



## **Psychologische Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und Familien – personenzentriertes Arbeiten in Systemen und mit systemischer Orientierung**

**Curd Michael Hockel**

**Beitrag zu:**

***„Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert –  
Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation  
mit psychologischen Perspektiven erreichen“***

**herausgegeben von Maximilian Rieländer und Carola Brücher-Albers,  
Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 1999**

Gesundheitsförderung kann bei Kindern einsetzen, muß Erwachsenenbildung betreiben und sollte sich den Systembedingungen (auch förderlicher Berufsausübung) stellen. Medizinische Risikofaktoren (z.B. Herzbelastung), soziale Risikofaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit) und psychofunktionale Risikofaktoren (z.B. Dunkelangst bei Kindern) verweisen auf unterschiedliche Interventionsansätze.

Für die Arbeit im Dienst von Kindergesundheit wird mit dem Bilderbuch für Eltern und Kinder „Hellmut Dunkelangst“ eine Systemintervention vorgestellt, die sowohl Selbsthilfe unterstützt als auch anschaulich, angstmindernd und aufklärend an Fachkräfte verweist.

# Inhalt

<b>1. Psychologische Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und Familien</b>	<b>3</b>
1.1 Kindzentrierung für Gesundheit	3
1.2 Erwachsenenbildung für Gesundheit	3
1.3 Systematische Unterdrückung psychologischer Kompetenz	4
1.4 Medizinischer Risikofaktor ‚Herzbelastung‘ und sozialer Risikofaktor ‚Arbeitslosigkeit‘	4
<b>2. Psychofunktionale Risikofaktoren</b>	<b>4</b>
2.1 Förderung personaler Kompetenzen als Schutzfaktoren	5
2.1.1 Kein Opfer	5
Erwünscht sein	5
Säugling sein dürfen	6
Dabei sein dürfen	6
Entdecken dürfen	6
Entdeckend lernen dürfen	6
Erwachsen werden dürfen	6
Keine Prinzipienfalle	7
2.1.2 Kein Täter	7
Sich selbstkongruent erfahren können	7
Angstfrei, offen im Netz sozialer Beziehungen handeln können	7
Achtung leben können	7
2.2 Verletzbarkeiten der kindlichen Seele	8
Kindliche Dunkelangst als Beispiel für Verletzbarkeit	8
Erwachsene Kompetenz muß erlernt werden	8
Psychologische Hilfe muß sichtbar gemacht werden	9
<b>3. Systemintervention Kinderbuch</b>	<b>9</b>
3.1 Das Besondere an diesem Buch - Inhaltsangabe	9
3.2 Das Buch als ‚Verordnung‘	10
3.3 Mit den Augen des gesunden Kindes gesehen	10
3.4 Elternratgeber ohne „Belehrungsmoral“	10
3.5 Störungsbild und Leidensname werden ‚begriffen‘	10
3.6 Achtsamkeit statt Ausgrenzung und Abwehr	10
<b>Literatur</b>	<b>11</b>

# 1. Psychologische Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und Familien

Pragmatisch umfasst mein Engagement für Gesundheitsförderung die Kindzentrierung, die Erwachsenenbildung, die Erweiterung des gesellschaftlichen Anwendungsrahmens von Psychologie und eine realistische, nicht überschießende Beachtung medizinischer, sozialer und psychofunktionaler Risikofaktorenmodelle.

## 1.1 Kindzentrierung für Gesundheit

Der Ausgangspunkt meines Interesses liegt bei den Kindern (Hockel, 1977): Wer Kindern zu Entwicklungswegen hilft, handelt bezogen auf ihre Erwachsenenleben immer primärpräventiv. Betrachtet man Krankheit und Gesundheit aus der Sicht von Kindern (Lohaus, 1990), so entdeckt man ein zentrales Wachstumsfeld für Gesunderhaltungskompetenz: die Innenbilder in Kinderköpfen. Dies wird uns später, als Grundlage für unser Bilderbuchexperiment wieder beschäftigen. Die kindzentrierte Grundhaltung war für mich bestimmend. Dem entsprach sodann auch mein Interesse an den Möglichkeiten, Kinderpsychotherapie zu fördern, (Hockel, 1980, 1981d) und an einem empirischen Begriff von Kinderpsychotherapie, der die anregenden Aspekte der Tiefenpsychologie aufgreift und die Lerngesetze der Verhaltensmodifikation achtsam nutzt, sich jedoch in der Ausbildung auf eine lehr- und lernbare Therapeutenkompetenz zentriert, welche sich in der Videodokumentation von Fallarbeit zeigt und prüfen läßt. Diese Form von Kinderpsychotherapie fand ich vor (Schmidtchen, 1978, 1989, 1994, 1996a, 1996b, Baumgärtel 1976, Baumgärtel u.a. 1975, Jaede 1960, 1996, Goetze 1981, Goetze & Jaede 1974, Ehlers 1981) und dokumentierte einige der eigenen Erfahrungen damit (Hockel, 1981b, 1996).

Die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche als gesellschaftlicher Leistungsbereich (Settertobulte u.a. 1995) ist noch unübersichtlich und wird in wesentlichen Bereichen als „Stiefkind“ der Sozialpolitik gesehen. Wer es unternimmt, die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter zu bilanzieren (Lohaus, 1993) braucht nur ein schmales Bändchen mit viel Forschungsambition und wenig Erfolgsberichten vorzulegen.

## 1.2 Erwachsenenbildung für Gesundheit

Als Ausbilder in Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie, Kinderpsychotherapie) im Rahmen meiner Fachgesellschaft (GwG = Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie), machte ich die Erfahrung, daß Lernende der Psychotherapie als junge Erwachsene darauf angewiesen sind, ein methodisches Rüstzeug zu erwerben, das sie nicht nur Theorien über Krankheitsentstehung und Theorien über deren (verordenbare oder gar pillenförmige) Behandlung lehrt, sondern daß sie in einem ganzheitlichen Prozeß der Selbstqualifizierung die notwendige komplexe diagnostisch-therapeutische Kompetenz erwerben müssen (Bommert & Hockel, 1981). Solche Arbeit ist Erwachsenenbildung im vollen Wortsinn. Und in diesem Bereich arbeitete ich dann neben der Ausbildertätigkeit auch hauptamtlich über 11 Jahre. Gesundheitsförderung wurde hier als Entwicklungsförderung und als gebotsorientierte Prävention theoretisch reflektiert und methodisch weiterentwickelt (Hockel, 1981a, 1985, 1992, 1993b). Grundlage war, die Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene (Battegay et al. 1975) so aufzugreifen, daß personale Gesundheitskompetenz ebenso wie Systembedingungen der Förderung von Gesundheit bedacht bleiben. Dabei war es uns selbstverständlich davon auszugehen, daß Krankheit als psychosoziales Phänomen (Langenmayr, 1980) betrachtet wurde und die langsam formulierten Gesichtspunkte zur Prävention (Minsel, Scheller 1981) ebenso aufgegriffen wurden wie die ersten Programme psychologischer Prävention (Brandtstädter, von Eye, 1982, Becker 1982).

### **1.3 Systematische Unterdrückung psychologischer Kompetenz**

Kindern und Erwachsenen durch Kompetenzvermittlung die Wahl einer gesunden Lebensweise zu erleichtern, war jedoch nur ein Aspekt präventiver Arbeit. Der nächste war die Erkenntnis, daß wir in einer Gesellschaft leben, die das universitär gewonnene Wissen zur Gesundheitsförderung an die Träger existierender Berufe heranträgt bzw. „verschenkt“, die direkte berufliche Umsetzung dieses Wissens durch Psychologen selbst jedoch eher behindert. In der Folge dieser Erkenntnis engagierte ich mich parallel, um die heilkundliche Anwendung psychologischen Fachwissens zu legalisieren (Hockel, 1978, 1979), beschrieb das Dilemma unzureichender Rechtsvorschriften umfassend (Hockel 1981c) und klärte in diesem Zusammenhang auch die besondere Bedeutung, die die Grenzen zwischen Prävention, Behandlung und Rehabilitation haben (Hockel 1982a). Von meiner Darstellung des Rechtsrahmens ausgehend, wurden später sowohl erste Darstellungen des Berufsrechts für Psychologen (Kühne 1987, Pulverich 1991) als auch eine Kurzdarstellung des Versorgungssystems erarbeitet (Hockel 1983). Auch eine spezielle Gesundheitspolitik der Psychologen wurde initiiert (Hockel 1982b) und der Beruf allgemein (Hockel 1988) und in der einschlägigen Darstellung der Bundesanstalt für Arbeit für Studienanfänger umfassend beschrieben (Hockel 1993b).

Damit war ein Beitrag zur effektiveren Verwendung psychologischen Fachwissens im Dienst der Gesundheit getan. Ein Blick in die Denkschrift zur Gesundheitssystemforschung in Deutschland (Deutsche Forschungsgemeinschaft 1995) zeigt jedoch, daß die Bedeutung des Faches noch nicht wirklich erkannt oder anerkannt ist. Desto erfreulicher ist es, daß aus dem Bereich alltäglicher hausärztlicher Vertragsarztpraxis an manchen Stellen ein Verständnis für die Möglichkeiten der Prävention und der Zusammenarbeit mit Psychologen erwächst. (Tempel, 1994)

### **1.4 Medizinischer Risikofaktor ‚Herzbelastung‘ und sozialer Risikofaktor ‚Arbeitslosigkeit‘**

Da ich fortlaufend das Feld der langsam erwachenden Gesundheitspsychologie (Becker & Minsel 1986, Ulich 1987, Abele & Becker 1991, Schwarzer 1990, 1992) achtsam verfolgte, wurden mir die jeweils in den Vordergrund tretenden Theorien bewußt – bzw. ich trug etwas dazu bei, sie zu präzisieren. Am Arbeitsplatz Gesundheitspark entwickelte ich ein Konzept gebotsorientierter Prävention, das die Förderung von Entwicklungsdimensionen primärpräventiv, den Aufbau von gesunden Verhaltensstilen sekundärpräventiv beschrieb und in den Folgejahren konkretisiert wurde. (Hockel 1985a).

Die Abwendung von Risikofaktoren hin zu Entwicklungsansätzen machte es dennoch notwendig, die offensichtlichen medizinischen und sozialen Risikofaktoren zu bedenken. So entstanden zwei Arbeiten. Einmal stellte ich dar, was Coronargruppenleiter lernen mußten, um entsprechende Patientengruppen angemessen zu trainieren (Hockel, 1984). Andererseits machte ich Erfahrungen mit langfristig Arbeitslosen und entwickelte für diese ein Trainingsprogramm, das über längere Zeit wiederholt sehr erfolgreich durchgeführt wurde (Hockel & Kolb, 1981). Die kränkende Wirkung von Arbeitslosigkeit war auch Gegenstand weiterer wissenschaftlicher Erörterungen in deren Rahmen ich den Beitrag der erwachsenenbildnerischen Einrichtung Gesundheitspark für dieses Feld einbrachte. (Hockel 1987).

## **2. Psychofunktionale Risikofaktoren**

Nachdem ich 1992 den Gesundheitspark verließ (eine Erfahrungsbilanz, die auch eine Begründung umfaßt, siehe Hockel 1993b), konzentrierte ich meine Dienstleistungen weiter auf den Bereich ‚Kinder, Jugendliche und Familien‘ – wobei die Kompetenzvermittlung in erwachsenenbildnerischen Projekten im Bereich von Industrie, Verwaltung und Wirtschaft weiterlief – und fand für diesen Bereich gemeinsam mit Höfling (Höfling & Hockel 1997) einen neuen Wirkansatz, den ich nun ausführlicher darstelle.

Der Begriff der psychofunktionalen Risikofaktoren wurde früh eingeführt (Hockel, 1985a). Dieser Ansatz erlaubt es, die Förderung personaler Kompetenzen als einen systemischen Ansatz zu betrachten, wie dies später beispielsweise an der Wirksamkeit der „Sprachzensur“ und des „Zukunftsverlustes“ als mitverursachender Faktor kindlicher Gewaltäußerungen verdeutlicht wurde (Hockel 1994a,c).

## **2.1 Förderung personaler Kompetenzen als Schutzfaktoren**

In der Phänomenologie meines Philosophie-Lehrers Rombach („Strukturanthropologie. Der menschliche Mensch“, Freiburg: Alber, 1987) ist „Struktur“ ein Welterklärungsmodell. Struktur ist jener Prozeß in welchem das Dasein (des jeweils Einzelnen) sich selbst auszeugt. Unser Denken greift um zu begreifen, wobei das was wir feststellen verloren ist, da es verfällt; eigentlich kann nur der Gang der Gedanken gelten. Solche Weisheit kann all das, was wir zur Förderung Einzelner leisten können, gar nicht ernst genug nehmen; zugleich sind übergreifende Aspekte, Themen, Wirklichkeiten anerkannt und wirksam.

Menschen handeln, da sie keine allumfassenden Monaden sind, betroffen (als „Opfer“) und betreffend (als „Täter“). Dennoch sind sowohl die von außen betrachtende Perspektive auf die Noxen, die Schädigungen, die Kränkungen, die einem Menschen zugefügt werden, als auch die Analyse jener inneren Gesetze, Werte, Entscheidungen die seine Taten regulieren, Hinblicknahmen auf jeweils eine Selbstverwirklichung.

### **2.1.1 Kein Opfer**

Die Gewehrkegel, die einen Menschen tötet, trifft ihn anders als der verletzende Verrat durch einen ‚Freund‘ – dennoch kann die immaterielle Kränkung uns selbst mehr vernichten als der körperliche Tod: im Weiterleben als Gekränkter kann es geschehen, daß wir uns in Bitternissen der Rache, der Enge von verletztem Stolz, der Erstarrung des Trotzes fangen und in langen Jahren kleiner Schritte unser vorher aufgeblühtes Leben verratend uns selbst zerstören. So ist das Andenken an den Gefallenen mehr als die wirkende Wirklichkeit des Verbiesterten, des Destruktiven.

Damit ist etwas ‚Moralisierendes‘ gesagt. Genauer müßte die Aufmerksamkeit auf den Prozeß gelenkt werden, in welchem Leben sich rundet: Wer den eigenen Tod leisten kann, dem ist die Gewehrkegel der Heldentod und die Krönung, andernfalls eine einzige Anklage über das „nicht fertig machen dürfen“ des großen Entwurfes. Wer seine Gaben als Begabung bestaunen muß, statt sie zu nutzen, den können sie treffen wie Schüsse; und verkrüppelt leidet er sein Leben lang an diesen verräterischen und verratenen Möglichkeiten.

Personzentrierte Gesundheitsförderung nennen wir jene Aktivitäten, in welchen Menschen Bündnispartner der Selbstentfaltung anderer Menschen sind. Personale Kompetenzen, die verhindern, daß Menschen sich als Opfer erleben müssen, sind vielfältig. Betrachten wir sie in biographischer Reihenfolge, an der Leitlinie der Entwicklung abgelesen.

### **Erwünscht sein**

Im Kindeswunsch der Eltern ist eine Qualität des Willkommen-seins, der das entstehende Leben umfaßt. Auch die zufällig gezeugten Kinder müssen angenommen werden, um ausgetragen zu werden; so werden aus ‚Zufallskindern‘ Wunsch Kinder. Dies bestimmt die Qualität der ersten Interaktionen nach der Entbindung. *Kein Opfer von Gleichgültigkeit oder Ablehnung.*

### **Säugling sein dürfen**

Die Säuglingssterblichkeit ist weltweit noch ein erstrangiges Gesundheitsproblem. In Industrienationen wird sie auch heute noch durch den Einflußfaktor 'eheliches' versus 'nichteheliches' Kind dramatisch bestimmt. Neben dem vorangegangenen Gesichtspunkt des Willkommens ist der Aspekt der Fürsorglichkeit und der frühen Feinfühligkeit für Bedürfnisse, der Aufbau eines achtsamen und beachtenden Bindungssystems Bestandteil jener Gesundheitsförderung, die Personen unterstützt, aktive welt-offene Menschen zu werden - somit primärpräventiv gegen die Opferrolle wirksam. *Kein Opfer von Verwahrlosung.*

### **Dabei sein dürfen**

Gehalten, gelassen und begleitet - so entfalten sich Kinder, so wächst das kindliche Selbst (Keagan, 1986). Durch Stützsysteme wie Krippen, Nachbarschafts- und Verwandtschaftsbetreuung wird es Kindern ermöglicht, eine Vielfalt von Beziehungen neben der primären Pflegebeziehung zu erfahren und aus diesen zu lernen. Kinder die früh in einen konstruktiven Kontakt zur elterlichen Lebens- und Arbeitswelt einbezogen sind, werden reicher in ihrer aktiven Weltbewältigung. *Kein Opfer von Privatisierung, Verkindlichung, Retardierung der Verantwortungsbereitschaft.*

### **Entdecken dürfen**

Für jedes Kind muß der Streifzug durch den Steinbruch, die Müllhalde, das baufällige Gebäude, die Baustelle, eine Fabrik, die Gänge eines Verwaltungsgebäudes, das Sich-verirren im Wald, das Klettern auf Bäume und Berge, das Bemeistern von Dreirad, Roller, Fahrrad, Rollschuhen und anderen Medien, das Schwimmen und das Tanzen, das Alleinespiel und das Gruppenspiel, das Spiel mit Erwachsenen, älteren Kindern und der Gruppe der Gleichaltrigen möglich sein. *Kein Opfer von verarmten kinderfeindlichen Umwelten, von Hausmeisterverboten und Architektenöde, von Familiendoktrinen, die andere Kinder 'unsauber' finden, oder von kommunaler Sparsamkeit, die keine Kindergartenplätze ausweist.*

### **Entdeckend lernen dürfen**

In der BRD beginnt die staatliche erzwungene, in Staatsbetrieben mit uralten autoritären hierarchischen Strukturen organisierte Kinderarbeit mit 6 Jahren. Daß die Bildungsarbeit des Wissens- und Fertigkeitserwerb im Schulunterricht Kinderarbeit ist, ist nur jenen undeutlich, die aus idealistischer Verblendung meinen, Kinderarbeit sei bei uns verboten, und darunter nur jene Ausbeutung einzelner Unternehmer an Kindern verstehen. Daß mittels des Staatssystems Schule die jeweils herrschende Generation die Ausbeutung der nachwachsenden Generation durch die Zurichtung zur 'Arbeitskraft' organisiert, soll verschleiert werden. In der beobachtbaren 'drop out'-Rate der 'Schulversager' bzw. gegenwärtig wachsenden Welle der 'Schulverweigerer' ist jedoch deutlich, daß dieses System brüchig und durchschaubar wird. Modelle für ein Zusammengehen von erwachsenen Lernerleichterern (Lehrern) und Kindern, die das Neugiermotiv der Kinder aufgreifen statt zu zerstören, sind genügend entwickelt worden. Schulreform tut Not. *Kein Opfer des 'gegliederten', kastenweise zurichtenden Schulsystems. Kein Opfer von Passivität produzierenden, entmutigenden Unterrichtsformen.*

### **Erwachsen werden dürfen**

Das Alter der Volljährigkeit ist inzwischen auf 18 Jahre festgelegt – jedoch auch umstritten. Einerseits verweisen starke Argumente darauf, daß die Verlängerung der Kindheit eigentlich viele 18-Jährige in 'kindlicher' Abhängigkeit und Unselbständigkeit hält – dies gilt insbesondere für jene Jungmenschen, die sich längeren Bildungskarrieren widmen. *Der Student als Opfer seiner Rolle.* Andererseits gibt es begründete Appelle, die politische Mündigkeit als WählerIn bereits mit 16 Jahren anzusetzen. Wer dagegen antritt, hält den Jugendlichen (Arbeitslosen) vielleicht mit gutem Grund unmündig (?).

Neben diesem Zankapfel der Altersangabe ist es auch eine Frage, wie weit die jeweils herrschende Generation bereit ist, Nachwachsende in ihre Reihen aufzunehmen und mit ihnen die Herrschaft zu teilen. Viel Selbstverrat geschieht im Windschatten von Elternhäusern, die der körperlichen Entbindung keine seelische Freigabe folgen lassen. *Kein Opfer der Überbehütung und Entmündigung.*

### **Keine Prinzipienfalle**

Jugendliche sind Bürger zweier Welten und müssen auch ein Gastrecht in beiden Welten haben. Sowohl die Spiel- und Lernwelt der Kindheit als auch die Arbeits- und Verantwortungswelt der Erwachsenen steht ihnen offen; und es muß ihnen erlaubt sein, zwischen beiden Welten noch längere Zeit hin und her zu pendeln.

Jugendliche dürfen nicht vorschnell auf ihren eigenen Wunsch auf 'volle Verantwortung' festgelegt, jedoch auch nicht von ihr gänzlich ausgeschlossen werden. *Kein Opfer von rigide-prinzipieller Festlegung als 'Kind ODER Erwachsener'.*

### **2.1.2 Kein Täter**

Wir handeln nach unseren Modellen, Möglichkeiten und Zielen. Wir organisieren unser Handeln entsprechend unseren Wertungen, welche unsere Emotionalität umfassen. All diese Faktoren umfassen Gefährdungen der Gesundheit: denn weder sind wir nur von förderlichen Modellen umgeben, noch sind alle Handlungsmöglichkeiten konstruktiv oder die herrschenden gesellschaftlichen Ziele und Wertungen gesundheitsförderlich.

Um nicht selbstschädigender Täter zu werden, können ebenfalls Schutzfaktoren identifiziert werden. Wir benennen solche im Konzept der Kongruenz, der persönlichen Offenheit und der Achtung.

#### **Sich selbstkongruent erfahren können**

Wer die glückhafte Erfahrung macht, sich 'auf sich selbst verlassen zu können' und in den Botschaften, die von innen her aufsteigen, auch einen zuverlässigen Ratgeber für die Bewältigung (schwieriger) sozialer Situationen hat, den nennen wir einen 'selbstsicheren, selbstbewußten' Menschen.

Hierzu ist natürlich eine je nach spezifischer kultureller Prägung 'gelingende Sozialisation' voraussetzen. Wer die Wertkonzepte einer Gesellschaft (z.B. ein 'humanistisches Menschenbild') nie vorlebt bekam und auch nicht theoretisch vermittelt bekommen hat, der wird sich zwar einer organischen Selbstregulation entsprechend verhalten, mit diesem Verhalten jedoch vielleicht anecken.

Es ist bekannt, daß Opfer (von Mißhandlung, Mißbrauch, allen Formen von Gewalt) dazu neigen weiterzugeben, was sie nie haben wollten (Miller 1981). Prävention bedeutet hier, die Kette zu zerbrechen und zu verhindern, daß aus den Geschlagenen wieder Schläger werden (auch wenn sie begründet sagen können „ich habe es überlebt“, so gibt das noch nicht eine wahrhaftige Grundlage für die trotzig – und meist falsche – Behauptung „und es hat mir nicht geschadet“). Wer sich als Geschlagener erlebte, kann sich zunächst gar nicht als respektierte Person kennen. *Kein Täter des Selbstverrates.*

#### **Angstfrei, offen im Netz sozialer Beziehungen handeln können**

Die persönliche Offenheit eines Menschen, der ein sogenanntes 'System zuverlässigen Gebundenseins' erleben konnte und entwickeln durfte, ist ein Schutzfaktor der Interaktion. Sich angstfrei anderen Menschen zuwenden zu können, begründet jenen Realismus, der 'Nein' sagen kann, wenn dies notwendig ist. *Kein Täter als Opfer von eigener Unsicherheit und Gier.*

#### **Achtung leben können**

Das schlichte Wort 'Achtung' ist eine Dimension menschlichen Verhaltens. Mit dem angelsächsischen begriff 'unconditional positive regard' hat Rogers etwas beschrieben, was im deutschen Wort „Achtung“ zusammengefaßt gesehen werden kann: Achtung meint Respekt ohne Furcht, meint

Anerkennung ohne sich überhebende bzw. messende Wertung, meint jenen Bezug, der wertschätzt, ohne Macht ausüben zu wollen.

Menschen, die lernten ihr zwischenmenschliches Handeln auf der Grundlage von Achtung zu gestalten, werden sich einer Vielzahl schädigender Verhaltensweisen enthalten, da sie spüren und erkennen, daß diese durch Mißachtung, Verachtung geprägt wären. *Kein Täter der Verachtung (auch nicht der Selbstverachtung).*

## **2.2 Verletzbarkeiten der kindlichen Seele**

Psychofunktionale Risikofaktoren benennen wir jene kindlichen Erfahrungen, die Einschränkungen des Kinderglückes sind, welche zunächst unvermeidlich und im Bereich der Norm sind. Wir haben hierfür keinen abschließenden Katalog. In der Erfahrung kinderpsychotherapeutischer Alltagspraxis jedoch erleben wir eine Reihe solcher Verletzbarkeiten: die Eintönigkeit von Situationen kann im Langeweile-Erleben Grund legen für Störung; der Blick in den Spiegel kann selbstverunsichernd sein (zu dick, zu dünn, zu...) und Ausgangspunkt für Kränkung werden; normales 'Begehren' kann zur fixierten 'Gier' und so zur Grundlage für Sucht werden (die schreckliche Fortsetzung solcher kindlicher Sehnsucht in der süchtigen Karriere des erwachsenen sexuellen Mißbrauchstäters wird gegenwärtig erst begreifbar; Hockel 1997); berechtigte Selbstverteidigung als sich selbst verstärkende Erfolgsstrategie kann zur Falle eines 'aggressiven Verhaltenszyklus', zum Beginn einer Schlägerkarriere werden - insbesondere wenn die Kinder durch vorschnelle Sprechnormen zur Sprache der Fäuste statt zu einem aufrichtigen Sprechen der Emotionen gedrängt werden (Hockel 1994c) usw.

Wir machten die Entdeckung, daß sowohl dem Kind zu helfen als auch erwachsenenbildnerisch tätig zu sein, daß sowohl die Präsenz und Perspektive eigenständiger psychologischer Hilfe aufzuzeigen als auch das umfassende Berücksichtigen von Risikofaktoren, systemische Wege der Intervention im Dienste der Gesundheit sein können. Wir wählten hierfür eine Strategie indirekter Einflußnahme: eine Bilderbuchreihe „Felix erzählt“, in welcher ein Kind über andere Kinder und deren Schicksal so berichtet, daß sowohl Entstehungsursachen kindlicher Verhaltensstörungen nachvollziehbar werden, als auch angemessene Wege von Selbsthilfe und psychologischer Hilfe aufgezeigt werden.

### **Kindliche Dunkelangst als Beispiel für Verletzbarkeit**

Im kindlichen Erleben ist die Erfahrung, daß im Dunkel Orientierung verloren geht, eine normale und realistische 'Bedrohung'. Dunkelangst ist in jener Altersphase, in welcher Kinder lernen, Vertrautes von Fremdem zu unterscheiden, ein ganz gewöhnliches Entwicklungsphänomen.

Dennoch stellt diese Angst wie jede andere eine mögliche 'Vulnerabilität' dar, eine Verletzbarkeit. Kinder, mit deren auftauchender Dunkelangst nicht angemessen umgegangen wird (Verstärkung von außen), oder solche, die vielfältige andere bedrängende, enttäuschende Erfahrungen mit dem Bild des 'bedrohlichen Dunkels' eigenständig verbinden (Verstärkung von innen), können so in eine symptom-bildende Leidenskarriere gedrängt werden.

### **Erwachsene Kompetenz muß erlernt werden**

Erwachsene sollten daher wissen, daß

- Dunkelangst normal ist und liebevoll angenommen bzw. beruhigend übergangen werden kann und
- Kinder vielfältige Enttäuschungen mit einfältigen Bedrohungsbildern zusammenbringen können.

Solches Wissen unter Erwachsenen zu verbreiten wäre primärpräventiv. Zugleich könnte dies in einer Form geschehen, die bereits zu Symptomträgern gewordenen Kindern zu Hilfe eilt, indem sie deren Leidensweg einfühlsam verständlich nachzeichnet und einen Ausweg / Rückweg in die „Normalität“ aufzeigt.

## **Psychologische Hilfe muß sichtbar gemacht werden**

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß der Beitrag einer Kinderpsychotherapie, der für das Kind heilsame Erfahrung und somit heilkundliche Behandlung bedeutet, den Eltern bekannt gemacht werden muß. Daß diese Art der Darstellung zugleich bei leichteren Fällen (siehe Elternaufklärung am Schluß des Buches) die Selbstheilungskraft des (Familien)-Systems unterstützen bzw. mobilisieren kann, verweist auf die präventive Funktion eines solchen Mediums ebenso wie die Tatsache, daß jede Leistung für das Kind im Hinblick auf sein Erwachsenenendesein präventiv ist. Das Grundziel von Gesundheitsförderung wird wohl zutreffend von Paulus (1994) als „Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit“ benannt, diesem Ziel kann psychologische Berufsarbeit sehr breit dienen - wenn sie zugelassen und sichtbar wird.

## **3. Systemintervention Kinderbuch**

Zusammenfassend sei hier das Kinderbuch vom „Hellmut Dunkelangst“ vorgestellt. Im Rahmen des Vortrages geschah dies unter Beziehung einiger Overhead-folien mit Bildern. Hier sind nur zwei schwarzweiße Bilder gegeben. „Hellmut Dunkelangst“ versteht sich als ein Fachbuch für Eltern, also jene Experten, die ihr Fach nie lernen konnten, für ihre Kinder und Fachkräfte gemeinsam.

### **3.1 Das Besondere an diesem Buch - Inhaltsangabe**

Wir (Höfling & Hockel 1997) stellten uns der Herausforderung, die aktuellen Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und Klinischen Kinderpsychologie aus der Sicht eines exemplarisch dargestellten Symptomträgers so vorzustellen, daß Prävention mittels Verständnis der Entstehungsbedingungen und Hilfe durch Behandlung einsehbar wird.

Hellmut Dunkelangst wird als gesundes, geliebtes Kind geboren und begegnet uns am Anfang des Buches in seinem Bett - die Dunkelheit als Thema reflektierend. In mehreren Bildern begleiten wir Hellmut durch seine weitere Jugend. Dies ist eine Abweichung von sonstigen Kinderbilderbüchern, die meist strikt auf eine Altersstufe zentriert bleiben, um dem Kind dieser Altersstufe volle Identifikation zu ermöglichen. Unser Anliegen ist es, von unterschiedlichen Ausgangspunkten aus zum Vollbild einer 'pathologischen' Dunkelangst zu kommen. Es werden daher in den nächsten Schwarz-weiß-Bildern weitere kleine Entwicklungskrisen, psychische Verletzungen geschildert: Hellmut erschrickt auf einem fremden Spielplatz, wird von anderen Kindern nicht zum Mitspielen zugelassen, von seiner Erzieherin bloßgestellt, erlebt sich vom Vater kritisiert, vom Lehrer abgewertet und von der Schwester zurückgewiesen.

Schließlich ist er ein 'verhaltensgestörter Schüler', mit Schlafstörungen, Dunkelangst, Selbstunsicherheit usw., und wird der Kinderpsychologin Frau Hundertberg vorgestellt. Dort lernt er Spieltherapie kennen, und in farbigen Bildern 'entwickelt' er seine Kräfte neu. Die Serie der stärkenden Erfahrungen umfaßt seine Spielentwicklungen ebenso wie die Rolle der Elternarbeit (Frau Hundertberg spricht mit den Eltern).

Als Zielgruppe sind vorwiegend Eltern angesprochen, die das Buch jeweils gemeinsam mit betroffenen oder gefährdeten Kindern durchgehen. Nachfolgend werden die Elemente für die Konzeption des Buches (und der Reihe) erläutert.

### **3.2 Das Buch als ‘Verordnung’**

Eltern sind Experten ohne Lehrjahre; Kinder sind für ihre Selbstentwicklung zuständig, benötigen in Krisen jedoch entsprechende Unterstützung. Behandelnde Psychologen, Kinderärzte, Erzieher, Lehrer - viele Fachleute, die Kindern helfen wollen, sind manchmal verlegen, wenn Sie den Rat geben wollen: „Gehen Sie doch mal zum Kinderpsychologen“. Das erste Buch der Reihe „Felix erzählt“ wird von einem neuen Grundkonzept getragen: Es soll ein Buch sein, das ‘verordnet’ werden kann; immer dann, wenn kindliche Einschlafängste, Dunkelängste und Ängste überhaupt Eltern beunruhigen bzw. ihre Kinder quälen, kann der Experte den Eltern dies Buch empfehlen mit dem Hinweis: „Solch eine Frau Hundertberg (Name der Kinderpsychologin in dem Buch) gibt es doch auch in Ihrer Nähe.“

### **3.3 Mit den Augen des gesunden Kindes gesehen**

Weiter ist das Besondere dieses Buches darin zu sehen, daß aus der Sicht eines psychisch stabilen Kindes („Felix“) andere, in Not geratene, auffällig gewordene, gestörte, psychisch erkrankte Kinder (hier ein Freund, später andere Mitschüler usw.) beschrieben werden. Ein mitfühlender und dennoch nüchterner Blick auf das Elend des Kindes ist der Ausgangspunkt - es wird verständlich, wie das Leiden entstehen konnte (zumindest in einer für den Alltag ausreichenden ‘Ätiologie’). Und es wird deutlich, welche Hemmnisse einer professionellen Hilfe entgegenstehen (Eltern fürchten sich vor Schuldzuweisungen... usw.). Dann jedoch wird jeweils musterhaft ein möglicher Weg der Hilfe (für Hellmut Dunkelangst die Spieltherapie) veranschaulicht.

Dem Kind, das mit seiner Mutter, seinem Vater gemeinsam das Buch anschaut, bleibt es freigestellt, sich bei der Lektüre jeweils eher mit Felix oder dem betroffenen, leidenden Kind zu identifizieren .

### **3.4 Elternratgeber ohne „Belehrungsmoral“**

Das Buch ist vorwiegend für Eltern gedacht, denn diese sind verantwortlich für das Geschick ihrer Kinder; es soll ihnen die Möglichkeit geben gemeinsam mit dem Kind dessen Not im Spiegel des von Felix betrachteten Kinderschicksals anzusehen. Dabei wird der Impuls zur Ermutigung, sich kompetente Hilfe zu holen, wirksam werden. Das Buch ersetzt nicht die Behandlung, es kann jedoch präventiv wirken, da es Verständnis für die jeweils dramatische Ausprägung einer Störung anbietet. So können Eltern lernen, die Störung zu ‘verstehen’ und in ihrem Verhalten einiges zur Entlastung beizutragen.

### **3.5 Störungsbild und Leidensname werden ‘begriffen’**

Durch die Zentrierung auf ein Namensspiel „heller Mut gegen Dunkelangst“ soll auch bewußt eine Kippfigur geschaffen werden, die das Betroffensein von einem Symptom ‘verdinglicht’, es kann jedem passieren, als ein ‘Dunkelangst’ geboren zu werden - erst was wir aus dem Namen machen, entscheidet über unser Geschick. Auch dieses Spiel wird sich in der Reihe dieser Bücher durchziehen. Vor dem Hintergrund, daß wir alle in ‘unserem eigenen Namen handeln’, kann die Figur persönliche Handlungsfreiheit erkämpfen.

### **3.6 Achtsamkeit statt Ausgrenzung und Abwehr**

Felix ist das Glückskind, das mit wachem Blick Kinderschicksale als Mitmenschenschicksale wahrnimmt. Unser Anliegen ist es, Achtsamkeit dort zu schaffen, wo Irritation, Störung eher zur Abwehr („ich will es gar nicht sehen“) oder zum Bagatellisieren („so schlimm ist es doch gar nicht“) verführt. Die unbefangene Neugier von Felixens Kinderblick entspricht insofern der qualifizierten diagnostischen Hinblicknahme von Professionellen. Mit diesem Buch können die Experten den Eltern einen Bündnispartner zur Wahrnehmung/Diagnose (Felix) und Behandlung (hier „Frau Hundertberg“, Kinderpsychologin) vorstellen und damit ein präventives Modell oder eine ermutigende Wegweisung anbieten.

## Literatur

- ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Weinheim, München: Juventa.
- BATTEGAY, R. u.a. (Hrsg.) (1975). *Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene*. Bern Stuttgart Wien: Hans Huber.
- BAUMGÄRTEL F. (1976). *Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie - Grundlagen Konzepte Vorschläge*. München: Pfeiffer.
- BAUMGÄRTEL, F.; BÜKER, U. & STEFFEN, E. (1975). *Training der Kinderpsychotherapie*. (Bd. 2). München: Pfeiffer.
- BECKER, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Theorien, Modelle, Diagnostik. Unter Mitarbeit von W.R.Minsel*. (Bd. 1). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- BECKER, P. & MINSEL, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit, Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. (Bd. 2). Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- BOMMERT, H. & HOCKEL, C. M. (Hrsg.) (1981). *Therapieorientierte Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRANDTSTÄDTER, J. & von EYE, A. (1982). *Psychologische Prävention*. Bern Stuttgart Wien: Hans Huber.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1995). *Gesundheitssystemforschung in Deutschland*. Weinheim, Basel, Cambridge, NY, Tokyo: VCH.
- EHLERS, B. (1981). Kinder-Spieltherapie, ein kritischer Rückblick. In Goetze, H. (Hg.), *Personzentrierte Spieltherapie* (S. 149-168). Göttingen: Hogrefe.
- GOETZE, H. (1981). Personenzentrierte Spieltherapie - Grundlagen. In Goetze, H. (Hg.), *Personzentrierte Spieltherapie* (S. 9-43). Göttingen: Hogrefe.
- GOETZE, H. & JAEDE, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie*. München: Kindler.
- HOCKEL, C. M. (1977). Die Kinder. In Herder Verlag (Hg.), *Das grosse Buch der Familie* (S. 163-234). Freiburg Basel Wien: Herder Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1978). Ansätze zur Darstellung der Notwendigkeit Psychologische Behandlung als Heilkunde zu legalisieren. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 3H3, S. 46-64). Bern: Hans Huber.
- HOCKEL, C. M. (1979). Der Beruf des Diplom Psychologen. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 4H5-6, S. 19-73). Bern: Hans Huber.
- HOCKEL, C. M. (1980). Möglichkeiten zur Förderung der Kinderpsychotherapie aus der Sicht des Diplom Psychologen. In Schmidchen, S., Baumgärtel F. (Hg.), *Methoden der Kinderpsychotherapie* (S. 182-188). Stuttgart: Kohlhammer.
- HOCKEL, C. M. (1981a). Entwicklungsförderung und Erwachsenenbildung - eine Institution mit primärpräventiver Funktion: Der Gesundheitspark der Münchner Volkshochschule. In Hockel, C. M. & Feldhege, F. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie, Band II: Behandlung und Gesundheit* (S. 1187-1210). Landsberg am Lech: Moderne Industrie.
- HOCKEL, C. M. (1981b). Psychologische Behandlung bei Kindern, Jugendlichen, Familien und Bezugspersonen. In Hockel, C. M., Feldhege, F. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie, Band II: Behandlung und Gesundheit* (S. 691-713). Landsberg am Lech: Moderne Industrie.
- HOCKEL, C. M. (1981c). Rechtsrahmen psychologischer Berufstätigkeit in der Sicht des Psychologen. In Hockel, C. M., Feldhege, F. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie, Band II: Behandlung und Gesundheit* (S. 23-90). Landsberg am Lech: Moderne Industrie.
- HOCKEL, C. M. (1981d). Wie kann psychologische Behandlung bei Kindern, Jugendlichen, Familien und Bezugspersonen gefördert werden? Eine beispielhafte Entwicklung. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 6 H1, S. 31-34). Bonn: BDP-Selbstverlag.

- HOCKEL, C. M. (1982a). Prävention, Rehabilitation und andere Formen der Heilkunde. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 7H1, S. 10). Bonn: BDP- Selbstverlag.
- HOCKEL, C. M. (1982b). Psychologie im Dienst der Gesundheit. Materialien zur Vorbereitung des gesundheitspolitischen Programms des Berufsverbandes Deutscher Psychologen. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 7H4, S. 28-38). Bonn: BDP- Selbstverlag.
- HOCKEL, C. M. (1983). Die Struktur des Versorgungssystems für psychisch Kranke und Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland. In Ch. Kraiker und B. Peter (Hg.), *Psychotherapieführer - Wege zur seelischen Gesundheit* (S. 39-49). München: Beck.
- HOCKEL, C. M. (1984). Patientenzentrierte Gesprächs- und Gruppenführung in Koronargruppen. In C. Halhuber (Hg.), *Ambulante Herzgruppen - Interdisziplinäre Aspekte einer umfassenden Betreuung* (S. 210-216). Erlangen: perimed Fachbuch - Verlagsgesellschaft.
- HOCKEL, C. M. (1985a). Gebotsorientierte Prävention - Psychologische Kompetenz zur Förderung gesunder Lebensstile. In Berufsverband Deutscher Psychologen (Hg.), *Report Psychologie* (Bd. 10H2, S. 8-10). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1985b). Gesundheitsbildung im Interesse von und für Jugendliche im Gesundheitspark München. In Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hg.), *Jugend 85: Gesund in die Zukunft* (S. 89-92). Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung.
- HOCKEL, C. M. (1987). Die psychologische und soziale Betreuung Arbeitsloser in Institutionen der Erwachsenenbildung - An Beispiel des Gesundheitsparks der Münchner Volkshochschule - Neuausgabe. In T. Kieselbach & A. Wacker (Hg.), *Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit* (S. 473-487). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1988). Das Berufsbild des Diplom Psychologen. In Dieter Frey, Carl Graf Hoyos, Dagmar Stahlberg (Hg.), *Angewandte Psychologie, ein Lehrbuch* (S. 647-660). München Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HOCKEL, C. M. (1992). Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen personenzentrierter Psychologie. In P. Paulus (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung - Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 201-217). Köln: GwG-Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1993a). Diplom Psychologe / Diplom Psychologin, 7. Auflage. In Bundesanstalt für Arbeit (Hg.), *Blätter zur Berufskunde*
- HOCKEL, C. M. (1993b). Prävention als Tätigkeitsfeld von Psychologen, dargestellt am Beispiel des Gesundheitsparks der Münchner VHS. In W. Reulecke & C. Pohle (Hg.), *Gesundheit und Lebensqualität* (S. 76-83). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1994a). Der Zukunft Beraubt - Wie soll ich lieben, wenn ich nicht hassen darf ? In Hanns Seidel Stiftung (Hg.), *Politische Studien* (Bd. 45, Sept/Okt, S. 50-63). Grünwald: Atwerb Verlag.
- HOCKEL, C. M. (1994b). Prävention und Gesundheitsförderung. In: von Rosenstiel, L., Hockel, C. M. & Molt, W. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie* (Bd. V- 5, S. 1-10). Landsberg am Lech: Eco-med.
- HOCKEL, C. M. (1994c). Wie soll ich lieben, wenn ich nicht hassen darf ? Sendung des Bayrischen Rundfunks in 2 Teilen: 1. Gewalt -Ergebnis der Versachlichung, 2. Gewalt - Antwort auf die Hoffnungslosigkeit. In N. Matern (Hg.), *Forum der Wissenschaft*
- HOCKEL, C. M. (1996). Das Spielerleben als Entwicklungsraum. In: C. Boeck-Singelmann et.. (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (Bd. 1, S. 155-177). Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
- HOCKEL, C. M. (1997). Hat der sexuelle Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen gesellschaftliche Wurzeln ? In Hanns Seidel Stiftung (Hg.), *Politische Studien* (Bd. 48, Sonderheft 2, S. 12-33). Grünwald: Atwerb Verlag.
- HOCKEL, C. M. & KOLB, W. (1981). Prävention bei Risikozielgruppen: Das Beispiel langfristig

- Arbeitsloser. In: Hockel, C. M., Feldhege, F. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie, Band II: Behandlung und Gesundheit* (S. 1243-1264). Landsberg am Lech: Moderne Industrie.
- HÖFLING, S. & HOCKEL, C. M. (1997). *Hellmut Dunkelangst - mit einem Anhang für Eltern*. Köln: meditorial Verlag.
- JAEDE, W. (1980). Möglichkeiten und Grenzen des Spiels als therapeutisches Medium. In Schmidtchen, S. & Baumgärtel F. (Hg.), *Methoden der Kinderpsychotherapie* (S. 26-41). Stuttgart: Kohlhammer.
- JAEDE, W.; WOLF, J. & ZELLER-KÖNIG, B. (1996). *Gruppentraining mit Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- KÜHNE, H.-H. (Hrsg.) (1987). *Berufsrecht für Psychologen*. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- LANGENMAYR, A. (1980). *Krankheit als psychosoziales Phänomen*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- LOHAUS, A. (1990). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- LOHAUS, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe -Verlag für Psychologie.
- MINSEL, W.-R., SCHELLER, R. (Hrsg.) (1981). *Prävention*. München: Kösel.
- PAULUS, P. (1994). *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe -Verlag für Psychologie.
- PULVERICH, G. (1991). *Rechts ABC für Psychologen, Psychologisches Berufsrecht in Stichworten*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- SCHMIDTCHEN, S. (1978). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- SCHMIDTCHEN, S. (1989). *Kinderpsychotherapie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- SCHMIDTCHEN, S. (1994). Psychologische Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In von Rosenstiel, L., Hockel, C. M., Motl, W. (Hg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie* (Bd. V- 7.1, S. 1-14). Landsberg am Lech: Ecomed.
- SCHMIDTCHEN, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie, 4. Auflage*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- SCHMIDTCHEN, S. (1996). Neuere Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der Kinderspieltherapie. In Boeck-Singelmann u.. (Hg.), *Personzentrierte Kinderpsychotherapie* (Bd. 1, S. 99-140). Göttingen: Hogrefe -Verlag für Psychologie.
- SCHWARZER, R. (Hrsg.) (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- SCHWARZER, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie.
- SETTERTOBULTE, W.; PALENTIEN, CH. & HURRELMANN, K. (Hrsg.) (1995). *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Heidelberg: Asanger.
- TEMPEL, J. (1994). *Prävention in der hausärztlichen Vertragspraxis*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- ULICH, D. (1987). *Krise und Entwicklung - Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. München - Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- VON ROSENSTIEL, L.; HOCKEL, C. M. & MOLT, W. (Hrsg.) (1994). *Handbuch der Angewandten Psychologie*. Landsberg am Lech: Ecomed.