

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung
sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik,
Kulturarbeit und Öko-care

05 / 2024

Psychodrama in der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen *

*Doris Pfister ***, CH - Zürich

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“:

*Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,
Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann, Bettina Mogyoróczy, MSc.*

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann*, NN, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen
e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller*. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch,

** Postgraduale Weiterbildung „Integrative Psychotherapie“; Gutachter/Betreuerin: *Prof. Dr. Hilarion G. Petzold / Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd.*

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung
- 2 Erlebnis und Ressourcenaktivierung (3. Weg) – enacted
 - 2.1 Szenen als holistische und aktionale Verschränkung von Kognition, Emotion, Volition und Handlung (das Leibsubjekt: embodied, embedded, enacted und extended)
 - 2.2 Kreativität/Kokreativität in der *Integrativen Therapie*
- 3 Bewusstsein und Entwicklung (1. Weg) – embodied
 - 3.1 Mentalisieren, soziale Repräsentationen
 - 3.2 Rollen- und Persönlichkeitsentwicklung (Bewusstsein, Selbst, Ich, Identität)
- 4 Soziale Beziehungen und Emotionen (2. Weg) – embedded
 - 4.1 Beziehungsregulation und Neu-/ Nachsozialisation
 - 4.2 Therapeutische Beziehung und Safe Place
- 5 Soziales Netz und Solidarität (4. Weg) – extended
 - 5.1 Entwicklung im sozialen (und ökologischen) Kontext und Konvoi (Risiko- und Schutzfaktoren)
 - 5.2 Transfer und Netzwerkarbeit
- 6 Zusammenfassung / Summary
- 7 Bibliographie

1 Einleitung

In meinem Fachartikel *Gruppenpsychodrama mit Kindern – zur Einordnung und Methodik* (Pfister 2020) habe ich mich intensiv mit dem Psychodrama, seiner Entwicklung durch den Begründer *Moreno* und insbesondere mit der praktischen psychodramatischen Arbeit in Kindergruppen beschäftigt. Mit meiner Graduiierungsarbeit erweitere ich den Fachartikel insofern als ich das Psychodrama in den Rahmen der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen setze. Hier stelle ich wichtige Konzepte der integrativ-therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dar, die vom Psychodrama beeinflusst wurden oder die aufgrund des Einflusses des Psychodramas (weiter)entwickelt wurden wie z.B. die Persönlichkeitstheorie. Für die Gliederung der Arbeit orientiere ich mich am Praxis-Konzept der vier Wege der Heilung und Förderung der *Integrativen Therapie*. Entsprechend seiner Nähe zum Psychodrama und seiner Bedeutung in der kinderpsychotherapeutischen Arbeit beginne ich mit dem dritten Weg der Heilung und Förderung. Das Psychodrama mit seiner szenischen Arbeit, dem Evokieren von Erfahrungen, Szenen, Atmosphären und Beziehungen, dem Einsatz des ganzen Leibes sowie von MitspielerInnen (oder zumindest der Therapeutin) wirkt als ganzheitliche, holographische Methode unmittelbar aus dem mit ihm beschrifteten **dritten** Weg der Heilung und Förderung, der spontanen Erlebnis- und Ressourcenaktivierung sowie heilender und alternativer Erfahrungen in die anderen drei "Wege der Heilung und Förderung" (Petzold 2012h). Die im dritten Weg angesprochene Förderung der Kreativität ist zentral in der Praxis der integrativen Therapie. Das Psychodrama – gerade mit Kindern – spricht ein ganzheitliches Bewusstsein an, das sich bereits intrauterin zu entwickeln beginnt. Im **ersten** Weg der Heilung und Förderung geht es mir daher um das Verständnis der Entwicklung von Bewusstsein, Persönlichkeit und Identität, das für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen elementar ist (ebenso wie für Erwachsene und ältere Menschen, die hier jedoch nicht im Fokus stehen). Dafür begeben wir uns von der Ebene der Praxeologie auf die Ebene der realexplikativen Theorien im *Tree of Science* des integrativen Ansatzes. Im Psychodrama und den damit evokierten Szenen geht es um Identität(en) und immer auch um Beziehungen. Das zielt auf den **zweiten** Weg und die Konzepte der Relationalitäten sowie die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der Therapie als *safe place*, als sicheren Ort, in dem eine Nach-/Neusozialisierung stattfinden kann. Im Psychodrama, dem Rollenspiel und in der therapeutischen Beziehung werden erinnerte und aktuell erlebte soziale Kontexte mit ihren Atmosphären inszeniert. Das Beschreiten des damit angesprochenen **vierten** Wegs der Heilung und Förderung, die Berücksichtigung der Lebenswelt des betreffenden Kindes oder Jugendlichen und deren positive Beeinflussung durch Netzwerkarbeit soll Entwicklungen und Solidaritätserfahrungen ermöglichen. Dazu muss therapeutisch Erreichtes in das soziale Netz transferiert werden, wozu Netzwerk- und Transferarbeit nötig ist, beides weitere wichtige praxeologische Konzepte in der integrativen Therapie mit Kindern.

2 Erlebnis- und Ressourcenaktivierung (3. Weg) – enacted

Das Psychodrama mit seinem szenischen Evozieren von erlebten Atmosphären und Beziehungen, der Einladung zu Ausdruck, Darstellung und zu schöpferischem Handeln, dem geforderten Einsatz des ganzen Leibes sowie von MitspielerInnen (oder zumindest der Therapeutin), ist eine ganzheitliche, *holographische* Methode. Werden Geschichten, erinnerte Erfahrungen und Atmosphären inszeniert und dargestellt (**enacted**), können schöpferische Veränderungen stattfinden und neue, alternative Erfahrungen möglich werden, «die zu heilen vermögen, ohne dass es unbedingt immer Prozesse der „Aufarbeitung“ geben muss und zwar durch bloße Neubahnung aufgrund des Durchlebens neuer Erfahrungen» (Petzold 2012h, 27).¹ So wirkt das Psychodrama durch multiple Stimulierung unmittelbar aus dem mit ihm beschrittenen dritten Weg der Heilung und Förderung, der spontanen Erlebnis- und Ressourcenaktivierung. Es «vermag ein Totalitätserlebnis zu vermitteln, in dem alle Schichten der Persönlichkeit zur gleichen Zeit in Erscheinung treten können: Wort, Tat, Fantasie, Empfindungen, Impulse, unausgesprochene Wünsche und Ängste» (Cuverlier 1993, 332). Etwas zurückhaltender äusserte sich Straub (1993, 13) zur Wirkung des Psychodramas, als sie in ihrem Artikel *Über die Anfangsphase psychodramatischer Kinderbehandlungen* meinte: «Wenn auch über etliche Wirkungsfaktoren des Psychodramas noch keine wissenschaftlich ausreichend fundierten Aussagen möglich sind, so lässt sich doch eines mit Sicherheit feststellen: Psychodramatische Szenengestaltungen können die Spontaneität von Kindern und Erwachsenen zur Entfaltung bringen, und die Entfaltung der Spontaneität trägt wesentlich zur Heilung der psychischen Störung bei». Psychodramatische Inszenierungen können das bewirken, was Petzold (2003a, 694) eine «Erfahrung von *vitaler Evidenz*» nennt, auch «ein *totales Geschehen*, das eine Neukonstellierung der Szene und der Stücke möglich macht und Freiräume für das kreative Gestalten neuer Szenen und Szenengeschichten schafft» (ebd. 695). Sie bilden wesentliche Impulse für Veränderungen, denn sie ermöglichen eine dem Lernen (als Grundlagen aller Veränderungsprozesse) förderliche “Evidenzerfahrung” (z.B. in Sieper, Petzold 2002, 31).

2.1 Szenen als holistische und aktionale Verschränkung von Kognition, Emotion, Volition und Handlung (das Leibsubjekt: embodied, embedded, enacted und extended)

Das Handeln in psychodramatischen Szenen, das dabei geschehende (Wieder-)Erleben von Erfahrungen, Befürchtungen, (vor-, mit- oder bewussten) Wünschen und der Versuch, alternative, heilende, Szenen zu finden und gestalten, fordert und erfasst die

¹ Für die ganze Arbeit gilt, dass die Zeichensetzungen und Formatierungen innerhalb der Zitate – sofern nicht anders angegeben – denjenigen der angegebenen Quellen entsprechen.

TeilnehmerInnen in ihrem *ganzen* Menschsein: physisch, kognitiv, emotional, volitional, sozial.² Dies gilt nicht nur für Kinder, sondern Menschen aller Altersklassen. Damit passt das psychodramatische Spiel nicht nur sehr gut zur anthropologischen Metatheorie, dem Menschenbild der Integrativen Therapie, sondern wird von diesem gleichsam fundiert.³ Dem Menschenbild der integrativen Therapie zufolge sind wir Menschen (kindliche, männliche, weibliche, ...) Leib-Subjekte mit einer körperlichen, seelischen und geistigen Dimension. Wir befinden uns auch nicht alleine irgendwo im Nirgendwo, sondern immer in sozialen, kulturellen und ökologischen Kontexten, die wir wahrnehmen, in uns aufnehmen und in denen wir uns lebenslang entwickeln. Durch die Aufnahme unserer Mit- und Umwelt (sensorisch, mental und letztlich auch physiologisch) wird diese genauso in uns verkörpert (*embodied*) wie wir in sie eingebettet (*embedded*) sind durch unsere vielfältigen Beziehungen von der Mikroebene der nächsten Familie und Umgebung bis zur Makroebene der Gesellschaft, der Welt und auch des Zeitgeistes. Dabei werden sowohl wir von unserer Umwelt beeinflusst, wie auch wir durch den Ausdruck unserer Eindrücke und Erfahrungen mit Emotionen, Volitionen, Intentionen und Handlungen auf unsere Umwelt zurückwirken und diese gestalten (*enacted*). Es entstehen Dinge (z.B. Werkzeuge, Musikstücke und andere kulturelle Leistungen) und Prozesse (z.B. die Bildung kognitiver, emotionaler, sozialer und/oder volitiver Gemeinschaften), wodurch unser Sein als Leib-Subjekt überschritten und ausgedehnt wird (*extended*) sowohl in die soziale und ökologische Umwelt wie auch in die Zeit. Denn der vom Psychodrama angeregte Ausdruck von Erlebtem und Erfahrenem spricht auch die zeitliche Dimension von uns Leib-Subjekten an, die mit dem Leib als sich stets Veränderndem und Vergänglichem *per se* gegeben ist.

Als Leib-Subjekt ist der Mensch ein «„totales Sinnes- und Handlungsorgan“ – perzeptiver, memorativer, reflexiver und expressiver Leib» (*Petzold, Orth, Sieper* 2008/2010/2019b, 11). Diese Aspekte kommen in psychodramatisch dargestellten Szenen in ganzheitlicher Verschränkung zum Ausdruck. Ihr gesamthaftes Ansprechen ist wichtig für gelingende Lernprozesse, weil Lernen nicht nur auf kognitiver, sondern auch auf emotionaler, volitiver und durch die involvierten molekularbiologischen Prozessen nicht zuletzt auch auf leiblicher Ebene stattfindet – und weil therapeutische Veränderungen, welche ja das Ziel jeglicher therapeutischen Behandlung sind, im integrativen Ansatz als mehrdimensionale, synergetische Lernprozesse gesehen werden (*Sieper, Petzold* 2002, 9). Die Basis dafür «ist der *lernfähige Organismus*, der

² Die Aussagen in diesem Unterkapitel basieren, sofern nicht spezifischer angegeben, auf folgender Quellen: *Petzold* 2003a; *Petzold* 2003e/2006k; *Orth, Petzold* 1993c; *Petzold, Orth, Sieper* 2008/2010/2019b; *Petzold, Sieper* 2012a; *Stefan, Petzold* 2019.

³ Die Passung des Psychodramas zur Metatheorie der integrativen Therapie bzw. seine Fundierung damit ist wichtig. Dies nicht zuletzt deshalb, weil das Psychodrama im Rahmen der integrativen Therapie als nicht mehr und nicht weniger denn als Behandlungsmethode zu sehen ist. *Petzold, Orth und Sieper* (2008/2010/2019b, 13) stellen klar: «Es sei betont: die verschiedenen therapeutischen *Zugangsweisen* wie z. B. Poesie- oder Tanztherapie – um zwei zu nennen –, stellen **keine eigenständigen** Therapieverfahren dar, sondern sind **Methoden** mit ihren spezifischen **Techniken** und **Medien**, die im **Verfahren** der „Integrativen Therapie“, ihrer **Metatheorie** und realexplikativen **Theorien** verwurzelt sind und auf die Prinzipien ihrer **Praxeologie** zurückgreifen, welche ein verbindendes Moment in der praktischen Umsetzung gewährleisten».

durch das Lernen zum **“informed body“**, zum informierten Körper wird, auf dessen Basis sich eine Person mit einer spezifischen Identität ausbilden kann, und dann ist **“informed body“** ein wissendes, selbstreflexives, **informiertes Leib-Subjekt**, vielleicht ... ein *weiser Mensch*» (Petzold 2003a, 1074-1075). Menschen lernen lebenslang, das haben Studien zur Neuroplastizität des Gehirns gezeigt. Dabei umfasst Lernen die Wahrnehmung, Aufnahme und Verarbeitung externaler wie internaler Stimuli, sowohl physiologische wie auch personale Prozesse, es richtet sich an Kompetenzen wie auch Performanzen und wirkt damit zurück auf die Um- und Innenwelt (Sieper, Petzold 2002). Die integrative Perspektive auf das Leibsubjekt als embodied, embedded, enacted und extended entspricht damit diesen rekursiven Prozessen des Lernens.⁴

Die Begriffe *embodied*, *embedded*, *enacted* und *extended* wurden zunächst in der Kognitionsforschung verwendet und als 4E der Kognition zusammengefasst. Die 4E verweisen aber nicht nur auf die situative und zeitliche Bedingtheit und Einbettung unserer Kognition, sondern auch unserer Emotionen und Volition. Sie sind damit vielmehr als 4E Perspektiven zu sehen, unter denen eben Lernen stattfindet und wir Menschen grundsätzlich betrachtet werden können (Stefan, Petzold 2019). Ich füge diese Begriffe einzeln den Titeln der jeweiligen Wege der Heilung und Förderung an, zu welchen sie meines Erachtens die grösste Nähe haben, um damit die jeweilige Perspektive des betreffenden Weges zu betonen.

Wichtig ist, dass alle Lernprozesse eines Leib-Subjekts – in dieser Arbeit spezifisch angesprochen: eines Kindes und Jugendlichen – immer in bedeutsamen Beziehungen, einem zeitlichen Kontinuum, einem sozialen, kulturellen und ökologischen Umfeld, und, so betont Petzold mit Referenz auf Vygotskij (1978), in *“Zonen proximaler Entwicklung“*⁵ stattfinden. Diese sind nach (Petzold 2009, 307) «auch *“Zonen optimaler Proximität“*, tragfähiger Nahraumbeziehungen, Voraussetzung für die „emotionale, kognitive und volitionale Differenzierungsarbeit“, die Lernen ausmacht. Auf die Bedeutung tragfähiger emotionaler Beziehungen und sozialer Netzwerke werde ich in Kapitel 5 zurückkommen.

2.2 Kreativität/Kokreativität in der integrativen Therapie

Die Förderung von Spontaneität und Kreativität werden im Psychodrama wie auch in der integrativen Therapie als wichtige Mittel der Heilung und Förderung gesehen. Auf der Ebene der anthropologischen Metatheorie sind wir Menschen (Männer, Frauen,

⁴ Für eine ausführliche Darstellung der Konzepte des „komplexen Lernbegriffs“, der Entwicklung der „Integrativen Lerntheorie“ sowie der ihr zugrundeliegenden Quellen siehe Sieper und Petzold (2002).

⁵ Petzold (2009, 306-307) führt dazu weiter aus: «Darunter versteht Vygotskij: „It is the distance between the actual developmental level as determined by independent problem solving and the level of potential development as determined through the problem solving under adult guidance or in collaboration with more capable peers“ (idem 1978, 86, kursiv im Original)».

Kinder, ...) wahrnehmungs-, handlungs- und ausdrucksfähige Leib-Subjekte, unser Wesen ist nicht nur gestaltungsfähig, sondern auch gestaltungsbestrebt,⁶ und unser Selbst beides, schöpferischer "Künstler und Kunstwerk" zugleich (Petzold, 1999q), wir sind Gestalter und Gestalterinnen unseres Lebens wie auch dessen Kunstwerke.

Abbildung 1 zeigt die Verschränkung der Perspektiven auf den Menschen als Leib-Subjekt und bietet gleichzeitig eine Synopse auf die vielfältigen Möglichkeiten, Mittel und Wege, dieses anzusprechen. Sie kann geradezu als Einladung oder gar Aufforderung zu intermedialer Arbeit verstanden werden, deren Wichtigkeit im integrativen Ansatz immer wieder betont wurde (Orth, Petzold 1993c; Petzold, 2014i; Petzold, Orth, Sieper 2008/2010/2019b).

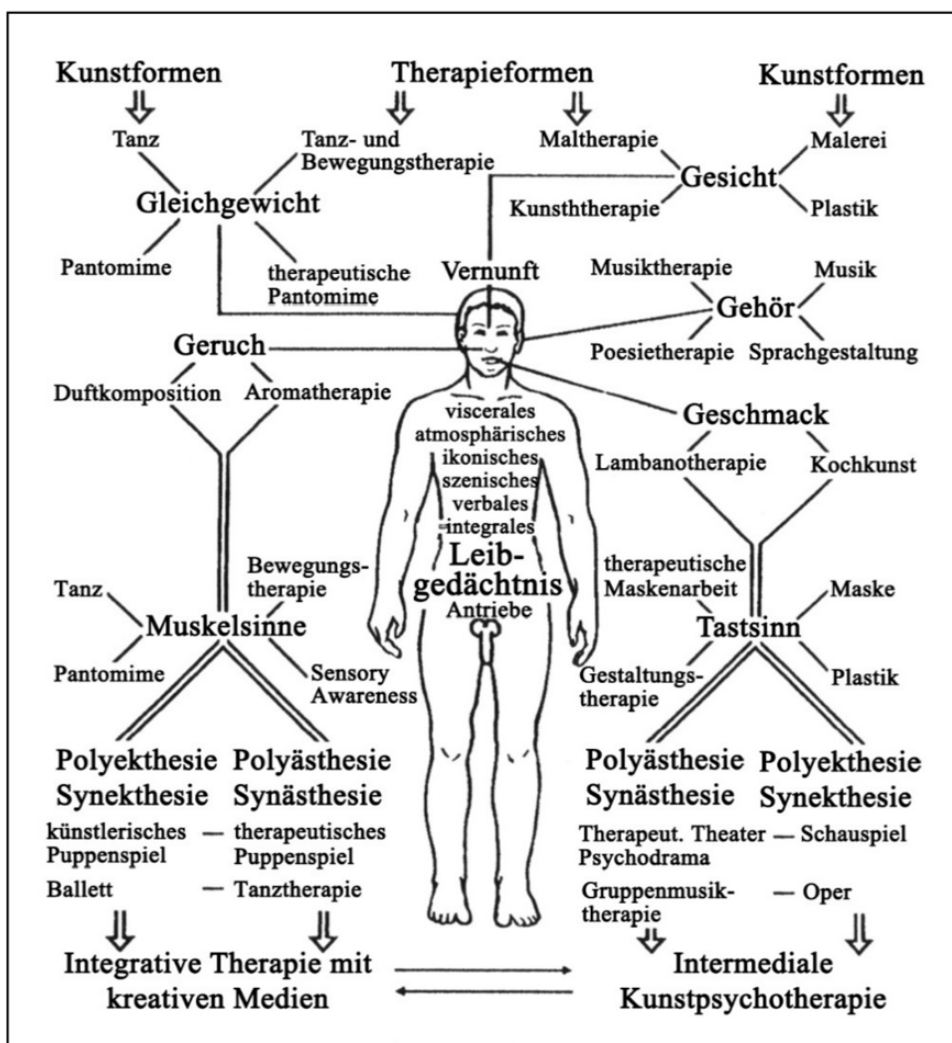


Abb. 1: «Das Leib-Subjekt als „totales Sinnes- und Handlungsorgan“ – perzeptiver,

⁶ Petzold (2012h) spricht damit das „poietische Gestaltungsstreben“ als zentralen evolutionär gegebenen Antrieb an, der sich nicht nur auf die materielle, sondern auch soziale und mentale Welt bezieht und letztlich auf die Möglichkeiten der Selbstgestaltung.

memorativer, reflexiver und expressiver Leib. – Der intermediale Ansatz der *Integrativen Therapie* und seine Grundlagen in Monästhesien, Polyästhesie und Synästhesie ...». (aus: *Petzold, Orth, Sieper 2008/2010/2019b, 12*).

Die mit der intermedialen Arbeit und speziell auch im dritten Weg der Heilung und Förderung (*„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten“*, *Petzold 2012h*) anvisierte Förderung der Kreativität, die auf dem Boden einer guten, sicheren, ko-respondenten Beziehung und einer wohlwollenden, konvivialen, ko-kreativen Atmosphäre entstehen und sich entwickeln kann, ist zentral in der Praxis der *Integrativen Therapie*. Dafür wurden verschiedene Methoden und Techniken entwickelt wie die Arbeit mit kreativen Medien, Kunst, Poesie, Puppen, Musik (*Petzold, Orth, Sieper 2008/2010/2019b, 2*):

«**„Integrative Therapie ist kreative Therapie“**, in der es darum geht Belastungen, Störungen, Verwundungen und Erkrankungen des Leibsubjektes zu beseitigen, zu mindern und zu überwinden ..., seine persönlichen Entwicklungen zu fördern, damit es das Leben als „Lebenskunstwerk“ sinnerfüllt und schöpferisch zu gestalten und seinen Lebenszusammenhang achtsam zu bewahren vermag. ... Zugleich will sie auch die gesellschaftliche und ökologische Wirklichkeit als „konviviale Verbundenheit“ ko-kreativ und kon-struktiv entwickeln, um „multipler Entfremdung“ entgegen[zu]treten»⁷.

Von den in der *Integrativen Therapie* entwickelten künstlerisch-kreativen Therapiemethoden und -techniken sei hier natürlich die dramatherapeutische Arbeit herausgegriffen. Als Schüler von *Jacob Levi Moreno* (Psychodrama), *Fritz Perls* (Gestalttherapie), *Vladimir Nikolajewitsch Iljine* (therapeutisches Theater) und vertraut mit den Schriften von *Gabriel Marcel* (Zwischenleiblichkeit in der leiblichen Begegnung) konnte *Petzold* Erfahrungen mit verschiedenen dramatherapeutischen Formen machen und entsprechende Einflüsse in die *Integrative Therapie* aufnehmen (*Petzold, 1973b, 2003a, 2012h*). Dabei er versuchte er, wie er selber erklärt (*Petzold 2003a, 681*), «eine Synthese oder einen gemeinsamen Nenner zu finden, einen übergreifenden Ansatz dramatherapeutischer *Methodik* im Rahmen des Verfahrens der *Integrativen Therapie*, dessen Konzepte auch einen explikativen Wert für die Wirkweise von klassischem Psychodrama, Therapeutischem Theater und Gestalttherapie haben – und darüber hinaus für andere Ansätze aktionaler und dynamischer Therapie». *Petzold* fährt fort: «Auf jeden Fall ist die Methode der „Integrativen Dramatherapie“, die auch Arbeit mit Masken, Kostümen, Puppen, Pantomime einschliesst ..., ein wichtiges Instrument im Rahmen der „Integrativen Therapie“, von der her sie ihre theoretische Fundierung erhält und zu deren theoretischen Fundus sie zugleich beiträgt» (ebd. 681).

⁷ Zugunsten einer besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit des Zitats wurden die darin enthaltenen z.T. längeren Quellenangaben durch Auslass-Punkte ersetzt, sie können im zitierten Artikel nachgesehen werden. Die Grafik im Anhang des Artikels (*Petzold, Orth, Sieper 2008/2010/2019b*), gibt einen guten Überblick über die in im integrativen Ansatz entwickelten Konzepte, Submethoden und Techniken, aber auch des Menschenbildes, der Therapieziele und weiterer Leitideen, die in dieser Grafik gleichsam verortet werden.

Von den genannten Methoden möchte ich spezifischer auf die Arbeit mit Puppen eingehen, die in der kindertherapeutischen Praxis enorm wichtig ist und bei welcher auch viele Techniken des Psychodramas zur Anwendung kommen. Die Entwicklung der kindertherapeutischen Arbeit mit Puppen begann in der integrativen Therapie schon in den 1960er Jahren. Dabei werden Puppen in drei Formen angewendet: als "MENTAL-objekte" in der Methode des Spielens, wodurch ko-kreative und künstlerisch-gestaltende Prozesse angeregt werden, als "MATERIAL-objekte" in der Technik der Puppenherstellung, welche Gestaltungskräfte und projektive Phänomene stimuliert, sowie als "AKTIONAL-objekte", Materialien für Spielaktionen und Prozesse des freien Spiels. «Alle drei Anwendungsformen bieten spezifische therapeutische und diagnostische Möglichkeiten – in ihrem Zusammenwirken sprechen wir auch von "komplexer Entwicklungsförderung durch Puppen- und Figurenarbeit"» (Petzold 2017q, 11). In Zusammenhang damit steht die komplexe Förderung von Kreativität. Dazu schreiben (Petzold, Geibel 1972, 418):

«Im Sinne der ... „komplexen Kreativitätstherapie“, die sich sowohl in der Arbeit mit Erwachsenen ... als auch mit Kindern einsetzen lässt, ist es uns ein Anliegen, die spontane Kreativität des Kindes in allen Bereichen zu üben und zu fördern. Wir sind der Auffassung, dass hierzu die vielfachen Fähigkeiten des Kindes, die im verbalen, bildnerischen, musikalischen, mimisch-gestischen und taktilen Bereich liegen, genutzt und miteinander verbunden werden müssen. Seine Phantasie, seine Intelligenz und seine Gefühle sollten nicht partiell „trainiert“ werden, sondern die gesamte Persönlichkeit des Kindes mit all ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten muss im Zentrum unserer Bemühungen stehen. Dabei nimmt das improvisierte Puppen- und Theater-spiel eine bedeutsame Rolle ein, jedoch wird versucht, das Medium des Psychodramas mit anderen Medien etwa der *art therapy*, der *poetry therapy*, der *Musiktherapie*, dem *Psychotanz* und der *expression corporelle* sowie den verschiedenen *sensory awareness* Techniken zu verbinden».

Wichtig ist, dass die kreative Gestaltung von Puppen, von Rollen, des Spiels überhaupt, in einer Bezogenheit auf das Gegenüber und sich selber stattfindet. Gemeint ist damit durchaus die Bezogenheit im Rahmen der therapeutischen Situation, andererseits und darüber hinaus wird in der Arbeit mit Puppen aber auch der reelle, familiäre Kontext des Kindes angesprochen.⁸ In seinem Artikel "Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern" beschreibt Petzold (1987a) am Beispiel eines Jungen mit Enuresis auf eindruckliche Weise, wie bedeutsam bereits die Rollenverteilung für ein Puppenspiel war, ebenso wie die dafür eigens entwickelte und niedergeschriebene Geschichte, welche die Symptomatik des Jungen und die für ihn problematische familiäre Konstellation aufgriff und welche zum Teil zusammen gespielt, zum Teil gemeinsam gelesen wurde. Die damit auf symbolischer, emotionaler und behavioraler

⁸ Bei der therapeutischen Arbeit – vor allem mit Kindern und Jugendlichen (meist aber auch mit Erwachsenen und Älteren) – ist "die Familie im Kopf" (Petzold 2006v/2009/2021) ja praktisch immer mit dabei.

Ebene angebotenen Lösungen vermochten zur Verarbeitung der Problematik und Symptomreduktion beitragen. Auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als sicheren Rahmen für das Spiel werde ich in Kapitel 4 eingehen und auf die Bedeutung des Transfers therapeutischer Arbeit in die Familie in Kapitel 5.

3 Bewusstsein und Entwicklung (1. Weg) – embodied

Das Psychodrama – gerade mit Kindern – spricht zunächst weniger spezifisch reflexiv verbalisierbare Bewusstseinsarbeit an, als vielmehr ein ganzheitliches, sinnlich-leibliches Bewusstsein. Reflektiv verbalisierte Erkenntnis ist allerdings darin eingebettet, denn Erkenntnis basiert letztlich auf Wahrnehmung, welche an die Sinne gebunden ist, und hat damit eine biologisch-physische Basis. So lautet denn auch eine «Grundannahme der integrativen Anthropologie, dass das Wesen des Menschen in der „Leiblichkeit“ gründet (Petzold, Müller 2005/2007, 27). Dabei gilt, dass nicht nur von einem «**Leib apriori der Erkenntnis**“ ... (ohne funktionsfähigen Leib keine Erkenntnis)» ausgegangen werden muss, sondern auch von einem **„Bewusstseins apriori menschlicher Erkenntnis“** (ohne menschliches Bewusstsein, keine *menschliche* Erkenntnis)» (Petzold, Sieper 2012a, 22).

Ganzheitlich leibliches Bewusstsein umfasst „sensorische Quergänge“ wie den sprachlichen Ausdruck von Erlebtem, die Benennung gezeigter Emotionen, gefühlter Atmosphären, gesehener Bilder, imaginierten Vorstellungen usw. Dies zielt auf die ichbewusst verbalisierbare kognitive Einsicht und narrative Praxis des ersten Weges der Heilung und Förderung in der Integrativen Therapie. Dazu sind sprachliche Fähigkeiten nötig, die altersentsprechend entwickelt werden und zu fördern sind. Mime und Pantomime fördern das Gespür für den Körper und den nonverbalen Ausdruck von Gefühlen, im Psychodrama und im Puppenspiel werden auf nichtrepressive Weise die sprachlichen Fähigkeiten von Kindern gefordert, indem das spontane Spiel ihre «Fähigkeit fördert, sich flüssig auszudrücken und neue Wort- und Satzverbindungen zu entwickeln» (Petzold, Geibel 1972, 419). Hilfreich für die Sprach- und Bewusstseinsentwicklung sind weiter die Verbindung von szenischen Spielen, die im Nachhinein beschrieben werden, von Geschichten- und Märchenerzählungen, welche danach szenisch umgesetzt werden, von Pantomimen oder bildlichen Darstellungen, die beschrieben werden sollen, die Benennung von sensorischen Wahrnehmungen (z.B. mittels Ratespielen zu blind Gefühltem, Geruchtem, Geschmecktem, Gehörtem) und auch reine Sprachspiele wie Kinderreime, welche, wenn selber gereimt, projektives Material bringen können und damit nicht nur die verbalen Fähigkeiten, sondern auch die Bewältigung von Konfliktstoffen fördern (Petzold, Geibel 1972, 419). In Reimen wirken Sprache, Klang und Rhythmus zusammen, und wohl darum sind sie bei Kindern auch sehr populär. Der Möglichkeiten gibt es unzählige.

«Bewegen und Wahrnehmen gehen immer zusammen (Sensumotorik), Erleben und erinnerndes Erfassen sind untrennbar verbunden (Erlebnisgedächtnis), genauso wie gestaltendes Tun als Handlungs- und Verbalerzählung (Aktionsgeschichten) zusammenwirken: die Kinder machen etwas, ein Tannenzapfenmännlein etwa, und erzählen dabei im Tun eine Geschichte.

Solches kreatives bzw. ko-kreatives Lernen muss in einer Weise geschehen, dass in einer „Zone der nächsten Entwicklung“, wie es Wygotski lehrte, der nächste Lern- und Entwicklungsschritt gemacht werden kann. Dabei wird bei den Kindern und Jugendlichen auf ihre natürliche, explorative Neugier und ihre Gestaltungsfreude gesetzt ...» (Petzold 2016f, 46).

Bezüglich der Entwicklung von Bewusstsein und Persönlichkeit (denn diese Entwicklung ist hier gemeint) mit dem therapeutischen Ziel einer prägnanteren Identität soll es zunächst um das Verständnis der ihr zugrundeliegenden Prozesse gehen. Das ist die Fähigkeit der Mentalisierung und des Bildens von – nicht zuletzt sozialen – Repräsentationen. Damit begeben wir uns von der Ebene der Praxeologie auf die Ebene der real-explikativen Theorien im *Tree of Science* des integrativen Ansatzes.

3.1 Mentalisieren, soziale Repräsentationen

Bei Babys und Kleinkindern kann man davon ausgehen, dass (abgesehen von genetischen Dispositionen zum Interaktionsverhalten) noch keine bewussten Repräsentationen von Interaktionen vorhanden sind, sondern diese noch unbewusst und nicht reflektierbar sind. Auch die Repräsentation des eigenen Selbst ist an Entwicklungsverläufe gebunden, das zeigen Befunde der empirischen Säuglingsforschung, auf die sich diese Positionen stützen (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994a, 542-543). Mit der Fähigkeit, sich selbst im Spiegel zu erkennen (um den 18. Monat), kann man vom Beginn einer Entwicklung zu einem hinreichend stabilen Selbst-Schema ausgehen «als „organisierter Information“ über sich selbst, die in *transformativen Prozessen* sich zu einer „Vorstellung von sich selbst“, zu einer *komplexen Repräsentation* konfiguriert hat» (ebd. 543), die dann im 4./5. Lebensjahr, bei förderlichem Entwicklungsgeschehen, einen strukturell hohen Stand gewonnen haben sollten. Diese Prozesse der Mentalisierung basieren auf Interaktionen die seit Babyzeiten mit den es umgebenden *caregivern*, seinen Betreuungs-/Bezugspersonen, seiner sozialen Umwelt also – und sehr schnell auch seiner ökologischen Umwelt. Schon im dritten, vierten Monat vermag das Baby nämlich zwischen Subjekten und (leblosen) Objekten zu unterscheiden, was es in einem unterschiedlichen Kommunikationsverhalten zeigt (Petzold et al. 1994a). Für das Konzept der Mentalisierung im Verständnis des integrativen Ansatzes, welches sich auf Referenzautoren wie *Vygotskij*, *Lurija* und *Janet* sowie auf evolutions-, sozial- und entwicklungspsychologische Befunde stützt, ist wichtig, dass es sich – im Gegensatz zum Konzept psychoanalytischer Autoren wie *Fonagy* – darauf stützt, dass sich Mentalisierungsprozesse nicht in Dyaden, sondern in Polyaden, also

im Rahmen *vielfältiger* intersubjektiver Interaktionen und Beziehungen in Gruppen/Kollektiven/Netzwerken und damit in einem spezifischen sozialen wie auch ökologischen Kontext vollziehen, und dies *lebenslang*, wenngleich von unterschiedlich sensiblen Phasen auszugehen ist. Ausserdem beschränken sich Mentalisierungsprozesse nicht auf kognitive Prozesse, sondern sind leiblich begründet und erstrecken sich auch über emotionale, behaviorale und volitive Prozesse, umfassen Sozialisation und Enkulturation an sich (Petzold 2006v/2009h/2021). Die dabei involvierten komplexen Lernprozesse finden dabei stets in den dem jeweiligen Entwicklungsstand des Babys, des kindlichen, männlichen, weiblichen ... Leibsubjekts entsprechenden "Zonen proximaler Entwicklung" respektive "optimaler Proximität" statt, worauf ich in Kapitel 2.1 bereits hingewiesen habe.

Als bestmögliche Einheit für die empirische Untersuchung dieser Prozesse haben sich Kommunikations-Interaktionssequenzen erwiesen, welche – gemäss dem zur leiblichen Grundlage von Mentalisierungsprozessen Gesagtem – bereits die sinnlich basierte Wahrnehmung mit einbeziehen und die sich, da es sich um zirkuläre resp. spiralförmige Prozesse stetiger Weiterentwicklung handelt, auch auf die Handlungsebene erstrecken – und dies sowohl im Sinne der Kompetenz wie auch der Performanz. Bei diesen sogenannten *perception-action-cycles* (PAC) ist auch das Umfeld, in dem sich die Interaktion abspielt, bedeutsam. «Dabei wird "Wahrnehmung-Handlung" als eine einzige psychologische Funktion gesehen ... und vertreten, «dass selbstorganisierte Subsysteme autonom auf Kontextbedingungen reagieren und auf diesem Wege spezifische *outcomes* für das Gesamtsystem generieren». (Petzold et al. 1994a, 512).⁹

Wie ein möglicher Mentalisierungsprozesse vor sich gehen kann, schildert Petzold (2017q, 13) beispielhaft in seinem Artikel *Therapeutische Puppenarbeit als "komplexe Entwicklungsförderung"*:

«Puppen sind bei Kleinkindern zunächst "**Materialobjekte**" im interpersonalen Erlebnisraum und Geschehen, wo sie dem Kind von Bezugspersonen... angeboten werden. Sie sind weiterhin im autozentrischen Erlebnisraum und Spiel- bzw. Handlungsgeschehen des Kindes "mit sich selbst" *Erfahrungs- und Handlungsmaterialien* bzw. *-medien*, die sensorische und motorische Aktionen und damit Erlebnismöglichkeiten mit den Dingen, Umgebungen und der eigenen Leiblichkeit und sensumotorischen Performanz bereitstellen und stimulieren nicht zuletzt durch ihren Charakter als menschliches Abbild. Dieses triggert Vorstellungen, die dann

⁹ Zumal das Gehirn bei der Verarbeitung von Wahrnehmungen immer mitbeteiligt ist und dabei – gerade bei komplexeren Prozessen – auch eine wichtige Rolle spielt, sind PACs allerdings zu WVH-Spiralen zu erweitern, Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spiralen (Petzold et al. 1994a, 514).

In ihrem umfangreich und profunden Artikel *Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne* beschreiben Petzold, van Beek und van der Hoek (1994a) wissenschafts- und entwicklungstheoretische Hintergrundperspektiven von Kommunikations-Interaktionsprozessen sowie Modellvorstellungen zu dabei entstehenden Mentalisierungsprozessen. Diese sind, da sich Vorstellungen und Handlungen stets gegenseitig beeinflussen, durchaus klinisch relevant, denn – auch wenn prädisponierte kollektive Muster mitspielen können: «Das Bild, das eine Mutter von *ihrem* Baby hat ... ist massgeblich für ihren Umgang mit ihm» (Petzold et al. 1994a, 532).

mental weiter verarbeitet werden. Derart "mentalisch" schafft das Kind damit wieder neue "**Mentalobjekte**" – d.h. Ideen, Überlegungen, aber auch Pläne, Projekte. ... Ontogenetisch "zuerst" sind also die Materialien, Gegenstände, "**Materialobjekte**" da, die als leibvermittelte, sensorische und mentale Informationen mnestisch aufgenommen und durch Mentalisierungen (Gedankenarbeit, Phantasiearbeit) ikonische "**Mentalobjekte**", bildhafte Vorstellungen bilden. Werden die zugrundeliegenden "Materialobjekte" dann in der sprachlichen Sozialisation von "Sprachgebern", z.B. den Eltern sprachlich benannt, kommen zum Er-tasteten, Er-griffenen, Er-fassten, Be-griffenen, Be-zeichneten dann Begriffe, Be-zeichnungen, Worte mit Be-deutungen, was weitere komplexere Mentalisierungen anregt. Jetzt beginnt das "mentale Spiel" mit symbolischen Kodierungen, vor allem mit sprachlichen **Be-griffen** "im Kopf" des Kindes ggf. auch in der nochmaligen Auseinandersetzung mit den dazugehörigen Materialobjekten, über die mit den Sprachgebern weiter gesprochen wird, auf Dauer aber ohne den konkreten Objektbezug in „Unterhaltungen“ auf einer rein virtuellen Ebene».

Die Bedeutung des Kontexts, in dem sich Mentalisierungsprozesse abspielen betonend, führt der Autor weiter aus: « Diese Prozesse verlaufen diskontinuierlich, sind situationsabhängig, abhängig von der Beziehungsqualität, vom Thema usw.» (*Petzold* 2017q, 13). Zur Illustration der weiter oben angesprochenen Lernprozesse in "Zonen optimaler Proximität" sei angefügt, dass natürlich gilt: «**Puppenarbeit** muss in einer jeweils dem kognitiven, emotionalen und volitionalen ... **Entwicklungsniveau** des Kindes in **altersangemessener** Form zu Einsatz kommen. Das Zweijährige braucht andere Angebote als das Siebenjährige» (*Petzold* 2017q, 12).

Bei den eben geschilderten Mentalisierungsprozessen und in ihrem Gefolge bildet das Kind soziale Repräsentationen nicht nur über sein soziales Umfeld, den Polyaden, in denen es sich bewegt, in denen sich der homo sapiens stets bewegte und, sondern auch über die darin sich vollziehenden Interaktionen, welche mit Erwartungen zu Reaktionen und Haltungen verbunden sind, zu Mustern des Interagierens, zu Normen (*Petzold* 2006v/2009h/2021). Es entstehen Bewusstsein und Verständnis, das ein gemeinsam geteiltes Verständnis ist, mit dem Umfeld geteilte Vorstellungen über Symbole, Werte, Verhaltensweisen, es entsteht eine gemeinsame soziale Welt mit geteilten Repräsentationen.¹⁰

¹⁰ Erinnert sei hier noch einmal an die Weiterentwicklung von Kompetenzen und Performanzen bereits des Säuglings durch Interaktionen in und mit der Umwelt: «Das Wechselspiel von *mutual affordances and effectivities* ruht auf disponierten Mustern von Kompetenz/Performanz, die sich beim Säugling durch den Vollzug eben dieses Wechselspiels (von **PACs** zu **WVHs**) weiterentwickeln, differenzieren und neue Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten entstehen lassen, nicht zuletzt Möglichkeiten des sozialen Zusammenspiels mit vertrauten Bezugspersonen und dann später in den verschiedensten sozialen Kontexten» (*Petzold et al.* 1994a, 520-521).

Gemäss den Modellvorstellungen zur Bildung von "mnestischen bzw. mentalen Repräsentationen" (Petzold et al. 1994a, 531) bedingt die Fähigkeit, mentale soziale Repräsentationen zu bilden, ein szenisches Gedächtnis¹¹, sowie die Annahme einer dem phänomenalen Erleben *primär* gegebene "Innen-Aussen-Differenz": «Dinge, Geschehnisse, Personen lokalisieren wir in einer „Außenwelt“, die uns gegenübersteht. Wahrnehmung nimmt dieses „Aussen“ nach „innen“, wo es im Gedächtnis festgehalten wird, entweder aktuell zugänglich bleibt oder ins Vergessen sinkt, aber auch „wieder hervor-geholt“, re-präsentiert werden kann» (ebd. 534). Dies ist auf verschiedene Weisen möglich: verbal, bildhaft, synästhetisch, wobei auch Wahrnehmungen aus dem Leibesinneren (Gerüche z.B.) hinzukommen können. Die Differenzierung von externalem und internalem Erleben soll daher durch die Annahme von "Holo-repräsentationen" überschritten werden. «Holo-repräsentationen übersteigen häufig das sprachlich Benennbare. Es kommen ja auch Erinnerungen an Gefühle und Stimmungen auf und derartige „*mood representations*“ sind in der Regel mit den Atmosphären des Kontextes verbunden ...» (Petzold et al. 1994a, 534). Mentalisierungen führen zu individuellen mentalen Repräsentationen und werden mit zunehmendem Bewusstsein um Selbst und Identität umso komplexer, je mehr das Kind/Individuum zu verschiedenen sozialen Gruppen gehört (Alters-, Geschlechts-, Freizeit-, soziale und kulturelle Gruppen usw.) und in diesen entsprechend vielfältige Rollen und Identitätsattributionen zugeschrieben bekommt (Petzold 2012q, 471). Auf Rollen und Identitätsentwicklung werde ich im nächsten Unterkapitel näher eingehen. Hier sei vorweggenommen:

Das **«Ergebnis von Mentalisierungsprozessen** sind «komplexe soziale Repräsentationen – auch "kollektiv-mentale Repräsentationen" genannt – ausgebildet als Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als intermentale Wirklichkeiten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt, und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schliessen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen» (Petzold 2003b, zit. in Petzold 2009, 283).

Diese Gesprächs-, Erzähl- und damit Interpretations- und Handlungsgemeinschaften bilden ein «Geflecht von emotional bedeutsamen sozialen Beziehungen rund um ein Individuum» (Apfalter, Stefan, Höfner 2021, 14), das von Moreno als "soziales Atom" bezeichnet wurde¹². Da wir stets in unsere Umwelt eingebettet sind und sie verkörpern, sind wir stets Teil verschiedener, sich auch verändernder sozialer Atome. Wir

¹¹ Daher ist der Begriff "mnestische Repräsentation" eigentlich angemessener (Petzold et al. 1994a, 538).

¹² Dabei ist wichtig festzuhalten, so Petzold (1982b/2022), dass schon für Moreno der Mensch kein soziales Atom *hat*, sondern er sein jeweiliges soziales Atom *ist*. «Das soziale Atom ist der Kern aller Individuen, mit denen eine Person in bedeutungsvoller Weise verbunden ist, oder sie mit ihm zur gleichen Zeit verbunden sind. Diese Verbindung kann dabei emotionaler, sozialer oder kultureller Art sein» (Moreno 1953; zit. in Hass, Petzold 1999/2011, 222). Damit hatte der Begründer des Psychodramas und der Gruppentherapie nicht nur die nächste Umgebung im Blick, sondern spricht er auch grössere kulturelle und historische Kontexte als bestimmend für uns Menschen an, eine grundsätzliche Bezogenheit und Ausrichtung auf gemeinschaftliche Co-Existenz. Ausserdem war Moreno der erste, der die sozialen Atome und die ihnen entsprechenden Rollen auch in einen *zeitlichen* Kontext stellte und die

entwickeln darin Selbst und Identität und übernehmen mit zunehmender Fähigkeit des Mentalisierens auch verschiedene Rollen, nicht zuletzt soziale Rollen, die uns im jeweiligen Kontext zugeschrieben werden und die wir mehr oder weniger bewusst annehmen, einnehmen, entwickeln und gestalten. Ein Beispiel dafür zeigt Abbildung 2.



Abb. 2 Auf die Einladung hin, sich und die für ihn wichtigen Menschen um ihn herum zu zeichnen oder darzustellen, hat ein 8-jähriger Junge diese Darstellung geschaffen. Sie ist eine für mich eindrucksvolle Mischung zwischen sozialem Atom, das seine ihm wichtigsten Beziehungen zeigt, und ein Bild seines Psychodramas, das gleichzeitig auch seine verschiedenen sozialen Rollen zeigt. Zunächst wählte er den am stärksten aussehenden Ritter auf Pferd für sich und sogleich den Turm, unter dessen Schutz er sich schnell begab. Danach wählte er drei Ritter für drei Schulkameraden, von denen er sich regelmässig angegriffen/provoziert fühlt (unten rechts). Zwei Freunde (dreiköpfiger Hund Kerberos und die Schlange im Turm, den Ritter im Foto fast verdeckend) sowie eine Freundin (liegender Esel links neben dem Turm) helfen und stützen ihn. Mit dem Lehrer (Stierkopf) hat er eine gute Beziehung. Weil er sich im ganzen Team seines Fussballclubs gut integriert fühlt, wählte er für alle zusammen den Spiderman. Schliesslich stellte der Junge auch seine Familie dar (Eltern und zwei jüngere Schwestern unten links). Dort fühlt er sich als oft als Sündenbock, weil die jüngste Schwester sehr schnell und oft weine, wenn sie spielen, wofür er dann getadelt werde. Er ist Angegriffener, Freund, Schüler, Fussballer, Sohn und grosser Bruder.

Veränderbarkeit unserer sozialen Atome wie auch der darin gespielten und zu spielenden Rollen konzeptualisierte: «Die beständige Veränderung sozialer und kultureller Atome und Rollenkonfigurationen *in der* Zeit verlangt nach der Vorstellung einer *“life long socialisation“*. Moreno hat als erster ein solches Konzept skizziert...» (Petzold in Petzold, Mathias 1982, 114).

Nach dieser Vorwegnahme zum Ergebnis von Mentalisierungsprozessen, nämlich einer mentalen, sozialen, ökologischen und zeitlichen Einbettung in den umgebenden Kontext und einer Illustration dafür, möchte ich näher auf die frühen Jahre der Persönlichkeitsentwicklung eingehen, in deren Verlauf Kinder ein zunehmendes Bewusstsein ihrer Selbst, ihrer verschiedenen Rollen und eine stets prägnantere Identität entwickeln.

2.2 Rollen und Persönlichkeitsentwicklung (Selbst, Ich, Identität)

Mit und vom Psychodrama wird ein ganzheitliches Erleben und Sein angeregt. Gerade bei Kindern kann dies auch gut über narrative Erzählungen (z.B. Märchen, biographische Erzählungen) angesprochen werden, inszenierte Geschichten und Atmosphären, die (oft zunächst mit Puppen oder anderen Spielfiguren) dramatisch umgesetzt werden. Je nach Alter und Entwicklungsstand der betreffenden Kinder können deren verkörperte Elemente (Symbole, Emotionen, Prozesse, Handlungen) verbalisiert werden und zu kognitiven Einsichten auf der jeweiligen Ebene der Entwicklung führen. Die Entwicklung des Bewusstseins für Selbst und Identität ist verbunden mit der Fähigkeit zur Übernahme verschiedener, schliesslich auch sozialer Rollen.¹³ Schon bei *Moreno*, dem Schöpfer des Psychodramas, ist die Grundlage jeder Rolle und Rollenentwicklung ein interaktionales Geschehen, in dem das leibliche Verhalten Ausgangspunkt der Rollenentwicklung ist.¹⁴

«In der leiblichen Interaktion zwischen Mutter und Kind, z.B. beim Saugen und Nähren, entsteht ein Rollenspiel, indem Physisches und Psychisches einbezogen sind, ein "Physiodrama" ..., ein Spiel in "psychosomatischen Rollen" ..., das die Grundlage jeder weiteren Rollenentwicklung, ja der Entwicklung des Ich bzw. Selbst wird» (*Petzold in Petzold, Mathias 1982, 110-111*).

Moreno unterschied drei Rollenkategorien (*Moreno 1960 in Petzold, Mathias 1982, 260*):

- a) psychosomatische Rollen (z.B. der Schlafende, der Essende, der Gehende)
- b) psychodramatische Rollen (z.B. *eine* Mutter, *ein* Lehrer, *ein* ... Christ, usw.)
- c) soziale Rollen (z.B. *die* Mutter schlechthin, *der* Sohn schlechthin, *die* Tochter schlechthin,
der Lehrer, *der* ... Christ schlechthin, usw.)

¹³ Hier soll es aber nicht um den Rollenbegriff aus verschiedenen Perspektiven wie Kulturanthropologie, Soziologie, Sozialpsychologie und Phänomenologie gehen. Eine intensive Auseinandersetzung damit findet sich bei *Petzold (in Petzold, Mathias 1982)*, zusammengefasst auch bei *Heuring und Petzold (2005)*. Hier interessiert v.a. der Rollenbegriff *Morenos* als wichtige Inspiration für seine Weiterentwicklung und die Entwicklung der Persönlichkeitstheorie in der integrativen Therapie.

¹⁴ *Morenos* Rollenbegriff stammt aus dem Drama. Er leitete ihn von der lateinischen *rotula* her, rundes Holz. Darum herum wurden beschriebene Pergamentrollen aufgewickelt, damit sie nicht knitterten. In der Antike standen darauf szenische Theaterparts, die von Souffleuren den Schauspielern vorgelesen wurden. Mit Aufkommen der Bühnen im 16. und 17. Jahrhundert wurde Rolle zur Bezeichnung für Theaterparts, die von Papierfaszikeln gelesen wurden. «Seitdem wird jeder szenische Part eine Rolle» (*Moreno 1960 in Petzold, Mathias 1982, 259*).

Dabei ergibt sich parallel zur fortschreitenden Differenzierung der kognitiven Fähigkeiten eine natürliche Entwicklung der Rollenkategorien.

«Das Kind vermag zunehmend Rollen, die es in der Interaktion mit der Mutter erlebt hat, zu übernehmen und zu spielen und so seine persönlichen psychodramatischen Rollen auszubilden, Rollen, in denen leibliches Verhalten, emotionales Erleben und kognitive Muster zu einer Einheit verbunden sind und in die weiterhin – wenn auch rudimentär – durch die rollengebende Funktion der Mutter soziale Muster inkorporiert werden» (*Petzold in Petzold, Mathias 1982, 111-112*).

Soziale Rollen entwickeln sich also aufgrund interaktiv gemachter Erfahrungen zunehmend und erst später aus den psychosomatischen und psychodramatischen Rollen (*ebd.* 112). Weil *Moreno* sowohl den Widerstand von Schauspielern wahrnahm, geforderte Rollenkonserven (fest vorgegebene bzw. erwartete Verhaltensmuster) zu spielen, wie auch den Widerstand von Menschen gegenüber einigen der sozialen Rollen, die die Gesellschaft ihnen aufzwingt, stellte er den "Rollenkonserven", die es auch im gesellschaftlichen Alltag gibt, die Idee der Spontaneität des Rollenspielers gegenüber und entwickelte Spontaneitätstrainings und Rollentrainings als Interventionen für psychotherapeutische und psychosoziale Settings.¹⁵ Die Notwendigkeit für das Rollenspiel begründete *Moreno* in einer Rede vor der *American Psychiatric Association* 1935 so: «... im Drama sind die Rollen festgeschrieben, und Spontaneität während der Aufführung ist verboten. Im Leben aber haben die gleichen Rollen Lücken, die zu jeder Zeit durch die Spontaneität der Individuen, die sie verkörpern, gefüllt werden können» (*Moreno, Jennings, 1935, 19, zit. in Petzold in Petzold, Mathias 1982, 70*). Er unterschied Rollenübernahme (*role taking* einer vollständig ausgearbeiteten Rolle, die keine Freiheitsgrade erlaubt wie z.B. in einem klassischen Theaterstück) von Rollenspiel (*role playing*, das dem Individuum gewisse Freiheitsgrade bei der Darstellung bzw. dem Ausüben einer Rolle erlaubt) und von Rollencreation (*role creating*, wo das Individuum einen hohen Grad an Freiheit hat, z.B. beim spontanen Spiel).

Für den Widerstand zur Übernahme von Rollen und Stereotypen hatte er verschiedene Erklärungen, u.a. eine Analogie zum Widerstand eines Kindes gegen soziale Rollenbündel (*role cluster*), mit denen es im Verlauf seines Aufwachsens konfrontiert

¹⁵ Spontaneität bei *Moreno* ist ein Faktor, der «mehr und etwas anderes [ist] als eine im Körper ... vorgegebene Energie. Er ermöglicht dem Kind über sich hinaus in neue Situationen einzutreten, gleichsam ... alle Organe zu stimulieren ..., damit sie neue Reaktionsfähigkeiten ... entwickeln können. ... Spontaneität ist gleichsam im Bereich zwischen biogenetischen Einflüssen und Umwelteinflüssen anzusiedeln, ..., ist demnach charakterisiert durch relative Freiheit und relative Unabhängigkeit von biologischen Veränderungen, Wahlen, Entscheidungen» (*Mathias in Petzold, Mathias 1982, 196*). Die Autorin fährt fort: «*Morenos* Spontaneitätsbegriff stellt sich somit als ein metapsychologisches Konzept dar, dessen Bedeutung für die Theorie und Praxis seiner Triade "Soziometrie, Psychodrama, Gruppenpsychotherapie" dem Konzept des Unbewussten in der Psychoanalyse *Freuds* durchaus vergleichbar ist» (*ebd.* 196). Eine Kurzfassung von *Heuring & Petzold* (2005, 13) für *Morenos* Konzept der Spontaneität lautet so: «Die Spontaneität als Lebensenergie stimuliert die Ausprägung des leiblichen, interaktionalen Rollenverhaltens, der "psychosomatischen" Rollen». Die Autoren fahren fort: «Bei *Moreno* ist die Rollenentstehung und -entwicklung an die **Zwischenleiblichkeit** in der Interaktionssituation gebunden, wobei diese kreativen Vorgänge bis ins hohe Alter vollzogen werden» (*ebd.* 13).

ist, wenn diese es von sich selber wegführen (z.B. beim Übertritt in die Schule).¹⁶ Gemäss *Moreno* (1960 in *Petzold, Mathias* 1982, 265) ist dieser Widerstand bei psychosomatischen Rollen (Essende, Schlafendes, ...) minimal, bei psychodramatischen Rollen ist er grösser und am grössten ist er bei der Übernahme sozialer Rollen anderer.¹⁷ *Moreno* betrachtete Rollen unter zwei Perspektiven: lebendig gespielte Rollen und Rollen als konservierte Muster (z.B. Polizist, Lehrer, ...), was von *Petzold* (in *Petzold, Mathias* 1982, 76) zur Verdeutlichung als aktionale und kategoriale Rolle bezeichnet wird. Diese Begriffe möchte ich anhand von zwei empirischen Studien von *F.B. Moreno* und *J.L. Moreno* illustrieren.

Angeregt von den ersten IQ-Tests und darauffolgenden Versuchen, die Persönlichkeit zu messen, haben *F.B.* und *J.L. Moreno* in den 1940er Jahren dafür einen Rollentest vorgeschlagen und empirische Untersuchungen zur Rollenübernahme und Rollenausübung von Kindern auf der Grundschulstufe gemacht (*F.B.* und *J.L. Moreno* 1946, in *Petzold, Mathias* 1982, 332 ff.). Das Verfahren an einem der beiden für die Untersuchung gewählten Orte sei hier kurz vorgestellt: Eine Jury aus mehreren Personen der betreffenden Gemeinde legte 100 charakteristische Rollen ihrer Gemeinschaft fest. Von den festgelegten Rollen wurden die 15 Rollen mit den höchsten Präferenzen der Jury ausgewählt. Der Rollentest umfasste 2 Vorgänge: a) Rollendarstellung und b) Rollenwahrnehmung. Die untersuchten Kinder wurden in einer vorbereiteten Spielsituation einzeln darum gebeten, jede der 15 Rollen zu spielen (Instruktion z.B. "zeig uns, was ein Polizist tut" / "was tut er noch?") oder sie zu beschreiben. Wenn beides nicht möglich war, wurde versucht herauszufinden, ob das Kind die Rolle erkannte, wenn sie von jemand anderem (einem Vertrauten) in standardisierter, dramatischer Form dargestellt wurde. Die Darbietungen der Rollen wurden unter der Perspektive der Wiedererkennung (gemäss vorgegebenen Aspekten) in vier Stufen geteilt: a) Rolle nicht wiedererkennbar (Elemente der Darbietung haben mit Rolle entfernt zu tun, reichen aber nicht für Wiedererkennung), b) teilweise Darbietung (1-2 Elemente der Rolle erkennbar), c) verzerrte Darbietung (Elemente haben mit der Rolle nichts zu tun), d) angemessene Darbietung (alle wichtigen Rollenphasen dargestellt). In die Bewertungen floss auch die Rollenstabilität ein, welche z.B. durch eine Dramatisierung der Rolle sowie durch unkontrollierte, «undisziplinierte Spontaneität» (ebd. 341) abnehmen, kann. Dabei können die Grenzen zwischen Rollen dünn werden und das Kind rasch von der geforderten in eine ganz andere Rolle übergehen bzw. aus der geforderten Rolle fallen. *Moreno* und *Moreno* verglichen in ihrem Artikel die zwei Kinder mit dem besten und dem schlechtesten Rollenübernahme-Ergebnis (Rollenscore) mit ihren Resultaten

¹⁶ Übertritte bzw. Entwicklungsschritte bedeuten grosse Herausforderungen, ja Überforderungen, wenn sie dort verlangt werden, wo sie ausserhalb *Vygotskij's Zonen proximaler Entwicklung* bzw. *Petzold's Zonen optimaler Proximität* stattfinden sollen und diese missachten oder übergehen wollen (vgl. Kap. 2.1).

¹⁷ Widerstand wird in der integrativen Therapie als Fähigkeit verstanden, sich zur Wehr setzen zu können. Dabei sind *protektiver*, *intrapersonaler* Widerstand zum Schutz vor unangenehmen Gefühlen wie z.B. erlebtem Schmerz und *mutativer* Widerstand, ein *interpersonal* gezeigtes Wehren gegen Veränderungen von Selbst und Identität, zu unterscheiden. In der Kindertherapie ist intrapersonaler Widerstand häufiger. Wichtig ist, diese beiden Formen als positive Kraft zu erkennen (*Petzold* 2003a, 837-838).

in zuvor durchgeführten Intelligenz- und soziometrischen Tests. Dabei fanden sie eher eine Beziehung zwischen Spontaneitäts-, Rollen- und soziometrischem Score, jedoch keine eindeutige Beziehung zwischen Rollenscore und Intelligenz (ebd. 339). Das führte die Autoren zum Schluss, «der Binet-Intelligenz-Test sei insofern begrenzt, als er Rollenverhalten nicht erfassen könne» (ebd. 342). Weitere wichtige Ergebnisse waren, dass die Wahrnehmung einer Rolle nicht automatisch die Fähigkeit bedeutet, sie darstellen zu können und dass demgegenüber einige Kinder Rollen spontan auch über das Ausmass ihrer Wahrnehmung hinaus darstellen konnten. Das wurde auf den Spontaneitätsfaktor zurückgeführt. Eine wichtige Erkenntnis war ferner, dass Rollen nicht isoliert sind, sondern *Rollencuster* bilden (eine Mutter ist auch Ehefrau und Gesellin des Vaters, Hausfrau, Pflegerin der Kinder, usw.) und dass es Clustereffekte gibt, eine Übertragung der Spontaneität von nicht dargestellten zu dargestellten Rollen. Schliesslich war bemerkenswert, dass von einigen Kindern eng vertraute Rollen nicht gespielt werden konnten, als sie vorgegeben wurden (ebd. 346-348).

In einer weiteren Untersuchung verband *F.B. Moreno* (1946, in *Petzold, Mathias* 1982, 349-356) Rollentests und soziometrische Test bei zwei Gruppen von 13- bis 15-jährigen Schülern, die sich bzgl. IQ (durchschnittlich vs. niedrig) unterschieden. Sie wurden zur Wahl von Kollegen für Hobbies befragt. Die Gruppenkohäsion war in beiden Gruppen gering, in der Gruppe mit dem niedrigen IQ aber noch geringer als bei der anderen Gruppe. Eines der Ziele der Untersuchung war, Beziehungen aufzudecken und die bis anhin eher schlechte Gruppenkohäsion zu verbessern. Das methodische Vorgehen beinhaltete die Ergänzung des Interviewschemas durch Rollentests einzeln und in Gruppen. Zunächst wurde jeder Schüler für sich getestet. Er sollte nacheinander jede der 15 ausgewählten (wiederum aus zuvor 100 als spezifisch für das kulturelle Setting der Gruppe vordefinierten) Rollen, die alle vertraute Rollen waren, spielen (z.B. Polizist, Lehrer, Mutter, Gangster, Geschäftsinhaber, Busfahrer, Vermieter, ...). Danach durfte der Schüler aus den 100 Rollen selber eine wählen und darstellen, was über seine eigenen Rollenaffinitäten informieren und sein Rollenrepertoire ausdehnen sollte. Das von den Autoren dargestellte Ergebnis der Untersuchung umfasste vier abgeschlossene Rollentests: zwei sich wechselseitig wählende Schüler, ein isolierter Schüler und der von ihm gewählte Junge ausserhalb der Schule. Die Ergebnisse zeigten, dass die Rollenkombination und die Flexibilität der individuellen Spontaneität wichtig waren für die Kompatibilität des sich gegenseitig wählenden Paares. Des Weiteren sahen *Moreno* und *Moreno* ihre Annahme bestätigt, dass Kompatibilität von der Rollendominanz des einen Individuums und der ergänzenden komplementären Rolle der Schwäche des anderen abhängig sein kann. Dazu merkten sie an, dass gegenseitig dominante Rollen in der Interaktion auch wechselseitiges Interesse hervorrufen und einen Anziehungsfaktor darstellen könnten. Schliesslich zeigte sich, dass das Rollenspiel unterschiedlich dramatisch ausgeprägt und mehr oder weniger voll konfiguriert

sowie das Rollenrepertoire unterschiedlich gross sein kann (ebd. 352).¹⁸ Die Autoren schlossen, dass es insgesamt keine statischen Bedingungen für Rollenkonfigurationen gibt (ebd. 352).

Die Auseinandersetzung von *Petzold* und *Mathias* (1982) mit *Morenos* Konzepten war bedeutsam für die Entwicklung der integrativen Rollen-, Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie. *Morenos* interaktionales Rollenkonzept und sein Konzept der Verkörperung von Rollen wurden bei *Petzold* weitergeführt. Gemäss *Petzolds* "Modell einer integrativen Rolle" wird dem Individuum durch den gesellschaftlichen Kontext eine Rolle als soziales Modell zugeschrieben bzw. angeboten. Und bei einem normativ, kulturell, gesellschaftlich oder durch den spezifischen sozialen/ökologischen Kontext gegebenen Zwang zur Wahl einer bestimmten Rolle ist es immerhin möglich, Ausmass und Intensität der Verkörperung dieser Rollen zu variieren (*Heuring, Petzold* 2005, 17). Angebotene Rollen müssen also immer auch gewählt, und aufgezwungene Rollen müssen immer auch verkörpert werden. Daher gibt es Raum für Widerstand, Spontaneität und den Ausdruck eigener Fähigkeiten, Bedürfnisse und Anlagen.

Dank unserer Körperlichkeit und unserem "informierten Leib" sind wir *per se* in der Lage, gewisse Rollen zu spielen, allen voran psychosomatische, wie z.B. Schlafende, Essende, Liebende. Da wir ausserdem Ko-existierende, auf andere, und lernfähige, auf komplexes Lernen ausgerichtete, "informierte Leib-Subjekte" sind, die unsere Umwelt, in die wir eingebettet sind, verkörpern (*embodied* und *embedded*), lernen wir, verschiedene weitere Rollen zu spielen und zu verkörpern. «Rollenverkörperung schliesst *Internalisierung von Rollenhandeln im Kontext mit diesem Kontext* ein» (*Heuring, Petzold* 2005, 17). Bedeutsam sind also **Sozialisation**, **Enkulturation** und **Ökologisation** und dabei ganz grundsätzlich die Entwicklung von Selbst, Ich und Identität. Dazu möchte ich mit dem folgenden Zitat nun überleiten:

«„Soziale Identität" mit ihren Rollenaspekten wird konstituiert, dadurch dass ein Einzelner einer Gruppe bzw. einer Gesellschaft mit kollektiven Rollenbildern angehört und in diesen Rollen handelt. Der Rollenbegriff reicht natürlich nicht, um Identität und Identitätsprozesse ausreichend zu explizieren. Er ist in der *Morenoschen* Variante strikt interaktionell konzipiert (die Arztrolle konstituiert sich mit den *counter-* bzw. *corresponding roles* der PatientInnen, Schwestern, LaborantInnen etc.), genauso wie identitätstheoretisch das korrespondierende Moment der wechselseitigen Attributionen gesehen werden muss. Das spricht dafür, eine rollentheoretische Betrachtung durchaus in der Identitätstheorie mit zu berücksichtigen ..., zumal diese auch eine hohe identitätstherapeutische Praxisrelevanz hat – etwa durch das psychodramatische Rollenspiel» (*Petzold* 2012q, 471).

¹⁸ Rollenrepertoire meint gegenwärtig aktuell spielbare Rollen. Diesen stellt *Petzold* das Rolleninventar gegenüber, die Gesamtheit aller jemals gespielten Rollen eines Individuums, die aktuell nicht (mehr) spielbar, verkörperbar sind. Möglicherweise sind einige davon aber wieder aktualisierbar, z.B. im Rahmen einer Soziotherapie, Psychotherapie oder Beratung (*Petzold in Petzold, Mathias* 1982, 155; *Heuring, Petzold* 2005, 21; *Petzold* 2012q, 441).

Bei *Moreno* waren Selbst, Ich, Persönlichkeit lediglich nicht näher bestimmte “heuristische Hypothesen“, die sich erst mit der fortschreitenden Ausbildung von Rollen interaktional entwickeln (*Petzold* in *Petzold, Mathias* 1982, 119). In der integrativen Therapie wird demgegenüber vertreten, dass bereits in der Schwangerschaft die interaktive und lebenslange Entwicklung von Selbst, Ich und Identität als Dimensionen der Persönlichkeit beginnt. Im integrativen Ansatz werden als Basis für die Persönlichkeitsentwicklung sowohl genetische Reifungsprogramme wie auch intra- und interpersonale, soziale und ökologische Prozesse, Interaktionen und Resonanzen gesehen, die körperliche Berührung, empathisches Erfasst-werden, eigenleibliches Spüren und Prozesse des Mentalisierens, der Fremd- und Selbstattributionen beinhalten (*Bachofner*, 2023, *Petzold* 2003a; *Petzold, Orth* 2017b; *Pfiffner* 2023). Nachfolgend sei die frühe Entwicklung von Selbst, Ich und Identität als Dimensionen der Persönlichkeit – gefasst in sechs Wahrnehmungswelten und vor allem in Anlehnung an *Petzold* (2003a) – kurz nachgezeichnet¹⁹:

1. Welt sensumotorischer Erfahrung und organismischer Perzeptivität

Grundlage für die Entwicklung ist der fötale Körper als “**organismisches Selbst**“. Mit der Bildung des neuronalen Gewebes (18. bis 20. Tag) und danach der Perzeptoren beginnt «die Wahrnehmungstätigkeit des Organismus, der selbst als Teil der Lebenswelt zum “*Gegenstand der Wahrnehmung*“ wird» (*Petzold* 2003a, 531). Ab der 8. Woche schwingt er in “*originärer Kommutilität*“ im “*thalassalen Urmeer des Fruchtwasers*“ mit der Mutter mit, und im 3. Monat der Schwangerschaft sind seine vestibulären, propriozeptiven, kinästhetischen und taktilen Wahrnehmungsorgane funktionsfähig. Ab der 16. Woche ist er reizempfindlich, ab der 24. Woche beginnt er aktiv, Reize zu suchen (ebd. 532).²⁰

2. Welt der affektiven Erfahrung und eigenleiblichen Selbstempfindung

Auf der organischen Grundlage des fötalen Körpers, der bereits fähig ist wahrzunehmen, mnestisch zu speichern und sich auszudrücken, entwickelt sich das **archaische Leibselbst**²¹ (zwischen 6. Schwangerschaftsmonat bis 3. Monat postnatal) in «*kommutibler Interaktion, ja Kommunikation mit dem Leib der Mutter*» (*Petzold* 2003a, 431; *Petzold et al.* 1994a). Hier ist der Beginn der «*affektiven Erfahrung und der eigenleiblichen Selbstempfindung*“» (*Petzold, Orth* 2017b, 906). «Schon im pränatalen

¹⁹ Ausführliche entwicklungspsychologische Darstellungen der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung finden sich in *Petzold* (2003a und 2012q). Eine prägnante Zusammenfassung der Identitätsentwicklung sowie ein Fokus auf Emotionen und Emotionsarbeit im Jugendalter findet sich in *Bachofner* (2023), und in (*Pfiffner* 2023) eine prägnante Darstellung der differenzierten Identitätsprozesse, des Modells der fünf Säulen der Identität und ein Fokus auf die aktuellen Herausforderungen der Identitätsentwicklung im Jugendalter.

²⁰ Eine Tabelle in *Petzold* (2003a, 532) listet unter Berufung auf verschiedene Quellen die Entwicklung der Sinnesysteme und die Schwangerschaftswochen (SSW) auf, ab denen verschiedene Sinnesorgane von den Hautsinnen, über die kinästhetischen, statischen und propriozeptiven Sinne bis zu Geschmacks- und Geruchssinn, Gehör und Gesichtssinn (visuelle Wahrnehmung) funktional werden. Bei den meisten ist das ab der 26.-40. SSW, beim Gehör schon ab der 25. SSW und bei den kinästhetischen und propriozeptiven Sinnen ab der 16. SSW. Von den Hautsinnen sind nur die Meissnerschen Tastkörperchen für Berührung schon ab der 8. SSW funktional, die anderen Rezeptoren für Wärme-, Kälte- oder Schmerzreize werden es ab der 24.-40. SSW.

²¹ «Das Selbst ist ... die Basis der Persönlichkeit, aus der Ich und Identität entstehen» (*Apfalter et al.* 2021, 121).

Bereich reagiert der Föte im letzten Gestationstertial auf Schmerzreize mit einem „agitiert-motorischen Muster“. Säuglinge versuchen, motorisch adversiver Stimulierung zu entgehen» (Petzold, Goffin, Oudhof 1993, 373).

3. Welt interpersonaler Erfahrungen und intrapersonaler Daseinsgewissheit

«Die Berührungen durch „significant caring others“ und die dadurch ausgelösten interozeptiven Selbstempfindungen regen die Ausbildung eines „archaischen Ichs“ an, das mit einer „Daseinsgewissheit“ und mit einem präreflexiven „Selbstgefühl“ verbunden ist» (Petzold, Orth 2017b, 905): das **archaische Ich als Selbst in Funktion (3. bis 7. Monat)**. Die perzeptiven, motorischen, affektiven und mnestischen Fähigkeiten des Säuglings bilden auch die rudimentäre Basis für die Entwicklung der primären und sekundären Ich-Funktionen.²² Die innerleibliche Erfahrungen („Selbstresonanzen“) und die zwischenleiblichen Erfahrungen mit anderen, vor allem den *caregivern*, die das Baby berühren, halten, pflegen und ihm für sein leibliches Empfinden idealerweise Worte geben, verbinden leibliche, emotionale und kognitive Informationsströme und führen zu Resonanzen. Das Baby beginnt in der Folge, intentional auf die Umwelt zuzugehen, sie differenzierter wahrzunehmen und differenzierter mit ihr zu interagieren, Personen und Beziehungsqualitäten zu unterscheiden. «In derartigen Interaktionen wird ... das eigene Selbst immer prägnanter erfahrbar, die Selbstgewissheit gefestigt» (Petzold 2003a, 539).

4. Welt intrapersonaler Erfahrungen

Die beschriebenen Prozesse führen «zur Ausbildung von emotionalen, volitionalen und kognitiven *Strukturen, Schemata, Stilen*» (Petzold, Orth 2017b, 906), der Ausbildung des **subjektiven Leib-Selbst (8. bis 12. Monat)**. Denn in den vielfältigen Interaktionen mit anderen, die sich empathisch auf das Baby einlassen, es spiegeln oder kontrastierend ins Positive umzustimmen versuchen, entwickelt dieses zunehmend ein Gefühl für seine inneren Zustände und lernt, dass sie sich von den Zuständen anderer unterscheiden können. Die Ich-Funktionen entwickeln sich weiter, und auch wenn das Selbstgefühl noch kein reflexives, sondern an Beziehungserfahrungen mit anderen gebunden ist (Petzold 2003a, 540), wird die Selbstgewissheit über eine Daseinsgewissheit hinaus weiter gefestigt, und verändert sich qualitativ.

5. Welt der Symbol- und Spracherfahrung

Mit der der weiteren Entwicklung der Sensumotorik, des Gedächtnisses und des Affekts im interaktiven Kontext mit der Umwelt und dem zunehmenden Einsinken von

²² Unterschieden werden nach Komplexität: *primäre* Ich-Funktionen (z.B. Wahrnehmen, Fühlen, Memorieren, Wollen, Denken, Handeln, Kommunizieren), *sekundäre* Ich-Funktionen (z.B. Integrieren, Differenzieren, Planen, Metareflektieren, Rollendistanz, Souveränität, Frustrationstoleranz, Ambiguität, Kreativität) und *tertiäre* Ich-Funktionen (z.B. soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation) (Apfalter et al. 2021, 58; Petzold 2012q, 509).

Sprache und Symbolik entfalten sich **archaische Identität, reifendes Ich²³ und verbales bzw. symbolisches Leib-Selbst (12. bis 18. Monat)**. «In den Prozessen der Identitätsbildung, die im zweiten Lebensjahr mit Ausbildung einer “archaischen Identität“ ... beginnen und im vierten Lebensjahr einen Kulminationspunkt erfahren» (Petzold et al. 1993, 192) spielen Bewertungsprozesse eine grosse Rolle. Die Welt des Symbolischen öffnet sich. Das reifende Ich beginnt, den Bezug von verbalen und ikonischen Identifizierungen mit ihm zu begreifen, kann ihn mnestisch festhalten und reproduzieren. Fremdattributionen werden nun also zunehmend mit dem eigenen Selbst verbunden, mit Identifikationen (Selbstattributionen) belegt und internalisiert.²⁴ «So entstehen erste Eindrücke des Kindes von sich selber, seinem Selbst, rudimentäre Selbstbilder» und das Selbstwertgefühl (Petzold 2003a, 542). Ist es positiv, stellt das einen wichtigen protektiven Faktor dar (Petzold et al. 1993). Vereinzelt ab dem 15. und regelhaft ab dem 20. bis 24. Lebensmonat wird das eigene Spiegelbild erkannt. Mimikry und nachvollziehende Imitation sind überschritten, und es erfolgen Identifikationen. Doch «Rollenübernahmen ... als komplexe identifikatorische Leistungen eines “reifen Ich“ sind noch nicht möglich» (Petzold 2003a, 542).

6. Welt der Identitätserfahrung

In der Phase der Entwicklung zu **reifem Selbst mit reifem Ich und reifer Identität (18. Monat bis viertes Jahr)**: wird das Ich zunehmend kohärenter, es vollbringt Syntheseleistungen und vermag Exzentrizität zu gewinnen, erkennt sich im Spiegel und benennt sich mit “ich“. «Die Ko-respondenzprozesse zwischen Mutter und Kind werden nun im Kind selbst, zwischen seinem Selbst und seinem Ich möglich, wobei es die “dialogische Erfahrung“ mit seinen relevanten Bezugspersonen auf das Gespräch mit sich selber überträgt» (Petzold 2003a, 543). Es entstehen dialogische Monologe, Selbstgespräche, mit verschiedenen Rollen. Das Kleinkind nimmt einen reflexiven Bezug zu seinem Selbst auf und kann Repräsentationen von sich in verschiedenen Situationen zu verschiedenen Zeiten machen, wobei seine Selbstbilder oft Rollenschemata entsprechen. Damit ist es in die konfigurative Struktur von Rolleninteraktionen (z.B. “das ist die Mutter, ich bin das Kind“) zunehmend bewusst eingebunden, vermag diese Rollen *aktiv* aber erst im 3. Lebensjahr auszufüllen. Petzold (2003a, 544) führt das so aus:

«In Vater-Mutter-Kind-Spielen“ *übernimmt* das Zweieinhalbjährige nicht die “Rolle“ des Kindes, aber es *ist* (etwa im Unterschied zum Zwölfmonatigen) *bewusst [wahrnehmungsbewusst, aber noch nicht reflexiv-bewusst/conscious]* “in der Rolle“, wohingegen die Vier- und Fünfjährigen die Rolle von Mutter und Vater annehmen ... und handlungsantizipierend spielen können. Die Rollen werden dabei

²³ Das Ich als dritte Dimension der Persönlichkeit (neben Selbst und Identität) wird sich zunehmend bewusster und die Ich-Funktionen zunehmend komplexer.

²⁴ Zwischen Identifizierung (Fremdzuschreibung) und Identifikation (Selbstzuschreibung) finden die durch Ich-Funktionen geleisteten Bewertungsprozesse der kognitiven Einschätzung (*appraisal*) und der emotionalen Bewertung (*valuation*) statt. Darin fließen neben biologischen Programmen und somato-sensorischen Schemata auch soziale Repräsentationen, mit der umgebenden Umwelt geteilte soziale, kulturelle und ökologische Wertungen ein (Petzold et al. 1993; Petzold 2012q; Pfiffner 2023).

verleiblicht, sind den Spielenden in der Aktion geradezu “auf den Leib geschrieben“. Sie sind also nicht nur als Erwartungsstrukturen oder Attributionen, als kognitive Schemata oder symbolische Grössen zu verstehen, sondern symbolisch-interaktional als leiblich konkrete Handlungsmuster und Verhaltensweisen».

Rollenhandeln beginnt rudimentär zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr, in dem es sich dann voll entfaltet. Es ist immer an eine bestimmte Raum-Zeit-Struktur gebunden. Die zunächst wichtige unmittelbare eigenleibliche Erfahrung und der situative interaktionale Kontext bei den Rollenmustern und Selbstbildern wird mit zunehmenden Abstraktionsleistungen immer mehr in Schemata gefasst, die auf das “repräsentierte Selbst“ bezogen sind. Dabei besteht die Gefahr, das leibhaftige Selbsterleben, das Selbstgefühl, zu verlieren. Im Gegenzug, weil kognitiv repräsentiert, kann das Ich die Selbstbilder einander zuordnen, sie miteinander verbinden und synthetisieren bis zum Erreichen einer “reifen Identität“. Indem das Ich das Selbst zunehmend erkennt, beginnt es in bewussten und unbewussten Selbstinterpretationsprozessen «eine “Selbstkonstitution“, eine “Identitätsarbeit“..., in der sich über autobiographisches Memorieren ... eine persönliche Biographie formiert» (*Petzold* 2003a, 545) – was letztlich ein lebenslanges Geschehen ist.

Das Alter von 4 bis 6 Jahren, in dem das Kind beginnt, soziale Rollen zu übernehmen und zu spielen, gilt auch als “rollensensible Phase“, was die Mitwirkung der Genregulation an Entwicklungsprozessen und damit ihren biologisch-leiblichen Aspekt in Erinnerung ruft (*Petzold* 2003a, 1073). Nicht nur in der Kindheit (z.B. Übergang vom präoperativen zum operativen Denken) gibt es sensible Entwicklungsphasen, auch in Pubeszenz und Adoleszenz (z.B. neuronale Vernetzungen im präfrontalen Cortex, Sexualität), im Erwachsenenalter (z.B. Brutpflegeinstinkt, Kinderwunsch) und im Senium (Atrophien, Verluste).²⁵ Infolge biologischer, sozialer und biographischer Faktoren verändern sich also Selbstbilder, Identität und Persönlichkeit über die ganze Lebensspanne. Aus einer mehrperspektivischen Sicht kann zudem vertreten werden: «die “Einheit der Persönlichkeit“ ist oft überschätzt worden», denn ein Individuum kann aus jeder Rolle, aus der es agiert, eine unterschiedliche Perspektive haben (*Petzold* 2003a, 953). Eine Illustration dazu zeigt Abbildung 3. Dabei gehen die Perspektiven hier nicht lediglich von den Rollen als Tochter, Schülerin, Jugendliche aus, sondern von den Persönlichkeitsanteilen der 15-Jährigen mit ihren Bedürfnissen, die durch verschiedene Stofftiere und die Matrioschka symbolisiert wurden.

²⁵ Dies geschieht auch immer vor dem Hintergrund gesellschaftlicher, kultureller und ökologischer Bedingungen.



Abb. 3: Die 15-jährige Patientin (unten links) sitzt vor verschiedenen Symbolen, womit sie Persönlichkeitsanteile resp. Beweggründe und Bedürfnisse dargestellt hat (zwei Stoffvögel rechts für Anorexie und Bulimie mit gleichzeitigem Wunsch nach Umsorgt-Werden und Bestrafung der Eltern – Schaf für Wunsch nach Geborgenheit – Hund für Gelassenheit als Wunsch und Ziel – Matrioschka Nistpuppe für Leistungsmotivation mit Bedürfnis nach Anerkennung und Kontrolle. Ziel der Intervention war, als Betrachterin der verschiedenen in ihr wirkenden Aspekte Exzentrizität zu gewinnen und damit im Prozess zu besserer Regulierungsfähigkeit einen Schritt weiter zu kommen.

Die Persönlichkeit entwickelt sich also interaktional, sie kann mehrperspektivisch betrachtet werden, sie ist «temporal bestimmt, und sie kann ... nur auf dem Hintergrund von Lebensgeschichte verstanden werden ...» (Petzold 2003a, 517). Diese Sicht hat für die therapeutische Behandlung eine wichtige Implikation:

«Wenn man nämlich in der Entwicklungstheorie der Persönlichkeit ausgeht von der leiblich-konkreten Interaktion, in der allein sich durch Differenzierungs- und Integrationsleistungen sensumotorisch, emotionale und kognitive Strukturen und Stile ausbilden können, ... folgt daraus behandlungsmethodisch, dass bei Defiziten und Mangelerfahrungen in diesem frühen Bereich eine rein *verbale* Behandlungstechnik ... sicher nicht ausreichend ist. Sie treibt vielleicht sogar defizitäre Patienten zur Unzeit zu Leistungen an (z.B. einer einseitigen rational-kognitiven Kontrolle), die ihnen schaden» (ebd. 518).

Betont wird hier einmal mehr die Bedeutung der kreativen Arbeit mit medialen Techniken und der aktionalen Arbeit mit Psychodrama, was beides in der Kindertherapie besonders wichtig ist. Da sich Menschen, insbesondere Kinder, interaktiv entwickeln, ist

gerade bei ihnen dem Kontext besondere Beachtung zu schenken. Im folgenden Kapitel liegt der Fokus daher auf dem sozialen Umfeld, in dem Kinder aufwachsen, ihrem Konvoi und ihren sozialen Beziehungen. Der ökologische Kontext und seine Bedeutung sind nicht vergessen, wenn auch nicht immer explizit angesprochen.

4 Soziale Beziehungen und Emotionen (2. Weg) – embedded

Im Psychodrama und den dabei inszenierten Bildern, Geschichten und Erfahrungen geht es um Identität und immer auch um Beziehungen. Das umfasst einerseits bis anhin erlebte und gegenwärtige Beziehungen, die im spontanen Symbolspiel und im Rollenspiel (re-)inszeniert werden, andererseits die gegenwärtigen Beziehungen mit MitspielerInnen und/oder TherapeutIn, die sich im aktuellen Moment vollziehen. Alle Beziehungserfahrungen sind mit dabei. Sowohl gute wie auch negative und/oder defizitäre soziale Umwelten manifestieren sich sehr schnell, sei es in den inszenierten Bildern und Geschichten selber (Thematik, Wiederholungszwang, eine angemessene oder aber "auffällige" Art der Beziehungsgestaltung, z.B. ein Mangel in der Fähigkeit, gute Beziehungen einzugehen, zu gestalten und zu halten.²⁶ Psychodrama und Rollenspiel bieten gute Möglichkeiten der Verschränkung von Diagnose und Interventionen im Sinne eines "theragnostischen" Vorgehens (Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić, Steffan, 2021(2000)). Elementar in Beziehungen sind die Fähigkeiten der Empathie und die Möglichkeit, Emotionen und Beziehungen zu regulieren. Das zielt auf den 2. Weg der Heilung und Förderung – «Nach- und Neuzozialisation → Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: "Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden"» (Petzold, Müller, 2004c).²⁷ Zunächst werde ich auf die Entwicklung der Fähigkeit, Beziehungen zu regulieren und die dafür hilfreichen Faktoren eingehen, die entsprechend wichtig für eine Neu-/Nachsozialisation sind, danach auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und der Therapie als *safe place*, als sicheren Ort.

²⁶ Dies ist natürlich stets auch vor dem Hintergrund der sozialen und kulturellen Normen zu sehen.

²⁷ Auch diese Konzepte sind metatheoretisch fundiert. Das leibliche *a priori* von Erkenntnis führt «zwingend zu der Erkenntnis, dass *Leiblichkeit* immer in ihrem Wesen als **Zwischenleiblichkeit** begriffen werden muss» (Petzold, Müller 2005/2007, 27), die wie ausgeführt mit der "Kommutilität, dem intrauterinen Mitschwingen des Fötus" beginnt (ebd. 34). Ferner zeigt sich «die grundsätzliche Relationalität des Menschen, seine Bezogenheit auf den anderen Menschen und die Welt hin ... in der Intentionalität der Leiblichkeit: Augen sind da, zu sehen, Ohren, zu hören, Hände zum Greifen, und dies nicht nur im Hinblick auf eine funktionelle Ausstattung zur Sicherung des Überlebens, sondern als Möglichkeit zu Kommunikation und Interaktion, die in sinn(en)haften Zusammenhängen gründen und in ihrem Vollzug selbst wiederum Sinn und Bedeutung herstellen – dies auf individueller und kollektiver Ebene» (Petzold et al. 1994a, 492). Es gilt also: Mensch ist man nie allein, Mensch-Sein ist immer Mit-Sein, Existenz ist immer Ko-Existenz. Dass der Mensch "homo interactor", «wesensmässig ein Bezogener ist» (ebd., 491), ist stellt eine seit der Antike in der Philosophiegeschichte wiederholt affirmierte anthropologische Grundaussage dar. Und schliesslich leitet sich «von dieser Vorstellung ... auch die epistemologische Position eines "sozialen a priori" der Erkenntnis her» (Petzold, Müller 2005/2007, 27).

4.1 Beziehungsregulation und Neu-/Nachsozialisation

Im vorangehenden Unterkapitel ging es um die interaktive Entwicklung von Selbstbild, Selbstwert und Identität, was wichtige Voraussetzungen für gelingende Beziehungen sind. Es sind aber nicht die einzigen. Von grosser Bedeutung sind darüber hinaus die Empathiefähigkeit und die Möglichkeit, Emotionen zu regulieren und Beziehungen zu gestalten. Daher ist essentiell zu wissen, was es braucht, dass einem Kind dies gelingt, d.h. auch: zu wissen, was es für eine gesunde Entwicklung braucht. Und das hat therapeutische Implikationen.

«Wenn wir uns hier mit Grundlagen, Grundmustern bzw. Grundformen „intimer emotionaler Interaktion/Kommunikation“ befassen, als Mustern, die eine gewisse Konstanz für „*intimate situations*“ über die Lebensspanne hin haben, so, weil wir hier eine besondere Relevanz für die Praxis der Psychotherapie sehen» (Petzold et al. 1994a, 500).

Die Muster der intimen emotionalen Interaktion/Kommunikation (mimischer Ausdruck, spezifische Vokalisation, Berührung/Liebkosung) in der Baby und frühen Kleinkindperiode wurde von (Petzold et al. 1994a) als *intuitive parenting* beschrieben. Diese Muster sind in ihrer Ausprägung spezifisch menschlich, mit deutlich intersubjektiver Qualität und deutlich identifikatorischer Komponente (in den menschlichen Blickdialogen wird dem Baby «regelmäßig eine zumindest „unterstellte Identität“» zugeschrieben), während Blickdialoge bei anderen Primaten eher „okkasionell“ erfolgen (ebd. 567-568). Das spezifisch Menschliche beim *intuitive parenting* ist ausserdem, dass sich der erwachsene oder zumindest ältere Interaktionspartner (z.B. ältere Geschwister) auf die Fähigkeiten des Babys einstellen und so einen für beide angenehmen Zustand aufbaut. Mit Berufung auf Papoušek, Papoušek und Haekel (1987), stellen Petzold et al. (1994a, 568) «folgende supportive und stimulierende Aktionen heraus:

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

Die Muster des *intuitive parenting* sind elementar für die kognitive und emotionale Entwicklung, den Spracherwerb, das Selbsterleben und die Identitätsentwicklung und haben transkulturelle Konstanz. Vom 2. Lebensjahr an verändern sie sich und werden zu differenziellen Mustern²⁸ des *sensitive caregiving*, das Verhaltensformen vom 2. – 4. Lebensjahr seitens der Betreuungspersonen, der *caregiver*, beschreibt, die für eine gesunde Entwicklung des Kindes nötig sind und die folgenden Prozesse erfordern (ebd. 589-590):

1. *Einstimmen auf die emotionale Lage des Kleinkindes*
2. *Austausch mimischer und vokaler affektiver Botschaften.*
3. *Differenzierende Benennung von Gefühlen und inneren Zuständen mit affektiver Intonation in altersspezifischer, kindgemässer Weise.*
4. *Umstimmen von Affekten des Unwohlseins, der Irritation, des Schmerzes usw. in Richtung positiver Gefühlslagen.*
5. *Fördern von Kommunikationsvielfalt in komplexeren sozialen Situationen.*
6. *Vermitteln von Sicherheit, Reduktion von Fremdheitsgefühlen durch Gewährleisten von "schützenden Insel-Erfahrungen".*
7. *Bereitstellen von stimulierenden Angeboten durch Spiel, Experimentieren, Wahrnehmungs-, Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten "mit allen Sinnen" (Merlot-Ponty).*
8. *Hilfen bei der kognitiven Strukturierung von Situationen.*
9. *Ermöglichen empathischer Verhaltensweisen von Seiten des Kindes zum Erwachsenen im Sinne "mutueller Empathie".*
10. *Aushandeln von Grenzen in der Kommunikation, damit der "potential space" (Winnicott) zugleich Freiraum und Struktur, Explorationsmöglichkeiten und Sicherheit bietet.²⁹*

Wichtig bei diesen Verhaltensweisen ist empathisches Verständnis für das Kind. Dieses geht über das Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären des spiralförmigen hermeneutischen Erkenntnisprozesses hinaus, da Empathie hinzukommen muss. Diese bildet sich infolge bewusster und subliminaler Wahrnehmung und der mnestischen Resonanz auf vorgängige Erfahrungen mit dem Kind. Sie sorgt für die erforderliche sensible Sorgfalt beim *caregiving*. *Sensitive caregiving* ist ein Interaktions-/Kommunikationsgeschehen, das aber auch spezifische Reaktionen des Kindes braucht, so dass sich eine "wechselseitige Empathie", eine "ausgewogene Mutualität" herausbilden kann (ebd. 590). Die Interaktions-/Kommunikationspartner werden dabei füreinander zu *affordances*, indem sie Angebote darstellen, die zu spezifischen Handlungsmöglichkeiten, *effectivities*, einladen (ebd. 591). So findet durch die sensitive Hilfe der

²⁸ Durch die Differenzierung der *parenting*-Muster kann sich ein grösseres Verhaltensrepertoire ausbilden. Das macht evolutionsbiologisch Sinn, denn Verhaltensvielfalt ist eher überlebenssichernd und erfordert Differenzierung. Das primäre *intuitive caregiving* wird immer mehr für intime Beziehungen und bestimmte intime Situationen reserviert, z.B. Trost, Sterbebegleitung, Schmerzlinderung und « in „therapeutischen Wahlverwandschaften"... » (Petzold et al. 1994a, 588).

²⁹ Eine anschauliche Beschreibung der elterlichen Fähigkeiten und der Prozesse, die für ein gelingendes *intuitive parenting* und *sensitive caregiving* bedeutsam sind, findet sich auch bei Plüss Staubli (2020).

caregiver, Emotionen richtig zu dekodieren, eine emotionale Differenzierungsarbeit statt. Zunehmend erkennt das Kind die Intensität von Emotionen und ab dem 5. Altersjahr auch die Authentizität von Emotionen.³⁰ Durch sensitive Hilfe bei Benennung, Einordnung und positiver Umstimmung lernt das Kind zunehmend, mit seinen Emotionen umzugehen, sie zu regulieren. Die gerade in den Blickinteraktionen des *intuitive caregiving* festen Muster der Zuwendung im 1. Lebensjahr werden ab dem 2. Lebensjahr beim *sensitive caregiving* immer mehr durch Prozesse des "Aushandelns von Intimität" ersetzt. Doch Blicke bleiben wichtig, denn: «Die Handhabung von Gefühlen wird gerade im Blickverhalten zwischen dem Kind und der Bezugsperson ausgebildet» (ebd. 593). Das gilt nicht nur für liebevolle Zuwendung, sondern auch für Gefühle, bei denen der Blick eher vermieden wird wie Trauer, Scham oder Verlegenheit. Auf die fortdauernde Bedeutung der mimischen und der Blickdialoge weist die grosse Nähe von intimen *face to face*-Interaktionen von 0 bis 45 cm hin, die beim *sensitive caregiving* weiterhin typisch und transkulturell relativ konstant ist. Die sozial differenzierte Regulierung der Nähe-Distanzmuster ("Fremdeln") beginnt gegen Ende des 1. Lebensjahres und durchläuft verschiedene Stadien. «Der Intimitätsraum jedoch bleibt konstant» (ebd. 594), nur wird er von den Eltern wie auch vom Kind immer weniger in Anspruch genommen. Das wiederum macht ihn emotional höherwertig.

Gelingende Prozesse des *sensitive caregiving* sind nicht nur essentiell für die Entwicklung positiver Selbstkonzepte (*Petzold et al.* 1993, 363), einer differenzierten Emotionalität und einer guten sozialen Kompetenz und Performanz. Sie sind darüber hinaus unabdingbar dafür, damit das Kind seine genetisch disponierte Fähigkeit zur Empathie entwickeln kann (siehe Punkt 9 der förderlichen *caregiver* Verhaltensweisen). Die Erfahrung empfangener, gegenüber sich selber erlebter Empathie, die *somatosensumotorisches* Mitschwingen (Ko-motilität, motorische Synchronisation), *emotionales* Empfinden und Erfühlen (Ko-Empfinden, Nachfühlen) und *kognitive* (reflexive und ko-reflexive) Versuche des Begreifens umfasst (*Petzold, Mathias-Wiedemann* 2019a/2020, 9), ist die Voraussetzung dafür, diese Fähigkeiten sich selber und auch anderen gegenüber entwickeln zu können. – «Weil man stimmig empathiert wurde, und darauf auch empathische Resonanz geben durfte, die aufgenommen wurde, bilden sich Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdempathie aus» (ebd. 4), die für positive, gelingende Beziehungen so wichtig sind.³¹

³⁰ Die Emotionsentwicklung beginnt mit schon pränatal aufkommenden Vorläuferemotionen und spezifischen Interaktionsmustern. Wie in Kap. 2.2 dargelegt, bilden sich ab dem 2. Lebensjahr – mit der beim *sensitive caregiving* zunehmenden Entwicklung der bewussten Gefühlswahrnehmung und der selbstreferentiellen Qualitäten bei Gefühlen, Gedanken und Verhalten des Kleinkindes – zunehmend stabile Selbstbilder. Emotionen, die eine gewisse, hinlänglich stabile Selbstrepräsentation voraussetzen, entstehen erst relativ spät. Basierend auf empirischen Studien verschiedener Autoren nennen *Petzold et al.* (1994a, 593) folgende: **Schuld** zw. 12 und 15 Monaten – bzw. um den 36. Monat, **Schüchternheit** zw. 12 und 18 Monaten, **Verachtung** zw. 15 und 18 Monaten. Dazu merken sie an, dass sich mit zunehmender Ausdifferenzierung des Selbstkonzepts auch die genannten Gefühle differenzieren, so dass unterschiedliche Intensitäten anzunehmen sind und dass dies zu den verschiedenen zeitlichen Zuordnung durch verschiedene Autoren geführt haben mag.

³¹ *Petzold* und *Mathias-Wiedemann* (2019a/2020) weisen auf die Position "komplexer positiver Empathie" hin, welche die Integrative Therapie vertritt und welche Selbstempathie (sich selber gegenüber) wie auch Fremdempathie (den anderen Lebewesen gegenüber) und Naturempathie (Ökosystemen mit ihren nicht-menschlichen wie auch

Demgegenüber führt fehlendes oder misslingendes *sensitive caregiving* «wie wir etwa bei überstreng erzogenen oder misshandelten Kindern finden, ... zu Blickabwendungen, geringer visueller Responsivität, zu "dysfunktionalen Beziehungen ..."» (Petzold et al. 1994a, 594), kurz: zu negativen Folgen für die Fähigkeiten der emotionalen Differenzierung, bei der Ausbildung von Selbstkonzepten, sozialer Kompetenz und Performanz sowie bei der Ausbildung empathischer Fähigkeiten sich und anderen, der Mit- und Umwelt gegenüber.³² Das hat Konsequenzen für die Kinderpsychotherapie. Hier gilt es, den betroffenen Kindern wenn nötig andere, neue Erfahrungen anzubieten. Zusammenfassend schreiben so auch Petzold et al. (ebd. 405).

«In Erziehung und Therapie geht es darum,

- einem Kind (Menschen) zu vermitteln, dass es (er) wertvoll ist, dass man es (ihn) in seiner Einzigartigkeit erkennt und bestätigt;
- einem Kind die Welt zu zeigen und erklären;
- einem Kind einen verlässlichen, emotionalen Boden und Vertrauenshintergrund zu schaffen;
- einem Kind eine positive Zukunftsperspektive zu eröffnen; einem Kind zu zeigen, wie man Beziehungsnetze aufbaut und pflegt;
- es geht um ein Aushandeln von Grenzen,
- das Akzeptieren der eigenen Gefühle und die Freude an der eigenen Leiblichkeit;
- es geht um das Differenzieren von Emotionen im Austausch von Gefühlen».

Auffälligkeiten, Krankheit oder Schädigungen werden gemäss dem vertretenen biopsychosozialen Ätiologiemodell nie als monokausal verursacht verstanden, sondern bedingt durch «eine "multiple Genese", eine Vielzahl von Einflüssen ..., die in ihrer Gesamtheit pathogen wirken können» (ebd. 1987, 380). "Prävalente pathogene Milieus" können in jeder Lebensphase auftreten. Liegen sie sehr weit zurück und haben sie als "frühe Schädigungen" das "archaische Selbst", das "archaische Ich" oder die "archaische Identität" beeinträchtigt, können sie «nur über eine "Regression" erreicht werden, durch die der Patient noch einmal in die *Atmosphären* und *Szenen* seiner Sozialisation zurückversetzt wird, die für ihn schädigend waren» (ebd. 380). Von diesem Milieu ausgehend wird im therapeutischen Prozess mit einer Nachsozialisation ein neuer Entwicklungsgang ermöglicht.³³ Da *vertikale*, kurzfristige und fokussierte Regressionen,

ihren menschlichen BewohnerInnen gegenüber) umfasst und eine heilsame Wirksamkeit hat, die auch über das Individuum hinausgeht. Denn ein melioristisches Bedürfnis, sich auch für andere, die Natur, Umwelt, Welt einzusetzen, basiert auf positiver Empathie. Das wird am Ende dieser Arbeit nochmals kurz angesprochen. Nicht weiter möchte ich auf die "dunkle Empathie" eingehen, welche die Autoren der komplexen positiven Empathie gegenüberstellen, «die Nutzung empathischer Strategien und Fähigkeiten ... in unethischer, devianter Weise» (ebd. 38) um zu manipulieren, auszubeuten oder zu übervorteilen. Dafür verweise ich auf ihren Artikel.

³² Auf die Schwierigkeiten für ein gelingendes *intuitive parenting* und *sensitive care giving* einzugehen, welche sich aufgrund eines wenig-responsiven Verhaltens seitens des Säuglings entwickeln, was u.a. bei Frühgeborenen Babys vorkommen kann, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Siehe dafür (Petzold et al. 1994a, 561 ff.).

³³ Dazu spezifizieren Ramin und Petzold (1987, 380): «Im Integrativen Ansatz wird "Therapie als Prozess der Nach- und Neusozialisation" verstanden, und Sozialisation als die *Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen* und den mit *ihnen verbundenen Atmosphären*" betrachtet (wobei es im präsenischen Bereich vorwiegend um die

die durch erlebnisaktivierende Techniken induziert werden (wie in der klassischen Gestalttherapie), sehr hohe Anforderungen an die Ich-Fähigkeiten stellen, sind gerade bei Kindern und Jugendlichen vielmehr «*horizontale Regressionen* notwendig, die – “*time extended*“ – ermöglichen, dass der Patient/die Patientin über längere Zeit im therapeutischen Prozess in regressiven Milieus verbleibt und hier positive Atmosphären und Szenen erleben und verinnerlichen kann» (ebd. 381). Dabei, so fahren die Autoren fort, geht es nicht nur um die Verhinderung von Therapiezwischenfällen durch eine zu starke Überforderung, die in suizidale Krisen, psychotische Dekompensationen oder psychosomatische Reaktionen münden kann, sondern auch darum, «spezifische Effekte therapeutischer Sozialisation zur Wirkung kommen zu lassen» (ebd. 381). Und das muss vor dem Hintergrund eines konzeptuell klaren, wissenschaftlichen Regressionsverständnisses geschehen (Petzold, Orth 2014a/2023, 170, 214), um nicht durch “parentale Mystifizierungen“ und falsch verstandene “Regressionsideologien“ mehr zu schaden als zu nutzen.

In ihrer kritischen Auseinandersetzung zu Mythen und Ideologien, die in der Psychotherapie nach wie vor verbreitet sind (Petzold, Orth, Sieper 2014a) und sehr oft auf subtilen und/oder kaschierten Machtansprüchen basieren (man denke z.B. an die psychoanalytische Deutungshoheit der Analytiker), setzen sich Petzold und Orth (2014a, 2014a/2023) auch kritisch mit Regressions- und Parentingideologien auseinander.³⁴ Sie warnen u.a. vor missverständener Beelterung, die Parentingprozesse nicht als *similär*, sondern *homolog* zu Elternbeziehungen betrachtet (Petzold, Orth 2014a, 138), was sie faktisch aber nicht sind. Denn wenn in der therapeutischen Beziehung *erlebbare* Qualitäten von Sicherheit, Zuwendung und Angenommensein fehlende Erfahrungen ergänzen, *weiss* die Patientin, dass sie in der Therapie *Ähnliches* erlebt wie das, was ihr *damals* fehlte. Die Therapeutin ist für die Patientin «zwar nicht die Mutter, aber *wie eine Mutter*» (ebd. 200). Die Autoren sprechen daher «von “*Simile-Qualitäten*“ und lehnen eine Unterstellung von *homologen* Qualitäten strikt ab» (ebd. 200). Sie finden auch: «Diese Zusammenhänge müssen ... PatientInnen gegenüber transparent gemacht werden, ... [insbesondere] bei *Parenting-Sequenzen* ..., sonst kommt es zu Suggestionseffekten und Bindungsmythen» (Petzold, Orth 2014a, 138). Das gilt auch für jüngere PatientInnen und gelingt, wenn es auf kindgerechte Art vermittelt wird. Ausserdem müssen sich TherapeutInnen immer auch fragen, ob sie nicht einem “romantisierenden, undifferenzierten parentalen Paradigma“ aufsitzen und prüfen, ob sie nicht «eigene Regressionswünsche, kindliche Defizite oder eigene parentale Machtstrebungen befriedigen wollen, wenn sie sich... überwiegend in “guten“ Elternrollen sehen und andere “significant caring adults“ ... nicht ins Spiel kommen oder wenn sie

Verinnerlichung von Atmosphären geht)». Sie unterscheiden *horizontale* und *vertikale* Regressionen, die sich vorwiegend in der klassischen Gestalttherapie finden und die ein sehr starkes, integrationsfähiges *Ich* erfordern, was bei Patienten mit frühen Schädigungen oftmals nicht der Fall ist.

³⁴ Da nach wie vor sehr relevant, wurde ein Grossteil des betreffenden Buchkapitels in den Polylogen neu eingestellt.

– durchaus in der Parenting-Rolle – mit einem Teil ihrer Persönlichkeit an der Regression ihres “Patienten-Kindes“ partizipieren» (ebd. 172). Des Weiteren hat eine Parenting/Reparenting-Strategie mehr Schaden als Nutzen, wenn sich in der regressiven Atmosphäre eines Parenting/Reparenting die vorhandenen Potentiale auflösen oder abbauen und nicht gleichzeitig zu dieser Strategie auch viele andere supportive Strategien angewandt werden, so dass Ressourcen und Potentiale der PatientInnen erhalten bleiben, gestärkt, gefördert und/oder neu erschlossen werden, um ein Verbleiben in einem dependenten, regressiven Milieu zu verhindern (ebd. 198, 208). Parenting/Reparenting-Strategien machen also nur einen Teil des reichhaltigen Interventionsrepertoires der Integrativen Therapie aus, und **«Therapeuten sind in komplexen Behandlungsprozessen niemals nur oder überwiegend in Elternrollen oder in elterlichen Simile-Qualitäten gefordert. Es sind noch vielfältige andere Rollen von Bedeutung (fachlicher Berater, Mitkämpfer, Freund, Kumpel, Mann, Frau, Kollege etc.)»** (ebd. 198). Heilung und Förderung sind ko-respondente, auf zumindest unterstellter Intersubjektivität beruhende Interaktionsprozesse, in welchen, wie bereits deutlich gemacht, «auch schon kleine Kinder aktiv im Sozialisationsgeschehen mitwirken» (ebd. 202).

Therapeutische Sozialisation, d.h. die Interaktionen und Prozesse des Parenting/Reparenting³⁵, der Neu- und Nachsozialisation ist nicht nur bei “frühen Schädigungen“ bedeutsam, sondern auch bei Problemen, die in der Adoleszenz entstehen, zumal diese Entwicklungsphase, von einer besonderen Verletzlichkeit durch biologische wie auch soziale Umstellungen gekennzeichnet ist (ebd. 385-386). Neu/Nachsozialisation beinhaltet gerade bei Kindern und Jugendlichen vielfach nonverbale Interaktionen und das Schaffen heilender Szenen und Atmosphären. Entgegen der Betonung der Wichtigkeit nonverbaler Kommunikation und Interaktionen in der Kindertherapie, die in Kasuistiken immer wieder erwähnt wird, gibt es gemäss *Petzold et al. (1994a)* jedoch keine systematischen Auswertungen dazu.³⁶ Die Autoren führten eine eigene Befragung von 40 KindertherapeutInnen durch und berichten darüber, dass alle TherapeutInnen (100%) «nonverbale Kommunikation für unverzichtbar in der Behandlung von Kindern» hielten, dass 90% das auch bezüglich körperlicher Berührung fanden und dass aber nur 40% Berührungen gezielt und systematisch einsetzten und 50% Berüh-

³⁵ Parenting zentriert auf die Behandlung von Defiziten. Reparenting fokussiert darauf, «*Störungen, Traumata und Konflikte*, die durch Persönlichkeitsprobleme der Eltern verursacht oder mitverursacht wurden (z.B. durch uneindeutige Haltungen, emotionale Überflutungen, Repressionen, Beziehungsambivalenzen) ... durch alternative Verkörperungen, durch das Schaffen korrekativer Atmosphären dem Patienten neue und andere Wege im Erleben und Verhalten zu ermöglichen» (ebd. 386-387).

³⁶ *Märtens und Petzold (1995b)* bemängeln, dass es um die Forschung zu den Ergebnissen von Therapien mit Kindern und Jugendlichen noch schlechter bestellt ist als bei Erwachsenen. Neben ökonomischen hat das verschiedene weitere Gründe wie «das Faktum, dass Kindertherapeuten mit Kindern und Jugendlichen auf mindestens sechs verschiedenen Altersniveaus mit je spezifischem kognitivem, emotionalem und sozio-interaktionalem Entwicklungsstand *umgehen* können müssen ...», dass sie neben der Behandlung von Verhaltensstörungen, kinderpsychiatrischen und -psychosomatischen Erkrankungen den gesamten Bereich der geistigen, körperlichen und Mehrfachbehandlungen mitzubetreuen haben, dass Eltern- und Angehörigenarbeit, -beratung und -therapie hinzukommen...» (ebd. 347). Darauf und auf weitere Aspekte zur Forschung werde ich in Kapitel 5 zurückkommen.

rungen unsystematisch und zufällig einsetzten. Die meisten (70%) überliessen die Initiative dazu den Kindern. Blickdialoge setzten nur 20% der TherapeutInnen gezielt und systematisch ein. Allerdings berichteten 80% der KindertherapeutInnen, dass es in der Mehrzahl ihrer Therapien bei Kindern unter 10 Jahren Situationen im "persönlichen Nahraum" (0 bis 50 cm) gebe. Es wurden auch neun Videoaufzeichnungen angefertigt. Sechs davon zeigten Sequenzen des *sensitive caregiving*. Diese waren jedoch, so die betreffenden TherapeutInnen dazu, nicht *bewusst* eingesetzt worden, sondern hatten sich aus dem Interaktionsgeschehen ergeben.³⁷ Obwohl es wichtig wäre, Fehlentwicklungen möglichst früh zu erkennen und zu behandeln, ist Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen generell sehr schlecht beforscht (*Märtens, Petzold* 1995b). Das hat, so die Autoren, neben ökonomischen und durch die hohen Anforderungen an die TherapeutInnen von Kindern und Jugendlichen bedingten Gründen auch inhaltlich-strategische bzw. der Behandlung von Kindern und Jugendlichen inhärente, ja sogar definitorische Gründe. Bevor ich darauf zurückkomme, werde ich im nächsten Kapitel auf die therapeutische Beziehung und die Bedeutung der Behandlung als sicheren Ort eingehen.

Exkurs zu Parenting/Reparenting: In meiner Praxis versuche ich stets, Angebot und Form eines *Parenting/Reparenting* im Kontinuum der therapeutischen Beziehung zwischen professioneller Distanz und grosser Nähe (Exzentrizität, Zentrierung, Involvierung, auch: "partielles Engagement"»); *Plüss Staubli* 2020, 22; *Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach*, 1999, 351) sehr sorgfältig mit dem Bedürfnis der PatientInnen abzustimmen (in Ko-Respondenz). Schon nur das Angebot eines Glases Wasser zu Beginn der Sitzung kann als minimales *Parenting/Reparenting*-Angebot gesehen werden. Beim Blickkontakt anlässlich der Übergabe des Glases, gibt es immer wieder PatientInnen, deren Blick sich ausgesprochen fest in dem meinen festzuhaken und von einem grossen Bedürfnis nach Beziehung, wenn nicht *Pa-*

³⁷ Bezüglich regressionsorientierten Parenting/Reparenting-Prozessen bei Erwachsenen bemerken *Petzold et al.* (1994a, 601), dass diese sequentiell im Rahmen der *4 Wege* zur Anwendung kommen, wenn angenommen wird, dass «spezifische emotionale Erfahrungen nicht oder unzureichend gemacht werden konnten (Erfahrungen eindeutiger Zuwendung, emotionalen Angenommenseins, spielerischer Unbefangenheit) oder dass einseitige Negativerfahrungen prägend waren» und dass mit korrigierenden und alternativen emotionalen Erfahrungen der Erlebens- und Handlungsraum des Patienten daher erweitert und seine Heilung und Entwicklung gefördert werden soll. Die Autoren fahren fort: «Dabei übernimmt der Therapeut für den Patienten die Rolle eines "Hilfs-Ichs" (*Moreno* 1959), das in der therapeutischen Beziehung emotionale Qualitäten bereitstellt, Atmosphären möglich macht, die vom Patienten aufgenommen und internalisiert werden können» (ebd. 601). Bezugnehmend auf das methodische Vorgehen der "Kinderanalysen mit Erwachsenen" *Ferenczi*, schreiben sie weiter: «Zuweilen verfährt man "also wie eine zärtliche Mutter, die abends nicht schlafengeht, ehe sie alle schwebenden kleinen und grossen Sorgen, Ängste und böse Absichten, Gewissenskrupel mit den Kindern durchgesprochen und in beruhigendem Sinne erledigt hat" (*Ferenczi* 1931, 24). ... Dabei kommt Face-to-face-Interaktionen, Blickdialogen, prosodisch intonierenden bzw. emotionalen Lauten und – wo angezeigt und angemessen – emotionaler "Berührung aus Berührtheit" ... grosse Bedeutung zu» (ebd. 601).

Die psychodramatischen Techniken des Doppeln und des Spiegelns in der Arbeit mit Kindern können meines Erachtens durchaus auch als Muster des *sensitive caregiving* gesehen werden. Darauf möchte ich hier jedoch nicht weiter eingehen, sondern verweise auf die Beschreibungen in meinem Fachartikel "Gruppenpsychodrama mit Kindern" und die dort aufgeführte Literatur (*Pfister* 2020).

renting/Reparenting zu sprechen scheint. Ein eindrückliches Beispiel ihrer Regression³⁸ und nonverbalen Forderung nach einem *Parenting/Reparenting* gab eine 15-jährige Patientin nach mehreren Sitzungen ihrer Behandlung, der Exploration und Bearbeitung ihrer schwierigen familiären Biographie sowie ihrer Mobbing-Erfahrungen in der Schule, sobald sie die Haken an zwei gegenüberliegenden Wänden im Praxisraum als Aufhänger für eine Hängematte entdeckt und diese auf meine Einladung hin auch ausprobiert hatte. Fortan begann sie, gleich nach ihrem Eintreten in den Praxisraum, wortlos die Hängematte aufzuhängen und sich mit Kissen und Decke darin einzunisten. Ich veränderte meine Sitzposition stets so, dass wir weiterhin Blickkontakt haben konnten. Während sie von vielen grösseren und kleineren Erlebnissen und Sorgen erzählte, schien mir, sie "verankere" sich jeweils regelrecht in meinen Augen, meinem Gesicht, und die Möglichkeit, ihren festen Blick darein zu richten, sei für sie fast wesentlicher als der Inhalt ihrer Berichte (wobei ich die Bedeutung der Zeugenschaft nicht schmälern möchte). Sie bestätigte ausdrücklich, dass es ihr enorm wichtig sei, in meine Augen schauen zu können und meine Mimik zu sehen. – Mit einigen Kindern und Jugendlichen habe ich, bei besonderen familiären Konstellationen und Defiziten, im Sinne der Neu-/Nachsozialisation in unserer kleinen Personalküche auch schon zusammen einen duftenden Tee gebraut oder in der Adventszeit einfache, fein riechende und schmeckende Weihnachtsguetzli gebacken, die sie glücklich mit heimnahmen. Diese Erfahrung integrierte die klassischen fünf Sinne sowie Bewegung und Temperatur als weitere Sinneserfahrungen.

4.2 Therapeutische Beziehung und Safe Place

Voraussetzung dafür, dass Kinder und Jugendliche ihre gemachten Erfahrungen und aktuellen Bedürfnisse im Psychodrama, im Symbol- oder Rollenspiel ausdrücken, ist ein Gefühl hinreichender Sicherheit, das ihnen den Mut und die Freiheit dazu gibt. Sehr schnell zeigt sich dabei ihre Fähigkeit zur Regulierung von Nähe und Distanz und gibt wichtige diagnostische und therapeutische Hinweise. Die Fähigkeit der Nähe-Distanz-Regulierung bezieht sich auf die Spannung zwischen Affiliation, dem evolutionären Antrieb nach Zugehörigkeit, und Reaktanz als "intrinsischer Korrekturgrösse" (Petzold, Müller 2005/2007, 8-11), dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben sowie nach hinlänglicher Unabhängigkeit und Eigenständigkeit von affilialen Banden. Ausserdem stehen dem evolutionär gegebenen genetischen Programm affilialer Zugesellung zur eigenen Gruppe (*in group*) Vorsicht, Zurückhaltung bis Feindseligkeit zu anderen Gruppen, Fremden (*out group*) gegenüber

³⁸ Nach Petzold et al. (1994a) treten «Regressionen ... in Psychotherapien zum Teil spontan auf, zum Teil werden sie durch Vorstellungen, Phantasien, insbesondere aber durch das Beziehungsangebot des Therapeuten/ der Therapeutin, das Herstellen spezifischer Atmosphären ... als *retrieval* aufgerufen», also nicht durch stressauslösende Interventionen hervorgerufen, sondern «die Regressionen "entstehen" in einem Übertragungskontext, der für leibliche Äusserungen Raum gibt, oder in einer Spielsituation oder in der Arbeit mit kreativen Medien ...» (ebd. 603).

(ebd. 31). In diesem Spannungsfeld möglicher Formen der Relationalität werden je nach Nähe und Dauer sowie emotionaler Involvierung die folgenden unterschieden «**Konfluenz – Kontakt – Begegnung – Beziehung – Bindung** - und im pathologischen Bereich: **Abhängigkeit** (Ausnahme ist die natürliche, nicht pathologische Abhängigkeit bei Kindern) **und Hörigkeit**» (Petzold, Müller 2005/2007, 26). Basis für alle Formen der Relationalität ist die bereits angesprochene anthropologische und ontologische Grundannahme im integrativen Ansatz, dass alle Existenz *Ko-Existenz* ist.

Aus der durch Ko-existenz gegebenen grundsätzlichen Intersubjektivität wird das Leitprinzip der *Ko-respondenz*³⁹ abgeleitet und das Ziel einer guten *Konvivialität*⁴⁰ gefordert. Das intrinsische Affiliationsprogramm kann sich so leichter inszenieren und der Out-Group-Mechanismus blockiert werden. Die Autoren meinen weiter:

«Maternale und paternale Beziehungsqualitäten im Affiliationsangebot sind hier offenbar sehr förderlich, weshalb wohl auch die Mutter-, Vater-, Familienmetaphorik und die entsprechenden Denk- und Handlungsmuster im Bereich vieler Psychotherapien eine so große Rolle spielen ... Wichtig werden die empathiegegründeten Qualitäten von Takt, Wohlwollen, Zuwendung (die Wurzel von „klinisch“ ist gr. *klinein*, sich liebevoll hinwenden), von Verstehen und Verständnis, ohne Überlegenheitsgestus oder oberlehrerhaftes Besserwissen in konvivialer Zwischenmenschlichkeit» (ebd. 31).

Zunächst, in der Initialphase der Therapie, sollten Therapeutinnen dabei immer auch die Formen der Beziehungsgestaltung, die das Kind anbietet, sehr sorgfältig beobachten. Und sie sollten unterschiedliche Beziehungsangebote machen, um damit experimentierend herauszufinden, was das Kind in welcher Weise aufnimmt. Dabei sollten sie offen bleiben und sich nicht gleich auf Hypothesen festlegen, welche adaptives oder kontrastierendes Verhalten hervorrufen und die Möglichkeiten des Kindes, mit Beziehungsqualitäten zu experimentieren, einschränken würde (Petzold 1995a, 247). Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die Empathiefähigkeit nicht nur der Therapeutin, sondern auch des Kindes, eine grosse Bedeutung für eine ko-respondente Beziehungsgestaltung und demzufolge auch für einen gelingenden Therapieprozess hat, ja «*die altersangemessene Performanz dieses Vermögens ist geradezu als ein Kriterium für die seelische Gesundheit und ihren altersentsprechenden Entwicklungsstand*

³⁹ «**Ko-respondenz** als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d.h. in **Intersubjektivität**, ist ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differenzieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene ... mit der Zielsetzung, ... die Konstituierung von Sinn als **Kon-sens** zu ermöglichen [und sei es Konsens darüber, dass man **Dissens** hat, den zu respektieren man bereit ist!]

 (Petzold, Müller 2005/2007, 30). Der Mensch findet sich dabei mit anderen im gemeinschaftlichen Aushandeln von Grenzen und Freiräumen.

⁴⁰ «**Konvivialität** ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Miteinanders*, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, ... Die Qualität der *Konvivialität* umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanders, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine 'Konvivialität der Verschiedenheit' möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integrierter Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammen sitzen, beieinander sein kann, ...» (Petzold Müller 2005/2007, 33).

anzusehen» (ebd. 247). Da vorhandene Beeinträchtigungen vielfältige Ursachen haben können, müssen in den verschiedenen Phasen des Therapieprozesses mit unterschiedliche Behandlungsstrategien gearbeitet werden.

Abbildung 4 zeigt die in der therapeutischen Beziehung mitspielenden, auf Intersubjektivität und Empathie beruhenden Dimensionen der Relationalität, wobei beidseitig un- und bewusste, intra- und interpersonale Prozesse zum Tragen kommen. Dazu gehören unbewusste Übertragungen alter Beziehungsmuster an das aktuelle Gegenüber, die durchaus auch seitens des Therapeuten/der Therapeutin auftreten können – was höchst unerwünscht und gefährlich ist, weil es die kindliche Problematik verschärft (Ramin, Petzold 1987, 395) –, ferner Gegenübertragungen, welche im integrativen Ansatz als bewusste bzw. bewusstseinsfähige Reaktionen verstanden werden, als empathische Resonanzen, welche im Verlauf einer Behandlung auch bei PatientInnen zunehmen (Petzold 2003e/2006k, 105).

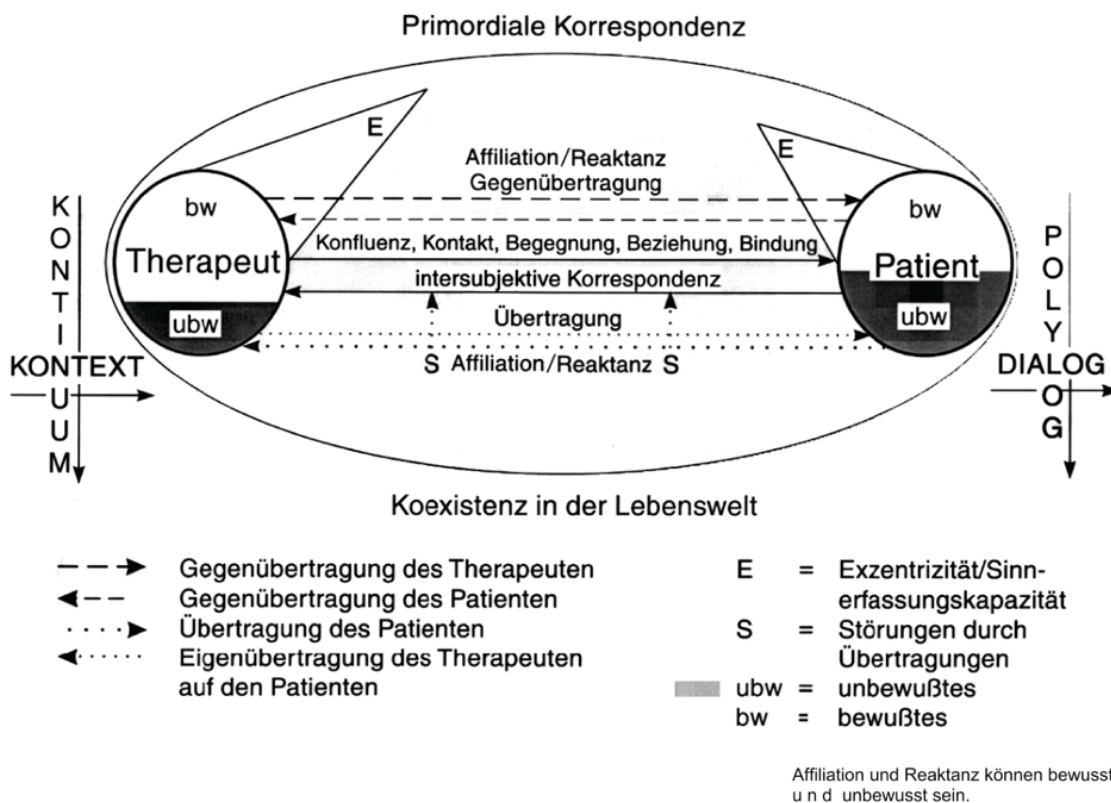


Abb. 4: Therapeutische Beziehung als intersubjektive Ko-respondenz – Dimensionen der Relationalität und Affiliation im therapeutischen Prozess (hier aus: Sieper 2007b/2011, 10; siehe auch Petzold 2003e/2006k, 106; Petzold, Müller 2005/2007, 26).

Das Übertragungskonzept ist in der Therapie mit Kindern sehr differenziert zu sehen, da die Übertragungen von Kindern je nach Alter in der Qualität variieren. So meinen Ramin und Petzold (1987,394), dass sich bei jüngeren Kindern eher weniger und inhaltlich banaleres Material im "Reservoir des Verdrängten" findet, die Übertragungsqualitäten daher unspezifischer und überflutender sind und sich im Alter von 3 bis 5

Jahren vor allem in Konfluzuständen der Angst, Aggression und Zuneigung äussern. Diese "Gefühlswelten", die sich meist generalisiert gegenüber der Mehrzahl der Bezugspersonen zeigen, gilt es zu differenzieren. Das gelingt nur bei älteren Kindern durch verbale Deutung. Bei jüngeren kann das Wiederholen der betreffenden Szenen entlastend wirken. Auch eine durch Deutung veränderte, alternative Inszenierung oder ein neues Spiel kann eine qualitative Veränderung bewirken. Neue, gute Szenen und Atmosphären müssen gegen alte, toxische gestellt werden, je nach Alter und Sinnerfassungskapazität des Kindes in nonverbaler oder verbaler Interpretation – oder kombiniert (ebd.395). Es also wichtig, dass die Therapeutin durch die eigene, auf empathischer Intersubjektivität gründende Haltung der Partnerschaftlichkeit (bei Kindern je nach Entwicklungsstand zumindest "unterstellter Intersubjektivität" (Leitner 2010, 86) und die Einladung zur Konvivialität (sowie, wo nötig und angemessen, Verhaltensweisen des intuitive parenting und des sensitive caregiving) in der therapeutischen Beziehung die spezifischen Nahraumqualitäten bereitstellt, die Kindern und Jugendlichen (überhaupt: PatientInnen aller Altersklassen) eben jene Sicherheit vermittelt, sich in ihrem So-Sein ausdrücken zu dürfen, damit angenommen zu werden und sich entwickeln zu können. Eine gute therapeutische Beziehung erfordert darüber hinaus Achtsamkeit für Resonanzphänomene und nonverbale und repräsentationale Aspekte sowie identifikatorische Leistungen der Therapeutin. Diese müssen aus innerer Resonanz kommen und erfolgen in drei Schritten (Petzold 1995a, 241-242):

1. *Projektiv-persönliche* Identifikation: Wie würde ich die Situation erleben, wäre ich an der Stelle des Betroffenen?
2. *Empathisch-intuierende* Identifikation: Wie erlebt wohl der Betroffene seine Situation?
3. *Sozialperspektivische* Identifikation: Wie würden die makrosozialen Einflüsse auf mich und meine Perspektiven wirken, steckte ich in der Haut des Betroffenen?

Das bedeutet auch, dass der Therapeut/die Therapeutin zunächst einmal die Lebenswelt des Kindes und «die verschiedenen Provinzen des "Kinderlandes" betreten» (Ramin, Petzold 1987, 361) und in Erfahrung bringen muss, wie diese ausgestaltet sind und geformt wurden.⁴¹ Und weil eine gute therapeutische Beziehung im konvivialen Schutzraum des Zwischenmenschlichen Heil- und Regenerationsprozesse ermöglicht, «kann sie so als "Medikament" wirken» (Petzold, Müller 2005/2007, 31). Dem Therapeuten kommt also eine ganz wesentliche Bedeutung zu:

«Eine verlässliche Beziehung anzubieten, ein "significant caring adult" zu sein, der oder die als soziales Vorbild, modellhaft Werte, Bewältigungsmöglichkeiten und Sinnbezüge vorlebt, der oder die Bedingungen herstellt, in denen Handlungskom-

⁴¹ Für die Erfassung der Lebenswelt von PatientInnen hat die integrative Diagnostik viele gute Konzepte, methodische Vorgehensweisen und Techniken bereitgestellt, unter anderem die prozessuale Diagnostik (auch als Theragnose) und eine Vielfalt an projektiven Techniken. Nicht zuletzt soll die Diagnosestellung nicht nur Symptom, sondern auch Struktur- und Systemdiagnostik umfassen (Petzold, Müller 2004c, 5).

petenzen (effectivities) erworben werden können, der ein Klima von Wärme, Offenheit und Akzeptanz bereitstellt, in welchem diese Faktoren protektiv zum Tragen kommen können, daraus besteht die Rolle des Kindertherapeuten in seiner Beziehung zum Kind. Räume zur Verfügung stellen, in denen sich das Kind sicher fühlen kann, in denen es Gelegenheiten hat, seine eigene Gestaltungskraft, seine Selbstwirksamkeit zu erleben, in denen "schützende Inselerfahrungen" möglich sind, selbst wenn diese - und das ist häufig der Fall - nur schwerlich auf die reale familiäre/ soziokulturelle Situation zu übertragen sind. Wenn durch diese unterstützende, ressourcenorientierte Haltung in der Beziehung Grundlagen für "Resilienzen" auf- oder ausgebaut werden können, ist bereits viel erreicht» (Petzold, Müller 2004c, 12).

Die im Zitat erwähnten "schützenden Inselerfahrungen" beziehen sich auf das Konzept der "*schützenden Inselerfahrungen und guten Zeiten*", das Petzold in den 1960er Jahren aus der Arbeit mit Heimwehreaktionen einer Auslandschule entwickelte und in die integrative Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einführte (Petzold 1995b, 162). Es bezeichnet «einen 'sicheren sozialen und physikalischen Ort', der dem Kind das Erleben einer 'guten Zeit' von Zuwendung, Wertschätzung, Sicherheit, Geborgenheit und Freiheit ermöglicht» (ebd. 161). Gemeint sind sowohl Bezugspersonen, die mit dem Kind wertschätzend, eindeutig und liebevoll umgehen wie auch

«ein physikalischer Raum – Spielecke, Kinderzimmer, Spielplatz, Station, Wohngruppe –, der dem Kind Entfaltungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bietet, der nicht einengt, einen hohen Aufforderungscharakter hat und ihm und den anderen Kindern seines sozialen Netzwerkes ungestört zur Verfügung steht. Wo immer solche Räume bereitgestellt werden, sei es in der Therapie, einer Pflegefamilie, einem Heim, einer Wohngruppe ... können wir davon ausgehen, dass 'schützende Insel-Erfahrungen' gemacht und 'gute Zeiten' erlebt werden, die, selbst wenn sie nur von vorübergehender Dauer sind, die Chance des Weiterwirkens haben» (Petzold 1969c, zit. in Petzold 1995b, 161-162).

Die Sicherheit, die das Kind bzw. die Jugendliche nicht nur in der therapeutischen Beziehung, sondern auch in den konkreten Therapiesitzungen, deren Zeit und Raum, erfahren soll, ist wesentlich und stellt grosse Anforderungen an die Therapeutin/den Therapeuten insofern, als es über das bisher Gesagte hinaus auch wichtig ist, sich bewusst zu sein, dass er/sie nur Defizite füllt und "Lückenbüsser" bleibt, um nicht in Konkurrenz mit den Eltern zu kommen und ihnen das Kind zu entfremden (Ramin, Petzold 1987, 391). Denn das familiäre System darf nicht entwertet werden, selbst wenn es dysfunktional ist. Vielmehr gilt es, Kindern und Jugendlichen gute Unterstützung zu geben, um Formen des Umgangs mit einer unglücklichen, traurigen Geschichte des Herkunftskonvois zu finden (Petzold, 2009, 313). Das Kind soll durch die Therapie nicht in (noch grössere) Schwierigkeiten geraten durch Therapieideologien, die allenfalls mit den sozialen und kulturellen Welten seines Umfelds konfliktieren, denn in aller Regel (ausgenommen offensichtlich oder schwer gefährdende Umwelten) kehrt es ja

immer wieder in seine soziale (und ökologische) Welt zurück. Klinische Beobachtung zeigt zwar, so *Petzold* (1995b, 161), dass der Transfer von positiven Interaktionsqualitäten in das soziale Aussenfeld sehr schwierig ist und oftmals auch nicht gelingt. Erfolge dennoch Symptomverbesserungen, sind sie darauf zurückzuführen, dass in einer gelingenden Kindertherapie protektive Faktoren zum Tragen kommen, die weiterwirken können. Denn:

«Wenn belastenden Einzelereignissen, die immer auch eine zeitliche Erstreckung haben, in manchen Pathogenesetheorien (Traumatheorien) sehr nachhaltige Wirkung zugeschrieben wird, warum nicht ebenso „*protective events*“, die gleichfalls auch eine nachhaltige salutogene Wirkung haben?» (ebd. 162)

Da alle Einzelereignisse zuvor und danach immer von anderen, weiteren Ereignissen umgeben sind, gibt es Summations- und Konfluxeffekte, multikausale, prolongierte Einwirkungen auf den verschiedenen Ebenen. Das gilt nicht nur für *negative* und *defizitäre*, sondern auch für *positive* Wirkfaktoren. Denn letztlich, so *Petzold*, ist es die Interaktion dieser drei Dimensionen, welche die Grundlage für Gesundheit und Krankheit darstellt (ebd. 162). Eine weitere Interaktion, nämlich diejenige von Wahrnehmung und Handlung in einem gegebenen Umfeld von Kommunikationspartnern, «macht es erforderlich, kommunikative Kompetenz und Performanz nicht nur als "Fähigkeit und Fertigkeit" einer Person zu sehen, sondern als die in geteiltem sozialem Wissen und in korrespondierenden sozialen Handlungsmöglichkeiten gründende Relationalität interpersonalen Kommunikation selbst» (*Petzold et al.* 1994a, 530). Damit kommt das soziale (und ökologische) Umfeld, der begleitende Konvoi und seine Qualitäten in den Fokus, worauf ich nun näher eingehen möchte.

5 Soziales Netz und Solidarität (4. Weg) – extended

Psychodrama und symbolisches Rollenspiel fördern neue Beziehungskompetenzen und Verhaltensperformanzen wie auch Solidaritätserfahrungen mit MitspielerInnen und/oder Therapeutin durch das Inszenieren verschiedener Welten, die nicht zuletzt der Lebenswelt des betreffenden Kindes entspringen. Diese ist ein wichtiger Faktor in seiner Entwicklung, und daher gilt es sie kennenzulernen. Dazu schreiben *Ramin & Petzold* (1987, 391):

«Am deutlichsten erfassen wir die Erlebniswelt des Kindes in der therapeutischen Beziehung, wenn wir mit ihm in die Atmosphäre und Szene eintauchen, ein Mitspieler in seinen Szenen werden, mit ihm und wie es fühlen, um dann durch Wechsel in eine innere Distanz im "partiellen Engagement" die Übersicht zu gewinnen, aus der heraus unsere jeweiligen Interventionen kommen».

Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen wird im Wesentlichen von ihrer sozialen, ökologischen und kulturellen Umgebung, allem voran ihrem unmittelbaren sozialen Netz bestimmt. Angesichts ihrer grossen – und je jünger sie sind desto grösseren

– Abhängigkeit von diesem ist in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Berücksichtigung des Umfelds und der Einbezug ihres begleitenden Konvois in die Behandlung elementar, soll diese gelingen und nachhaltig wirksam sein (*Hass, Petzold* 1999/2011, 217). Dafür ist es auch wesentlich, die in der Therapie erzielten Fortschritte und Erfolge in das soziale Netz des betreffenden Kindes zu transferieren. Zunächst möchte ich auf das soziale Netz als Entwicklungsumgebung eingehen, danach auf Aspekte des Transfers und der Netzwerkarbeit.

5.1 Entwicklung im sozialen (und ökologischen) Kontext und Konvoi

Weil Kinder und Jugendliche in aller Regel nicht selber als Auftraggeber für Veränderungen auftreten, sondern Bezugspersonen das (für sie) tun, wird gerade in der therapeutischen Arbeit mit Kindern Jugendlichen die Notwendigkeit der Berücksichtigung nicht nur der individuellen, sondern auch der kontextuellen Perspektive deutlich (*Märrens, Petzold* 1995b, 362). Aus integrativtherapeutischer Sicht und aus der Perspektive der Netzwerkforschung gehören nämlich Kinder, drogenabhängige Jugendliche und alte Menschen – angesichts ihrer grösseren Abhängigkeit von ihrem Kontext und Konvoi – zu den Zielgruppen, bei denen Netzwerkarbeit besonders wichtig ist. Die Arbeit mit ihnen hat in der Integrativen Therapie zu einem Netzwerkbegriff geführt, der mit der Zahl der Netzwerkmitglieder nicht nur quantitative Parameter der Ressourcenlage umfasst, sondern auch qualitative. Diese betreffen die kognitive und emotionale Bewertung von *wahrgenommenen* Ressourcen, Identitätsattributionen und Akten der sozialen Unterstützung (*Hass, Petzold* 1999/2011, 217). Ferner wird vertreten, dass nicht nur problematische Bindungserfahrungen wichtige Einflussgrößen sind, sondern auch

«*Milieufaktoren*, die Verinnerlichung von “Atmosphären und Szenen des Elends“... denn Bindungen finden nicht im luftleeren Raum statt! Vygotskij zeigt mit seinem Konzept der “Interiorisierung“ (und Интериоризация überschreitet das Konzept der Internalisierung bzw. Introjektion), dass Kinder/Jugendliche, Menschen jeden Alters, das ihnen Widerfahrene nicht nur aufnehmen, introjizieren ..., sondern auf sich selbst anwenden. Und das ist fatal, denn daraus resultieren Selbstverletzungs-, Selbstvernachlässigungs-, Selbststigmatisierungsmechanismen» (*Petzold, Feuchtnner, König* 2009, 8).

Weil soziale Netzwerke so massgeblichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben, sie fördern oder gefährden können, sind sie «der zentrale Ort, an dem psychosoziale Interventionen ansetzen müssen, entweder durch Hilfeleistungen vermittelt sozialer Unterstützung oder Behandlung problematischer Netzwerke (z.B. durch Netzwerktherapie) oder aber durch die Bereitstellung substitutiver Netzwerke (soziotherapeutische Wohngemeinschaften oder sozialpädagogische Einrichtungen)» (*Petzold* 2009, 310-311). Das wurde im integrativen Ansatz von Anfang an so gesehen (*Hass, Petzold* 1999/2011, 216):

«Die Berücksichtigung von Netzwerkperspektiven, Netzwerkdiagnostik und Netzwerktherapie — zunächst in der Tradition *Morenos* ..., bald aber schon mit eigenständigen Entwicklungen — ist seit jeher Bestandteil des Integrativen Therapieverfahrens Dabei wurde stets der Anschluss an sozialwissenschaftliche Forschung gesucht». ⁴²

Andersherum ist grundsätzlich davon auszugehen, «dass jede Form von Psychotherapie eine Form direkter und indirekter Netzwerkintervention ist» (ebd. 232). Die Gestaltung eines sozialen Netzwerks als *soziales Atom*⁴³ veränderte *Petzold* schon bald durch eine Gliederung in drei Zonen mit Kern (nahe Verwandte und enge Freunde), Mittelzone (Kolleginnen, gute Nachbarn und Bekannte, oberflächliche Freundschaften) und Randzone (oberflächliche Bekanntschaften und Kontakte, „bekannte Gesichter“ im Quartier). Das Ziel war, damit Netzwerkgrösse und -qualität diagnostisch differenzierter erfassen zu können (*Hass, Petzold* 1999/2011, 225). Unter dieser Perspektive lässt sich ein soziales Netzwerk durch folgende Dimensionen kennzeichnen:

- «1) *Quantität*: d.i. das Volumen bzw. die Zahl der Relationen zwischen dem Kernindividuum und dem kern-, mittel- und randständigen Individuen des sozialen Atoms.
- 2) *Qualität*; d.i. die Zahl der positiven, negativen und indifferenten Relationen des Kernindividuum zu den umgebenden Individuen gemäss seiner subjektiven Einschätzung.
- 3) *Distanz*; d.i. der Abstand der Individuen vom Kernindividuum entsprechend der Einteilung des Zonenprofils in eine Kern-, Mittel- und Randzone. Diese Dimension gibt Aufschluss über die Intensität der Kontakte im sozialen Netzwerk und über die Handhabung von Nähe und Distanz.
- 4) *Kohäsion*; d.i. die Verbindung, die die ein Individuum umgebenden Personen untereinander haben.
- 5) *Konnektierung*; d.i. die Stellung des sozialen Atoms zu anderen sozialen Atomen und übergeordneten Netzwerken, d.h. auch die Verbindung zu verschiedenen *Lebenswelten* und *social worlds* (gemeinsame Weltsichten als kollektive Kognitionen, die ihrerseits in und durch Gesprächs-, Erzähl- und Interpretationsgemeinschaften entstehen ...).
- 6) *Supportive Valenz*; d.i. die Tragfähigkeit eines Netzwerkes aufgrund seiner *Ressourcenvorräte* ... und der *Unterstützungsbereitschaft* seiner Mitglieder.

⁴² «Ein soziales Netzwerk wird als Interaktionsmatrix zwischen affilierten Personen in einem sozioökologischen Kontext betrachtet, in der sich soziale Prozesse zwischen den Netzwerkmitgliedern abspielen, die in guter oder abträglicher Weise Identität konstituieren (abträglich durch Negativattributionen, Stigmatisierungsprozesse, Devianzmodelle o.ä.) und die Entwicklungsprozesse durch die Bereitstellung von Ressourcen und „protektiven Faktoren“ fördern, durch Risikofaktoren gefährden und durch Schadensfaktoren und Ressourcenmangel behindern bzw. verunmöglichen und auch die Ausbildung von Resilienzen, Widerstandskräften, beeinträchtigen» (*Petzold* 2009, 311).

⁴³ Netzwerke können wie *Morenos* soziales Atom „egozentriert“, d.h. aus dem Blick eines im Zentrum stehenden Einzelindividuum betrachtet werden. Sie können aber auch mehrzentrisch betrachtet werden, z.B. das Kind in seiner Familie, in der Schule, in der Freizeitgruppe usw. (*Hass, Petzold* 1999/2011, 169).

7) *Kokreative Valenz*; d.i. die Innovations- und Gestaltungskraft des Netzwerkes, die gemeinschaftliche Nutzung von *Ressourcen* und *Potentialen*». (Hass, Petzold 1999/2011, 226).

Was nun ein tragfähiges soziales Netzwerk ausmacht, fassen die Autoren so zusammen:

«Ein soziales Atom von *guter* Konsistenz ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl von positiven und eine geringe Zahl von negativen Relationen zwischen dem Kernindividuum und den umgebenden Individuen, durch zahlreiche Relationen der umgebenden Individuen (sie bilden dadurch ein auffangendes und tragfähiges soziales Netz), eine ausgewogene Verteilung von Nähe und Distanz im Gesamtvolumen der Relationen sowie eine vielseitige *Konnektierung* zu anderen Atomen» (ebd. 227).

Zur Darstellung von sozialen Netzen durch Kinder und Jugendliche möchte ich ein paar Beispiele aus der eigenen Praxis geben. Ich finde nämlich interessant, dass sie, wenn dazu eingeladen, die für sie wichtigen Personen in drei Zonen bezüglich Nähe darzustellen und dabei Farben und Symbole für Personen und Beziehungsqualitäten zu wählen, eine grosse Kreativität zeigen, die gleichzeitig auch vielsagend ist. So beschränken sie ihre Netzwerke z.B. spontan auf Gleichaltrige (unter Auslassung familiärer Bande), oder sie entwickeln ebenso spontan weitere, eigene Formen und fügen z.B. einer als Momentaufnahme von Beziehungen zu Gleichaltrigen (Schule, Freunde) vereinbarten Darstellung spontan eine zeitliche Dimension hinzu. Abbildungen 5 bis 9 zeigen verschiedene von Patientinnen gewählte Formen der Darstellung ihrer relevanten Netzwerke.

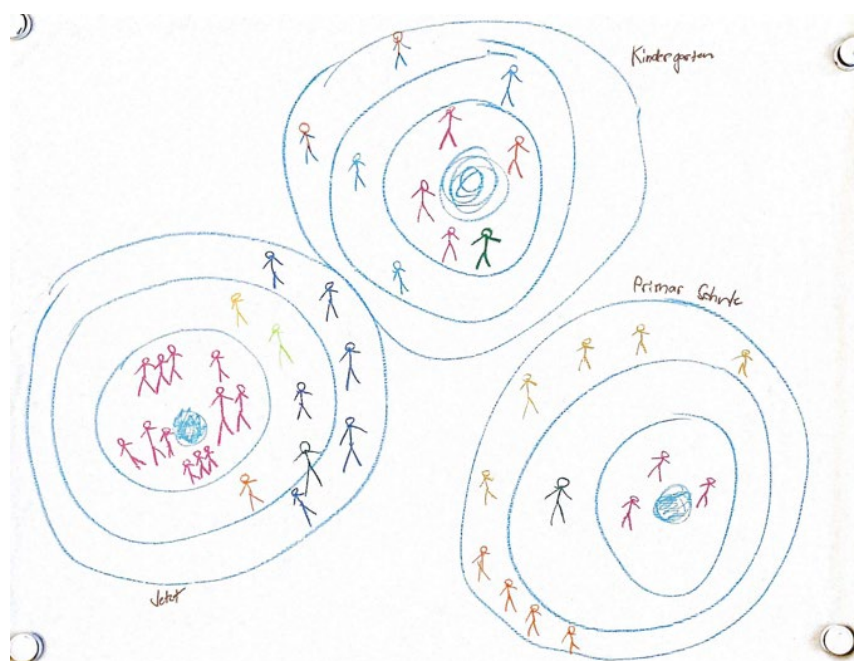


Abb.5

Abb. 5: Diese fast 15-jährige Patientin blieb für ihre Darstellung beim 3 Zonenmodell und den drei vereinbarten Zeiten. Sie benutzte Strichmännchen für ganz bestimmte Personen Farben und für Beziehungsqualitäten. Während der Primarschulzeit fühlte sie sich sehr einsam, aktuell gut aufgehoben.



Abb. 6

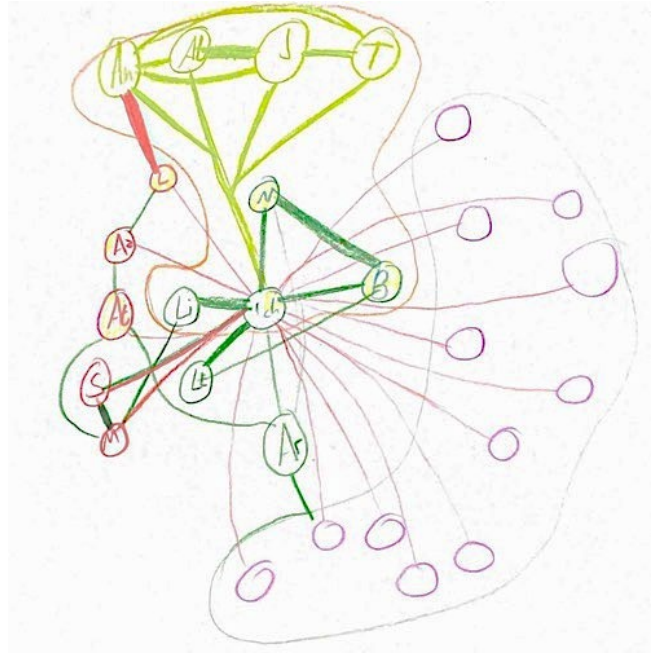


Abb. 7

Abb. 6: Eine 14-jährige Patientin bevorzugte für ihre Darstellung die Form einer Aufstellung. Mit Geschwistern, Eltern, Haustieren und Freund fühlt sie sich nah und vertraut, sieht sich jedoch als drei feindlich gesinnten und bedrohlichen erlebten Schulkolleginnen gegenüber. Weitere SchulkollegInnen halten sich zwar raus, werden aber auch als fern und, wie positioniert, hinter den Kontrahentinnen stehend erlebt.

Abb. 7: Ein 10-jähriger Junge wählte sowohl Abstand und unterschiedlich gekennzeichnete Personen-Symbole wie auch verschiedene Linienfarben und -dicke für die Darstellung der Beziehungsqualitäten zu Klassenkameraden und Freunden. Er hat das Problem, mit Jungen befreundet zu sein, die miteinander verfeindet sind. Interesse für Mädchen besteht (noch) kaum.

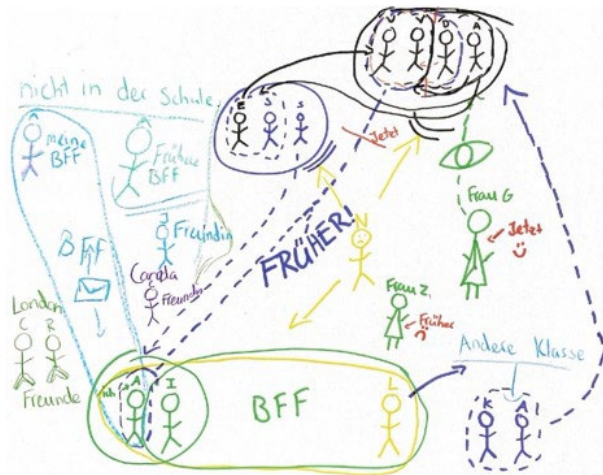


Abb. 8a

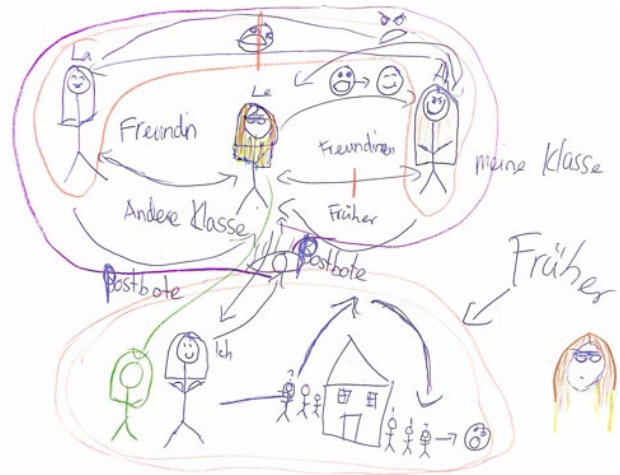


Abb. 8b

Abb. 8a: Eine 12-jährige Patientin mit Problemen in der Schule entschloss sich bei Darstellung ihrer gegenwärtigen Beziehungen zu Gleichaltrigen (Schule, ausserschulische Freundinnen) spontan dazu, auch die Veränderungen der letzten paar Wochen abzubilden.

Abb. 8b: Als wir aufgrund von inzwischen bereits wieder eingetretenen Veränderungen im Beziehungsnetz wenige Wochen später die Intervention wiederholten, wählte sie wiederum eine Früher-Jetzt-Darstellungsform. Insgesamt machten ihr die Darstellungen die neuerlichen Veränderungen der Beziehungen als Verbesserungen deutlicher und die Beziehungen generell als veränderlich – und gestaltbar –, was ihr zu grösserer Exzentrizität und Souveränität verhalf.

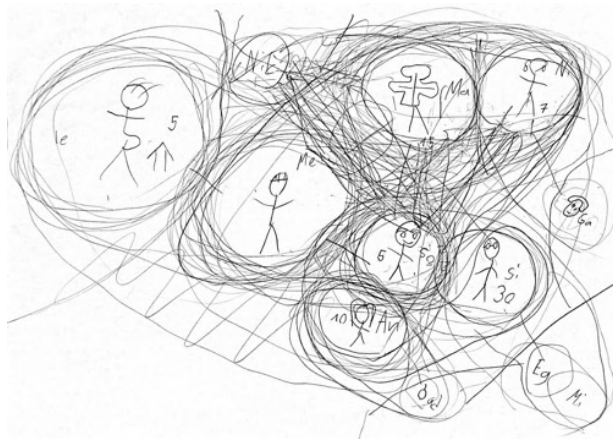


Abb. 9a

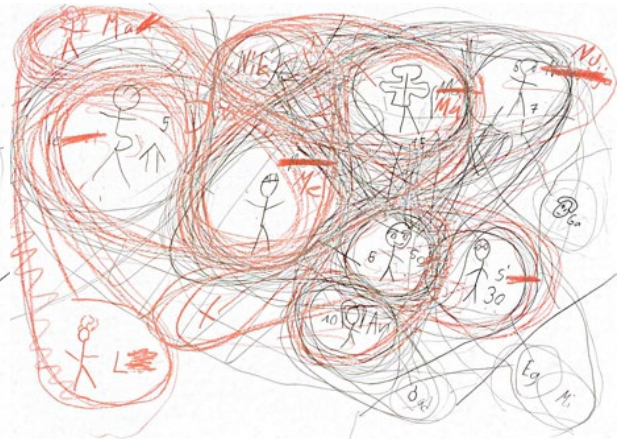


Abb. 9b

Abb. 9a: Eine 16-jährige Patientin begann beim Gespräch über die von ihr dargestellten Beziehungen zu relevanten Gleichaltrigen, die wechselhaften Allianzen und Ausschlüsse unter ihrem Freundeskreis durch verschieden verlaufende Schlaufen um die jeweiligen Paare und Gruppen zu illustrieren.

Abb. 9b: Sechs Monate später wollte sie darauf zurückkommen und übermalte ihre frühere Darstellung mit Erläuterungen zu den neuen Allianzen und Ausschlüssen

(rot).⁴⁴ Sie zeigte sich als gute Beobachterin eines dynamischen Beziehungsgeschehens, die für sich eine passende, auch gelasseneren Haltung dazu gefunden hatte.

Von den materiellen, sozialen, emotionalen und psychischen Ressourcen sowie der Bereitschaft und der aktuellen Fähigkeit seiner Mitglieder, diese Ressourcen auch einzusetzen (*Hass, Petzold* 1999/2011, 227) hängt die Leistungsfähigkeit eines sozialen Atoms bezüglich der Bewältigung und/oder ko-kreativen Überwindung von Schwierigkeiten ab (Dimension 6, *supportive Valenz*). Der letzte Punkt ist nicht unwesentlich, denn prekäre soziale, ökonomische und/oder ökologische Verhältnisse sowie psychologische Beeinträchtigungen eines oder gar beider Elternteile können dazu führen, dass sie als Ressourcen zwar da sind und auch eine Bereitschaft zur Unterstützung haben, aber nicht die die Fähigkeit dazu. Bezüglich psychischer Beeinträchtigung von Eltern schätzt *Bodenmann* (2016, 94) mit Bezug auf Studien in Grossbritannien und Deutschland, dass 25% bis 30% der Kinder mit einem Elternteil zusammen leben, der eine psychische Störung hat. Die interne Statistik einer niederschweligen Jugend- und Familienberatungsstelle in der Schweiz zeigt, so *Weilenmann* (2016, 4), dass bis zu 50% der Jugendlichen, welche die Beratungsstelle konsultieren, mindestens einen Elternteil haben, der an einer psychischen Erkrankung leidet. Die Autorin berichtet, dass die breit angelegte schriftlichen Befragung durch die Hochschule für Soziale Arbeit, die Arbeitsgruppe für Familienpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) und das sozialpädiatrische Zentrum der Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur zur Prävalenz psychisch kranker Eltern in der Region Winterthur (Stichtag 21.3.2006; *Gurny, Cassée, Gavez, Los, Albermann* 2006) erwies, dass «jede dritte psychisch kranke Frau und jeder sechste psychisch kranke Mann ein oder mehrere minderjährige Kinder hat» (*Weilenmann* 2016, 5).⁴⁵

Nach psychischen Erkrankungen bei den Eltern nennen *Petzold* und *Müller* (2004c, 11; *Petzold* 1995a, 193) folgende weitere **familiäre Risikofaktoren** für eine gesunde Entwicklung:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (diagnostiziert),
2. die Mutter hat 6 oder mehrere Punkte auf *Rutters* (1979) Belastungs-Malaise- Fragebogen,
3. im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr "stressfull life events",
4. die Mutter hat keinen Hauptschulabschluss,
5. der Ernährer der Familie ist arbeitslos,
6. es ist kein Vater in der Familie anwesend,

⁴⁴ Mit den roten Strichen deckte sie ganzen Namen zwecks Anonymisierung wieder durch, als ich sie bat, das Bild für diesen Artikel verwenden zu dürfen.

⁴⁵ Die betroffenen Eltern wurden bei ihrer Behandlung zwar häufig (93%, *Gurny et al.* 2006) gefragt, ob sie Kinder hätten, aber nur 43% von ihnen wurden weitere Fragen zu deren Befinden, Belastung und Unterstützungsbedarf gestellt (*Weilenmann* 2016, 5). – Die von *Weilenmann* (ebd. 14-21) beschriebenen Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern(teile) umfassen Verunsicherung und Desorientierung, Scham und Loyalitätskonflikte, soziale Isolation und Einsamkeit, Vernachlässigung altersangemessener Bedürfnisse, Gefühlsarmut, Ambivalenzkonflikte, Schuldgefühle, Parentifizierungsprozesse.

7. die Familie hat vier oder mehr Kinder,
8. die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an,
9. die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen,
10. es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,
11. das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile,
12. das Kind hat keinen protektiven "significant caring adult",
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz,
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung.

Ähnlich fasst *Bodenmann* (2016, 91-92) die Ergebnisse verschiedener empirischer Studien zu familiären Risikofaktoren für kindliche Störungen zusammen: psychische Auffälligkeit eines oder beider Elternteile, dysfunktionales Erziehungsverhalten (unangemessen harsch oder lasch, inkonsistent, überprotektiv), Partnerschaftskonflikte, Veränderungen der familiären Beziehungen (Tod, Trennung/Scheidung), familienstrukturelle Aspekte wie zu dichte Geburtenfolge mit starker Geschwisterrivalität, mehr als vier Kinder, negative Kommunikationsmuster, niedrige sozio-ökonomische Bedingungen, familiäre Isolation und devianter Entwicklungskontext.

Unter entwicklungspsychopathologischer Perspektive interagieren folgende **Phänomene der Resilienz** mit den Risikofaktoren (*Petzold* 1995a, 194; vgl. *Petzold, Müller* 2004c, 9):

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

Die soeben aufgeführten Resilienzphänomene betreffen alle internale Faktoren. In der Literatur werden oftmals internale von externalen protektiven Faktoren unterschieden. *Petzold et al.* (1993, 357) stellen verschiedene Untersuchungsergebnisse zu protektiven bzw. Resilienzfaktoren vor, welche diese Unterscheidung machen. Sie betonen dabei wiederholt, dass jedoch die *Interaktion* zwischen internalen, externalen und Risi-

kofaktoren wesentlich ist (ebd. 354, 366). Auch *Petzold & Müller* (2004c, 7-8) beschreiben "potentiell protektive Faktoren" als Zusammenspiel externaler und internaler Faktoren und Prozesse:

«**Protektive Faktoren/-prozesse** sind externale Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und internale Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im *Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Ausseneinflüsse (z.B. Hyperstress) ab bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (*coping*) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (*creating*), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionale "Landkarten" und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als '*Resilienz*' bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt» (siehe auch *Sieper* 2007b/2011, 15).⁴⁶

Als **potentiell protektive Faktoren** nehmen *Petzold & Müller* (2004c, 9-10) dementsprechend die folgenden externalen und internalen Faktoren/Prozesse in den Blick:

- «1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und ausserhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem "significant caring adult" innerhalb und/oder ausserhalb der Familie,
3. "schützende Inselerfahrungen" und "gute Zeiten" im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,

⁴⁶ Bezüglich externaler protektiver Faktoren ist auf jeden Fall nicht nur die Ebene ihrer objektiven Verfügbarkeit zu berücksichtigen, sondern auch die Ebene ihrer subjektiven Wahrnehmung und ihrer (kognitiven wie auch emotionalen) subjektiven Bewertung (*Petzold, Müller* 2004c, 9-10).

7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen "sense of coherence" (Antonovsky 1987) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so dass Handlungskompetenzen (effectivities) gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative (Iljine et al. 1990) sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen».

Das Interaktionsgeschehen wird durch klinische Beobachtungen gestützt, die auf einen spiralförmigen "*Protective Factor – Resilience – Cycle*" hinweisen, wonach bei Belastung/Überlastung nutzbare externale protektive Faktoren ein erfolgreiches Coping begünstigen, so dass Resilienz als internaler Schutzfaktor gebildet werden kann, was wiederum zu einer optimierten Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse führt. So können Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, wodurch weitere externale protektive Faktoren entstehen, was wiederum zu neuen Gestaltungskompetenzen führt (Petzold, Müller 2004c, 8; Sieper 2007b/2011, 15).⁴⁷ TherapeutInnen kommt dabei «oft die Aufgabe von Begleitern, Ermutigern zu, aber auch die von „**process organizers and facilitators**“ (POF) (Sieper, 2007b/2011, 18). Sie habe den Plural bewusst gewählt, schreibt Sieper,

«denn in einen Lebensstile verändernden Prozess kann man nicht als einzelner Helfer eintreten. Man braucht Helfer aus dem kollegialen Netzwerk und, wo immer

⁴⁷ Da am besten in den "Zonen nächster Entwicklung" bzw. "optimaler Proximität" gelernt wird (siehe Kapitel 2), sollte die Dosierung der Belastungen (vgl. potentieller protektiver Faktor 11) in diesem Bereich liegen und sollten bei Überlastungen externale Ressourcen vorhanden, wahrgenommen und als hilfreich bewertet werden können, damit Bewältigung und Entwicklung möglich wird.

möglich, auch dem sozialen Netzwerk des Patienten (Verwandte, Freunde). **Process Organizing and Facilitation (POF)** bedeutet 'Teamwork', die Entscheidung der Helfer, als Helfende, Unterstützende, Begleitende im „Konvoi“ des Patienten auf Zeit mitzugehen» (ebd. 18).

Hier wird sowohl der oftmals nötige Einbezug eines kollegialen Netzwerks professioneller Hilfsagenturen angesprochen wie auch der Transfer von in der Therapie Erreichten in die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen und der dafür zumindest ebenso notwendige Einbezug ihres sozialen Netzwerks, sollen Therapieerfolge nachhaltig wirksam sein. Mit dem Einschub "wo immer möglich" werden die Schwierigkeiten angetönt, die sozialen Netzwerke (v.a. die familiären, weniger die professionellen und schulischen) zu involvieren. Auf Transfer und Arbeit mit dem (v.a. familiären) sozialen Netzwerk von jungen PatientInnen möchte ich nun näher eingehen.

5.2 Transfer und Netzwerkarbeit

Im Psychodrama (und speziell in jeder therapeutischen Beziehung) können Solidaritätserfahrungen gemacht werden, die heilsam und entwicklungsfördernd sind. Um die Nachhaltigkeit therapeutischer Erfolge zu stärken, muss das in der Behandlung Erreichte auch im Alltag gefestigt und in das soziale Netz transferiert werden, so dass auch dort vermehrte Solidaritätserfahrungen gemacht werden können. Dahinter steht die feste Überzeugung,

«dass es wichtig ist, über den "safe place", die "schützende Insel" und die "gute Zeit" der psychotherapeutischen Situation hinaus das soziale Netzwerk des kleinen Patienten zu einem "guten Ort" zu machen oder zumindest hierzu beizutragen. Es ist ja nicht nur für das Kind, sondern für die Familie insgesamt eine Entlastung, wenn ein schwieriges Kind auch im familiären Rahmen zurechtkommt und die Eltern und Geschwister mit ihm zu befriedigenden Kommunikationen finden. Die Familie wird mehr Glück und Zufriedenheit erleben, und ihr "Klima" wird sich sichtlich bessern» (Petzold 1995b, 165).

Transfer und Netzwerkarbeit sind wichtige praxeologische Konzepte in der integrativen Therapie, die gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bedeutsam sind. Einerseits geht es um übende Elemente⁴⁸, was konkrete, mit dem Kind/Jugendlichen gemeinsam und ko-respondierend vereinbarte *Hausaufgaben* unterschiedlicher Natur sein können wie z.B. das Einüben einer bestimmten Körperhaltung beim Gehen und Stehen oder Sitzen, das regelmässige Wiederholen bestimmter Mimiken (Lächeln, Neugierde, ...) und Gesten (z.B. als selber gegebenen physischen *cue*, Hinweisreiz

⁴⁸ Die Anwendung von übungs- und erlebniszentrierenden Modalitäten kommen sowohl im dritten Weg der Heilung und Förderung im Sinne einer Ressourcenförderung zum Tragen wie auch im vierten Weg, hier im Sinne einer «Lebensstilveränderung durch gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und Performanzen» (Petzold, Sieper, Orth 2005, 52).

zur motivationalen Unterstützung bei der Bewältigung von kognitiven/emotionalen Aufgaben), die wiederholte Anwendung von Atemtechniken und Imaginationsübungen, das Finden und Praktizieren einer künstlerischen oder sportlichen Aktivität usw. Es kann auch um mit Bezugspersonen und PatientInnen gemeinsam vereinbartes, ganz konkretes Zielverhalten gehen, das im Alltag überprüft und belohnt werden soll im Sinne verhaltenstherapeutischer *Tokensysteme*, welche (verbunden mit Erziehungsberatung) oft recht schnell zielführend sind und eine entsprechende Entlastung in die familiären/sozialen Beziehungen bringen, oder um Anregungen zu bestimmten gemeinsamen Aktivitäten wie z.B. Spiele, Puzzles, Spaziergänge in anregenden Umgebungen, Ausflüge. Der Möglichkeiten gibt es viele. Dabei müssen, um die im vierten Weg der Heilung und Förderung angestrebten Solidaritätserfahrungen zu fördern, oftmals und zunächst auch die sozialen Netzwerke selber unterstützt und gefördert werden. Auch hier gibt es viele Möglichkeiten mehr oder weniger intensiver Interventionen. Diese können von einmaliger Eltern- oder Familienberatung, Zusammenarbeit mit Lehrern und Schulbehörden (Schulpsychologische Dienste) bis zur Installierung einer Familienbegleitung, dem Aufgleisen einer alternativen Wohnsituation, einer Tagesstruktur, einer beruflichen Integrationsmassnahme usw. für das Kind bzw. die Jugendliche unter Hinzuziehen weiterer Akteure (Ämter, Stiftungen usw.) im Helfernetz reichen.

Klar ist: Es kann und darf nicht einfach auf eine allgemeine Generalisierung neu erlernten Verhaltens gehofft werden, das *automatisch* in den Alltag übertragen wird, das Umfeld muss auf die eine oder andere Weise in die Behandlung einbezogen werden, soll die Wirkung der Therapie nicht geschmälert, begrenzt oder gar verhindert werden. Denn wenn z.B. in der Familie die positiven Verhaltensmöglichkeiten des Kindes in der Interaktion mit der Therapeutin/dem Therapeuten wahrgenommen werden, diese in der gegebenen familiären Atmosphäre aber (noch) nicht umsetzbar sind, können dort Neid, Frustration oder Resignation aufkommen und die dysfunktionalen Interaktionspraktiken des Kindes verschärfen (*Petzold* 1995b, 165). Ausserdem ist zu bedenken, dass es im integrativen Behandlungskonzept eben nicht um Verhaltensänderungen geht, sondern dieses immer «sowohl die *behaviorale Ebene des offenen Verhaltens* wie auch die *repräsentationalen Ebene des mentalen Geschehens* zu erreichen sucht und deshalb das Kind *und* sein Umfeld in die Intervention einbeziehen muss» (ebd. 164-165). Das soziale Umfeld, die Familie wird nämlich «nicht nur als ein „äußeres“ soziales Netzwerk von Beziehungen betrachtet, sondern auch als eine „innere“ repräsentationale Realität, die Menschen „im Kopf“ haben» (*Petzold* 2006v/2009h/2021, 1). Wahrnehmen und Berücksichtigen der in der Familie bzw. im sozialen Umfeld des Kindes/Jugendlichen vorhandenen Repräsentationen ist enorm wichtig, da diese Störeffekte darstellen (habituelles Missverstehen, fehlende emotionale oder kognitive Passung) und darum Interaktionen behindern können (*Petzold* 1995b, 156-157).

Das Konzept der Familie ist von grosser Bedeutung über die ganze Lebensspanne, so belegt die entwicklungspsychologische Längsschnittforschung, «und dabei sind nicht nur die Eltern für die Familie wichtig, sondern auch die Großeltern, Wahleltern, Nenn-tanten, PatInnen etc. Grossfamilien („extended family“), wo vorhanden und funktionierend, sind tragfähige Netze. Wo sie fehlen, sind die familialen und sozialen Netzwerke oft schwächer und ressourcenärmer» (Petzold 2006v/ 2009h/2021, 1). Denn letztlich und wie weiter oben gezeigt, «entscheidet faktische Präsenz hilfsbereiter ... Familienmitglieder, ihre tatsächliche Ressourcenlage und die virtuelle Präsenz von Verwandten, die aneinander denken und füreinander Sorge tragen, über die „supportive Valenz“ von familialen Netzwerken ...» (ebd. 1).⁴⁹

Wie auch immer es gestaltet ist, das unmittelbare Umfeld des Kindes (Familien, Schulen, Wohngruppen, Bezugspersonen, BeiständInnen, Ausbilder) ist physisch, repräsentational und mental bedeutsam für das Kind und muss daher berücksichtigt und gezielt in die therapeutischen Interventionen einbezogen werden, sollen diese merkbar wirksam und auch nachhaltig sein. Ansonsten kann allenfalls damit gerechnet werden, dass sich zunächst keine Veränderungen zeigen, es aber „*sleeper effects*“ gibt, «die dann später in anderen Kontexten des Alltagslebens positiv zum Tragen kommen können» (Petzold 1995b, 165) und die gerade im Bereich der Kinder- und Jugendtherapie «schon lange belegt» sind (Märtens, Petzold 1995b, 376).⁵⁰

⁴⁹ Sieder (2009) problematisiert den Familienbegriff und gibt zu bedenken, dass *Familie* (zumindest in christlich-westlich-individualistisch geprägten Gesellschaften) für einen Mythos steht. Dieser Mythos wurde in den 1970er Jahren den neuen Realitäten vermehrter Trennungen und Scheidungen dahingehend angepasst, als dass er seither auch für Eineltern- und Patchworkfamilien verwendet wird (ebd. 170) und die unglaublich geworden Erzählung eines *natürlichen* Verhältnisses zwischen Männern und Frauen veränderte (ebd. 169): «Seither dominiert im euroamerikanischen Westen eine reformierte Erzählung: Frauen und Männer seien im Interesse ihrer Kinder verpflichtet, alles, wirklich alles für die bestmögliche Gestaltung des Ehe- und Familienlebens zu tun». Und darin lebt verdeckt der alte Mythos, dass die Familie die beste Umgebung für ein aufwachsendes Kind ist, ebenso fort wie in den neuen Terminologien der *Stief-* oder *Patchworkfamilien* (die implizieren, eben keine „richtige“ Familie, keine „Kernfamilie“ zu darzustellen). Das Problem (auch) des reformierten Mythos ist:

«Er schwächt das Selbstbewusstsein all jener Frauen, Männer und Kinder, die nicht (mehr) in „vollständigen“ Erstfamilien leben, führt zu Schuld, Scham und Depression. So glauben nicht wenige Frauen mit Kindern, ohne das dauernde Mitwohnen des Vaters in einer defizitären Familienform zu leben, die nicht nur ihnen selbst mehr Arbeit und Verantwortung zuschance, sondern dem Kind wesentliche Erfahrungen und Prägungen vorenthalte. Mehr denn je sind Vater und Mutter Adressaten vollends überzogener Sehnsüchte und Erwartungen, die sie auch bei bestem Willen nur enttäuschen können. Ein überwiegend oder gänzlich abwesender Elternteil (meist der Vater) erregt die Fantasie des Kindes noch mehr als der präsente. Auch hier wirkt die imaginäre Instanz des Familienmythos, den jedes Kind aus seinen ersten Kinderbüchern, aus Filmen und Liedern kennt» (ebd. 171).

Ist es dieser Familienmythos, der (zumindest in der Schweiz) in die Rechtsprechung wirkt? Hier habe ich mit mehreren PatientInnen die Erfahrung gemacht, dass getrennt lebenden Vätern (und mehrheitlich sind es ja die Väter, die getrennt leben) von Gesetzes wegen das Recht zusteht, ihre Kinder zu sehen (wenn z.B. auch „nur“ bei begleiteten Besuchstreffen an speziell dafür vorgesehenen Orten) – unbesehen von den Erfahrungen der Kinder mit ihnen und, bis diese 15 Jahre alt sind, von expliziten gegenteiligen Willensäusserungen der Kinder, die, bis sie das volle 12. Altersjahr erreicht haben, nicht einmal angehört werden, auch wenn sie sich wiederholt, eindeutig und klar äussern. Man vermutet in der Regel eine Beeinflussung durch die ehemaligen Partnerinnen, und manchmal wird (so habe ich das leider erlebt) während monatelanger psychiatrisch-psychotherapeutischer Abklärungen der Kinder am Besuchsrecht festgehalten, was für diese durchaus re-traumatisierend sein kann.

⁵⁰ Die in Evaluationsstudien gezeigte Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Verfahren sieht Petzold (1995b, 165) daher als eher vordergründig an und vor allem in der Transferorientierung dieser Verfahren begründet.

Bezüglich Wirksamkeitsnachweisen therapeutischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen gibt es mehrere Schwierigkeiten. Da sind z.B. die Probleme der Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen, welche sowohl an einem Mangel an vergleichbaren Forschungsergebnissen wie auch an der auf sehr verschiedenartige Weise praktizierten therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen liegen.⁵¹ Ausserdem können Aussagen zur Effektivität von spezifischen Behandlungsmethoden für bestimmte Altersgruppen aufgrund je nach Alter unterschiedlicher Entwicklungsstadien und Entwicklungsschritte nicht auf andere Altersgruppen generalisiert werden.⁵² Ferner gibt es Hinweise in der Forschungsliteratur darauf, dass «die messbaren Effekte einer Behandlung erheblich von den Messzeitpunkten abhängen, viele Behandlungseffekte nicht stabil sind und andere Effekte erst später deutlich werden» (Märtens, Petzold 1995b, 377), die erwähnten *sleeper effects*. Das macht die Wichtigkeit von Katamnesen deutlich.⁵³

Da Kinder und Jugendliche meist nicht auf eigenen, sondern auf Wunsch von Eltern und/oder Schule für die Psychotherapie angemeldet werden, kommt – neben den erwähnten Problemen der Ergebniserfassung und -bewertung – hinzu, dass in der Kinder- und Jugendlichentherapie die Frage, was ein gutes Behandlungsergebnis ist, zu ergänzen ist durch die Frage *Für wen?*⁵⁴ Gemäss Auftragslage muss das Ziel der Behandlung bei jungen PatientInnen und deren Abhängigkeit von ihren Bezugspersonen immer auch diese betreffen, den sozialen Kontext also, in dem die Kinder/Jugendlichen Auffälligkeiten ausgebildet haben und zu “Indexpatienten“ oder “Symptomträgern“, zu “Systemsprengern“ etc. gemacht wurden (eigentlich sehr stigmatisierende und zu problematisierende Attributionen, von denen man terminologisch Abstand nehmen sollte). Und wenn gilt: «Nur wahrgenommene Veränderungen sind Veränderungen» (ebd. 362) und sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zeigt, dass «nämlich teilweise Schwierigkeiten von Kindern dadurch zum Verschwinden gebracht werden, dass die Eltern ihre Einstellungen und damit ihre Wahrnehmungen verändern»,

⁵¹ Märtens & Petzold (1995b, 349) gehen mit Bezug auf eine Übersichtsarbeit von Kazdin (1988) von über 230 verschiedenen Therapieansätzen mit Kindern und Jugendlichen aus, die sich aufgrund eigenständiger Stile und Prämissen sowohl vom Bereich der Erwachsenen- wie von dem der System- und Familientherapien unterscheiden.

⁵² Beispielsweise wurde in zwei Therapievergleichsstudien mit Anorexie- und Bulimiepatientinnen zu einzel- vs. familientherapeutischer Behandlung mit 5-jährigem Katamnesezeitraum nach stationärem Aufenthalt gezeigt, dass die zunächst ähnlich positiven Ergebnisse aufgrund lebensgeschichtlicher Entwicklungsphasen doch genauere Indikationsüberlegungen verlangen. Denn weitere Analysen der Ergebnisse zeigten, «dass jüngere Patientinnen mit einer kürzeren Krankheitsdauer von weniger als drei Jahren deutlich besser von Familientherapie profitierten, während für ältere Patientinnen die Einzeltherapie besser war» (Märtens, Petzold 1995a/2016, 27).

⁵³ Dabei ist zusätzlich zu beachten: Selbst «Katamnesen erfordern unterschiedliche Messzeitpunkte für unterschiedliche Störungen. So sind bei schwereren Störungen immer längere Zeiträume erforderlich» (Märtens, Petzold 1995b, 377). In einer Metaanalyse von Studien zu Anorexia nervosa mit mindestens 10 Jahren Beobachtungsdauer konnte gezeigt werden, dass es «mit zunehmender Beobachtungsdauer eine Polarisierung in gute und schlechte Verläufe gibt» (ebd. 377). Bei einer Katamnese nach 2 Jahren zeigten rund 15% der PatientInnen ein gutes Ergebnis bezüglich ihrer physischen, psychischen und familiären/sozialen Situation, nach 10 Jahren waren es 40%, was sich in den Folgejahren kaum veränderte.

⁵⁴ Erschwerend für eine gesamthafte Antwort ist eine oft beobachtbare “Sektoralisierung von Verhaltensinszenierungen“ (Petzold 1995b, 166), z.B. eine Verbesserung von Interaktions- und Kommunikationsmustern in gewissen Bereichen und mit gewissen Personen, aber nicht in anderen.

so muss entschieden werden, «ob die Behandlungsanlässe, also Problemwahrnehmungen bei Bezugspersonen der Kinder verändert werden müssen und/oder aber die Kinder selber» (ebd. 363). Und dies führt zur Frage, wie und in welchem Ausmass die Betreuungspersonen einbezogen werden sollen/müssen. Feststellbar ist, dass Intensität und Form des Einbezugs von Familie bzw. sozialem Umfeld in den verschiedenen Behandlungsansätzen, selbst in den systemischen, sehr unterschiedlich gehandhabt wird (*Märtens, Petzold* 1995b, 349). Je nach Konzept werden «Eltern lediglich als begleitende Bezugspersonen ... oder aber ... ebenfalls direkt als Zielpersonen ..., also das ganze *Familiensystem* behandelt» (ebd. 352)

In diesem "Spannungsfeld" bewegt sich auch die integrative Kinder- und Jugendlichentherapie. In ihrem Selbstverständnis ist sie

«ein ganzheitlicher und differentieller Ansatz der Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- oder Gruppensitzungen unter Einbeziehung ihrer Familien bzw. Bezugspersonen in Berücksichtigung des pathogenen und salutogenen Einflusses des jeweiligen makroökologischen und sozialen Kontextes ...» (ebd. 352),

wobei die Formulierung "unter Einbeziehung" «absichtsvoll offenlässt, in welcher Form diese Einbeziehung dann genauer erfolgen soll» (ebd. 352). Auf jeden Fall impliziert das Interaktionsmodell des integrativen Ansatzes mit den Konzepten der Ko-respon- denz und des Aushandelns von Grenzen die Involvierung mehrerer Personen (und be- schränkt sich keinesfalls auf die Patient-Therapeutin-Dyade). Ausserdem setzt «eine veränderte Interaktion ... immer Veränderungen auf der Ebene der Individuen voraus» und gibt es «keine veränderte Interaktion ohne veränderte Interaktionsteilnehmer» (ebd. 353). Auch mit der Position, dass Entwicklung immer in Netzwerken erfolgt, steht das Interaktionsmodell grundsätzlich für die Erfordernisse von Netzwerkinterventionen.

Die Grundlage von Netzwerkintervention, seien sie adjunktiv oder integriert, ist seitens der Therapeutin/des Therapeuten

«eine positive Einstellung zum Netzwerk, ein Interesse an seinen Belastungen und seinem Leiden (auch durch den Patienten), ein Wissen um seine Ressourcen und Potentiale, eine Bereitschaft es virtuell und real einzubeziehen. — Auch in einer „Einzeltherapie, die ja eigentlich eine „dyadische“ Behandlungssituation ist, ist man immer ein "*Netzwerktherapeut*", denn man wirkt über den Patienten in das Netzwerk hinein und man wird als Therapeut selbst Teil des Patientennetzwerkes» (*Hass, Petzold* 1999/2011, 216).

Als Hindernisse für ein Engagement zugunsten des Netzwerks nennen *Hass* und *Petzold* (ebd. 216) eine negative Einstellung, Uninformiertheit und Vorurteile (die kritisch hinterfragt werden müssen) sowie (z.T. berechnete) Stigmatisierungsbefürchtungen.⁵⁵

⁵⁵ Als Schwierigkeit erlebe ich auch, wenn Eltern ihre Teenager in die Therapie schicken oder ihr Kind in der Therapie abgeben möchten wie jemanden, den man zum Zahnarzt schickt, oder wie ein Auto, das man zur Reparatur

Zur Effektivität von Netzwerkinterventionen gibt es nur wenige Belege, da es nur wenige Studien dazu gibt und Netzwerkforschung, z.B. die Metaanalyse zu Netzwerkinterventionen von *Röhrle* und *Sommer* (1998), wenig Resonanz erhält, so *Hass & Petzold* 1999/2011, 214). Die erwähnte Metaanalyse beruht auf 33 auswertbaren Studien (von 227 vorausgewählten), und ihre Resultate zeigen unter anderem, dass

- in Studien sich vielfach hohe mittlere Effektstärken im Vergleich zu Kontrollgruppen nachweisen lassen,
- Netzwerkinterventionen sich in ihrer Effektivität nicht von vergleichbaren Behandlungsansätzen (z.B. kognitiv-behavioralen) unterscheiden,
- der Vergleich mit herkömmlichen Behandlungsgruppen unmittelbar und im follow-up eine (zwar nur geringe) Überlegenheit von netzwerkorientierten Interventionen deutlich macht,
- in Nachuntersuchungen mindestens 3 Monate nach Abschluss noch eine moderate mittlere Effektstärke bei inhomogener Datenbasis feststellbar ist,
- bestimmte Risiko- und Zielgruppen wie Psychosomatik-, Drogen-, AdipositaspatientInnen sowie Frauen besonders von netzwerkorientierten Interventionen profitieren⁵⁶,
- und Netzwerkinterventionen auch schädigende Effekte haben können (ebd. 214-215).

Zum Ergebnis geringer Effektunterschiede gegenüber anderen Verfahren bemerken *Hass & Petzold* (1999/2011, 215), dass in vielen der Studien herkömmliche mit Netzwerkinterventionen vermischt wurden und so der eigentliche Netzwerkeffekt auch gar nicht klar ist. Sie finden, dass «aber gerade mit Blick auf Synergieeffekte und Anreicherungsmomente» (ebd. 215) vieles dafürspricht, psychotherapeutische durch sozialpsychologisch fundierte Massnahmen wie Netzwerkinterventionen zu ergänzen oder mit Netzwerkperspektiven durchzuführen. Um ihre Position zu untermauern berichten sie über eine Langzeituntersuchung mit 424 depressiven PatientInnen von *Billings* und *Moos* (1985). Diese erwies, dass die Therapie (ohne Netzwerkinterventionen) nicht nur zu einer Verbesserung der Symptomatik und des Selbstwerts der Betroffenen führte, sondern auch zu einer Verbesserung der Kontakthäufigkeit in ihren Netzwerken. Ausserdem erwies sich in der Nachuntersuchung die Netzwerksituation und fami-

bringt und später fertig repariert wieder abholen möchte. Ob Angst vor Stigmatisierung, Schuld- und Versagensgefühle, Hilflosigkeit oder eine Angst dahintersteckt, als Elternteil bei sich selber, in der Partnerschaft, bei eigenen Mustern des Denkens und Handelns, angestammten Überzeugungen näher hinzuschauen und etwas verändern zu müssen, sei hier dahingestellt. Solche Eltern reell "an Bord" zu holen, ist manchmal eine echte Herausforderung. Doch dann ist immerhin "die Familie im Kopf" der Kinder/Jugendlichen als mentale Repräsentation mit dabei, so dass diese «**repräsentationale Familie im Kopf**», die sich zeigt als «Stile des Denkens, Fühlens, Wollens, Wertens, wie sie aufgrund von sozialisatorischen Erfahrungen – in Familien und anderen Sozialisationsagenturen – ausgebildet wurden und sich im Lebensalltag inszenieren» (*Petzold* 2006v/2009h/2021, 19), bearbeitet und wo nötig verändert werden kann. Nicht immer, aber immerhin manchmal gelingt früher oder später doch ein Einbezug der nächsten Bezugspersonen im realen Leben, so minimal er sein mag.

⁵⁶ ...wobei hier an die differentielle Indikation für Netzwerkinterventionen bei Anorexie-patientinnen je nach deren Alter und Krankheitsdauer erinnert sei (siehe Fussnote 52).

liäre Unterstützung bei Behandlungsende als bester Prädiktor für die Stabilität der Patienten. Als TherapeutIn sollte man daher wirklich nicht auf Zufallseffekte setzen, sondern sich aktiv um die Mitarbeit des sozialen Netzes bemühen, es einbeziehen, beraten und unterstützen (ebd. 215). Diese Aufforderung zielt auch auf die Beschäftigung mit den *Ursachen hinter den Ursachen* und den *Folgen hinter den Folgen* (Petzold et al. 2009, 7) und ist letztlich unlösbar mit der anthropologischen Position der Ko-Existenz verbunden, aus dem das Prinzip der Ko-Respondenz und der Konvivialität erwachsen, welche sich ja nicht nur auf die Wahrung der Integrität und Würde des Anderen beschränken, sondern die Aufforderung beinhalten, sich aktiv für ein gutes Miteinander einzusetzen (Petzold 2009, 282).⁵⁷ Und dadurch, so Petzold et al. (2009, 7), «über das Verhindern von Belastungen, Risiken und Schäden in humanitärer Hilfe wächst aus dem konkreten Tun durch Interiorisierungen eigenen und gemeinschaftlichen Handelns (das kann man, wenn man in solcher Arbeit steht, an sich selbst beobachten) das *melioristische* Interesse. Es ist dann nicht nur bemüht, Ausgrenzung, Unterdrückung, Not und daraus folgende Schäden zu verhindern oder zu beseitigen, sondern ist engagiert, Inklusionsarbeit zu fördern ..., Entwicklungen anzustoßen und voranzubringen, Situationen zu verbessern».

Schliesslich sei an die melioristische Zielsetzung des integrativen Ansatzes erinnert, die dem 4. Weg der Heilung und Förderung inhärent ist. «Hier, im vierten **WEG**, werden individualisierende Perspektiven überschritten und Akte der Solidarität eingefordert sowie die Bereitschaft, sich für bessere Lebens- und Weltverhältnisse melioristisch zu engagieren» (Petzold 2012h, 27).⁵⁸ Wichtig ist daran zusätzlich, dass das in der eigenen Arbeit und darüber hinaus gelebte Engagement für Konvivialität, Integrität und Würde den Kindern und Jugendlichen «eine ethische Orientierung vermitteln» kann (Petzold 2009, 282). Wenn Kinder und Jugendliche das Engagement für sie “am eigenen Leibe“ spüren, kann «die Bedeutung der damit erfahrenen “*felt meaning*“ und “*experienced values*“ ... gar nicht hoch genug veranschlagt werden» (Petzold 2009, 317). Weil:

«Ein kritisch reflektierter, *humanitärer Meliorismus* ... hat seine Wurzeln in Erfahrungen von guter, *wechselseitiger Empathie*: in Familien, Freundeskreisen, in ressourcenreichen und wohlwollenden, menschen-und lebensfreundlichen Polyaden mit einer differenzierten „Gewissenskultur“ ... (Petzold et al. 2009, 7; siehe auch Petzold, Mathias-Wiedemann 2019a/2020).

⁵⁷ Sie findet sich auch in der 4. der vier Grundorientierungen der integrativen Therapie: 1. klinisch, 2. salutogen, 3. persönlichkeitsentwickelnd und 4. kulturalistisch. Hier, «indem sie für destruktive gesellschaftliche Dynamiken und Entwicklungen sensibilisiert, Bewusstsein schafft und die Bereitschaft ermutigt, Verantwortung zu übernehmen, sich im Aufbau einer humanen und demokratischen Gesellschaft zu engagieren durch “consciousness projects“, Ko-respondenz, Diskurse und Polyloge» (Petzold 2003e/2006k, 92) und die Förderung ästhetischer Erfahrungen, im Wissen um auch deren heilsame und fördernde Wirkung.

⁵⁸ Für ein gutes Beispiel halte ich das von Weilenmann (2016) vorgestellte integrative Gruppentherapieprojekt für Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil, das von der ambulanten Beratungsstelle aufgebaut wurde, an der sie tätig ist.

Die Aufforderung, melioristisch tätig zu werden, gilt letztlich ja nicht nur für Therapeu-
tInnen, sondern auch für PatientInnen, und «kritisch reflektierter, konkret praktizierter
Altruismus hat ein heilendes, gesundheitsförderndes und persönlichkeitsentwickelndes
Potential ...» (*Petzold* 2003e/2006k, 94). Das gilt auch für praktizierten Meliorismus.
Es tut Kindern gut, sich z.B. für die Natur, bedrohte Pflanzen, Tiere oder andere Kin-
der einzusetzen, und es tut Jugendlichen gut, sich für Klima, Demokratie, soziale Ge-
rechtigkeit, gegen Rassismus und Sexismus usw. einzusetzen. Altruistisches, melioris-
tisches Engagement wird als positiv erlebt, ist sinnstiftend, kann ein Gefühl von Selbst-
wirksamkeit verleihen, am eigenen Leibe erlebte Ungerechtigkeiten und Bedrohungen
kanalisieren, Zukunftsperspektiven fördern und hat auch weitere positive Wirkungen
wie das Erleben eines Miteinanders und von Solidarität beim gemeinschaftlichen En-
gagement.

Das ist ganz im Sinne der Integrative Therapie, denn diese möchte letztlich «als **The-
rapie der Relationalitäten** ... über das therapeutische Beziehungsgeschehen hinaus
ein basales „Sich-in-Beziehung-setzen“ von Menschen fördern ... zu den Anderen, zu
den Dingen der Welt, Beziehung zu sich selbst» (*Petzold* 2003e/2006k, 104).

6 Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Psychodrama in der *Integrativen Therapie* mit Kindern und Jugend- lichen

In dieser Arbeit stelle ich die therapeutische Arbeit mit Psychodrama in den Rahmen der *Integ-
rativen Therapie* mit Kindern und Jugendlichen. Damit erweitere ich meinen Fachartikel über
psychodramatische Gruppentherapie mit Kindern. Hier werden Konzepte der Integrativen The-
rapie dargestellt, welche für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wesentlich sind und wel-
che (unter anderem) vom Psychodrama inspiriert und im integrativen Ansatz weiterentwickelt
wurden wie z.B. die integrative Persönlichkeitstheorie. Für die Gliederung der Arbeit orientiere
ich mich am Praxis-Konzept der vier Wege der Heilung und Förderung der Integrativen Thera-
pie.

Schlüsselwörter: *Integrative Therapie* mit Kindern und Jugendlichen, E-Perspektiven, Ko-
Kreativität, Mentalisierung, Entwicklungspsychologie und -therapie, Nach-/Neusozialisation,
Beziehungen, Netzwerk-/Familienarbeit, Transfer

Summary: Psychodrama in *integrative therapy* with children and adolescents

In this essay, I put therapeutical work with psychodrama within the framework of *Integrative
Therapy* with children and adolescents. With this, I extend my article about the use of psycho-
drama in groups of children. I now present concepts of Integrative Therapy that are essential

when working with children and adolescents and that have been inspired by psychodrama (among other sources) and have been developed further on within the Integrative Therapy framework such as the integrative personality theory. The article is structured following the 4 ways of healing and facilitating

Keywords: *Integrative Therapy* with children and adolescents, 4E-perspectives, co-creativity, mentalisation, developmental psychology and therapy, parenting/reparenting, social network/family work transfer

7 Bibliographie

- Apfalter, I., Stefan, R., Höfner, C. (2021). Grundbegriffe der Integrativen Therapie – Ein Nachschlagewerk. Wien: facultas Universitätsverlag.
- Bachofner, S. (2023). Thymopraktik in der Psychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/06-2023-bachofner-st-thymopraktik-in-der-psychotherapie-mit-jugendlichen-und-jungen-erwachsenen/>
- Billings, A., Moos, R. (1985). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.
- Bodenmann, G. (2016). Lehrbuch klinische Paar- und Familienpsychologie. Bern: Hogrefe.
- Cuverlier, F. (1993). Gruppengerichtetes Psychodrama in der Ausbildung von psychiatrischem Pflegepersonal. In H. Petzold (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater* (pp. 326–342). Paderborn: Junfermann.
- Ferenczi, S., *Kinderanalysen mit Erwachsenen* (1931), Bausteine zur Psychoanalyse, III. Bern: Huber (1964, 490-510). (zit. in Petzold et al. 1994a).
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., Albermann, K. (2006). Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie., 1–8. https://www.ksw.ch/app/uploads/2017/06/Albermann_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_kurz.pdf
- Kadzin, A. (1988). *Child Psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Elmsford NY: Pergamon.
- Hass, W., Petzold, H. (1999/2011). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2011-hass-w-petzold-h-g-1999-die-bedeutung-der-forschung-soziale-netzwerke/>
- Heuring, M., Petzold, H. (2005). Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen - Integrative und differentielle Perspektiven zur Bedeutung sozialpsychologischer Konzepte für die Praxis der Supervision. *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung*, 3–59. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/12-2005-heuring-monika-petzold-h-g-rollentheorien-rollenkonflikte-identitaet-attributionen/>
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der integrativen Therapie*. Wien: Springer Verlag.
- Märtens, M., Petzold, H. (1995a/2016). Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen, 7–44. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/20-2016-maertens-m-petzold-h-g-1995a-2016-perspektiven-der-psychotherapieforschung-und/>

- Märtens, M., Petzold, H. (1995b). Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In B. Metzmacher, H. Petzold, H. Zaepfel (Hrsg.), *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute* (Integrativ, pp. 345–393). Paderborn: Junfermann.
- Orth, I., Petzold, H. (1993c). Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2015-orth-i-petzold-h-g-1993c-zur-anthropologie-des-schoepferischen-menschen/>
- Petzold, H. (1973b). Das "Therapeutische Theater" V. N. Iljines als Form Dramatischer Therapie. Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1973. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1973b-das-therapeutische-theater-vladimir-n-iljines-als-form-dramatischer-therapie/>
- Petzold, H. (1982b/2022). Der Mensch ist ein soziales Atom – zur Synergie von Individuums- und Gesellschaftszentrierung. *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung*, 161–165. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/05-2022-petzold-h-g-1982b-2022-der-mensch-ist-ein-soziales-atom-zur-synergie-von-individuums-und-gesellschaftszentrierung/>
- Petzold, H. (1987a). Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern. In H. Petzold & G. Ramin (Hrsg.), *Schulen der Kinderpsychotherapie* (pp. 427–488). Paderborn: Junfermann. <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/09-2018-petzold-h-g-1987a-puppen-und-puppenspiel-in-der-integrativen-therapie-mit-kindern/>
- Petzold, H. (1995a). Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. Textarchiv H. G. Petzold et al., 169–280. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1995a-weggeleit-schutzschild-und-kokreative-gestaltung-von-lebenswelt/>
- Petzold, H. (1995b). Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung - Teil II: Methodische und praxeologische Konzepte. In B. Metzmacher, H. Petzold, H. Zaepfel (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie* (1996) (pp. 143–188). <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1995b-integrative-kindertherapie-als-sozialoekologische-praxis/>
- Petzold, H. (1999q). Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk - rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“ - Ein Interview. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk/>
- Petzold, H. (2003a). *Integrative Therapie – Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie*. 3Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (2003e/2006k). Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“: Menschenbild und Praxeologie. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>
- Petzold, H. (2006v/2009h/2021). „Mentalisierung“, „kollektive mentale Repräsentationen“ und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-Systemische“ Entwicklungstherapie mit Familien – das „bio-psycho-sozial-ökologische“ Modell „Integrativer Humantherapie“ und „Integrativer Supervision“. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/16-2021-petzold-h-g-2006v-2009h-2021-mentalierung-kollektive-mentale-repraesentationen-und-die-arbeit-mit-der-familie-im-kopf/>
- Petzold, H. (2009). „Mit Jugendlichen auf dem WEG ...“ Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für die Jugendlichenpsychotherapie.

- Integrative Therapie, 277–370. <https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2009-2-3-petzold-h-g-mit-jugendlichen-auf-dem-weg-biopsychosoziale-entwicklungspsychologische-und-evolutionspsychologische-konzepte-fuer-die-jugendlichen-psychotherapie/>
- Petzold, H.* (2012h). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. Textarchiv H. G. Petzold et al., 1–46. Retrieved from <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-zwischen-innovation-und-vertiefung/>
- Petzold, H.* (2012q). „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsycholog. Textarchiv H. G. Petzold et al. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>
- Petzold, H.* (2014i). Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage - Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Massnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Polyloge. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2014i-integrative-depressionsbehandlung-auf-neurowissenschaftlicher-grundlage.html>
- Petzold, H.* (2016f). Narrative Biographiearbeit & Biographiebearbeitung in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ - Materialien zur Vor- und Nachbereitung biographischen Arbeitens. Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographiebearbeitung-in-der/>
- Petzold, H.* (2017q). Therapeutische Puppenarbeit als „komplexe Entwicklungsförderung“. Heilkraft Der Sprache und Kulturarbeit, 11–15. <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/26-2017-petzold-h-g-2017q-therapeutische-puppenarbeit-als-komplexe-entwicklungsforderung/>
- Petzold, H., Feuchtnner, C., König, G.* (2009). Einführung: Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Integrative Therapie, 5–17. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-feuchtnner-c-koenig-g-2009-einfuehrung-fuer-kinder-engagiert/>
- Petzold, H., Geibel, C.* (1972). „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschulerziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken. In *H. Petzold* (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater* (pp. 413–427). Paderborn: Junfermann. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-geibel-chr-1972-komplexes-kreativitaetstraining-in-der-vorschulerziehung/>
- Petzold, H., Goffin, J., & Oudhof, J.* (1993). Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In *H. Petzold* (Hrsg.), *Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung – Bd. 1* (pp.345-497). Paderborn: Junfermann. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-hrsg-1993c-fruehe-schaedigungen-spaete-folgen-psychotherapie-babyforschung-bd-1/> siehe auch: <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2013-petzold-h-g-goffin-j-j-m-oudhof-j-1993-protective-faktoren-entwicklungspsycho/>

- Petzold, H., Mathias, U.* (1982). Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos. (H. Petzold, U. Mathias, Hrsg.), Paderborn: Junfermann. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-mathias-u-1982-rollenentwicklung-und-identitaet-von-den-anfaengen-der-rollentheorie-zum-sozialpsychiatrischen-rollenkonzept-morenos/>
- Petzold, H., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Polyloge 3/2019. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>
- Petzold, H., Müller, L.* (2004c). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychotherapie Forum, c, 185–196. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-lotti-2004c-integrative-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/>
- Petzold, H., Müller, M.* (2005/2007). Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet/>
- Petzold, H., Orth, I.* (2014a). Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie, Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen, 125–261. In *Petzold, H., Orth, I., Sieper, J.* (2014a). „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Petzold, H., Orth, I.* (2014a/2023). Regressionsideologien - Linearkausale Wirkungen „früher Störungen“ und das „undifferenzierte parentale Paradigma“ der Pathogenese und nachsozialisierenden Therapie. Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit, 170–261. Erschienen in *Petzold, H., Orth, I., Sieper, J.* (2014a). „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag. <https://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/02-2023-petzold-h-g-orth-i-2014a-2023-regressionsideologien-linearkausale-wirkungen-frueher-stoerungen-und-das-undifferenzierte-parentale-paradigma-der-pathogenese-und/>
- Petzold, H., Orth, I.* (2017b). Epitome Polyloge in der integrativen Therapie: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. Polyloge. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie/>
- Petzold, H., Orth, I., & Sieper, J.* (2008/2010/2019b). Integrative Therapie mit Kreativen Medien, Komplexen Imaginationen und Mentalisierungen als „intermediale Kunsttherapie“ – ein ko-kreativer Ansatz der Krankenbehandlung, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsbildung und Kulturarbeit. Textarchiv *H. G. Petzold et al.* <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2008-2010-2019b-integrative-therapie-mit-kreativen-medien-komplexen-imaginationen-und-mentalisierungen-als-intermediale-kunsttherapie-e/>
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis.

- Petzold, H., & Sieper, J.* (2012a). "Leiblichkeit" als "Informierter Leib" embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. Textarchiv *H. G. Petzold et al.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/21-2012-petzold-h-g-sieper-j-2012aleiblichkeit-als-informierter-leib-embodied-and/>
- Petzold, H., Sieper, J., Orth, I.* (2005). Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ - Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. *Polyloge.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2005-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-erkenntniskritische-entwicklungspsychologische/>
- Petzold, H., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M.* (1994a, Neueinstellung 2016). Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 491–646. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2016-petzold-h-g-van-beek-y-van-der-hoek-a-m-1994a-grundlagen-intimer-kommunikation/>
- Petzold, H., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A.* (2021(2000)). Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung." *Polyloge.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2021-petzold-h-g-wolff-u-landgrebe-b-josic-z-steffan-a-2000-integrative-traumatherapie-modelle-und-konzepte-fuer-die-behandlung-von-patienten-mit-posttraumatischer-b/>
- Pfiffner, R.* (2023). Integrative Identitätsarbeit mit Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ko-kreative Praxis in einer sensiblen Entwicklungsphase. *Polyloge.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/21-2023-pfiffner-r-integrative-identitaetsarbeit-mit-jugendlichen-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie-ko-kreative-praxis-in-einer-sensiblen-entwicklungsphase/>
- Pfister, D.* (2020). Gruppenpsychodrama mit Kindern. *Polyloge.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/20-2020-pfister-doris-gruppenpsychodrama-mit-kindern/>
- Plüss Staubli, S.* (2020). Die Bedeutung von sicheren emotionalen Bindungen als Schutzfaktoren in der frühen Kindheit im Kontext der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Polyloge.* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/09-2020-pluess-staubli-susan-die-bedeutung-von-sicheren-emotionalen-bindungen-als-schutzfaktoren-in-der-fruehen-kindheit-im-kontext-der-integrativen-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie/>
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.* (1999). Einführung in die Integrative Therapie – Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Ramin, G., Petzold, H.* (1987). Integrative Therapie mit Kindern. In Textarchiv *H. G. Petzold et al.* <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/ramin-gabriele-petzold-hilarion-1987-integrative-therapie-mit-kindern/>
- Röhrle, B., Sommer, G.* (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In B. Röhrle, G. Sommer, F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkinterventionen*. Tübingen: dgvt-Verlag, 13-47.
- Rutter, M.* (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Ann Acad Med Singap.* Jul;8(3):324-38.
- Sieder, R.* (2009). Kinder nach der Trennung und Scheidung ihrer Eltern. *Integrative Therapie,* 169–193. <https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2009-2-3-sieder-r-kinder-nach-der-trennung-und-scheidung-ihrer-eltern/>

- Sieper, J.* (2007b/2011). Integrative Therapie als "Life Span Developmental Therapy" und "klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit" mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen, alten Menschen. *Polyloge*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/05-2011-sieper-johanna-integrative-therapie-als-life-span-developmental-therapy-und-klinische/>
- Sieper, J., & Petzold, H.* (2002). „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie und Supervision - seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. *Polyloge*. <https://www.fpi-publikation.de/supervision/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision/>
- Stefan, R., & Petzold, H.* (2019). Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. *Polyloge*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/30-2019-petzold-h-g-stefan-r-2019-moeglichkeits-raeume-und-zukunftsentwuerfe-in-den-kognitiven-neurowissenschaften-gesichtspunkte-der-integrativen-therapie/>
- Straub, H.* (1993). Über die Anfangsphase psychodramatischer Kinderbehandlungen. In *H. Petzold* (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama* (pp. 312–324). Paderborn: Junfermann.
- Vygotskij, L.* (1978). *Mind in Society - The Development of Higher Psychological Processes*. (M. Cole, V. John-Steiner, S. S., & E. Souberman, Hrsg.). Cambridge MA: Harvard University Press. <https://archive.org/details/levs.vygotskymindinsocietythedevelopmentz-lib.org>
- Weilenmann, B.* (2016). Die vier Wege der Heilung und Förderung - ein Integratives Gruppentherapieprojekt für Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil. *Polyloge*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2016-weilenmann-b-die-vier-wege-der-heilung-und-foerderung-gruppentherapieprojekt/>