

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 11/2012

Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis

*Hilarion G. Petzold, Hückeswagen, Lotti Müller, Zürich **

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

Erschienen als: *Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychotherapie Forum 4, 185-196.*

Es werden zentrale Konzepte der "Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" vorgestellt und die Besonderheiten dieser Altersgruppen hervorgehoben, die es bei der Diagnostik und in der Behandlung zu berücksichtigen gilt. Ausgangspunkt ist ein Psychotherapieverständnis, in welchem Gesundheits- und Krankheitsperspektive nicht voneinander getrennt betrachtet werden. Patho- und Salutogenese betreffen sowohl intrapersonale als auch sozioökologische Prozesse: So müssen z.B. das "soziale Netzwerk", der soziokulturelle Kontext wie auch genderspezifische Aspekte in die Diagnostik wie auch in die Behandlung mit einbezogen werden. Auf dem Hintergrund einer longitudinal ausgerichteten "klinischen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" wird versucht, die individuelle Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und zu verstehen, damit im Rahmen von Behandlungsprozessen "Soziotope" geschaffen, "safe places" zur Verfügung gestellt werden können, die das Kind in seiner "Identitätsentwicklung" (Petzold 2001p) angemessen unterstützen können.

Dieser komplexen sozioökologischen Betrachtungsweise der "kindlichen Lebenswelt" wird mit einer komplexen Diagnostik begegnet. Sie wird in der integrativen Therapie als "prozessuale Diagnostik" verstanden und umfasst die *Symptomdiagnostik*, die *Strukturdiagnostik* und die *Systemdiagnostik*. Ein Schwerpunkt stellt dabei das Erfassen von "Ressourcen" aller Art, von "protektiven Faktoren" und "Resilienzen" dar, welche zugleich wichtige Behandlungsziele und -ansätze bieten, mit denen man den Risikofaktoren und potentiell schädigenden Einflüssen und den aktuellen Problemen begegnen will. Grundlage dieser Perspektive ist das innovative integrative Modell eines "protective factor → resilience cycle", ein differenziertes, auf neurobiologische, entwicklungspsychologische und stress- und lebenslauftheoretische Forschungsergebnisse abgestütztes Modell der Ausbildung und Aufrechterhaltung von Resilienzprozessen. Diese ressourcenorientierte therapeutische Arbeit mit protektiven Faktoren und Resilienzen beeinflusst nicht nur die Therapieziele und die Methodik, sondern auch die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Kindertherapie. In der Rolle eines "significant caring adult" können hierbei Bedingungen hergestellt werden, in denen Handlungsmöglichkeiten (affordances/effectivities) zur Verfügung stehen, durch welche die Gestaltungskraft des Kindes, seine Selbstwirksamkeit und seine Souveränität gefördert und damit seine Identität gestützt werden können (Flammer 1990).

Schließlich wird von den AutorInnen aus dem aktuellen berufspolitischen Anlass einer gesetzlichen Regelung für die Psychotherapie in der Schweiz auf die Wichtigkeit von kinderspezifischen Ausbildungsmöglichkeiten und Berufen hingewiesen, auf die Kinder laut UNICEF EntschlieÙung ein Anrecht haben. Die besonderen personalen, sozialen und professionellen *Kompetenzen* und *Performanzen*, die für die Ausübung kinder- und jugendlichentherapeutischer Arbeit erforderlich sind, werden am Beispiel des - über viele Jahre entwickelten - Curriculums für "Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" dargestellt.

Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis

Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde in den sechziger Jahren mit verhaltensgestörten Kindern und dissozialen Jugendlichen (*Petzold 1971c*) in psychotherapeutischen und in heilpädagogischen Kontexten (*Petzold 1968c, 1972e, f*) als Teilbereich der Integrativen Therapie (*Petzold 1974j, 2003a*) entwickelt. Sie hat sich über nunmehr drei Jahrzehnte als eigenständige Richtung *methodenübergreifender, entwicklungspsychologisch* ausgerichteter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie herausgebildet, die einem **"biopsychosozialen Modell"** der Betrachtung (*Petzold 2001a*) verpflichtet ist und in einem differenzierten Curriculum gelehrt wird (*Metzmacher 1992; Reiser 1993*), seit 1982 in Deutschland, seit 1989 auch in der Schweiz und in Österreich. In den Grundpositionen stimmen natürlich innerhalb eines Verfahrens, das am "lifespan developmental approach" (*Baltes, Eckensberger 1979; Petzold, Bubolz 1979, Petzold 1999b*) ausgerichtet ist, die übergreifenden Konzepte auch in den unverzichtbaren altersspezifischen Zupassungen, überein, weshalb auf einschlägige Darstellungen wie die von *Petzold, Steffan (2000a)* oder *Schuch (2000; Petzold 2001a, 2002b)* verwiesen wird. Dennoch sind für altersspezifische Populationen z.B. für die Gruppe alter Menschen aufgrund der besonderen Lebensbedingungen und Alternsprozesse spezielle Entwicklungen erforderlich etwa zu einer ausgearbeiteten *Gerontotherapie (Petzold 1985a)*, da sonst mit erhöhten Risiken und Nebenwirkungen, eventuell Therapieschäden zu rechnen ist (*Müller, Petzold 2002, Märrens, Petzold 2002*). Ein gleiches gilt für die Therapie mit Jugendlichen (*Petzold 1971b, 1994f; Petzold, Epe 1984*). Und natürlich sind spezifische konzeptuelle und methodisch-technische Ausarbeitungen und Forschungsarbeiten erforderlich, um in einem Verfahren eine kindgemäße und kindgerechte Praxis zu entwickeln. Die "Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" ist das Ergebnis solcher Entwicklungsarbeit, die nach zwanzigjähriger Erfahrung dazu führte, dass 1982 ein eigenes Ausbildungscurriculum erarbeitet wurde, um Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu qualifizieren gemäß der UNICEF-Entscheidung, dass Kinder *ein Recht auf eigene Berufe im Gesundheitswesen bzw. in der medizinischen Versorgung haben* - eine Position, an die zu erinnern ist in einer Zeit, in der auch in der Schweiz gesetzliche Regelungen für die Psychotherapie anstehen. Hier gilt es von professioneller Seite, sich für die Rechte von Kindern in diesem Bereich einzusetzen. Auch vor diesem Hintergrund ist dieser Artikel geschrieben worden, denn in der Psychotherapie, der von Kindern zumal, sind die *"Kontextbedingungen"* immer mit in den Blick zu nehmen. Besonders für die Situation von Kindern und auch die alter Menschen - *beides gesellschaftlich benachteiligte Gruppen* - gilt es, gesundheits- und berufspolitisch gute Regelungen für die psychotherapeutische Versorgung auszuhandeln, *denn diese bilden die Grundlage für optimale Behandlungsmöglichkeiten*, sind also als ein wesentlicher "protektiver Faktor" zu sehen (er wurde in der Schutzfaktorenforschung typischerweise nicht genannt, und bislang sind auch diese beiden Altersgruppen in den gesundheitspolitischen Aktivitäten zu einem Psychotherapiegesetz in der Schweiz nicht vertreten).

1. Gesundheitsverständnis/Krankheitsverständnis in der Kindertherapie

In einem modernen Psychotherapieverständnis können Gesundheits- und Krankheitsperspektive nicht mehr getrennt betrachtet werden (*Petzold 2002b; Pritz, Petzold 1991; Lorenz 2004*)

Es gelten auf der *strukturellen* Ebene der Patho- und Salutogenese für die *Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (*Petzold 1969b, Petzold, Schulwitz 1972a, Petzold, Geibel 1972*) ähnliche Prinzipien wie für die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Erwachsenen. Dennoch sind die Kontextfaktoren und die Verarbeitungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen spezifisch zu sehen: intrapersonale Prozesse der Selbstregulation, Selbstentfaltung und Identitätsentwicklung müssen mit interpersonalen und sozioökologischen Prozessen in kindgemäßer ausgewogener Weise verwoben sein, wobei die Gesundheit des "sozialen Netzwerkes" - des familialen wie des amikalen "convoys" (*Hass, Petzold 1999; Petzold 1995a*) – zentral steht. Eltern- und Familienarbeit und -therapie (*Petzold 1973f, 1993i; Petzold, Josic, Erhardt 2003*) sind deshalb von besonderer Bedeutung. Das Netzwerk des Kindes, sein "Weggeleit" (convoy) müssen gesund sein, ressourcenreich und voller "protektiver Faktoren" (*Petzold, Goffin, Oudhof 1993*). Die soziale Situation des Kindes wird damit zu einem wesentlichen Parameter für Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit von Kindern und Krankheit von Kindern muss lebensaltersspezifisch unter kindgemäßen Betrachtungsparametern angesehen werden, und zwar sowohl in kulturspezifischer wie auch in genderspezifischer Sicht (Jungenarbeit, Mädchenarbeit). Dabei ist von besonderer Bedeutung, die ganze Breite der Verhaltensnormen im Blick zu haben, um Kinder nicht zu stigmatisieren. Aufgrund unterschiedlicher Erziehungsnormen wird nämlich leicht eine "harmlose Eigenheit" zu einer "Störung" oder "Krankheit". Insbesondere in der Arbeit mit behinderten Kindern (*Petzold, Mathias 1978, Petzold 1993i*) sind deshalb identitätsnormierende Perspektiven von zentraler Bedeutung (*Petzold 1990m*).

Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (*Ramin, Petzold 1987; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995, 1996*) hat den Themen Gesundheit, Krankheit, Behinderung über die gesamte Spanne der Kindheit und des Jugendlichenalters, von der Säuglingszeit (*Petzold 1993c, 1994j*) zu Problemen der Adoleszenz (*Petzold, Epe 1984, Petzold, Heinermann 1990, Petzold 1994f*) bis ins junge Erwachsenenalter Aufmerksamkeit gewidmet, wobei Spezialthemen, wie die der Behindertenarbeit oder der Drogenarbeit, besonders ausgearbeitet wurden (*Petzold 1971c, 1972f, 1974b, 1993i; Petzold, Hentschel 1993; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; Petzold, Schay, Ebert 2004*).

Gerade in der Drogentherapie kommt man immer wieder mit Fragen der relativen Unbeeinflussbarkeit von Karriereverläufen in Kontakt (*Petzold 1977k; Petzold, Hentschel 1991*) und auch mit den Fragen des Todes oder des Sterbens, des Suizides. Hier müssen kindgerechte Modelle, Elternarbeit und Möglichkeiten der "Death Education" (*Petzold, Huck 1984; Spiegel-Rösing, Petzold 1984*) entwickelt werden.

2. Kindertherapie in komplexen Lebenswelten

Die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen (*Metzmacher, Petzold, Zaepfel* 1996) sind äußerst vielfältig und haben sich in den "Cyberspace" hinein erweitert, in dem Kinder und Jugendliche zunehmend "surfen". Ihre Comics, Videospiele, Chatrooms gilt es zu kennen (*Müller, Petzold* 1999), sonst gehen wir an ihren Lebenswelten vorbei, denn die Identität von Kindern und Jugendlichen (und natürlich auch von Erwachsenen) inszeniert sich nicht nur in Echtzeit, sondern es gibt im virtuellen Raum (*Turkle* 1998), in den Cyberwelten Areale, die für faszinierte Spieler wichtiger sind als der Alltag in Schule und Elternhaus. Die Umwelten von Kindern sind mit Erwachsenenkomplexität postmoderner Lebenswelten zum Teil recht belastet. Hier wird es wichtig, "Soziotope" zu schaffen (*Zaepfel, Metzmacher* 1996a), die keinen "heile Welt-Charakter" haben, die aber zukunftsfähig sind. Dass solche "schützenden Inseln" (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) im Sinne eines "safe place" (*Katz-Bernstein* 1996) durch therapeutische Maßnahmen in der Einzelbehandlung und in Therapiegruppen (*Rahm* 1997; *Winitzki, Vogt* 1995) einen heilenden und fördernden Effekt haben, konnten wir in einer Studie nachweisen, die die Wirkung unserer Kindertherapie über mehr als 20 Jahre verfolgen konnte (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993).

Dabei ist eine "sozioökologische" Betrachtungsweise (*Gibson* 1982) vor dem Hintergrund longitudinal ausgerichteter "klinischer Entwicklungspsychologie" (*Oerter et al.* 1999) ein Charakteristikum der Integrativen Therapie - nicht nur der mit Kindern und Jugendlichen (*Petzold* 1999b, 1995a,b; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994). Kinder in ihrer Persönlichkeit und in ihrem "Konvoy" (*Kahn, Antonucci* 1980; *Hass, Petzold* 1999) entwickeln sich in komplexen sozioökologischen Systemen und sozioökonomischen Lebenslagen (*Petzold* 2000h), die eine systemtheoretische bzw. feldtheoretische Betrachtungsweise erforderlich machen, einen auf nonlineare Bezüge ausgerichteten "dynamic systems approach" (*Thelen, Smith* 1994). Die Umwelt des Kindes bietet vielfältige Wahrnehmungs- und darin eingeschlossen Handlungsmöglichkeiten (*affordance/effectivity*), die, wenn sie atmosphärisch erfasst und szenisch durchlebt werden, in verbalen und ikonischen "Narrationen" ausgelegt werden können, in Bildgeschichten, Märchen, Erzählungen, auf Kinderweise (*Petzold* 1987a; *McLeod* 1997). Diese Verschränkung von moderner ökologischer Systemtheorie, Prinzipien und Methoden experimentellen Lernens auf der Grundlage einer modernen und komplexen Lerntheorie, die ein behaviorales Moment in diese Ansatz einbringt (*Sieper, Petzold* 2002), und sinngerichteter "narrativer Hermeneutik" (*Ricoeur* 1986), die auf ein "Erzählklima" setzt und "narrative Identität" fördert (*Petzold* 2001p), macht das Spezifische der Integrativen Therapie mit Kindern wie Erwachsenen aus. Dass dabei die Psychotherapieforschung in der Kinderpsychotherapie (*Märtens, Petzold* 1995b), in der Familientherapie (*Heekerens* 1996, 1999), der Entwicklungspsychologie des Kindes- und des Jugendalters auch unter sozialisationstheoretischer Perspektive (*Oerter et al.* 1999; *Hurrelmann* 1995a,b, 1996; *Fend* 1991, 2000) betrachtet werden muss, versteht sich von selbst. So komplex sich die *Lebenswelten* unserer Kinder darstellen, so differenziert muss der diagnostische Blick darauf sein. Diagnostik und Behandlungsziele in der Kindertherapie dürfen sich nicht einseitig an den offensichtlichen Symptomen und Verhaltensstörungen orientieren oder ausschließlich aus psychometrischer Standarddiagnostik gewonnen werden. Die *Lebenswelt* des Kindes als Ganzes muss Gegenstand des diagnostischen Prozesses sein, will man das Kind und seine Familie, sein relevantes Netzwerk mit seinen *Problemen* (P), aber auch seinen

Ressourcen (R) und Potentialen (P) (PRP-Perspektive; Petzold 1997p) hinreichend erfassen.

3. Diagnosestellung

Der diagnostische Vorgang wird in der Integrativen Therapie als Teil des therapeutischen Prozesses betrachtet und darum als "prozessuale Diagnostik" (Petzold 2003a; Petzold, Osten 1998; Osten 2000) bezeichnet. Zaepfel, Metzmacher (1996b) gliedern diesen Prozess in drei Teile: die *Symptomdiagnostik*, die *Strukturdiagnostik* und die *Systemdiagnostik*.

In der "*Symptomdiagnostik*" müssen neben der altersgruppenspezifischen statuarien Standarddiagnostik auch kinderspezifische psychometrische sowie projektive und semiprojektive (Müller, Petzold 1998; Petzold, Osten 1998) diagnostische Instrumente eingesetzt werden. Die richtige Verortung von Störungen im Lebensverlauf ist dabei von eminenter Bedeutung (Osten 2000), aber auch die Diagnostik altersspezifischer Eltern-Kind-Interaktion (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Die "*Strukturdiagnostik*", in die viele spielerische Situationen einbezogen werden (Petzold, Epe 1984; Ramin, Petzold 1987), vollzieht sich mittels eines "tiefenhermeneutischen, sozialhermeneutischen" Sinnverstehens. Es geht dabei um die Erfassung der vorliegenden Interaktions- und Beziehungsgeschichte und ihrer Auswirkungen auf Selbstwahrnehmung und Identität sowie auf das sozialempathische Erfassen und Verstehen der aktuellen Lebenslage (Petzold 2000h). Hier kommt kreativen Medien wie Puppenspiel, Malen, Tonarbeiten eine besondere Bedeutung zu (Petzold 1969b, 1983a,b, 1987a), denn sie lassen eine Vielfalt an Ausdrucksmöglichkeiten zu, die zum einen dem Therapeuten Einblick in die Erlebenswelt gewähren können und zum andern gleichzeitig ein neues Interaktions- und Beziehungsangebot darstellen. Aber auch der "Hausbesuch" (Rau 1995), der die Lebenssituation konkret in den Blick nimmt, wird unverzichtbar. In der "*System-Diagnostik*" der Integrativen Kindertherapie ist deshalb das Erfassen der sozialen Situation durch "soziales Sinnverstehen" (Petzold 1995a; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995) von zentraler Bedeutung, um angemessene Ziele für die Behandlung zu finden.

Ein differentielles Therapieverständnis und die Planung von "Zielen" auf der Grundlage einer differentiellen Diagnostik teilt die Kindertherapie mit der Integrativen Therapie bei Erwachsenen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Dabei ist die Kindspezifität und Zielgruppenspezifität breit angesetzt, wie in verschiedenen übergreifenden Publikationen von uns deutlich gemacht wurde (Petzold, Ramin 1987; Petzold 1995d). In die Zielformulierungen sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen, genauso wie das Kind oder der Jugendliche selbst, und dabei wird es wesentlich, den Verständnishorizont, die "Sinnerfassungskapazität" (Petzold 2003a; Petzold, Orth 2004) des Kindes und des Jugendlichen angemessen zu berücksichtigen. Die Integrative Jugendlichenpsychotherapie hat Vorgehensweisen für spezifische Zielgruppen und Störungsbilder Probleme etc. erarbeitet (Petzold, Kirchmann 1990; Katz-Bernstein 1990; Heineremann 1990; Affeldt 1991; Rösinger-Pape 1999).

Dieser dritte Teil der Diagnostik, in dem der Kontext, der Konvoy, das System, die Lebenswelt, die Lebenslage des Kindes in den Blick genommen wird, ist auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil hier die wichtige Hinweise auf "protektive

Faktoren" und "Resilienzen" (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold 1995a) gefunden werden können, durch die auch präventive Maßnahmen fundiert werden können, wie z.B. komplexes Kreativitätstraining oder den Aufbau einer angemessenen "Spielkultur" (Petzold 1972e; Frühmann 1992; Metzmacher 1992).

4. Die Bedeutung von protektiven Faktoren // Risikofaktoren// Resilienzfaktoren

Entwicklungsverläufe werden nicht einseitig bestimmt, sondern unterliegen vielfältigen Einflüssen, förderlichen und belastenden, schützenden und bedrohlichen, und diese *transaktionale* Struktur gilt es in diagnostischer und interventiver Orientierung (Sameroff, Friese 1975) in den Blick zu nehmen.

4.1 Resilienzfaktoren – das integrative Modell eines "protective factor → resilience cycle"

Aus einer integrativen Sicht kommen Risiko- und Belastungsfaktoren in *Interaktion* mit Schutzfaktoren und Ressourcen für Menschen (Individuen und Gruppen aller Altersgruppen) in spezifischen Lebenslagen (zumeist prekären oder desaströsen, vgl. Petzold 2000h) und dem dort stattfindenden interpersonalen Geschehen zum Tragen. Die Person (mit ihren subjektiven mentalen Prozessen, appraisals/valuations) und der oft konflikthafte oder im Sinne eines "labeled environment" bzw. "high risk environment" (Weintraub et al. 1986; Sameroff, Chandler 1975) belastete Kontext (mit den in ihm zur Wirkung kommenden *kollektiven mentalen Repräsentationen*, vgl. Moscovici 2001, Petzold 2003b) sind dabei Größen, die entscheidend dafür sind, was im Einzelfall als *protektiv* oder was als *belastend* angesehen wird und wirkt. Das macht eine differentielle und situationsspezifische Verwendung dieser Begriffe erforderlich. Das *interaktive Moment* und damit der prozessuale Charakter muss deshalb bei jeder Konzeptbildung im Blick behalten werden, denn selbst wenn man Resilienz als "trait" betrachtet, kommen Traits doch in konkreten Lebensprozessen von "Menschen-in-Situationen", von "Subjekt-in-Kontext/Kontinuum" zum Tragen. Bei der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Resilienzproblem ist einerseits das Beiziehen kontexttheoretischer Überlegung (idem 2000h; Hass, Petzold 1999), entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischer Konzepte (Petzold 2003a), von Stress-Coping-Modellen (Schwarzer 1993) und Social Support- und Ressourcentheorien (Röhrle 1994, Petzold 1997p) erforderlich und andererseits eine biopsychologische und neurowissenschaftliche Perspektive, um konzeptuellen Schmalführungen zu entgehen. Wir definieren:

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern. Es handelt sich um "Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, **bewältigbarer** Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, in der Lebensspanne ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die **Bewältigungskompetenz** des Subjekts bei Risiken und bei 'stressful life events'." (Petzold et al. 1993a). Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiel ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

Entwicklung wird in einer "life span developmental perspective" in einem *biopsychosozialen* Verständnis (Petzold 1974j, 304, 2001a; Engel 1976, 1977, 1997) gesehen als der "fortschreitende Lebensprozess eines Menschen mit seinem 'Konvoy' unter den Einflüssen interagierender 'Ereignisketten' (Heinermann, Kind 1998), Ketten von widrigen Ereignissen (chains of adverse events), 'Ketten schützender Ereignisse' (chains of protective events) und 'prolongierter Mangelserfahrungen' (chains of deficits). Diese sich wechselseitig beeinflussenden positiven, negativen, defizitären Stimulierungskonstellationen (z.B. gute, schlechte, fehlende Beziehungserfahrungen im sozialen Netz und Konvoy) bestimmen die Neurobiologie (Schiepek 2003; Birbauer, Schmidt 2002) dieses Menschen als "informiertem Leib" (Petzold 2002j), seine Genregulationen (Bauer 2002), seine Ausbildung neuronaler Netzwerke (Spitzer 2000) und Netzwerkverbindungen (Schandry 2003), seine kognitiven Landkarten, d.h. neuronales, kognitives, emotionales, volitives, sozial-kommunikatives Lernen (Sieper, Petzold 2002; Spitzer 2002) und damit seine *Vitalität* und *Vulnerabilität*, Gesundheit/Wohlbefinden und Morbidität/Unwohlsein, ja seinen gesamten Lebensvollzug nachhaltig (Petzold 2000h). Schutzfaktoren sind dabei mögliche Einflussgrößen:

Protektive Faktoren sind als externale, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z.B. in "sensiblen Phasen" (z.B. der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) dafür sorgen, dass die "Genregulation" in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft. Im weiteren Lebensverlauf puffern sie Überlastungsprozesse so ab, dass keine strukturschädigenden Belastungen – etwa durch Hyperstress, traumatischen Stress - eintreten, sondern sich Widerstandskräfte (Resilienzen) bilden, bzw. sie wirken in unbelasteten Situationen des normalen Lebens fördernd, dass sich positive Entwicklungsdynamiken entfalten können. (ibid.)

Hyperstress kann nicht nur Gene, die neuronales Wachstum fördern, behindern (vgl. die Arbeiten von Sapolsky 1996; Bauer 2002; Schiepek 2003; Rüegg 2003), er kann auch zu Sensibilisierungen (*kindling*) des limbischen Systems führen und zu einer erhöhten Alarmbereitschaft der Amygdala beitragen (z.B. bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002). Schmerzerfahrungen (Operationen, Gewalterfahrungen) können die Genregulation des Schmerzgedächtnisses fehlkonditionieren, so dass eine übersteuerte Schmerzreagibilität die Folge ist. Die neurobiologische Entwicklungsforschung hat für die Ausbildung von Schmerzerkrankungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Fülle von Forschungsergebnissen für diese Zusammenhänge erbracht (Bauer 2002; Schandry 2003). Vor diesem Hintergrund kann definiert werden:

"Protektive Faktoren/-prozesse sind externale Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und interne 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."(2000h).

Den Prozessen, in denen externe und interne Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wir sehen aufgrund unserer klinischen Beobachtungen und Forschungen einen "**protective factor → resilience cycle**", zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen bei *krisenhaften Belastungen*, aber auch – zusammen mit ihnen oder ohne solchen Konnex oder in Sequenzen mit wechselnden Schwerpunkten - bei den Herausforderungen (challenges) von *Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1948, 1963). Auf beides kann mit Coping- oder Creating-Mustern bzw. in einer Kombination von beidem reagiert werden, wie in der folgenden Mustersequenz ersichtlich:

"Belastung/Überlastung → externe protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/internaler Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externer Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externe protektive Faktoren → erfolgreiches creating → usw.

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der **neurobiologischen Ebene** werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der **psychologischen** bzw. **mentalen Ebene** und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001; Petzold, Sieper 2003) und auf die behaviorale *Performanz*, z.B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System, zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen, wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala*, wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. "sinnliche Reflexivität" (Heuring, Petzold 2003), die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren, das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen: angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus). Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit, positive Kontrollüberzeugungen (Flammer 1990) können dann als "interne Schutzfaktoren" bzw. Resilienzqualitäten auf der **psychologischen Ebene** verstanden werden.

Externale protektive Faktoren und *Ressourcen* sind als Begrifflichkeiten nicht scharf abzugrenzen, weil sie weitgehend unabhängig voneinander in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen - Entwicklungspsychologie und sozialpsychologische und psychotherapeutische Ressourcentheorie - entwickelt wurden (vgl. Petzold 1997p), so dass vielfach Begriffe bzw. Konzepte funktional äquivalent sind, sich aber auch immer wieder Unterschiede finden. Es empfiehlt sich deshalb, die Diskurse nicht zu vermengen, sondern jeweils auf das entwicklungspsychologische oder ressourcentheoretische Herkommen zu verweisen und die Funktionalität des Begriffes jeweils spezifisch zu fassen.

In jedem Fall müssen *externale* protektive Faktoren und Ressourcen immer auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene "objektiver Verfügbarkeit" und
2. auf der Ebene der "subjektiven Wahrnehmung und Bewertung".

Perceived resources müssen - das heben wir aus integrativer Perspektive hervor - kognitiv eingeschätzt (*appraisal*) und emotional bewertet (*valuation*) werden.

Als "Resilienzfaktoren" haben wir in der Integrativen Kindertherapie folgende herausgearbeitet:

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 die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

4.2 Potentiell protektive Faktoren

Die Resilienzfaktoren müssen zusammen mit einer differentiellen Sicht von Schutzfaktoren in der kindertherapeutischen Arbeit eingesetzt werden. Diese Erträge der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie (Oerter et al. 1999) werden in der Integrativen Kindertherapie im Unterschied zu den meisten anderen Ansätzen der Kinderbehandlung systematisch berücksichtigt, ja wurden von unserem Verfahren in das Feld der Kinderpsychotherapie eingeführt (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; idem 1995a). Folgende Schutzfaktoren können fokussiert werden:

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,
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 (*Iijine 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.

Diese im Anschluss an die Forschungen der developmental psychopathology und klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al. 1999*) und dem social support research erarbeiteten Faktoren (*Petzold et al. 1993*) werden als therapiewirksame Komponenten gezielt in der Kinder- und Jugendlichentherapie eingesetzt und in der Gestaltung von Therapieprozessen berücksichtigt. Eine Zusammenstellung der "protektiven Faktoren" für die Arbeit mit alten Menschen wurde unlängst in einer umfänglichen Auswertung der Forschungsliteratur und aufgrund klinischer Beobachtungen von *Müller, Petzold (2004)* erarbeitet. In wichtigen Aspekten stimmen sie mit der obigen Auflistung überein. Eine empirische Beforschung von Wirkfaktorenkombinationen, wie sie für die Psychotherapie von Erwachsenen derzeit begonnen wird (*Brumund, Märtens 1998; Smith, Grawe 1999*) bleibt zu leisten, wobei die Wirkfaktorenkonzepte natürlich immer kritisch auf das hin reflektiert werden müssen, was sie im Wesentlichen ausmacht: die Herstellung "salutogener Lebensverhältnisse" (*Märtens, Petzold 1998b*) bzw. einer "guten Alltäglichkeit" (*Petzold, Orth 1998b*). In der Kindertherapie gewinnt diese Position besondere Bedeutung und verlangt Eltern-, Familien- und Netzwerkarbeit (*Petzold, Mathias 1978; Hass, Petzold 1999; Petzold 1973f, 1995i*), sozioökologische Interventionen (*idem 1995a, b*), die dazu beitragen, dass die Lebenssituation des Kindes (nicht nur die Therapiesituation) zu einem "safe place" (*Katz-Bernstein 1996*) wird, an dem die Entwicklung von Willenskräften (Entscheidungs- und Durchhaltefähigkeit), einer "Sorge um sich" und einer "Sorge um Andere", von Freiraum und Grenzen durch Fördern und Fordern, Unterstützung und Anforderungen, das "Aushandeln von Grenzen" ihren richtigen Ort und ihr rechtes Maß haben. All diese Maßnahmen der Förderung ermöglichen die Entwicklung von *persönlicher Souveränität* und *persönlicher Freiheit* sowie von Engagement für die *Souveränität* und den *Freiraum* anderer (*Petzold, Orth 1997b*), bekräftigen die Ausbildung einer Wertestruktur, die die negativen Qualitäten eines "überstrengen oder moralisierenden Über-Ich" vermeidet und damit in konstruktiver Weise für das eigene Leben und das der Gemeinschaft tragend werden kann. Denn Kinder und Jugendliche, die in ihrem

sozialen Netzwerk, ihrem "Konvoi" durch die Vorbildfunktion von Erwachsenen in einer guten Nähe, einer "Zone optimaler Proximität" (L.S. Vygotsky) erfahren haben und deshalb lernen konnten, was "Freude am Lebendigen" (Petzold, Orth 2004) und "Ehrfurcht vor dem Leben" (A. Schweitzer) ist, was der Respekt vor der "Andersheit des Anderen" (E. Levinas) und ein praktizierter, "kultivierter Altruismus" (Petzold 2000h) bedeutet, können in ihrem Leben und mit ihrem Engagement zu einer freiheitlichen und humanen Lebensqualität ihrer Gesellschaft *als Gemeinschaft* (Derrida 2000) beitragen, zu "warmen" gesellschaftlichen Lebensformen. Die *humane Qualität* gesellschaftlichen Lebens muss als ein "protektiver Megafaktor" gesehen werden, weil durch sie alle anderen Schutzfaktoren gewährleistet werden und die Risiko- und Belastungsfaktoren gemindert werden können.

4.3 Risikofaktoren

Die Berücksichtigung von Risikofaktoren ist für die Kindertherapie von kardinaler Bedeutung, um ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von *protektiven Faktoren* zu begegnen oder zur Ausbildung von *Resilienzen* beizutragen (Petzold 1995a,b). Folgende Risikofaktoren seien genannt:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),
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,
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 (Leff, Vaughn 1985; Petzold 1992b),
12. das Kind hat keinen protektiven "significant caring adult" (Petzold et al. 1993),
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (Tolsdorf 1976),
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung.

Aufgrund derartiger anthropologischer und kulturtheoretischer Überlegungen *und* empirischer Forschungsergebnisse zu Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren, die damit eine konzeptuelle Einbettung erfahren, ist ein Rahmen möglich, der für die Behandlung relevant ist. Durch Expertenbefragungen, wie sie von *Hanna Wintsch* (1998) in Form von Interviews profilierter KindertherapeutInnen unternommen wurden, können Faktoren herausgearbeitet werden, die zumindest die "TherapeutInnenseite" wiedergeben (ibid. 223ff, 255ff). Dass das nicht genügt und die Seite der Kinder in den verschiedenen Altersstufen (und hier liegt ein gravierendes Problem und ein hoher Anspruch) erfasst werden muss, liegt auf der Hand. Die Erwachsenenkonstrukte bestimmen noch weitgehend die Kindertherapie. Die Forschungslage ist gerade für Kleinkinder noch sehr unbefriedigend (Märtens, Petzold 1995b). Die Situation verbessert sich allerdings langsam, vergleicht man den Forschungsstand der achtziger Jahre (Kazdin 1991; Weisz, Weisz 1989) mit der Situation heute. Dennoch ist sie immer noch sehr unbefriedigend (Weisz 1998).

Eine konsequente Ausrichtung an kindertherapeutischer Evaluationsforschung (Märtens, Petzold 1995b) und an entwicklungspsychologischer Forschung kennzeichnet das Vorgehen der Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapie und ihre Arbeit mit Familien und Netzwerken (Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zäpfel 1996) in der Weise, dass man bemüht ist, soweit es geht Interaktionsformen zu finden und zu praktizieren, die nahe an den natürlichen Interaktionsformen von Kindern in ihrem Lebensraum liegen. Dabei ist es zentral, ihre Ressourcen zu berücksichtigen, d.h. sie dort einzusetzen, wo sie dem Kind zu Erlebnissen von Selbstwirksamkeit und Selbstbestätigung, d.h. zur Ausbildung von konsistenten inneren "Selbstkonzepten" (Theiss et al. 2004) und einer zugleich stabilen und flexiblen Identität verhelfen können.

5. Differentielle Relationalität: Kontakt-, Beziehungs-, Bindungsformen

In sozialen Netzwerken geht es um "differentielle Relationalität". Menschen leben in Beziehungen. Deshalb hat die "therapeutische Beziehung" in fast allen psychotherapeutischen Verfahren einen hohen Stellenwert. Natürlich auch in der Kinderpsychotherapie. Die Vielfalt der vorhandenen Beziehungsideologien verdeutlicht dies (Petzold 2003a, Bd.3). Die Bindungstheorie (Bowlby, Ainsworth) hat das Konzept der Bindung (*attachement* – aber ist das mit "Bindung" korrekt wiedergegeben?), hat Formen von *Bindung* zu einem eigenen Gegenstand der Theorienbildung und Forschung gemacht.

Wenn ein Kind zu uns in Therapie kommt, wissen wir zunächst nicht, von welchen Beziehungsmodi und -erfahrungen es ausgeht, welche Beziehungsqualitäten es gelernt, mit welchen Formen von *Relationalität* es bisher bekannt geworden ist. Wir müssen uns damit zuerst vertraut machen, werden manchmal hart damit konfrontiert. Aus der Beziehungsdiagnostik sollte hervorgehen, inwiefern die in der *Lebenswelt* des Kindes bestehenden Beziehungen Ressource, potentiell protektiver oder potentiell schädigender Natur sind.

Wie die Auflistung der "potentiell protektiven Faktoren" deutlich macht, haben wir als KindertherapeutInnen viele Möglichkeiten und Chancen, als "protektive Faktoren" zu fungieren. Dieser Ansatz wirkt sich nicht nur auf die Therapieziele und die Methodik aus, sondern auch auf die therapeutische Beziehung. 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 Handlungskompetenzen (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.

6. Ausbildung - Kinder haben ein Recht auf eigene Fachberufe

Die UNICEF hat sich dafür eingesetzt und in einer EntschlieÙung bekräftigt, dass Kinder ein Recht auf eigene Berufe im Gesundheitswesen haben. Kinderkrankenschwestern, KinderärztInnen, KinderpsychiaterInnen usw. sind als eigene kinderspezifische Berufe entstanden. In den Niederlanden und in Deutschland sind aus diesem Grunde die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen neben den ErwachsenentherapeutInnen als eigener Beruf geregelt worden - in Österreich hielten es die von Erwachsenenpsychotherapeuten dominierten Verbände (zur Zeit des österreichischen Psychotherapiegesetzes gab es keine Vertretung der KindertherapeutInnen und nur zwei nicht kooperierende Ausbildungsgänge) nicht für notwendig, einen eigenen Beruf einzurichten. - trotz der vom Seniorautor mit internationaler Unterstützung (z.B. S. Herzka, Zürich, A. Vermeer, Amsterdam, H. Froerberg, Oslo, H.G. Reinhardt, Düsseldorf) gemachten Eingaben und trotz einer seinerzeit keineswegs guten Situation des Kinderschutzes im europäischen Vergleich. Aus solchen Situationen gilt es zu lernen. Das ist aber nicht nur im Sinne der UNICEF-Verpflichtung sinnvoll, sondern im Wesentlichen auch aus inhaltlichen Gründen. Kinder haben oft zu wenig Fürsprecher. Die erschreckenden Zahl der Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen zeigen: hier ist eine besondere *gesellschaftliche Sorgfaltspflicht* angesagt. Und dazu gehört ein eigenes Berufsbild "Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn", Spezialisten, die in der Lage sind auf der Grundlage eines breiten fachlichen Wissens in Entwicklungspsychologie, klinischer Entwicklungsforschung, developmental psychopathology und Sozialisationsforschung mit etwa fünf verschiedenen, höchst spezifischen Entwicklungsstufen, ihrem jeweiligen Intelligenzniveau, ihrer besonderen Emotionalität, Wissensentwicklung, ihren Kommunikationsformen und ihrer Spielkultur kompetent umgehen zu können und das in familialen und sozialen Netzwerken (Petzold 1995a; Hass, Petzold 1999) und institutionellen Kontexten (Heim, Kinderpsychiatrie, Kinderstationen, Pflegefamilien, Kindergarten, Schule, Einrichtungen für Behinderte oder Drogenabhängige). Insbesondere die Schnittstelle Familie/Institution ist wesentlich (Müller 1997). Das alles muss zudem *genderspezifisch* angegangen werden, denn Bubenwelten und Mädchenwelten sind z.T. höchst verschieden - claro? KindertherapeutInnen müssen *kompetent spielen* können, Jungenspiele und Mädchenspiele. Sie müssen in den "Lebenswelten" von Kindern zu Hause sein, lesen was sie gerade schmökern, wissen, was gerade "in" ist. Wenn sie mit Jugendlichen arbeiten, muss ihnen die jeweilige Jugendkultur vertraut sein. Wer die aktuellen Computerspiele nicht kennt oder nur auf dem Brett surft, brauchts gar nicht erst zu versuchen. Man darf diese Milieu- und Lifestylekomponenten (Müller, Petzold 1998) nicht unterschätzen. Es kommt der gesamte Bereich der Behinderungen hinzu (Petzold 1993i; Theiss et al. 2004), denn er fällt mit in das Aufgabengebiet der Disziplin, und im Sektor Jugendlichenpsychotherapie zählen die Sucht- und Devianzprobleme mit zu den Aufgabengebieten (Petzold, Schay, Ebert 2004). Eine gute familientherapeutische Interventionskompetenz ist überdies unverzichtbar. Es ist also ein umfangreicher "body of knowledge" erforderlich und eine Praxiskompetenz und -performanz, die nicht nur als "kleine Aufbauausbildung" zur Erwachsenenpsychotherapie erworben werden kann. Das macht die für die Ausbildung von KinderpsychotherapeutInnen spezialisierten Curricula erforderlich, wie sie ja seit Jahrzehnten erprobt sind (Reiser 1993). Es ist deshalb zu hoffen, dass in der Schweiz, die ja eine große Tradition in der Kinderpsychotherapie hat (Wintsch 1998), bei den kommenden Gesetzgebungen

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wie in den meisten Nachbarländern im Sinne der UNICEF Verpflichtung als eigenständiger Beruf für PsychologInnen bzw. den vom Gesetz her zugelassenen Studiengängen neben dem der Erwachsenenpsychotherapeuten geregelt wird. Das Wohl der Kinder sollte hier der oberste Maßstab sein und über allen schulengebundenen und berufsständischen Interessen stehen. Der bedauernde Forschungsstand in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bedarf der Investitionen, und ohne spezialisierte Fachausbildungen wird sich hier in der Zukunft wenig an Fortschritt erwarten lassen. In der "Integrativen Therapie" haben wir solche Positionen stets engagiert vertreten und deshalb in die Entwicklung einer 4-5jährigen Weiterbildung¹ für "Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie" investiert. Sie hat zum Ziel, PsychologInnen und ÄrztInnen - in Deutschland auch PädagogInnen und Sozialpädagoginnen gemäß der Gesetzeslage - zu Kinder- und JugendlichentherapeutInnen auf der Grundlage des Verfahrens der "Integrativen Therapie" zu qualifizieren, indem ihnen einerseits das nötige theoretische und praktische Rüstzeug vermittelt wird, andererseits ihre Persönlichkeitsentwicklung gefördert wird und schließlich eine kinder- und familien spezifische Beziehungs- bzw. Interaktionskompetenz aufgebaut wird. Das heutige Curriculum wurde vor zwanzig Jahren erarbeitet und wird seitdem durchgeführt und beständig aufgrund umfangreicher Rezeption aktueller Forschung und eigener Therapie- und Ausbildungsforschung aktualisiert (*Petzold, Steffan 2000b,c; Reiser 1993*). Einen strukturellen Schwerpunkt der Ausbildung bildet die dreijährige fortlaufende, geschlossene Ausbildungsgruppe, in welcher Selbsterfahrung, methodisch-praktische Arbeit und theoretische Kenntnisse in *einem Prozess komplexen Lehrens und Lernens* verbunden werden und dadurch "die Methode durch die Methode" erlernt werden kann (*Petzold, Orth, Sieper 1995*). Personale, soziale und professionelle *Kompetenz* und *Performanz* werden aufgebaut und soziales Engagement - zu dem sich die Integrative Therapie stets verpflichtet fühlt - gefördert. Weitere Elemente der Weiterbildung sind die Lehranalyse, Theorieseminare und Theoriestudiengruppen, themenzentrierte Methodikseminare (z.B. Krisenintervention, Familientherapie) und störungsspezifische Seminare (z.B. Arbeit mit Angststörungen, Enuresis/Enkopresis, mit suchtkranken, mit sterbenden, mit behinderten Kindern usw.). Die Ausbildungsveranstaltungen sind bewusst berufsbegleitend konzipiert, sodass die TeilnehmerInnen, die bereits in therapeutischer, heilpädagogischer oder beratender Arbeit mit Menschen stehen, während der Weiterbildung das Gelernte - begleitet durch Supervision und Kontrollanalyse - nach und nach umsetzen und anwenden können. Die Ausbildung wurde in mehreren großen Untersuchungen zur Integrativen Therapie evaluiert. Mehr als 1500 AusbildungskandidatInnen beurteilten sie mit einem 91-Item-Fragebogen als "gut" (*Petzold, Steffan 2000c*). Die Verschränkung von Ausbildungsforschung und Therapieforschung ist eines der wichtigen Projekte, die in der Integrativen Therapie in Angriff genommen worden ist (*Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000; Steffan 2002*). Hier liegen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie noch wesentliche Aufgaben, da es um die Forschungslage seit unserer Darstellung des state of the art (*Märten, Petzold 1995b*) noch nicht sehr viel besser geworden ist. Ein aktives gesundheits- und berufspolitisches Engagement für die Kinder, ihre Familien und für eine Kindertherapie mit hohem professionellen Niveau wird von der Arbeit in Klinik,

¹ Das Curriculum wird als berufsbegleitende Zusatzausbildung in mehreren europäischen Ländern durchgeführt, in denen verschiedene Rechtsbestimmungen und Begrifflichkeiten gelten, was Aus- und Weiterbildungen betrifft. In der Schweiz ist vom Begriff der Weiterbildung oder Zusatzausbildung auszugehen.

Therapieforschung (Märtens, Petzold 1995b), Praxis, Ausbildung und Ausbildungsforschung (Petzold, Hass et al. 1995a) dabei nie zu trennen sein.

Schlussbemerkung

Kindertherapeutische Ausbildungen und kompetente Kinder- und JugendlichentherapeutInnen stellen wichtige institutionelle und personale “protektive Faktoren” für Kinder dar und tragen dazu bei, dass bei Belastungen – und vor denen kann man Kinder leider nicht immer bewahren – “Überwindungserfahrungen” möglich werden und sich *Resilienzen* ausbilden können, die für die auch im Erwachsenenleben notwendigen Bewältigungsleistungen bei “adverse events” und Herausforderungen durch “Entwicklungsaufgaben” ein gutes Lebenskapital darstellen.

Zusammenfassung: Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis

Dieser Beitrag verfolgt drei Zielsetzungen. Erstens stellt er die "Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" als ein an der "klinischen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" orientiertes Verfahren in ihrer Entwicklung und ihrem jetzigen Stand vor. Zweitens wird die Interaktion von protektiven, risikoreichen und Resilienz Faktoren für die kindertherapeutische Diagnostik und Therapeutik dargestellt, verbunden mit einem neuen Modell: dem "protective factor → resilience cycle". Als drittes Ziel soll aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Situation bezüglich einer Psychotherapiegesetzgebung in der Schweiz engagiert und wissenschaftlich klinisch-fachlich begründet die Position vertreten werden, dass die Kinderpsychotherapie in einem kommenden Gesetz als eigenes Berufsbild (wie in Deutschland und den Niederlanden) gesetzlich etabliert wird – um der Kinder willen.

Schlüsselwörter: Integrative Kindertherapie, Resilienz, protektive Faktoren, Risikofaktoren, Professionalisierung

Summary: Integrative Children and Adolescent Psychotherapy – Protective Factors and Resiliences for Diagnostic and Therapeutic Practice

This article has three objectives. The first is to present “Integrative Children- and Adolescent Therapy” in its development and current status as an approach based on clinical life span developmental psychology. Secondly the transaction between risk and resilience factors and its relevance to diagnostics and therapeutics is demonstrated together with a new model: the “protective factor ? resilience cycle”. The third objective is connected with the actual situation in Swiss health politics to prepare a legal regulation for psychotherapy. Here on the ground of sound scientific and clinical arguments the engaged position is advocated that children psychotherapy has to be established by a coming law as a specific profession in its own right (as in Germany and The Netherlands) – for the sake and the benefit of children.

Keywords: Integrative children therapy, resilience, protective factors, risc factors, professionalization of children psychotherapy

Literatur

- Affeldt, M. (1991): Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung. Hamburg: Kovac.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health*. London: Jossey Bass.
- Baltes, P. B., Eckensberger, L. (1979): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett.
- Bauer, J. (2002): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt: Eichborn.
- Birbauer, N., Schmidt, R.F. (2002): *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Brown, G., Petzold, H.G. (1978): Hrsg.: *Gefühl und Aktion - Gestaltmethoden im Integrativen Unterricht*. Frankfurt: W. Flach Verlag für Humanistische Psychologie.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration* 2, 448 - 466.
- Derrida, J. (2000): *Politik der Freundschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Engel, G.L. (1976): *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Engel, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychotherapy Psychosom.* 66, 57-62.
- Fend, H. (1991): *Identitätsentwicklung in der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Fend, H. (2000): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters: Ein Lehrbuch in pädagogischer Absicht*. Stuttgart: UTB.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Frühmann, R. (1992): Spiele zwischen Eltern und Kindern - Die Bedeutung der "Spielkultur" in Familien, *Gestalt und Integration* 1, 29-41.
- Gibson, J. (1982): *Der ökologische Ansatz der visuellen Wahrnehmung*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Harter, S. (1981). A model of intrinsic mastery motivation in children: Individual differences and developmental change. In Collins, A. (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology (Vol. 14)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of self-concept in children. In Suls, J. & Greenwald, A. (Eds.), *Psychological perspective on the self (Vol. 3, pp. 136-182)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märtens (1999a)* 193-272.
- Havighurst, R.J. (1948): *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Havighurst, R.J. (1963): Dominant concerns in the life. In: Schenk-Danzinger, L., Thomae, H., *Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 27-37.
- Heekerens, H.-P. (1996): Was wird aus der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie? Zur Diskussion um geplante rechtliche Regelungen. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg.) (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1*, Paderborn: Junfermann, 395-426.
- Heekerens, H.-P. (1999): Familientherapie – Zum Stande der Evaluationsforschung. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings*. Opladen: Leske + Budrich, 401-424.
- Heinermann, B. (1990): Arbeit mit Texten und Poesie in der Integrativen Therapie mit Jugendlichen. In: Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde.*, Paderborn: Junfermann, 975-1010.
- Heinermann, H., Kind, D. (1998): Protektive Faktoren und Resilienzprozesse einer Lebensgeschichte. In: Petzold (1998h) 38-84.
- Heuring, M., Petzold, H. G. (2003): "Emotionale Intelligenz" (Goleman), "reflexive Sinnlichkeit" (Dreizel), "sinnliche Reflexivität" (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 14/2003
- Hurrelmann, K. (1995a): *Lebensphase Jugend*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1995b): *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. (1996): *Gegenwart in der Schule*. Weinheim: Beltz.
- Ilijine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1990): Kokreation - die leibliche Dimension des Schöpferischen - Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: Petzold, Orth (1990a) 203-213.

- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, I.B., Morgan, J.N., Oppenheimer, V.K. (eds.): Aging. New York: Academic Press, 383-405.
- Katz-Bernstein, N. (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination - "komplexes katathymes Erleben" als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, Orth (1990a) 883-927.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des "Safe Place" – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher et al. (1996) 111-141.
- Kadzin, A. E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Leff, J.M., Vaughn, L. (1985): Expressed emotions. Hillsdale: Erlbaum.
- Lorenz, F. (2004): Salutogenese. München: Reinhardt.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995) 345-394.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Mainz: Mathias Grünewald Verlag.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.
- Metzmacher, B. (1992): Emotionale Kultur und fördernde Umwelt, *Gestalt und Integration* 1, 51-55.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, 2 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2, Paderborn: Junfermann.
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Müller, L. (1997): Integrative Musiktherapie in der Behandlung eines Kindes mit schwerer, früher Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörung. In: Müller, Petzold (1997): Musiktherapie in der klinischen Praxis. Stuttgart: G. Fischer, 137-167.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie* 3-4 (1998) 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkungen von Volksmusik - Konzepte modernen Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel der Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3 (1999) 187-250.
- Müller, L., Petzold, H. G. (2002): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in "Prekären Lebenslagen" - "Client dignity?", in: Märtens, Petzold (2002).
- Müller, L., Petzold, H.G. (2004): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003.
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (Hg.) (1999): Klinische Entwicklungs-psychologie. Ein Lehrbuch, Weinheim: Beltz/PsychologieVerlagsUnion.
- Osten, P. (2000²): Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. Aufl.)
- Petzold, H.G. (1968c)*: Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Paris, mimeogr.; auszugsweise dtsh. in: Petzold, H.G., 1988n. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a. (1988n [S. 455-491],o).
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: G. Birdwood, Willige Opfer. Rosenheim 1971, 212-245.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1972a): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Paderborn: Junfermann. 2. überarbeitete und erweiterte aus 1977h.
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G. (1972f): Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama. Kassel: Nicol.

* Die Siglen hinter den Jahreszahlen der Literaturangaben von H. Petzold beziehen sich auf das Gesamtverzeichnis der Schriften in 2003a.

- Petzold, H.G. (1973c): (Hrsg.) *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1973f): *Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen.* In: Petzold (1973c) 271-289.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1974b): *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen,* Junfermann/Hoheneck, Paderborn. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 3. Aufl. 1983.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik.* Paderborn: Junfermann, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (1977k): *Ablösung und Trauerarbeit in der Gestalttherapie mit Abhängigen.* *Drogen Informationsdienst aus der Therapiekette Hannover 2*; erw. in: Petzold, Vormann (1980) 250-282.
- Petzold, H.G. (1980f): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung,* Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1983a): *Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie.* München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1983b): *Die Geheimnisse der Puppen.* In: Petzold (1983a) 19-31; auch *Integrative Therapie 1* (1983) 9-19.
- Petzold, H.G. (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten.* München: Pfeiffer. (erw. und überarb. Ausgabe 2004a)
- Petzold, H.G. (1987a): *Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern.* In: Petzold, Ramin (1987) 427-490.
- Petzold, H.G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I.* Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1990m): *Kindliche Entwicklung, kreative Leiblichkeit und Identität. Basiskonzepte für die Arbeit mit Kindern im Vorschulbereich.* In: Kerschbaumer, F.X., *Mit Kindern auf dem Weg. Gedanken, Referate, Zusammenfassung, NÖ Kindergartensymposium 1987 - 1989, NÖ Schriften, Wien, 50-69.*
- Petzold, H.G. (1992a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992b): *Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik,* in: Petzold 1992a, S. 789-870 und revid. in Petzold, H.G. (1995g). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993a). *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie,* Junfermann, Paderborn. Überarbeitete Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G. (1993c): *Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993i): *Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten.* In: Koch, U., Lotz, W., Stahl, B. (Hrsg.) (1994): *Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen.* Bern: Huber, 226-240.
- Petzold, H.G. (1994f): *Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive.* Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993, Dokumentation 1994 und in *Gestalt* (Schweiz) 24, 1995, 4-21.
- Petzold, H.G. (1994j): *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2:* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): *Weggeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie.* In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): *Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II.* In: Metzmacher, Petzold (1996) 143-188.
- Petzold, H.G. (1995i): *Integrative Eltern- und Familientherapie bzw. -beratung (IFT) - einige Kernkonzepte,* in: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2.* Paderborn: Junfermann, 189-198.
- Petzold, H.G. (1997p): *Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, Integrative Therapie 4* (1997) 435-471 und in: Petzold (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgaben von Gestalt und Integration, FPI-Publikationen, Düsseldorf.*

- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der "Integrativen Therapie" und ihrer biopsychosozialen Praxis für "komplexe Lebenslagen" (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 01/2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das "biopsychosoziale" Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein "lifespan developmental approach". Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001i) (Hrsg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001p): "Transversale Identität und Identitätsarbeit". Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der "INTEGRATIVEN THERAPIE". Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als "informierter Leib" – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002.
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und "komplexe soziale Repräsentationen". Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 01/2003
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Epe, C. (1984): Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen in der Integrativen Gestalttherapie. In: Kreuzer (Hrsg.), *Handbuch der Spielpädagogik*, Bd. 4. Düsseldorf: Schwann, (1984), 399-421.
- Petzold, H.G., Geibel, Ch. (1972): "Komplexes Kreativitätstraining" in der Vorschul-erziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken. In: Petzold (1972a) 331-334.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., 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: Petzold (1993c) und in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1995a): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie, *Gestalt & Integration* 2,180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 2/3, 277-354.
- Petzold, H.G., Heinermann, B. (1990): Psychotherapie mit Jugendlichen - Adoleszenz, ein vernachlässigtes Thema psychotherapeutischer Theorie und Praxis. *Gestalt und Integration* 2, 232-233.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1993): Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG - Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision. In: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Huck, K. (1984): Death Education, Thanatagogik - Modelle und Konzepte. In: Petzold, Spiegel-Rösing (1984) 501-576.
- Petzold, H.G., Josic, Z., Erhardt, J. (2003): Integrative Familientherapie als "Netzwerkintervention" bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2003) Bd. II und bei www.

- FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2003.
- Petzold, H.G., Kirchmann, E. (1990): Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie. In: Petzold, Orth (1990a) II, 933-974.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.) (1999a): *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Mathias, U. (1978): Integrative Pädagogik in der Arbeit mit behinderten und verhaltensgestörten Kindern. In: Brown, G., Petzold, H.G. (Hg.), *Gefühl und Aktion*, Frankfurt: Verlag für humanistische Psychologie, 156-166.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. *Handbuch der Kunsttherapie*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1997b): Wege zu "fundierter Kollegialität" - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität, *ÖAGG 3* (Wien 1997) 31-37 und *Report Psychologie 3* (1998) 234-239. Erw. und ergänzt in: Slembek, E., Geissner, H. (1998): *Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder*. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag. 107-126.
- Petzold H.G., Orth, I. (1998b): *Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft*, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2004): *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie (Aisthesis, Bielefeld, in Vorber.)*.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995): *Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung*. Sonderausgabe von *Gestalt & Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A. (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer (1998) und erweitert in: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): *Schulen der Kindertherapie*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2003): *Integrative Suchttherapie*. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): *Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit*. In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), *Suchtmedizin*. München u. Jena: Urban & Schwarzenberg, 322-341.
- Petzold, H.G., Schulwitz, I. (1972): Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern. In: Petzold (1972a) 394-413.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003) (Hrsg.): *Wille und Wollen in der Psychotherapie*. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): *Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis der "Integrativen Therapie"*, *Integrative Therapie 2-3*, 203-231.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): *Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer "transversalen" Weiterbildungskultur*. *Gestalt (Schweiz) 37* (Feb. 2000) 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000c): *Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie - das EAG-Qualitätssicherungssystem*. *Integrative Therapie 2/3*, 355-367.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.) (1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle - Supervision*. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): *Integrative Traumatherapie - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit "posttraumatischer Belastungsstörung"*. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: *Traumatic Stress*. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josic, Z. (2002): *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Pritz, A., Petzold, H.G. (1991): *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D. (1997): *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ramin, G., Petzold, H.G. (1987): *Integrative Therapie mit Kindern*. In: Petzold, H.G., Ramin, G., *Schulen der Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann, 359-427
- Rau, H.R. (1995): *Familienorientierte Behandlung in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995, 411-434.
- Reiser, C. (1993): *Die Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung*. München: Reinhardt.

- Ricoeur, P (1986): Die lebendige Metapher. München: Fink.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.
- Rösinger-Pape, S. (1999): Traumatisierende und protektive Faktoren bei kindlichem Mißbrauch und ihre Auswirkungen auf die intrapsychischen Abwehrmechanismen. In: *Integrative Therapie*, 3-4/98, 282-297.
- Rüegg, J.C. (2003²): Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Rutter, M. (1979): Protective factors in children's responses to stress and disadvantage, in: Kent, M.W., Rolf, J. (eds.), Primary preventions of psychopathology, Vol. III: Social competence in children, University Press of New England, Hanover (N.H.), 1979a, 49-74.
- Sameroff, A.J., Chandler, M.J., Reproductive risk and the continuum of caretaking casuality, in: Horowitz, F.D. (ed.), Review of child development research, University of Chicago Press, Chicago 1975, 87-244.
- Sameroff, A.J., Friesen, B.H., Transactional regulation and early intervention, in: Meisels, S.J., Shonkoff, J.P. (eds.), Early intervention: A handbook of theory, practice and analysis, Cambridge University Press, New York 1989.
- Sapolsky, R.M. (1996): Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.
- Schandry, R. (2003): Biologische Psychologie. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie 2* (in Druck).
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer (3. erw. u. überarb. Aufl.)
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des "Komplexen Lernens" – Dimensionen eines "behavioralen Paradigmas" in der Integrativen Therapie: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen 2002. FPI-Publikationen: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*, 10/2002.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (Hrsg.) (1984): Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Spitzer, M. (2000): Geist im Netz. Modelle für Lernen, Denken und Handeln. Berlin, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Berlin, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Steffan, A. (2002): Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting, Logos, Berlin 2002.
- Thelen, E., Smith, L. (1993): A dynamic system approach to the development of cognition and action. Cambridge. Massachusetts: MIT Press.
- Theiss, D., Vermeer, A., Stoll, O. (2004): Selbstwahrgenommene Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung: Stand der Forschung. *Integrative Therapie 4* (im Druck).
- Tolsdorf, C.C. (1976): Social networks and families of divorce: A study of structure-content interaction. *International Journal of Family Therapy* 3, 275-280.
- Turkle, Sh. (1998): Leben im Netz. Identität in Zeiten des Internet. Reinbek: Rowohlt.
- Weintraub, S., Winters, K.C., Neale, J.M. (1986): Competence and vulnerability in children with an affectively disordered parent, in: Rutter, M., Izard, C.E., Read, P.B. (eds.), Depression in young people. New York: Guilford.
- Weisz, J. R. (1998): Empirically supported treatments for children and adolescents: efficacy, problems, and prospects. In: *Dobson, K.S., Craig, K.D. (1998): Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology.* Thousand Oaks: Sage Publications, 66-92.
- Weisz, J. R., Weisz, B. (1989): Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 741.
- Winitzki, F., Vogt, M. (1995): Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen. Freiburg: Brandes.
- Wintsch, H. (1998): Gelebte Kindertherapie. Basel, München: Reinhardt.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1996a): Postmoderne Identitätsbildung, ein Leben mit riskanten Freiheiten oder: Psychotherapie und die Macht der Verheißung. In: *Integrative Therapie 4/1996*, 451-488.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1996b): Integrative Fokal- und Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dargestellt anhand der Angstsymptomatik eines 14jährigen Jugendlichen. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996, 17-56.

Hinweise zu den AutorInnen:

Univ. Prof. DDDr. Hilarion Petzold lehrt an der Freien Universität Amsterdam Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Supervision sowie Psychotraumatologie am Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung: Dr. med. Anton Leitner) an der Donau-Universität Krems. Er ist wissenschaftlicher Leiter der "Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit", Düsseldorf, Hückeswagen. Begründer der Integrativen Therapie.

Lic. phil. Lotti Müller, MSc. Supervision, DUK, Krems, ist klinische Psychologin. Nach Ausbildung zur Lehrerin und Arbeit mit körperbehinderten Kindern absolvierte sie eine Ausbildung in Musiktherapie und in Integrativer Psychotherapie mit einer lifespan Orientierung. Sie arbeitet und forscht derzeit in der Therapie mit alten Menschen am Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.

Korrespondenzadressen:

**Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Psychologe,
Psychotherapeut**
Wefelsen 5
D - 42499 Hückeswagen

**Lotti Müller, Lic. Phil., klinische Psychologin,
Psychotherapeutin**
Birt 519
CH - 9042 Speicher
0041 +71 244 25 58
Lomueseag@dplanet.ch

Anhang

Materialien zu Wirkfaktoren in Beratung und Therapie

Pathogenese wird im Integrativen Ansatz immer multifaktoriell und in Interaktion mit **Salutogenese** gesehen.

Diese komplexe Situation verlangt komplexe „Wege der Heilung und Förderung, wie sie im Integrativen Ansatz entwickelt wurden.

Abb.: Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“

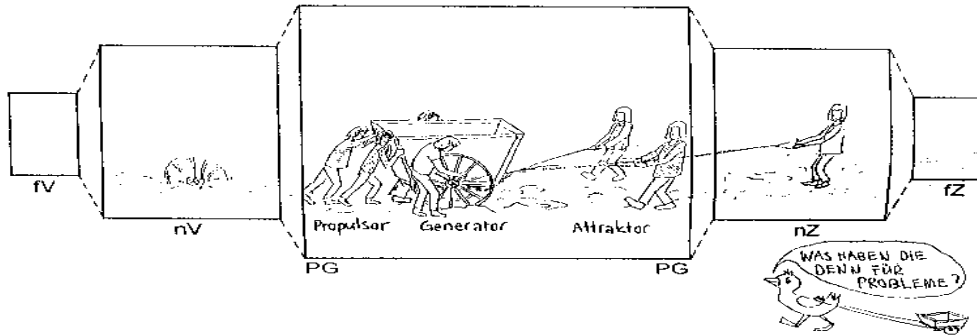
	E	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ? Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</i>	Nach-/Neusozialisation ? Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</i>	Erlebnis-/Ressourcenaktivierung ? Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung: <i>„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	Exzentrizitäts-Solidaritätsförderung: Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: <i>„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“</i>
Inhalte	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i>
Methode Technik	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlberatung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modalität	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

**Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“
Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige
Heilungs- und Entwicklungschancen**

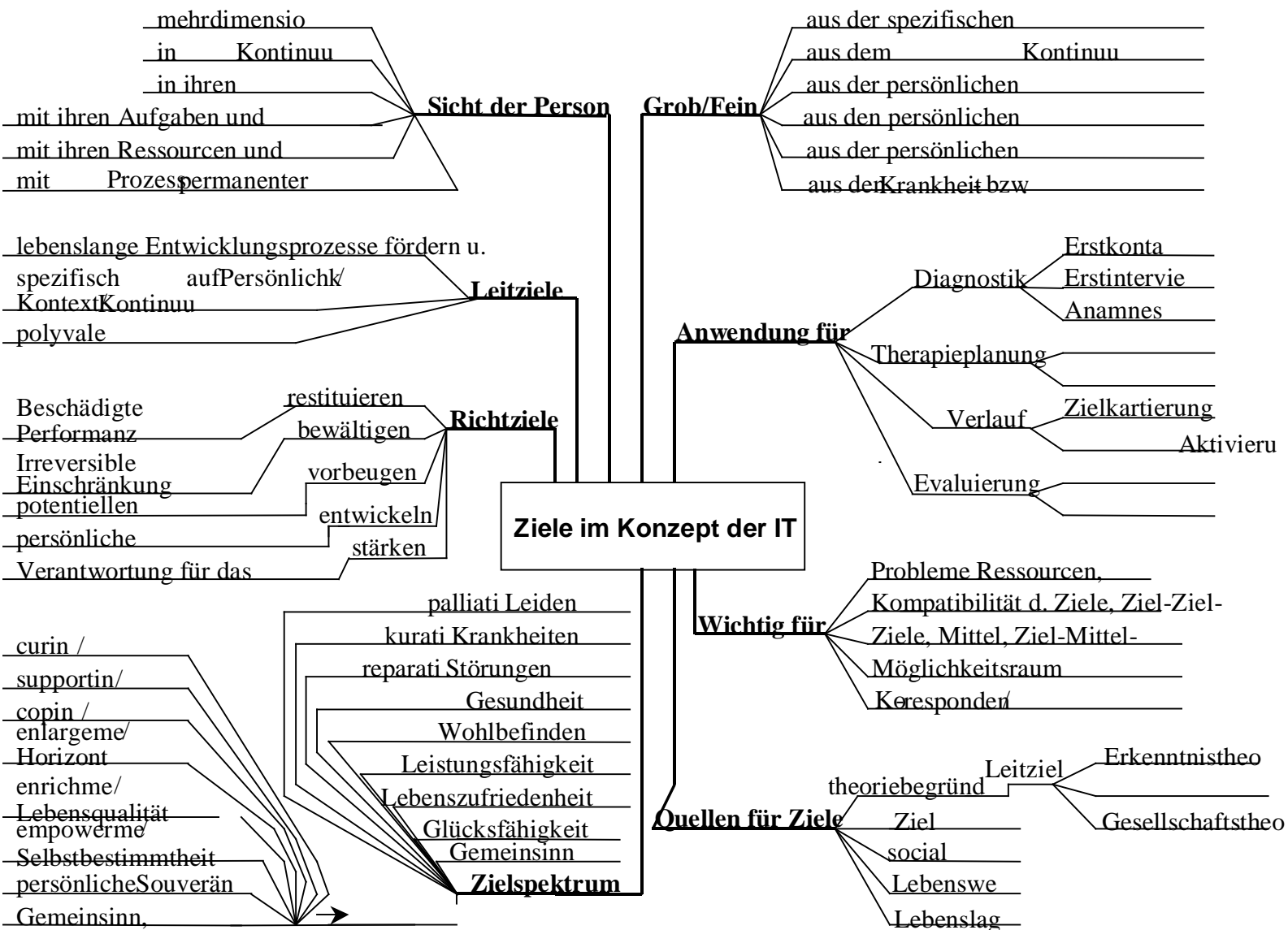
I. übungszentriert-funktionale Modalität, **II.** Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, **III.** Konflikt- und störungszentrierte Modalität, **IV.** Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, **V.** Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, **VI.** Medikamentengestützte Modalität.

Aus: Petzold, H.G., Orth, I, Sieper, J. (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 626-713.

Das Lebensgefährt auf der Lebensstrecke.



Ziele in der IT



Protektive Faktoren:

Protektive Faktoren sind als externe, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z.B. in "sensiblen Phasen" (z.B. der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) dafür sorgen, dass die "Genregulation" in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft. Im weiteren Lebensverlauf puffern sie Überlastungsprozesse so ab, dass keine strukturschädigenden Belastungen – etwa durch Hyperstress, traumatischen Stress - eintreten, sondern sich Widerstandskräfte (Resilienzen) bilden, bzw. sie wirken in unbelasteten Situationen des normalen Lebens fördernd, dass sich positive Entwicklungsdynamiken entfalten können

Protektive Faktoren

- 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,**
- 7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,**
- 8. realistische Situationseinschätzung, positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen, 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, eine Vielfalt von affordances bereitstellen, was zu Handlungskompetenzen (effectivities) führt,**
- 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 mit hoher protektive Funktion**
 - 16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.**
 - 17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen**

Resilienzfaktoren

- 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 die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,**
- 6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.**

Protective Factor - Resilience - Cycle

"Belastung/Überlastung → externe protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externer Ressourcen und protektive Prozesse → erfolgreiches coping → usw. Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externe protektive Faktoren

„Protektive Faktoren/-prozesse sind externe Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und interne 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.“(Petzold 2000h).

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern.

Es handelt sich um "Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, bewältigbarer Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, in der Lebensspanne ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die Bewältigungskompetenz des Subjekts bei Risiken und bei 'stressful life events'." (Petzold et al. 1993a). Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

- 1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),**
- 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,**
- 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 (*Leff, Vaughn 1985; Petzold 1992b*),**
- 12. das Kind hat keinen protektiven "significant caring adult" (*Petzold et al. 1993*),**
- 13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (*Tolsdorf 1976*),**
- 14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung.**