungen, Blickkontakte, Mimik (Augenbrauen-gruss etc.), Gestik, Stimme (z. B. erhöhte Stimmlage) und Sprache (z. B. Imitation der Vokalisationen vom Baby) erfolgen. Die Eltern fördern so intuitiv seine kommunikativen Fähigkeiten, indem sie nonverbal und verbal mit ihm in wechselseitigem Dialog sind. Voraussetzung dafür ist, dass die Eltern / Bezugspersonen die Bedürfnisse des Babys intuitiv erkennen (lernen), richtig deuten und feinfühlig darauf reagieren können. Bei gelingender Kommunikation wird die kindliche Korrespondenzfähigkeit gefördert, d.h. konkret, indem das Baby sich verstanden fühlt, wird es in seiner Entwicklung gefördert (Rahm, 1993,160).

In diesem Zusammenhang spricht die Integrative Therapie von *"sensitive caregiving"* (Vyt, 1989, zit. nach Petzold, 1992e, 329). Um ein solches feinfühliges Elternverhalten leisten zu können, wird von den Eltern vorausgesetzt, dass sie die Bedürfnisse und Fähigkeiten ihres Babys möglichst sensibel wahrnehmen. Die frühen Interaktionen werden als ein wechselseitiger Prozess gesehen, in dem sowohl Babys, wie auch Eltern und Bezugspersonen ("caregivers") lernen, immer besser aufeinander zu reagieren. Sie bilden gemeinsam ein Interaktionssystem (Petzold, van Beek & van der Hoek, 1994a, 564f).

In diesem kommunikativen Interaktionssystem lernt ein Baby nicht nur auf seine Eltern zu reagieren, sondern auch die Erwachsenen müssen sich immer wieder von Neuem im Kontakt auf das Baby einstellen und so dazu lernen (ebd., 572). Die neuere Babyforschung formuliert damit übereinstimmend:

"Die Wahrnehmungsfähigkeiten und die prompte Reaktion seiner Eltern sind die Voraussetzungen dafür, dass das Baby ihre Reaktionen in seine Erfahrungen integrieren kann" (Ziegenhain, 2004, 24f).

Unter gelingender Elternschaft wird dabei die elterliche Erziehungs- und Beziehungskompetenz (Feinfühligkeit, emotionale Zuwendung, angemessene Reaktionen etc.) verstanden, die eng mit dem kindlichen Temperament, sowie den unterschiedlichen Umwelteinflüssen und psychosozialen Lebensumständen zusammenhängen.

Nicht nur die elterlichen Kompetenzen sind wichtig für eine gelingende Elternschaft. Auch das kindliche Verhalten spielt dabei eine wichtige Rolle. Wenn sich das Kleinkind selber gut regulieren kann oder temperamentsbedingte Charaktereigenschaften wie z. B. Frustrationstoleranz, grosse Belastbarkeit, Offenheit, Geselligkeit, etc. hat, hilft dies den Eltern in ihrer Erziehungs- und Beziehungskompetenz (KJPP, 2011, 36ff).

Dabei konnte in Studien nachgewiesen werden, dass sich gelungene Eltern-Kind-Interaktionen protektiv auf eine gesunde kindliche Entwicklung auswirken und zwar auch unter belastenden Lebenssituationen. Oder ähnlich formuliert: Wenn den Eltern ein möglichst feinfühliges Verhalten mit ihrem Baby gelingt, dann ist dies ein "Schutzfaktor, welcher entwicklungshemmenden Einflüssen schwieriger psychosozialer Umstände entgegenwirkt und die Chancen auf eine gesunde und positive Entwicklung wesentlich fördert" (KJPP, 39f).

Kurz zusammengefasst, wird eine gelingende Elternschaft als psychologische Ressource betrachtet.

Selbstverständlich sind nicht alle Interaktionen zwischen Kleinkind und Eltern / Bezugspersonen immer gelingend. So können Interaktionen bei 'Notsituationen' oder bei Erkrankung eines Elternteils oder bei einer Beeinträchtigung des Kindes (wie z. B. Down-Syndrom, Frühgeburt etc.) erschwert werden (Petzold et al., 1994a, v.a. 561-587).

4.2.1 Vom Blickkontakt zu Blickdialogen

Da Blickdialoge gegenseitige Eltern-Kind-Interaktionen voraussetzen, wird in diesem Kapitel nochmals auf die dialogischen Beziehungen Bezug genommen (s. Abschnitt 4.1.1 'Dialogische Beziehungen'). Eltern / Bezugspersonen und ihre Babys bilden eine aufeinander bezogene Ganzheit. Sie gehören zusammen, auch wenn sie sich in ihrer Unterschiedlichkeit zu widersprechen scheinen. Ramin und Petzold beschreiben dies übereinstimmend sehr schön im folgenden Zitat:

"Im dialogischen Geschehen des 'Ich und Du', die sich wechselseitig bedingen, lernt das Kind, sich zu sehen, weil es angeschaut wird, lernt es, sich zu zeigen und gesehen zu werden, so dass in diesen Ko-respondenzprozessen aus Konfluenz (Allverbundenheit) sinnvolle und sinnenhafte Differenzierung von 'Innen und Aussen' wird" (Ramin, Petzold, 1987, 392).

Dieses Zitat verdeutlicht, wie wichtig die wechselseitigen Dialoge der kindlichen und elterlichen Blicke in den Ko-respondenzprozessen sind. Dabei ergeben sich vielfältige und vielschichtige Fragen. Wie nehmen die Eltern Blickkontakt zum Baby auf und umgekehrt? Wie deuten und reagieren sie auf die kleinkindlichen Blicke? Wie fördern die Eltern die Ko-respondenzfähigkeit ihres Babys?

Mit Hilfe der phänomenologischen Methode und des hermeneutischen Spiralprozesses der Integrativen Therapie, die in den Unterkapiteln 2.2.1 und 2.2.2 beschrieben wurden, können Antworten auf diese Fragen gefunden werden. So lassen sich z. B. aus dem Blickverhalten diagnostische Rückschlüsse auf die Qualität der Eltern - Kind - Beziehung ziehen (Petzold, 1992e, 443).

Und wie werden aus kurzen Blickkontakten länger anhaltende Blickdialoge? Wie findet ein Dialog der Blicke statt? Nur wenn das Baby den Eltern auch immer wieder Feedbacks, z. B. in Form von Vokalisieren oder Lächeln gibt und umgekehrt, entsteht ein kontinuierlicher, wechselseitiger Dialog. Werden die Rückmeldungen verzögert oder häufig gar nicht gegeben, wird der Dialog und somit auch die Interaktion beeinträchtigt (Ziegenhain, 2004, 41f).

Über den Blickkontakt gelingt es dem Baby, einerseits die für sein Gedeihen existentiell wichtige Beziehung aufrecht zu (er)halten und andererseits gelingt es ihm auch, das Gesicht seines Gegenübers genau beobachten zu können, um so abzuschauen und zu lernen, wie man sprachliche Laute bildet und wie man sich auch mimisch kommunikativ ausdrücken kann. Der Blickkontakt ermöglicht es ihm also,

sowohl Kontakt mit seiner Bezugsperson aufzunehmen, als auch miteinander nonverbal zu kommunizieren und so im Dialog und in der Beziehung zu bleiben. Zentral dabei ist herauszufinden, in welchem Verhaltenszustand das Baby gerade ist. Wenn seine Belastungszeichen anzeigen, dass es müde oder überreizt ist, dann gelingt es ihm nicht mehr, sich auf (Blick)Dialoge einzulassen. In einem wachen Verhaltenszustand jedoch ist es interessiert, aufnahmebereit und kann sich - seinem Entwicklungsstand entsprechend - auf Neues einlassen und ist somit fähig zu lernen. Wenn man genauer hinschaut und dabei entdeckt, wie verliebt Babys ihre Eltern und wie verliebt und liebevoll Eltern ihre Babys anschauen können, wird klar, dass wechselseitige Blickdialoge auch fundamentale Träger von Zuneigung und Bindungen in Interaktionen sind.

Diese innigen Blickdialoge, auch "gazing dialogues" genannt, sind transkulturell zu finden (Petzold, 1994a et al., 568) und sind speziell ebenfalls im therapeutischen Kontext wichtig (Petzold, 1992e, 446).

Auch wenn solche gelingenden Blickdialoge für Babys und ihre Eltern positiv sind, sind diese Interaktionen nicht immer möglich. Blickkontakte und Blickdialoge können - wie schon angetönt - auch misslingen. Das Baby kann z.B., indem es seinen Blick abwendet, den Kontakt abbrechen. Oder die Eltern 'übersehen' immer wieder seine Blickkontakte und seinen Wunsch nach Kontakt.

Im Zusammenhang mit den kleinkindlichen Blickkontakten soll noch kurz der referenzielle Blick erwähnt werden. Gegen Ende des ersten Lebensjahrs beginnt das Kleinkind, eine Verbindung zwischen Person und Gegenstand herzustellen. Es beschäftigt sich nicht mehr nur hauptsächlich alleine mit einem Spielzeug, sondern beginnt, auch vermehrt zu schauen, wie seine Eltern auf seine Spielaktivitäten reagieren. Es kann nun eine solche Dreiecksverbindung zwischen sich selber, seinem Gegenüber und einem Gegenstand herstellen. Indem das Kleinkind zwischen 12 und 18 Monaten mit Hilfe dieses referenziellen Blicks Antworten auf seine vielen Fragen bekommt, lernt es, die Wörter mit den Gegenständen und Handlungen zu verknüpfen. Damit ist ein wichtiger Grundstein für die Entwicklung der Sprache gelegt (Bruner, 2002, in Zollinger, 2010, 281f).

Blickdialoge sind nicht nur in der frühen Kindheit für die sprachliche Entwicklung und Persönlichkeitsentwicklung von grosser Bedeutung, sondern sie bleiben ein Leben lang bestehen.

4.2.2 Wechselseitige Empathie

In der Integrativen Therapie wird Empathie verstanden als "die Fähigkeit, sich in den anderen einzufühlen und ein spontanes Bewusstsein davon zu entwickeln, dass auch der andere ein 'Ich' ist" (Rahm, 1993, 81). Empathie findet also in gegen-seitigen Interaktionen statt und wird in einem Hin und Her zur wechselseitigen Empathie.

"Die Empathie der Mutter und anderer 'relevant caregiver' fördert nicht nur die Möglichkeit zur *Selbstepathie* bei ihrem Säugling und Kleinkind, sondern sie schafft auch die Voraussetzungen dafür, dass das Kind sich in sie und in andere Menschen einfühlen und multiple Beziehungen – später etwa in der eigenen Familie, in Freundeskreisen, Gruppen, Teams usw. - gestalten kann" (Petzold, Müller 2005 / 2007, 39f).

Petzold unterscheidet dabei drei Empathieformen:

Die *kognitiven* Dimensionen, die für das 'Verständnis' notwendig sind, die *emotionalen* Dimensionen, die das 'Mitgefühl' betreffen und die *somatosensorischen* Empfindungen des 'Mitschwingens' (Petzold, 2018n).

Die Fähigkeit, sich in eine andere Person einzufühlen, ist teilweise angeboren, wird jedoch durch Erfahrungen weiterentwickelt. Wenn das Baby erfährt, dass es in seinen Bedürfnissen von den Eltern immer wieder wahrgenommen wird, ist damit eine wesentliche Voraussetzung für seine spätere Empathie- und Beziehungsfähigkeit gegeben (Rahm, 1993, 171).

Gelingende und wechselseitig-empathische Interaktionen zwischen Baby und Eltern bilden einen wichtigen Schutzfaktor für die weitere Entwicklung. Wie genau finden nun diese Interaktionen statt?

Da ein Baby hauptsächlich im vorsprachlichen Raum interagiert, nimmt es v. a. über Stimmungen und Atmosphären sehr genau synästhetisch wahr. Rahm bezeichnet dies als "atmosphärisches Erfassen". So kann das Baby bereits die Gestimmtheit seiner Mutter oder seines Vaters über ihren Muskeltonus, Stimmlage etc. wahrnehmen. Es versteht den Sprachinhalt noch nicht kognitiv, aber es nimmt die Atmosphäre, die mitschwingt bei der mütterlichen Äusserung von Freude oder Ungeduld, wahr. Umgekehrt nehmen auch die Eltern die Stimmung, das Verhalten, die Körper-spannung, die Mimik etc. ihres Kindes unbewusst atmosphärisch wahr. Dieses gegenseitige, sich aufeinander Einstimmen beschreibt Stern als "attunement". Das atmosphärische Erfassen als vorsprachliche Kommunikationsform in den Inter-aktionen, kann auch als Korrespondenzprozess verstanden werden (Stern, 1985, in Rahm, 1993, 130f).

In der modernen Babyforschung wird diese Wechselseitigkeit in den empathischen Interaktionen wie folgt beschrieben:

"Ähnlich führen regulatorische Kompetenzen des Kindes (wenn es sich z. B. leicht beruhigen lässt oder sich bei kleinen Belastungen selber emotional regulieren kann und daher weniger schreit), dazu, dass sich Eltern im Umgang mit dem Kind sicherer und kompetenter fühlen"(KJPP, 37).

Dadurch werden wechselseitige Interaktionen ermöglicht, die sowohl vom Kind als auch von den Eltern als gelingend empfunden werden.

Wenn sich die Eltern / Bezugspersonen in der Interaktion auf die Reaktionen ihres Babys einstellen und umgekehrt das Baby sich wiederum auf dieses elterliche Verhalten abstimmt, kann es zu einem gelingenden, kommunikativen Interaktionsprozess, der Dialogqualitäten hat, kommen. Dieser wichtige Prozess wird "turn-taking" genannt. Er ist zentral und bildet die Voraussetzung für den Spracherwerb (Petzold, van Beek & van Hoek, 1994a, 570f).

Das turn-taking lässt sich mit einem Tanz vergleichen, indem die 'Tanzenden' ständig aufeinander bezogen sind und sich immer wieder aufs Neue fein aufeinander abstimmen.

5. Konsequenzen für die Integrative Kindertherapie

Im Weiteren werden die bisherigen theoretischen Aussagen in die Praxis übertragen, um einerseits die Verschränkung der Theorie zur Praxis aufzuzeigen und um andererseits für die Praxis hilfreiche Erkenntnisse zu gewinnen.

5.1 Verschränkung von Theorie und Praxis

Der Bezug der Theorie zur Praxis ist in der Integrativen Therapie äusserst wichtig. Da dieses Thema jedoch sehr umfassend ist, können nur einige Aspekte überblicks-weise erwähnt werden.

Wie in dieser Arbeit schon besprochen, gelten als frühkindliche Entwicklungspotentiale Gesundheit, gute selbstregulatorische Kompetenzen und Eigenschaften des Temperaments wie soziale Zugewandtheit, Offenheit, hohe Belastbarkeit, Frustrationstoleranz, etc. Die frühkindlichen Entwicklungspotentiale vereinfachen es den Eltern, zu gelingenden Interaktionen zu kommen, welche sich wiederum protektiv auf die (klein)kindliche Entwicklung auswirken (KJPP, 37). Auf der elterlichen Seite sind deren Ressourcen wie Gesundheit, Feinfühligkeit, intuitive Elternkompetenz (intuitive parenting) und familiärer Zusammenhalt, sowie Unterstützung durch Freunde, Herkunftsfamilien und Nachbarschaft, zentral. Früh-kindliche Entwicklungspotentiale und familiäre ressourcenreiche Lebenswelten erleichtern den Aufbau von sicheren Bindungen.

Die Integrative Therapie stellt in Bezug auf die Praxis folgende bedeutsame Fragen:

- Welche altersentsprechenden, "*gesunden Anteile*" des Kindes sollen erhalten werden, um sie im weiteren Leben und in der Therapie nützen zu können?
- Welche "*ungenutzten Potentiale*" sind vorhanden und können entwickelt werden?
- Welche Verhaltensweisen funktionieren nicht mehr und welche "*Defizite*" sind vorhanden? (Ramin, Petzold, 1987, 370)

In der beraterischen und therapeutischen Praxis hat ein detailliertes Wissen um früh-kindliche Entwicklungspotentiale und um elterliche Ressourcenbereiche Einfluss auf die Sicht und das Verständnis des kindlichen Verhaltens in den familiären Interaktionen. So können z. B. mit Hilfe von Videosequenzen das kindliche Verhalten und die Interaktionen mit den Eltern beobachtet werden, um zu verstehen und zu erklären, welche zugrunde liegenden Entwicklungsprozesse vorhanden sind. Dies ermöglicht, Interventionen, die jeweils möglichst genau auf das Kind und seine Bezugspersonen abgestimmt werden, für die Beratung und Therapie abzuleiten. Im weiteren Beratungs- oder Therapieverlauf werden diese Interventionen immer wieder überprüft und angepasst. Je nach Indikationen werden die kleinkindlichen und elterlichen Kompetenzen in den Interaktionen gestärkt (Ziegenhain, 2004, 15).

5.2 Prozessuale Diagnostik

Die Integrative Therapie betont mit dem Begriff 'Prozessuale Diagnostik', dass die Diagnostik während des ganzen Therapieverlaufes stattfindet.

Im diagnostischen Prozess wechseln sich Involvierung (an der Interaktion beteiligt sein), Zentrierung (bei sich sein) und Exzentrizität (beobachten und erklären) ab. KlientIn und TherapeutIn sind immer beide am diagnostischen Prozess beteiligt .

Bevor therapeutische Handlungsstrategien abgeleitet werden, analysieren wir folgende Bereiche:

1. Ursachen
2. Bedürfnisse / Ziele
3. Lebenswelt

4. Kontinuum

5. Ressourcen (Rahm, 1993, 336ff)

Ausgehend von den Phänomenen (Symptomen) versuchen wir, Erkenntnisse über die zugrunde liegenden Strukturen der Persönlichkeit zu gewinnen. Mit Hilfe dieses hermeneutischen Prozesses werden in der Diagnostik und Therapie die Erkenntnisse systematisch mit den eigenen fachlichen Theorien und Erfahrungen verknüpft (vgl. Kapitel 2 'Phänomenologische Methode' und 'Hermeneutischer Spiralprozess').

Wir versuchen also, mit Hilfe der phänomenologischen Methode den Sinn der Phänomene (z. B. Symptome) im hermeneutischen Prozess zu verstehen und so zu den Strukturen der Persönlichkeit zu kommen. Die Integrative Therapie spricht hier von *Strukturdiagnostik*. Dabei werden in der Kindertherapie spielerische und kreative Mittel wie (Puppen)spiel, Malen und Tonarbeit angewendet. Je nach Situation können auch Hausbesuche sinnvoll sein (Petzold, Müller, 2004c).

"Dies geschieht dadurch, dass wir Sinnzusammenhänge, Beziehungen zwischen den Symptomen, Verhaltens- und Erlebensweisen und der Lebensgeschichte der KlientIn herstellen. Diese Zusammenhänge nennen wir (jeweils vorläufig) die Struktur der KlientIn" (Rahm, 1993, 341f).

Bruno Metzmaker und Helmut Zaepfel erweitern die Strukturdiagnostik, indem sie eine dreiteilige Diagnostik vorschlagen. Sie fügen noch die *Symptomdiagnostik* und die *Systemdiagnostik* hinzu. Daraus ergeben sich somit drei verschiedene Perspektiven, wie Störungen betrachtet werden können.

Die *Symptomdiagnostik* erfolgt "mittels systematischer, standardisierter und halbstandardisierter Beobachtungen (z. B. verhaltensnahe Exploration, Teilleistungstest, projektive Verfahren etc.)."

Die *Systemdiagnostik* verbindet die beiden genannten diagnostischen Perspektiven zu einem "sozialen Sinnverstehen", d. h. sie bezieht die "systemisch-lebensweltliche Einbindung der Person" mit ein (Metzmaker et al., 1996, 22f; Petzold, Müller, 2004c). Mittels dieser vielseitigen und vielschichtigen Diagnostikperspektiven werden vorläufige Therapieziele formuliert, die immer wieder überprüft und angepasst werden.

5.3 Behandlungsstrategien

Zum besseren Therapieverständnis wird das folgende, prägnante Zitat angeführt, bevor auf die Behandlungsstrategien eingegangen wird:

"Unter Therapie verstehen wir in der Integrativen Therapie die Gesamtheit aller Massnahmen, die dazu dienen, die eingeschränkte Ko-Respondenzfähigkeit eines Menschen, der mit sich und mit anderen nicht zurechtkommt, wieder in Gang zu bringen oder zu entwickeln" (Rahm, 1993, 327).

Ein wichtiges Therapieziel ist demnach

"die Weiterentwicklung von Ko-respondenzfähigkeit, von Fähigkeit zu Kontakt, Begegnung und Beziehung sowohl in Bezug auf die Gegenwart als auch auf die Lebensgeschichte der KlientIn" (ebd., 383).

Übertragen auf die frühe Kindheit ist speziell in der Kindertherapie wichtig, dass wir nicht nur auf das Baby oder Kleinkind fokussieren, sondern dass seine Eltern / Bezugspersonen und die Eltern-Kind-Interaktionen miteinbezogen werden. Eltern

kommen sowohl mit Regulationsstörungen, als auch mit Erziehungsschwierigkeiten in die frühkindliche Beratung oder Therapie.

Dabei stellen wir die therapeutische Beziehung zum Baby / Kleinkind und zu seinen Eltern / Bezugspersonen ins Zentrum, da wir aus der Psychotherapieforschung wissen, dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Mittel für eine gelingende Psychotherapie ist (Petzold, 1995a, 239).

5.3.1 Therapeutische Beziehungen

"Heilung geschieht in der *therapeutischen Beziehung*, durch die sich in ihr entfaltende Psychodynamik und ihre kindgemässe Handhabung, so dass die Sprache des Leibes, die Regungen des Unbewussten, die Impulse der Kreativität Ausdruck und Form finden können" (Ramin, Petzold, 1987, 10).

Dieses Zitat zeigt sehr schön die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für eine gelingende Therapie / Beratung auf. Wie im diagnostischen Prozess findet auch in der therapeutischen Beziehung ein ähnlicher Prozess statt (s. Kap. 5.2 ‚Prozessuale Diagnostik‘). Vom Therapeuten wird erwartet, dass er sich auf die Beziehung einlässt (Involvierung) und bei sich selber sein kann (Zentrierung) und als drittes, dass er auch den Überblick behält (Exzentrizität). Diese diagnostische und therapeutische Flexibilität wird in der Integrativen Therapie "*partielles Engagement*" genannt (Rahm, 1993, 351).

Oder damit übereinstimmend formuliert: Die Therapeutin fühlt sich in die Erlebnis- und Lebenswelt des Kindes ein, nimmt dort teil und bleibt aber zugleich in ihrer eigenen Erwachsenenwelt. Sie wechselt flexibel zwischen diesen beiden Welten hin und her, verbindet sie und kann so für das Kind vermitteln. Damit wir die Erlebnis-welt des Babys möglichst gut erfassen können, versuchen wir also aus seiner Kinderperspektive zu schauen und achten auf die in diesem Entwicklungsalter sich zeigenden -, in der frühen Kindheit speziell auf seine leiblichen Interaktionen und sein nonverbales Kontaktverhalten. Auch kompetente Eltern versuchen in ihrer Erwachsenenrolle zu bleiben und trotzdem in die jeweilige kindliche Erlebniswelt hinein zu tauchen, die je nach Geschlecht, Alter und Kind sehr unterschiedlich ist. Sowohl kompetente Therapeuten wie auch kompetente Eltern zeichnen sich also dadurch aus, dass sie sich flexibel auf sich rasch ändernde Situationen beim Kind einstellen können.

Da Babys und Kleinkinder liebevolle Interaktionen mit ihren wichtigen Bezugspersonen brauchen, versuchen wir auch in der Kindertherapie ein ko-respondierendes Milieu zu schaffen. Grundlegend für eine therapeutische Beziehung ist deshalb zu Beginn der Aufbau von Kontakt und Vertrauen zum Baby / Kleinkind und zu seinen Eltern. Im weiteren Therapieverlauf orientieren wir uns am Entwicklungs-geschehen. Wir versuchen, mit Hilfe einer wertschätzenden Atmosphäre in der Therapie das Baby / Kleinkind in seiner Entwicklung zu fördern unter Einbezug seiner Familie. Normalerweise kann davon ausgegangen werden, dass je jünger ein Kind ist, desto abhängiger ist es von seinen Eltern. Auf die Therapie übertragen heisst das, dass in der therapeutischen Arbeit mit dem Kleinkind sein Lebenskontext und das Beziehungsnetz seiner Familie von grosser Wichtigkeit sind. Für die therapeutische Arbeit speziell mit dem jüngeren Kind ist der Miteinbezug seiner "*Lebenswelten*" und die gemeinsamen und unterschiedlichen "*social worlds*" seiner Familie also zwingend (s. auch Kapitel 4.1.3). Vom Therapeuten wird dabei erwartet, dass er möglichst tolerant gegenüber den verschiedenen pädagogischen Vor-stellungen, der social

worlds und Lebenswelten der Eltern und Bezugspersonen ist (Ramin, Petzold, 1987, 360ff).

Wie wichtig der Miteinbezug der kindlichen Lebenswelt ist, soll an folgendem Zusammenhang kurz aufgezeigt werden: Wenn Babys und Kleinkinder Verhaltensauffälligkeiten zeigen, sollen sie zwingend in ihrem jeweiligen Kontext betrachtet werden, da sie häufig nur in bestimmten Situationen und meist vorübergehend auftreten. So können sich z. B. Ess-, Fütter- oder Schlafstörungen schon nach wenigen Beratungen in kurzer Zeit verbessern (Ziegenhain, 2004, 64).

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Empathie. Sowie das Kleinkind Empathie von seinen Eltern erfährt, soll es auch in der Therapie in seiner Wahrnehmung bestärkt werden, damit es "ein Gefühl für sich selbst", "*Selbstepathie*", entwickeln lernt (Ramin, Petzold, 1987, 393).

In diesem Zusammenhang ist auch die wechselseitige Empathie zentral, da sie in der Therapie ein grosses heilendes Potential hat (Petzold, 1994j, 14) und in der Interaktion zu gelingenden therapeutischen Beziehungen führen kann (Petzold, 1995a, 242; s. auch Kapitel 4.2.2 'Wechselseitige Empathie' in dieser Arbeit).

Auf die wechselseitige Empathie in unterschiedlichen therapeutischen Beziehungen weist ebenso Heinz Stefan Herzka hin. Er sieht eine der Aufgaben in der Psychotherapie darin, Differenzen, Widersprüche und Konflikte nicht beseitigen zu wollen, sondern den Umgang mit ihnen zu thematisieren und Bewältigungskräfte (Ressourcen) zu fördern. Dabei steht die individuelle Biographie auch immer im gesellschaftlichen Kontext mit der Zeitgeschichte (Herzka, 2001).

Dialogische Interaktionen sind geprägt vom vielfältigen Wechselspiel zwischen Baby / Kleinkind und seinen Eltern. Sie haben eine Beziehung zueinander, die ohne den andern nicht möglich wäre und sie gehören so in ihrer Unterschiedlichkeit zusammen. Übertragen auf die Therapie finden wir auch hier dialogische Beziehungen zwischen Baby, Eltern und Therapeut. Vom Therapeut wird eine offene Haltung erwartet, damit er sich auf die dialogisch-therapeutischen Beziehungen einlassen kann (Herzka, Reukauf, in Metzmacher et al. (1995); vgl. auch Kapitel 4 'Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkind').

Für ein besseres Verständnis der Wirkprozesse in der Kindertherapie wird das Konzept der "14 + 3 Wirkfaktoren" der Integrativen Therapie beigezogen. Speziell für die Therapie und Beratung bei Babys, Kleinkinder und ihren Familien sind meiner Meinung nach vor allem folgende Wirkfaktoren bedeutsam: Einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze, Förderung des emotionalen Ausdrucks und kommunikative Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung, Förderung von Lernmöglichkeiten und Förderung von tragfähigen sozialen Netzwerken (Petzold, 2016n).

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum der Therapie ist vergleichbar mit unserer Welt, in der sich beständig Wechsel und Veränderungen vollziehen, Tag und Nacht, Wachsein und Schlafen, Sommer und Winter usw..

"Alles fließt, nichts bleibt, noch ist es je dasselbe."

(Heraklit) (Petzold, Orth & Sieper, 2006, 642),

Die Integrative Therapie formte, beruhend auf den griechischen Philosophen Heraklit, das heraklitische Prinzip,

"dass Leben ein beständiger Prozess von *Differenzierung, Integration und Kreation* in Kontext und Kontinuum ist. Dieser Prozess bringt immer neue

Formen und in steten Metamorphosen Welt- und Lebensvielfalt hervor" (Schwennen, in Petzold, Scheiblich & Thomas, 2006, 97).

Nichts hat fortwährend Bestand. Alles verändert sich. Entwicklung ist Veränderung und Wandel. Der Therapeut soll Respekt haben für das, 'was fließt' und nicht zu grosse Veränderungen anstreben wollen. Manchmal sind nur sehr kleine Veränderungen möglich und nötig. Auch wenn nur winzige Entwicklungsschrittchen stattfinden, sollten wir sie trotzdem wertschätzen.

In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, sowohl mit unseren Beraterischen und therapeutischen Ansprüchen bescheiden zu bleiben, mit dem Wissen, dass wir nur beschränkt Einfluss auf das Leben eines Kindes und seiner Familie haben (Rahm, 1993, 385).

Im therapeutischen Entwicklungsprozess wechseln sich wiederholende rhythmische Phasen von Ordnung-Chaos-Neuordnung-Chaos etc. ab, wobei die Chaos-Phasen als Umbruchphasen betrachtet werden, in denen Veränderungen und Umstrukturierungen möglich werden können. Diese Übergänge können als jeweilige Chance für eine Neuentwicklung gesehen werden. Sie sind jedoch auch labil und stör anfällig. Unsere Aufgabe als Therapeut ist es, dieses Chaos zu respektieren und Hilfestellungen beim Aufgeben von Überholtem und bei der Entwicklung von Neuem, das zu einer Neuordnung werden kann, zu geben (ebd., 383ff). So versuchen wir jeweils herauszufinden, in welcher Phase das Baby mit seinen Eltern in der Therapie gerade ist.

Dabei stellt sich die Frage, wie weit können wir die Eltern in den Interaktionen mit ihrem Kind therapeutisch unterstützen. Mechthild und Hanus Papoušek schlagen in diesem Zusammenhang folgende drei übersichtliche Unterstützungsmöglichkeiten für die Therapie vor:

1. "Psychophysische Entlastung der Eltern"
2. "Therapeutische Förderung der intuitiven elterlichen Früherziehung" (intuitive parenting)
3. "Wirksamwerden der intuitiven elterlichen Früherziehung" (intuitive parenting) im Alltag (Papoušek & Papoušek, in Petzold, 1994j, 138f)

Sowohl der von Papoušeks geprägte Begriff "intuitive parenting" wie auch "sensitive caregiving" (Vyt, 1989, nach Petzold, 1992e, 329), haben beide eine hohe Relevanz für die Psychotherapie (Petzold, 1995a, 205; vgl. auch Kap. 4.2 dieser Arbeit).

Eine Psychotherapie, die auf die drei oben beschriebenen Unterstützungsmöglichkeiten der intuitiven, elterlichen Kompetenz (intuitive parenting) fokussiert, kann so "das Potential wirksamer Selbstheilungskräfte in erfolgreich ablaufenden Interaktionen aktivieren und ausschöpfen" (Papoušek, in Petzold, 1994j, 138f).

Die Eltern werden also in den Interaktionen konkret darin bestärkt, sich intuitiv auf die Spiele und Interessen ihres Babys / Kleinkindes einzulassen, wobei es wichtig ist, dass sie sich dem kindlichen Tempo anpassen. Das heisst auch, dass sie seinen Bedürfnissen genügend Raum geben und das Kind nicht 'bespielen'.

Damit übereinstimmend sollen die Eltern in der Beratung oder Therapie lernen, die frühkindlichen Feinzeichen von Belastung zu erkennen (wie z. B. unregelmässige Atmung, veränderte Gesichts- und Hautfarbe, Grimassieren etc.), um das Baby so bei seiner Selbstregulation in der Interaktion zu unterstützen. Konkret kann das heissen, das Baby weniger zu stimulieren und ihm die von ihm benötigten Pausen und Ruhe zu gewähren (Ziegenhain, 2004, 122).

Wie in dieser Arbeit bereits erwähnt, ist das dynamische Wechselspiel zwischen dem kindlichen Bindungs- und Explorationsverhalten nicht nur für die Eltern-Kind-Interaktionen zu Hause, sondern auch in der Therapie zentral. So kann ein Therapieziel sein, die Beweglichkeit oder Balance zwischen diesem Bindungs- und Explorationsverhalten zu optimieren. Wichtig dabei ist, den Entwicklungsstand, die aktuelle Situation, seine Lebensgeschichte, den Kontext, in dem das Kind aufwächst, sowie die Entwicklungsziele mit zu berücksichtigen (Ziegenhain, 44f).

Den Eltern kann in der Therapie z. B. konkret aufgezeigt werden, wie und wo sie ihr Kind in seiner Exploration unterstützen können, damit es ihm immer wieder gelingt, positive Erfahrungen zu sammeln, selber etwas bewirken zu können.

Die bereits 1995 von Petzold beschriebene entwicklungsorientierte Psychotherapie (1994r, 15, 21) ist nach wie vor aktuell, da in der modernen Babyforschung spannende Parallelen dazu vorliegen (Brisch, 2014, Grossmann, 2017, Ziegenhain, 2004). Die Integrative Therapie ist entwicklungsorientiert, da sie sich an der lebenslaufbezogenen Entwicklung, die im Kontinuum die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit einbezieht, orientiert (Petzold, 1995a, 170, 179).

Eine Psychotherapie, die sich an der kindlichen Entwicklung orientiert, ist sich zudem bewusst, dass sich Babys nur in Beziehungen entwickeln können.

6. Schlussbetrachtung

6.1 Kritische Diskussion und Ausblick

Meiner Meinung nach hat sich die in der Einleitung dieser Arbeit formulierte Annahme, dass frühkindliche Bindungsbeziehungen einen grossen, existentiell wichtigen Einfluss auf eine optimale Entwicklung in der Lebensspanne eines Kindes haben, bestätigt. Dabei wurde ebenfalls klar, dass es zwingend ist, diese Beziehungen von Babys / Kleinkindern mit ihren Eltern und ihren Bezugspersonen in den Interaktionen und im jeweiligen soziokulturellen Lebenskontext zu betrachten.

Auch wenn Gesundheit und Krankheit in der Integrativen Therapie als zusammengehörige Prozesse betrachtet werden, wurden psychopathologische Aspekte in dieser Arbeit nur gestreift. Bewusst wurde der Fokus auf die gesunden und protektiven Bereiche in Eltern-Kind-Interaktionen gesetzt, um ihre Wichtigkeit für das theoretische, grundlegende Verständnis dieser komplexen Prozesse und für die praktische, pädagogische und klinische Arbeit aufzuzeigen.

Wichtige Fragen, die in diesem Zusammenhang spannend sind weiterzuverfolgen, wären: Was brauchen Babys / Kleinkinder und Eltern / Bezugspersonen in unterschiedlichen Kontexten (zu Hause, in der Therapie etc.), damit gemeinsame Interaktionen gelingen? Wie können kindliche und elterliche Bewältigungskompetenzen gefördert werden, um mit Belastungssituationen besser umgehen zu können?

Gelingende Interaktionen haben Einfluss auf eine positive Entwicklung, auch bei Babys und Kleinkindern mit schweren Regulationsstörungen und in belasteten, dysfunktionalen Familien. Auch in einem solchen schwierigen Kontext bestehen funktionierende, protektive Inhalte, mit denen therapeutisch gearbeitet werden kann. Diese theoretische Arbeit hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern möchte einige wesentliche Charakteristika dieses spannenden Themas aufzeigen, mit dem

Wunsch, dass kleine Kinder und ihre Familien in der Beratung und Kinder-therapie von unserer Kompetenz, unserer Spielfreude und unserem Humor profitieren können.

Ausblick

Jedes Kind ist einzigartig.
Wie entdeckt es aktiv die Welt?
Welche Bedeutungen gibt es seinen Entdeckungen?

Mit folgendem Zitat möchte ich diese Arbeit abschliessen:

"Eine 'persönlich bedeutsame Beziehung' ist der wichtigste *Schutzfaktor* im Leben von Menschen" (nach Petzold, 1994r, 21).

7. Zusammenfassung / Summary

Die Bedeutung von sicheren emotionalen Bindungen als Schutzfaktoren in der frühen Kindheit im Kontext der *"Integrativen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie"*

Anhand von Konzepten der *"Integrativen Therapie"* und der aktuellen Babyforschung wird aufgezeigt, dass sichere, frühkindliche Bindungen eine wesentliche, grundlegende Schutzfunktion für eine gesunde Entwicklung bilden. Der Fokus wird auf salutogenetische Aspekte wie frühkindliche Entwicklungspotentiale und Ressourcen im familiären Beziehungsnetz und in der sozialen Lebenswelt gelegt. Es wird mit Hilfe der Selbstregulationsprozesse von Babys aufgezeigt, wie diese von den Eltern / Bezugspersonen wahrgenommen werden, um mit ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen möglichst prompt und entsprechend auf kleinkindliche Bedürfnisse zu reagieren und dadurch wechselseitig gelingende Interaktionen in der Familie und im diagnostisch-therapeutischen Kontext zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: *"Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie"*, sichere emotionale Bindung, Ressourcen, intuitive, elterliche Kompetenzen, feinfühliges Eltern-/Bezugspersonenverhalten

Summary

The importance of secure emotional attachment as protective factors in early childhood in the context of *"Integrative Child and Adolescent Psychotherapy"*

Based on concepts of *"integrative therapy"* and current baby research, it is shown that safe, early childhood attachment is an essential, fundamental protective function for healthy development. The focus is on salutogenetic aspects such as early childhood development potential and resources in the family network and in the social

environment. With the help of babies' self-regulation processes, it will be shown how these are perceived by parents/reference persons in order to react as promptly and appropriately as possible to infant needs with their intuitive parenting and thus enable mutually successful interactions in the family and in the diagnostic-therapeutic context.

Keywords: "Integrative child and adolescent psychotherapy", secure emotional attachment, resources, intuitive parenting, sensitive caregiving

8. Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978):* Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Als, H. (1984):* Manual of Naturalistic Observation of the Newborn (Pre-term and Full-term). Boston: Children's Hospital.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G., (21994):* Die frühe Bindung. Stuttgart: Klett Cotta.
- Buber, M. (41979, 1962):* Das dialogische Prinzip. (Ich und Du, 1923; Zwiesprache, 1932; Elemente des Zwischenmenschlichen, 1953). Heidelberg: Lambert Schneider.
- Brisch, K. H. (2014):* Säuglings- und Kleinkindalter, Bindungspsychotherapie Bindungsbasierte Beratung und Therapie. Stuttgart: Klett.
- Bruner, J. (2002):* Wie das Kind sprechen lernt. Bern: Huber.
- Garstick, E. (2013):* Junge Väter in seelischen Krisen. Wege zur Stärkung der männlichen Identität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goldschmidt, H. L. (1976):* Freiheit für den Widerspruch. Schaffhausen: Novartis.
- Grossmann, K.:* Vortrag 'Bindung in der kindlichen Entwicklung', Hochgeladen am 22.10.2015 vom RPP Institut, Wien.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (72017):* Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hauch, G. (1996):* Vorüberlegungen und Konzepte zu einer 'Integrativen Früh-therapie'. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.):* Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd.2. Paderborn: Jungfermann. 199-241.
- Herzka, H. St. (31.5.2001):* 'Warum Psychotherapien dialogisch sind'. Referat an der Universitätsklinik Zürich.
- Herzka, H. St., Reukauf, W. (1996):* Kinderpsychotherapie als dialogischer Prozess, ein der frühen Mutter-Kind-Entwicklung entsprechendes Konzept. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.) (1995):* Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungen des Kindes von heute. Bd.1. Paderborn: Jungfermann. 131-166.
- Metzmacher, B. (1987):* Integrative Bewegungstherapie mit Kindern. In: *Petzold, H., Ramin, G. (Hg.):* Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn: Jungfermann. 227-255.

- Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.) (1995):* Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungen des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd.1. Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.) (1996):* Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd.2. Paderborn: Junfermann.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1981b):* Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 3, 229-238.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1995):* Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: *Petzold, H. (Hg.) (1994j):* Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 123-139.
- Petzold, H. (1992e):* Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibenzentrierter Interventionen bei "frühen Schädigungen" und "negativen Ereignisketten bei "frühen Schädigungen" und "negativen Ereignisketten" in unglücklichen Lebenskarrieren. In: *Petzold, H. (Hg.) (1994j):* Die Kraft liebevoller Blicke. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 325-490.
- Petzold, H. (1993a, 2003a):* Integrative Therapie. Integrative Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie, Bd. 1, Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (Hg.) (1993c):* Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (Hg.) (1994j):* Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H. (1994r):* Einführung Entwicklungsorientierte Psychotherapie - ein neues Paradigma. In: *Petzold, H. (Hg.) (1994j):* Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 13-24.
- Petzold, H. (1995a):* Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozesse und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hg.) (1995):* Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Bd. 1. Paderborn: Junfermann. 169-280.
- Petzold, H. (2000r):* Protektive Faktoren. In: Stumm, G., Pritz, A.: Wörterbuch der Psychotherapie. Wien-New York: Springer. 536-537.
- Petzold, H. (2007a):* Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. (2012a):* (Hg.): Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie - interdisziplinäre Perspektiven. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. (2012q):* Transversale Identität und Identitätsarbeit - Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie - Perspektiven 'klinischer Sozialpsychologie'. In: *Petzold, H. (Hg.) (2012a):* Identität: Ein Kernthema moderner Psychotherapie - interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 407-603.
- Petzold, H. (2016n):* „14 plus 3“ - Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und

die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Auch in *POLYLOGE* Jg. 2018. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/>

- Petzold, H.* (2018n): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ – Grundlage konstruktiv-melioristischer Lebenspraxis und Therapie. Ein Arbeits-papier. Hückeswagen: Europäische Akademie für Biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung. *POLYLOGE* Jg. 2019. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>.
- Petzold, H., Beek, Y. van & Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646.
- Petzold H., Goffin, J.J.M. & Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungs-psychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.* (Hg.) (1993c): Frühe Schädigungen - späte Folgen? Bd. 1. Paderborn: Junfermann, 345 - 497.
- Petzold, H., Müller, L.* (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, Berlin: Springer, 185 – 196.
- Petzold, H., Müller, M.* (2005 / 2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozial-psychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen. www.fpi-publikationen.de/supervision - In: *SUPERVISION: Theorie-Praxis-Forschung*. 03/2005 und in *Petzold, H.* (2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 367-431.
- Petzold, H., Orth, I. & Sieper, J.* (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der "Integrativen Therapie" als "Entwicklungstherapie". In: *Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg) (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag. 627-714.
- Petzold, H., Ramin, G.* (Hg.) (1987, 31995): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H., Schay, P. & Scheiblich, W.* (Hg) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag.
- Petzold, H., Scheiblich & W., Thomas, G.* (2006): Drogentherapie - Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und "der Integrative Ansatz". In: *Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg) (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag. 41-94.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse & S., Ruhe-Hollenbach, H.* (1993, 41999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Ramin, G., Petzold, H.* (1987): Integrative Therapie mit Kindern. In: *Petzold, H., Ramin, G.* (Hg): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn: Junfermann. 359 - 426.
- Rutter, D. R., & Durkin, K.* (1987): Turn-taking in mother–infant interaction: An examination of vocalizations and gaze. *Developmental Psychology*, 23(1), 54–61. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.1.54>
- Schwennen, H.* (2006): *Philosophische, ideologische und ideologiekritische Positionen in der Suchttherapie*. In: *Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg) (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag. 95-116.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E.* (1993) Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1434-1450.

- Stern, D. (1985): The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York. Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.1992.
- Stumm, G., Pritz, A. (Hg) (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien-New York: Springer.
- Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie (KJPP) (2011): Instrumente für die Praxis, Einschätzung von Belastungsfaktoren und Ressourcen. Handout.
- Vyt, A. (1989): The second year of life as a developmental turning point: Implications for sensitive caretaking. *European Journal of Psychology of Education* 2. 145-158.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004): Entwicklungs-psychologische Beratung für junge Eltern - Grundlagen und Handlungs-konzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Zollinger, B. (2010): Die Entdeckung der Sprache, Entwicklungsprozess, Störungen, Untersuchung, Beurteilung. Pädiatrie up2date. www.thieme-connect.de/ejournals,Thieme, 279 - 2