

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3714>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Weber-Steinbach, Reinhard; Tasche, Jens

**Titel:** Verbales und nonverbales Arbeiten mit Affekten im  
psychotherapeutischen Prozess

**Erscheinungsjahr:** 2012

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61  
(2), 122-138

#### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# ÜBERSICHTSARBEITEN

## Verbales und nonverbales Arbeiten mit Affekten im psychotherapeutischen Prozess

Reinhard Weber-Steinbach und Jens Tasche

### Summary

*Working Verbally and Non-Verbally Within the Psychotherapeutic Process*

Patients in paediatric and adolescent psychiatry frequently suffer from both a categorical psychiatric disorder and structural deficits. Within the scope of a competence profile – which is subdivided into three areas: knowledge, skills, and a method – this article describes the term “structure” as used in the Operationalised Psychodynamic Diagnostics for Children and Adolescents (German abbreviation: OPD-KJ) as well as the deficits of self-esteem regulation. In this context, the development and importance of affects and their regulation for, as well as within, the therapeutic relationship are discussed, including the bodily processes associated with them. Finally, the article demonstrates how we as practitioners in the areas of therapeutic mental health and education can compensate for structural deficits of our patients by using our knowledge of psychological structures and of affect regulation and its importance for the therapeutic process; we can also use our own structural competences and competences to perceive the patients’ affects as revealed by their bodies. For this purpose, we introduce methods that include body-psychotherapeutic interventions, among others.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 122-138*

### Keywords

structural deficits – competence profile – affect regulation – therapeutic relationship – body psychotherapy

### Zusammenfassung

Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten leiden neben der kategorialen psychiatrischen Störung häufig an strukturellen Defiziten. Im Rahmen eines Kompetenzprofils, das sich in die Bereiche Wissen, Fähigkeiten und Methode gliedert, werden der Strukturbegriff der OPD-KJ sowie Defizite der Selbstwertgefühls-Regulation dargestellt. Es wird die Entstehung und Bedeutung von Affekten und deren Regulation für und in der therapeutischen Beziehung erörtert und

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 122 – 138 (2012), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

auf die damit verbundenen Körperprozesse hingewiesen. Schließlich wird dargestellt, wie wir therapeutisch und pädagogisch Täten unser Wissen über psychische Struktur, Affektregulation und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozess sowie unsere eigenen strukturellen Fähigkeiten und Fähigkeiten, Affekte am Körper der Patienten wahrzunehmen, nutzen können, strukturelle Defizite unserer Patienten auszugleichen. Dabei stellen wir ein methodisches Instrumentarium vor, welches auch körpertherapeutische Interventionen einschließt.

## Schlagwörter

Strukturdefizite – Kompetenzprofil – Affektregulation – therapeutische Beziehung – Körperpsychotherapie

Die Diagnostik und Behandlung struktureller Störungen wird zurzeit recht intensiv diskutiert. Rudolf hatte bereits 2006 einen Leitfaden zur strukturbezogenen Psychotherapie bei Erwachsenen vorgelegt (Rudolf, 2006). Das Themenheft 6/2010 der Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie beschäftigte sich mit störungsspezifischen Therapien bei strukturellen Störungen Jugendlicher, mehrere Beiträge im Heft 7/2010 mit Verständnis und Regulation von Emotionen.

Dieser Beitrag stellt weniger strukturelle Störungen als strukturelle Defizite in den Mittelpunkt und konzentriert sich auf die Auseinandersetzung mit Affekten, deren Steuerung mit Hilfe des Körpers, die Regulation des Selbstwertgefühls und die strukturelle Nachreifung. Um das psychotherapeutische Verständnis kinder- und jugendpsychiatrischen Handelns in diese Richtung zu erweitern, werden wir ein Kompetenzprofil vorstellen, dass in die Bereiche Wissen, Fähigkeiten und Methode gegliedert ist. Dieses Kompetenzprofil wird nach Überzeugung der Autoren die therapeutisch tätigen Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie qualifizieren, unseren Patienten, ungeachtet unserer psychotherapeutischen Orientierung, als eine „andere, entwicklungsförderliche Person“ (Streeck-Fischer u. Streeck, 2010, S. 435) zu begegnen und einen Beitrag zur Verbesserung struktureller Fähigkeiten leisten.

## 1 Die Situation

In kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken werden Kinder und Jugendliche zumeist wegen problematischer Verhaltensweisen vorgestellt. Die kategoriale psychiatrische Störung liegt gelegentlich rasch auf der Hand, zumeist bedarf es jedoch einer ausführlicheren kategorialen und dimensional Diagnostik. Je nach Gepflogenheiten der Klinik entsteht in dieser Phase ein ätiologisch orientiertes Verstehens- bzw. Erklärungsmodell der Störung oder des Problemverhaltens. Es kann eher somatisch oder entwicklungspsychopathologisch gestaltet sein und tiefenpsychologisch, lerntheoretisch oder systemisch getönt.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt bekanntermaßen nicht über ein einheitliches Behandlungs- und Verstehensmodell. Das entwicklungspsychopathologische Verstehensmodell (Resch, 1996) versucht elegant, tiefenpsychologische, lerntheoretische und systemische Modelle zu integrieren, ohne deren teilweise konkurrierende Theoriegebäude jedoch zu einem gemeinsamen zusammenfassen zu wollen.

Gemäß dieses Verstehensmodells und im Einverständnis mit den Personensorgeberechtigten wird dann ein Behandlungsplan erstellt, der neben dem zeitlichen Rahmen und den Behandlungsmitteln vor allem die erreichbaren Ziele benennen soll. Geht es um die Behandlung einer spezifischen psychiatrischen Störung, um die Veränderung störenden Verhaltens, die Lösung eines intrapsychischen Konflikts, die Verbesserung struktureller Fähigkeiten, die Bewältigung eines Lebensereignisses, einer Entwicklungsaufgabe oder eines Traumas? Und welche pädagogischen Ziele sollen mit welchen Mitteln erreicht werden?

Die verschiedenen Module der Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen (Psychotherapie, pädagogischer Alltag, flankierende Therapien) beeinflussen implizit immer auch strukturelle Fähigkeiten, Affekte sowie das Selbstwertgefühl und deren Steuerung. Dies geschieht in der Einzel- wie in der Gruppenpsychotherapie ebenso wie im strukturierten pädagogischen Alltag. Aber auch die flankierenden Therapien fördern nicht nur Ressourcen und gleichen etwa psychomotorische Entwicklungsrückstände aus, sondern sie wirken ja auch auf je eigene, häufig gar nicht so präzise zu beschreibende Weise „über die therapeutische Beziehung“. In unseren Behandlungsmodulen, ob Kunsttherapie, Musik-, Sport- und tiergestützter Therapie und vielen anderen mehr, geht es doch immer auch um Affekte, die wahrgenommen oder unterdrückt, ausgedrückt und kommuniziert werden, und zwar die von Patienten und Therapeuten.

## 2 Das Kompetenzprofil

### 2.1 Wissen

Wissenschaftliche Erkenntnisse finden bekanntlich nur zögerlich ihren Weg in die alltägliche therapeutische Arbeit. Ein gutes Wissen über die psychische Struktur und deren Bedeutung für die Psychopathologie psychiatrischer Störungen sowie die Fähigkeit, strukturelle Mängel, Störungen der Affektsteuerung und der Selbstwertregulation diagnostizieren zu können, sind jedoch schon heute wichtige Voraussetzungen, ohne die eine angemessene Behandlung der Patienten nicht mehr möglich ist.

#### 2.1.1. Struktur

Nach dem entwicklungspsychopathologischen Verstehensmodell (Resch, 1996) entstehen psychische Störungen entlang einer Achse biologisch, psychisch und kulturell determinierter Entwicklungsaufgaben unter Berücksichtigung vorgeburtlicher

Einflüsse und dem je eigenen Temperament eines Kindes. So kann es an einer Entwicklungsaufgabe per se scheitern. Dies geschieht umso eher, je mehr in Folge früher, verzerrter Interaktionserfahrungen, misslungener Bindungsmuster, aber auch körperlicher oder psychischer Traumatisierungen sich eine strukturelle Vulnerabilität entwickelt. Auch umschriebene schicksalhafte Lebensereignisse oder spätere traumatische Erfahrungen oder die Nichtpassung protektiver und Risikofaktoren begünstigen das Entstehen einer psychischen Störung. Häufig kann diese auch als misslungene Bewältigungsstrategie eines schicksalhaften Ereignisses oder einer nicht bewältigten Entwicklungsaufgabe angesehen werden. So ist mit Resch (1996) strukturelle Vulnerabilität ein essentieller Bestandteil dieses Konzeptes, und neben der biografischen und situativen muss auch immer die strukturelle Analyse der Persönlichkeitsstruktur erfolgen.

Das Verständnis der Autoren von Struktur ist stark durch OPD (1996) und OPD-KJ geprägt. Die OPD-KJ versteht aus einer integrativen Perspektive nach dem bio-psycho-sozialen Modell den Menschen als lebendes System im kontinuierlichen Austausch von Materie, Energie und Information mit seiner Umwelt. „In diesen Umweltinteraktionen besitzt der Mensch eine individuell typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die als Handlungsbereitschaft potenzielle Interaktionsmöglichkeiten unter Gesichtspunkten der Wahl zur Verfügung stellt. Eine solche Disposition kann als psychische Struktur bezeichnet werden“ (OPD-KJ, 2003, S. 17).

Die psychische Struktur eines Kindes oder Jugendlichen kann aus seinen Fähigkeiten zur Selbststeuerung, seiner Fähigkeit, Vorstellungen über sich selbst und andere zu entwickeln, sowie aus seinen kommunikativen Fähigkeiten erschlossen werden. Hier können Defizite bestehen, die wir als strukturelle Defizite bezeichnen und von strukturellen Störungen, etwa im Sinne der Borderline-(Persönlichkeits-)Störung, abgrenzen.

Aus unserer Sicht und Erfahrung sind wir im klinischen Alltag sehr häufig mit diesen strukturellen Defiziten unserer Patienten konfrontiert, die sich auch bei einer Vielzahl anderer psychiatrischer Störungen häufig beobachten lassen. Sie haben zumeist große Probleme, eigene Gefühle zu erkennen und zu benennen, diese Gefühle angemessen zu steuern und auch die Gefühle anderer Menschen zu erkennen und angemessen zu reagieren. Ihre Kommunikation nach innen und außen ist ebenso beeinträchtigt wie ihre Fähigkeit, stabile Beziehungen aufzubauen und diese zu schützen.

In der Dimension „Selbst- und Objektwahrnehmung“ der OPD-KJ werden Selbsterleben, Selbst-Objekt-Differenzierung, Objekterleben und die objektbezogenen Affekte betrachtet und operationalisiert. Je nach Alter und struktureller Reifung kann das Kind oder der Jugendliche sich selbst mit Äußerem, Geschlecht, Fähigkeiten und Eigenschaften beschreiben, sieht sich als eigenständige Person mit eigenen, anderen Interessen als das Gegenüber und ist bereit, sich mit der Sichtweise des Gegenübers auseinanderzusetzen. Es/er kann auch die Affekte und Gemüthsstimmungen anderer (empathisch) nachvollziehen und eigene Affekte wahrnehmen, benennen und ausdrücken.

Die Dimension „Steuerung“ betrachtet die Fähigkeit, negative Affekte wie Missmut und Ärger zu regulieren und ambivalente Gefühle und Impulse zu erleben, anzuer-

kennen und mitzuteilen. Aggressive Impulse können mit Rücksicht auf und unter Zuhilfenahme der Beziehung reguliert werden und auch die Fähigkeit zur Selbstberuhigung schreitet voran. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung zeigt sich gleichermaßen in der Entwicklung des Selbstgefühls wie in der Fähigkeit zur Regulation des Selbstwertgefühls, aber auch in der zunehmenden Integration von Steuerungsinstanzen wie Regeln und Verboten und Mechanismen der Konfliktbewältigung.

Die Dimension „*kommunikative Fähigkeiten*“ umfasst die Aspekte Kontakt, Entschlüsselung fremder Affekte, Reziprozität und die Fähigkeit, allein zu sein. Die Kommunikation eigener Affekte wird möglich und reift, Kommunikation wird zunehmend zur Selbst- und Affektregulierung genutzt und das Kind lernt, dass Affekte auch der Regulation der Beziehung dienen. Eigene Affekte können von fremden differenziert werden, trotzdem gibt es gemeinsame „symmetrische Wir-Gefühle“ (Reziprozität).

Auch die Fähigkeit zur internalisierten Kommunikation schreitet voran, also die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum Alleinsein, was stabile internalisierte Objekte voraussetzt (vgl. OPD-KJ, 2003).

### 2.1.2 Selbstwertgefühl

Besonders vernachlässigt erscheint uns in der deutschsprachigen kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung und Literatur die Frage der Psychopathologie der Selbstwert-Regulation. Welche kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen gehen (auch) mit einer beeinträchtigten Regulation des Selbstwertgefühls einher bzw. lassen sich vor dem Hintergrund einer solchen verstehen?

Der Selbstwert respektive das Selbstwertgefühl werden in der einschlägigen Fachliteratur zumeist als etwas stabil Überhöhtes oder Erniedrigtes dargestellt. Auch Resch (1996) sieht es so und weist nur in einem Exkurs auf das Modell der Selbstwertgefühlsregulation nach Kernberg hin. Aus unserer Sicht ist das Selbstwertgefühl kein Gefühl im engeren Sinne, sondern ein System, das ständiger Regulation bedarf.

Seine Entwicklung ist ja nur entwicklungspsychologisch zu verstehen und entsteht auf dem Boden des Temperaments eines Kindes aus einer stabilen Bindung an die primären Bezugspersonen heraus. Im Alter von ca. zwei Jahren „sieht“ das Kind seine Bedeutung in den Augen und dem Verhalten dieser Personen. Zur Entwicklung der Fähigkeit der Steuerung des Selbstwertgefühls bedarf es noch einiger Jahre der wechselseitigen Kommunikation mit den Bindungspersonen.

Eine Erschütterung der Selbstwertgefühlsregulation wird gemeinhin als unangenehm und beängstigend erlebt und ist häufig mit dem Gefühl der Unterlegenheit verbunden, hingegen wird ein gut reguliertes Selbstwertgefühl als angenehm empfunden. Auslenkungen des Selbstwertgefühls werden also eher affektiv wahrgenommen, Erschütterungen von Selbstbild und Identität sind eher kognitiv getönt.

Depressive und aggressive Störungen sind unseres Erachtens ebenso unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten wie Störungen des Essverhaltens, Drogenkonsum, Persönlichkeitsstörungen sowie insbesondere suizidale Krisen, um nur einige zu nennen.

Das Herstellen von Überlegenheit, beispielsweise über Aggression und die Demonstration von Macht, auch in pädagogischen Situationen, ist eine häufige Abwehr- bzw. Bewältigungsstrategie solcher Erschütterungen der Selbstwertgefühlsregulation.

Im Rahmen dieses Artikels können wir leider nicht darauf eingehen, wie die mangelnde Regulationsfähigkeit im therapeutischen Prozess zu verbessern ist. Wir sind aber der Überzeugung, dass die Förderung von Ressourcen und Loben bzw. das Infragestellen eines narzisstisch überhöhten Selbst nicht die Flexibilität des Selbstwertregulationssystems verbessert oder allein ausreicht, um die Flexibilität dieses Systems zu verbessern. Hier tut sich unseres Erachtens ein wichtiges Forschungsfeld auf.

### 2.1.3 Affekte und Affektregulation

Um den Stellenwert von Gefühlen im therapeutischen Prozess noch deutlicher zu machen, möchten wir kurz auf einige grundlegende Erkenntnisse über die Entstehung und Regulation von Affekten und deren Bedeutung für die Beziehungsregulation eingehen.

Die Säuglingsforscher und andere Forscherteams (Izard, 1977; Dornes, 1997; Ekman, 2010) haben festgestellt, dass es für mindestens sieben so genannte Primäraffekte spezifische Gesichtsausdrucksmuster gibt, die in allen Kulturen gleich sind. Sie müssen nicht gelernt werden, sondern sind Bestandteil der normalen Verhaltensausrüstung eines jeden Mitglieds der Spezies Mensch. Es sind dies die Primäraffekte Freude, Verachtung, Angst, Überraschung, Ekel, Zorn und Trauer.

Man kann davon ausgehen, dass diesen Gefühlen immer ein entsprechender Gesichtsausdruck zugeordnet werden kann, da bestimmte Parameter wie Blutdruck, Pulsfrequenz, EEG, elektrischer Hautwiderstand emotionsspezifisch sind.

Diese Auffassung ist jedoch strittig. Lewis und Michalson (1985) betrachten diese Affekte als etwas kulturell Gelerntes und damit Abgeleitetes. Weitere Ausführungen zum Thema Emotionsspezifität finden sich auch bei Holodyski (2006) und in der Arbeit von Weber (1997).

Beim Säugling drücken sich Empfinden und Erleben noch direkt im Verhalten aus, d. h. Gefühls- und Gesichtsausdrücke, Körpermotorik und andere Verhaltensmanifestationen sind der zuverlässigste Auskunftgeber für das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein bestimmter Gefühle.

Die frühkindliche und spätere Entwicklung des Affektsystems ist ja von Anbeginn an das Gegenüber, die primäre Bezugsperson, gebunden. Bereits die Nachahmung (z. B. Zunge herausstrecken, Mund öffnen) des Neugeborenen ist eine soziale Antwort, und spätestens ab dem 2. bis 3. Monat beginnt ein selektives Anlächeln von Gesichtern. Wenn die Mutter das Kind anlächelt und es lächelt zurück, erzeugt die Mutter bei dem Kind nicht nur das Lächeln, sondern auch das korrespondierende Gefühl der Freude, des Erkennens. Für unsere späteren Betrachtungen erscheint es uns sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass sich hier die ersten Hinweise finden, dass nicht nur ein Gefühl eine bestimmte Motorik (Gesichtsausdruck) nach sich zieht, sondern der Prozess auch

umgekehrt von der Motorik zum Gefühl möglich ist, was Ekman (2010) bestätigt. Er gibt hier detaillierte Anweisungen, wie durch mimische Veränderungen ein definiertes Gefühl entstehen kann. Holodynski (2006) betrachtet die Emotionsregulation als einen Prozess vom interpersonalen zum intrapersonalen Regulationsniveau.

Die Entwicklung, Differenzierung und Regulation von Gefühlen ist also von Beginn an in eine Beziehung eingebunden und dient deren Gestaltung. Das Blickverhalten des Säuglings ist eine der ersten Modalitäten, in der er selbstregulatorische Fähigkeiten erprobt und Beziehung reguliert.

Nur wenig später beginnt die Mutter/der Vater intensive Affekte des Säuglings zu imitieren, zu spiegeln, zu markieren und zu modulieren. Die Entwicklung und Differenzierung der Affekte und deren Regulation ist also von Beginn an ein komplexes Beziehungsgeschehen und ein körperliches, das an Mimik, Ganzkörpermotorik, Stimme und Atmung gebunden ist.

## 2.2 Fähigkeiten

Wir können davon ausgehen, dass sich zwischen unseren Patienten und Therapeuten sowie Betreuern praktisch vom ersten Tage an Beziehungen entwickeln. Diese sind gelegentlich von Sympathie und Wertschätzung getragen, häufig aber auch sehr instabil und von Entwertung und Widerstand geprägt. Besonders dysfunktionale Beziehungsmuster etablieren sich sehr rasch. Unter anklammerndem Verhalten, Unterwerfung, Bewunderung oder Rückzug verbirgt sich der Wunsch nach Nähe und Kontakt, hinter kränkendem, kontrollierendem und belehrendem Verhalten der Wunsch nach Selbstständigkeit und Unabhängigkeit und hinter prahlendem und rivalisierendem Verhalten der Wunsch nach Anerkennung. Diese dysfunktionalen Beziehungsmuster führen aber in Beziehungen, auch in Alltagsbeziehungen, immer zum gleichen Resultat: Zurückweisung, Ärger, Auseinandersetzung um Macht oder Überbehütung usw.

Es bedarf deshalb einer ganzen Reihe von Fähigkeiten, um trotz der beschriebenen Beziehungsmuster mit den Patienten Arbeitsbündnisse zu etablieren, die es den Mitarbeitern erlauben, die komplexe emotionale Dynamik der therapeutischen Beziehung verstehen, nutzen und lenken zu können.

### 2.2.1 Die therapeutische Beziehung

Grawe hat in seinen Arbeiten die therapeutische Beziehung als einen wesentlichen Wirkfaktor dargestellt (Grawe, Donati, Bernauer, 1995). Krause (1997) hat mit Bezug auf eine Arbeit von Orlinsky und Howard (1986) ausgeführt, dass die Qualität einer therapeutischen Beziehung durchgängig mit guten Ergebnissen verbunden war. Hingegen sei die Frage, was nun eine therapeutische Beziehung wirksam macht, keinesfalls geklärt. Er führt weiter aus, dass es sich nicht um eine im landläufigen Sinn angenehme Beziehung handelt und das Erleben negativer Affekte, vor allem zu



Beginn der Behandlung, sehr oft mit positiven Ergebnissen verbunden ist. So sei es auch mit konfrontativem Verhalten seitens des Therapeuten, wohingegen Unterstützung, Rat geben und Selbstöffnung des Therapeuten keine Korrelationen zu irgendwelchen Erfolgsmaßen haben. Elementare Regeln von Alltagsbeziehungen müssen außer Kraft gesetzt werden. Gute alltägliche Arbeitsbeziehungen zeichnen sich z. B. durch ein recht niedriges Niveau an negativem Affekt aus und außertherapeutische Liebesbeziehungen haben die Neigung, die Beziehung emotional symmetrisch zu gestalten. Therapeutische Beziehungen sind emotional jedoch eher asymmetrisch. Einer hohen emotionalen Offenheit des Patienten sollte eine eher geringe emotionale Selbstöffnung des Therapeuten gegenüberstehen (Krause, 1997). Krause weist weiter darauf hin, dass man im therapeutischen Prozess willkürlich eine am Alltag orientierte therapeutische Arbeitsbeziehung, die eine Form von Bindung und Engagement voraussetzt, von einem davon getrennt durch eine spezifische Behandlungstechnik gesteuerten Problemlöseanteil abspalten kann und führt weiter aus, dass es sich bei der Integration der beiden Bereiche wahrscheinlich um das Grundproblem aller Psychotherapien handelt.

Strupp (1993) und Gaston (1990) differenzieren die therapeutische Beziehung in vier Bereiche:

1. Die Arbeitsbeziehung
2. Das affektive Band des Patienten zum Therapeuten
3. Das empathische Verständnis des Therapeuten und sein Involvement (beinhaltet auch das affektive Band des Therapeuten zum Klienten)
4. Die Zielübereinstimmung und Orientierung an den gemeinsam zu lösenden Aufgaben.

Und Merten (2001, S. 73) führt aus, es ließe sich schlussfolgern, „dass therapeutische Beziehung und therapeutische Technik als nicht voneinander trennbare Aspekte therapeutischer Tätigkeit angesehen werden können. Zwar wird eine tragfähige therapeutische Beziehung im Sinne einer therapeutischen Arbeitsbeziehung (...) als notwendige Voraussetzung für die Wirksamkeit therapeutischer Techniken angesehen. Anleitungen, wie eine ‚gute‘ Arbeitsbeziehung hergestellt werden kann, sind aber entweder nicht vorhanden, zu allgemein gehalten, oder ihre praktische Umsetzung wird, wie dargestellt, nicht sichergestellt oder überfordert die Therapeuten. Daneben gibt es bisher keine detaillierten Überlegungen zu einer prozeßorientierten Gestaltung der therapeutischen Beziehung“.

In diesem Zusammenhang stellt sich selbstverständlich auch die Frage, wie es um die genannten Fähigkeiten bei Pflegepersonal und Therapeuten steht. Wir sehen im klinischen Alltag, aber auch in der Ausbildung zum Psychotherapeuten, deutliche Defizite. Allein bei der Fähigkeit, eigene Gefühle zuzulassen und angemessen zu steuern, aber auch bei der Fähigkeit, die Gefühle anderer Menschen, also unserer Patienten, zu erkennen, lässt sich unzweifelhaft ein Qualifizierungsbedarf feststellen. Selbst bei tiefenpsychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten beschränkt sich die Selbstwahr-

nehmung häufig auf das (eher lapidar) Vorgetragene: „In der Gegenübertragung fühle ich Ärger aufkommen!“

Und wie steht es um die Steuerung des Selbstwertgefühls bei Betreuern und Therapeuten?

### 2.2.2 Affektive Austauschprozesse

„Ein wesentliches Manko der Psychotherapieforschung besteht darin, dass mikroprozessuales Verhalten, das einen Großteil zur Qualität von Beziehungen beiträgt, bisher noch wenig erforscht wurde“ (Merten, 2001, S. 73).

Wir sind mit Krause (1997) der Meinung, dass psychische Störungen in Beziehungen entstehen, sich dort perpetuieren, aber auch dort behandelbar sind. Merten (2001, S. 68) drückt es ähnlich aus: „Versteht man psychische Störung als zu großen Teilen in interaktivem Verhalten und Beziehungen verankert, tritt die therapeutische Beziehung als Einflussgröße auf mögliche Veränderungsprozesse bei dem Patienten in den Vordergrund. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung selbst kann als Wirkfaktor angesehen werden und nicht nur als notwendige unspezifische Voraussetzung für den wirksamen Einsatz dessen, was bisher unter psychotherapeutischen Techniken verstanden wird“.

Um uns der Relevanz affektiver Austauschprozesse zuzuwenden, möchten wir auf die Forschung Krauses näher eingehen, der das affektive wechselseitige Verhalten mikroprozesshaft sehr schön untersucht hat.

In seinem Linsenmodell des Beziehungsgeschehens beschreibt er den Informationsaustausch zwischen zwei Menschen, die er vereinfachend mit Sender und Empfänger bezeichnet, als Begegnung auf sinnlicher Ebene.

Der Sender teilt seine Handlungsintentionen, Eigenschaften, Affekte und Triebzustände über verschiedene Informationskanäle, wie Stimme, Bewegungen des Gesichtes, der Extremitäten, Ganzkörperbewegungen und Körperpositionen sowie Atemmuster mit. Sein Gegenüber, der Empfänger, nimmt nun über die sensorischen Kanäle Gehör, Sehen, Geruch, Temperaturdifferenzen und taktile Empfindungen diese Informationen auf. Die so genannten Verhaltensklassen gehen nach Krause auf Arbeiten von Ekman und Friesen (1969) zurück und sind nach seinem Verständnis „natürliche Beobachtungseinheiten“, die der Psychotherapeut nutzen sollte.

*Attunement* bedeutet in seinem Verständnis die Aufhebung von Sender und Empfänger, wenn die Abstimmung der Bewegungen und sensorischen Signale in einer zeitlichen Auflösung stattfindet, die die Suche nach dem Verursacher nicht mehr möglich macht, und Beziehungen sind nach seinem Verständnis ein sehr sinnlicher, sensorischer Prozess.

Körperbewegungen unterliegen nach Krause in der Dyade einer unbemerkten wechselseitigen Feinsynchronisierung, die sich in einem zeitlichen Rahmen abspielt, der unter der üblichen Reaktionszeit liegt. Solche dyadischen Körperbewegungen haben sehr wohl eine Funktion, nämlich die Steuerung von gemeinsamer Erregung und

Intimität. Die zeitliche Reziprozität, in der eine Person unmittelbar mit demselben Verhalten antwortet, ist von großer Bedeutung für viele Dimensionen der Beziehungsregulierung. Ein anderer Organisationsrahmen für diese dyadischen Bewegungsphänomene ist der Hörer-/Sprecherwechsel.

Als *Körperformanulatoren* bezeichnet er Bewegungen eines Körperteils an einem anderen, wie Kratzen, Streicheln, sich durchs Haar fahren, die Lippen lecken. Sie treten bei Stress und Unwohlsein auf, als verhaltensmäßige Äquivalente von Kontrolle bei Täuschungsversuchen und falschem Affekt, aber auch als Teil von Werbeverhalten in einem erotisierten Kontext und als Ausdruck von Wohlbefinden.

Bei *Regulatoren* handelt es sich um Verhaltensgestalten des ganzen Körpers, des gestisch-mimischen und vokalen Systems sowie des Kopfes, die die Hörer-/Sprecherzustände in einer Dyade steuern.

Als *Illustratoren* bezeichnet er eine Kategorie von mimisch-gestischen Verhaltensweisen, die etwas parallel Gesprochenes illustrieren, affektiv untermalen oder markieren, etwa wenn ein Sprecher das Wort „Besitz“ mit einer besonderen Gestik unterlegt, also etwa die Augen aufreißt und die Brauen hochzieht.

Und *Embleme* sind eine Klasse gestischer oder mimischer Verhaltensweisen, die anstelle von Sprache benutzt werden, z. B. das „Vogel zeigen“, das „Daumen drücken“ (Krause, 1997), in der Jugendkultur ist der „Stinkefinger“ sehr beliebt.

Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang noch der so genannte *dyadische Leitaffect*. Hierunter versteht Krause denjenigen mimischen Ausdruck, der prozentual den jeweils höchsten Anteil am Ausdrucksgeschehen einer einzelnen Person hat. Nach der Valenz kann der Ausdruck von Wut, Trauer, Ekel, Verachtung, Angst als negativer, der Ausdruck von echter Freude und Überraschung als positiver Wirkfaktor betrachtet werden. Im therapeutischen Setting ist die so genannte komplementäre Form die günstigste für den therapeutischen Prozess, d. h. einer von beiden (Patient oder Therapeut) hat einen Leitaffect mit negativer, der andere mit positiver Valenz. Wer dies ist, ist gleichgültig.

Die Wahrnehmung von Gefühlen bei unseren Patienten stützt sich auf die oben beschriebenen natürlichen Beobachtungseinheiten, also Kenntnisse über Mimik, Sprache, Atmung und Körperausdruck (Haltung, Ganz- und Teilkörperbewegungen). Bei der Wahrnehmung seiner eigenen Gefühle kann sich der Therapeut wohl nicht auf die Wahrnehmung seiner Mimik verlassen, wohl aber auf physiologische und körperliche Parameter, wie Schweißproduktion, Herzfrequenz, Temperaturempfinden, Atmung, Darmtätigkeit und muskuläre Anspannung. Ein gut ausgebildeter Therapeut sollte hierüber in der Lage sein, ein oder mehrere Gefühle bei sich wahrzunehmen und sie in den Kontext der therapeutischen Beziehung einzuordnen. Er muss sich die Frage stellen, ob er das aktuelle Gefühl in die Therapiestunde mitgebracht hat, es sich um das Phänomen von Gefühlsansteckung handelt oder sein Gefühl Ausdruck affektiver Austauschprozesse in der Therapiestunde ist. Die vom Therapeuten wahrgenommenen Gefühle beim Patienten bedürfen einer Interpretation. Nimmt der Patient das Gefühl wahr und versteht er den Kontext? Oder dient das Gefühl der Abwehr eines

anderen Gefühls oder der Bedrohung der Selbstwertgefühlsregulation? Ist das Gefühl Ausdruck erfüllter oder unerfüllter, funktionaler oder dysfunktionaler Beziehungswünsche des Patienten an den Therapeuten, also Bestandteil der Interaktion?

### 2.3 Methode

Der Therapeut wird je nach seinem Psychotherapieverständnis in seiner eigenen Art mit dem Patienten verbal kommunizieren. Arbeit an strukturellen Fähigkeiten heißt, dem Patienten zu helfen:

- eigene Affekte und Stimmungen wahrzunehmen und sie zu benennen,
- sie angemessen zu steuern,
- Affekte beim Gegenüber wahrzunehmen und zu benennen,
- über die Affekte dem Kontext angemessen zu kommunizieren.

Affektwahrnehmung, Steuerung und Kommunikation sind aber immer auch körperliche Geschehen. Wie bereits erwähnt, hat Ekman (2010) auf die Verbindung von Affekt und Motorik hingewiesen. Auch Linehan nutzt die aus der Zen-Meditation bekannte Technik des leichten Lächelns als Strategie der Affektregulation (zit. bei Sulz, 2006). In der DBT-A wird dieser Gedanke weiter ausgeführt. Sie setzt sich intensiv mit der Wichtigkeit von Gefühlen, dem Zusammenhang von Gefühl, Körperreaktion und Handlungsimpuls und der Steuerung von Gefühlen auseinander (Fleischhaker, Sixt, Schulz, 2010). In der Gruppen-Körpertherapie bearbeiten Patienten durch gezielte Körperübungen (Körperkonfrontation, Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens, Aufbau positiver körperbezogener Tätigkeiten) ihre Körperbildstörung (Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, Korte, 2007).

Insbesondere aber durch Damasio's Theorie der somatischen Marker (Damasio, 1997) hat das Verständnis des Zusammenwirkens von Körper und Affekt viele neue Impulse bekommen und damit gerade das komplexe Feld der Körperpsychotherapie bereichert.

Die Einbeziehung des Körpers in die (Psycho-)Therapie hat eine lange Vorgeschichte. Hinter dem Begriff „Körperpsychotherapie“ verbirgt sich keine einheitliche therapeutische Schule und kein einheitliches Konzept.

Allerdings gab und gibt es eine Vielzahl körpertherapeutischer Verfahren und Schulen, die sich jedoch durch den Vorrang eines erfahrungsorientierten Vorgehens schwer fassen, in der klinischen Praxis Fuß zu fassen. In den letzten Jahren sind aber deutliche Anstrengungen unternommen worden, die körpertherapeutischen Verfahren auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen (Sulz, 2006) und psychodynamische, entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Erkenntnisse in die Arbeit einzubeziehen (Tasche u. Weber, 2002).

Nonverbales, den Körper einbeziehendes Arbeiten ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch ubiquitär, insbesondere in alltäglicher Pädagogik und Therapie mit Kindern. Sporttherapie und Psychomotorik sowie konzentrierte Verfahren beziehen den Körper ausdrücklich ein. In Time-outs finden sich häufig weiche Materialien „zum

Draufschlagen“, in unserer Klinik ist Ringen in Sumo-Anzügen mit Betreuern sehr beliebt. Auch Boxsäcke sind in Kliniken sehr verbreitet, häufig werden jedoch Jugendliche allein zum Boxsack geschickt mit der Maßgabe: „Nun lass mal deine Wut raus!“ Diesem Vorgehen liegt aber häufig kein Konzept zum Umgang mit Wut zugrunde, sondern eher eine Vorstellung von Abfuhr der Aggression, etwa im Sinne von Katharsis. Wir halten dieses Vorgehen für problematisch, denn wer hat es noch nicht erlebt, dass ein Jugendlicher bis zur Erschöpfung schlägt, aber die Wut nicht abnimmt?

Wir sind in der therapeutischen Arbeit mit und an Gefühlen mit unterschiedlichen Konstellationen konfrontiert. Zwischen der An- und Abwesenheit eines Gefühls bei unseren Patienten und der Überlagerung mehrerer Gefühle, deren Wahrnehmung oder Nichtwahrnehmung, der korrekten oder falschen Benennung des Gefühls und der angemessenen oder reduzierten Fähigkeit zur Steuerung und Kommunikation gibt es die verschiedensten Kombinationen.

Wir erleben immer wieder Patienten, die wir nicht mittels natürlicher Beobachtungseinheiten in einem Gefühl sehen. Gefühle werden extrem kontrolliert, Cool-Sein ist heutzutage sehr in. Oder wir sehen ein unterdrücktes Gefühl. Hier kann es unser Ziel sein, ein unterdrücktes Gefühl orientiert am therapeutischen Prozess zu mobilisieren bzw. zu verstärken. Es wird ungeachtet des zu mobilisierenden Gefühls hilfreich sein, dem Patienten vorzuschlagen, die Atmung etwas zu forcieren, leichte Bewegungen des Körpers durchzuführen, um eine evtl. Erstarrung zu lockern und seine Füße am Boden zu spüren.

Je nach der Interpretation bezogen auf den Adressaten des Gefühls kann es sinnvoll sein, den Patienten zu ermuntern, die Augen zu schließen, sich u. U. Vater und Mutter vorzustellen oder aber mit dem Therapeuten Blickkontakt herzustellen, falls das Gefühl Bedeutung für die therapeutische Beziehung hat.

An dieser Stelle möchten wir nochmals an die Säuglingsbeobachtung erinnern. Durch Mimik und Ganz- oder Teilkörperbewegung lässt sich jedes Gefühl induzieren. Sehr zu empfehlen sind in diesem Zusammenhang die detaillierten Ausführungen von Ekman (2010), der differenzierte Beschreibungen zur Mimik bei den Basisgefühlen vorgelegt hat. Darüber hinaus wird jeder mit seinen Gefühlen im Kontakt befindliche Therapeut seinen Patienten entsprechende Körperhaltungen oder Bewegungen vorschlagen können, die hilfreich sind, das Gefühl zu mobilisieren. Bei Traurigkeit, Angst oder Hilflosigkeit kann es auch hilfreich sein, das Gefühl seitens des Therapeuten zu benennen („Es sieht so aus, als ob du traurig bist“) und es ggf. vom Patienten aussprechen zu lassen („Ich bin etwas traurig, ich fühle mich so allein. Ich fühle mich völlig hilflos.“). Vergessen wir nicht, viele unserer Patienten haben Verluste und schmerzliche Lebensereignisse erlebt. Die dargestellte Wut stellt jedoch häufig eine Abwehrstrategie gegen Trauer und Hilflosigkeit dar.

In Krisen brauchen unsere Patienten eher Unterstützung als Konfrontation. Unterstützung kann auch mal eine Berührung sein: ein in-den-Arm-nehmen, eine-Hand-an-den-Rücken-legen oder Rücken-an-Rücken-sitzend. Der Therapeut muss sich gerade bei solchen Interventionen darüber im Klaren sein, dass die Gefahr besteht, bei

dem Patienten die Illusion zu wecken, jetzt endlich eine Person gefunden zu haben, die „alles wieder gut macht“. Das gilt natürlich insbesondere für weitergehende Interventionen, etwa den Patienten auf einer Matratze liegend in eine Decke zu hüllen, quasi zu bemuttern, um evtl. die Traurigkeit über einen Verlust („was ich immer wollte, aber nie hatte ...“) zu mobilisieren.

Wenden wir uns nun einer therapeutischen Situation zu, in der der Therapeut mittels der natürlichen Beobachtungseinheiten ein Gefühl beim Patienten registriert, der Patient dieses aber nicht wahrnimmt und es demzufolge auch nicht benennen und situativ einordnen kann. Auch hier kann es zunächst wichtig sein, das Gefühl zu verstärken. Ganz sicher ist hier „das Spiegeln“ eine geeignete Methode, dem Patienten eine Rückmeldung über das bei ihm sichtbare Gefühl zu geben. Häufig fragen Therapeuten dann: „Bist du traurig?“ Wir halten es für sinnvoller, dem Patienten mitzuteilen, was wir sehen und das Gefühl zu benennen („Ich sehe, dass dein Kinn zittert und deine Augen feucht werden, du bist jetzt wohl traurig“). Nicht selten nehmen Patienten etwas wahr, benennen es aber aufgrund ihres eingeschränkten Emotionsverständnisses falsch. Auch hier kann man korrigierend mitteilen: „Ich würde es eher Verzweiflung statt Traurigkeit nennen“ oder „Hinter deiner Wut sehe ich viel Traurigkeit“.

Wenn wir ein Gefühl mobilisiert haben oder es verstärken, ist seitens des Patienten die Fähigkeit zur Steuerung gefragt und unsere Kompetenz zur Unterstützung bei der Nachreifung. Wir sehen hier häufig Schwächen bei unseren Patienten.

Bei der Arbeit an und dem Ausdrücken von Wut bzw. dem Mobilisieren der Wut geht es nicht darum, dass der Therapeut all die unangenehmen Gefühle in sich aufnimmt, vielmehr soll er ein aktives korrespondierendes Gegenüber darstellen, welches das Gefühl aushält, sich in Anbetracht von Grenzsetzung und Absprachen sicher fühlt, zum Ausdruck von Wut ermutigt, aber zugleich die Kontinuität der Beziehung nicht in Frage stellt. Neben der Unterstützung beim Mobilisieren und Ausdrücken der Wut ist es seitens des Therapeuten unverzichtbar, parallel zu dem Geschehen jeweils das Gefühl bei dem Patienten zu interpretieren. Handelt es sich bei der Wut um eine Abwehr von Hilflosigkeit und Trauer, um einen Prozess der Stabilisierung des bedrohten Selbstwertgefühls oder um enttäuschte Beziehungswünsche an den Therapeuten?

Ist es sinnvoll, mit dem Patienten in Blickkontakt zu gehen und sich als Gegenüber zur Verfügung zu stellen? Wir lassen Patienten mit Fäusten, Stock oder Tennisschläger auf einen Schaumstoffblock schlagen oder liegend in eine Matratze kicken. Wir verbinden diese Mobilisierung gelegentlich mit dem Aussprechen, Ausschreien von Worten. Wenn die Wut der Abwehr von Traurigkeit und Hilflosigkeit dient, müssen wir damit rechnen, dass dieses Gefühl schnell in ein anderes, etwa Verzweiflung umschlägt. Wir stellen uns auch dem Patienten gegenüber an den Schaumstoffwürfel und schlagen abwechselnd mit Fäusten auf diesen. Der eine schreit dazu: „Ja“, der andere „nein“.

Wie schon dargestellt, ist es wichtig, dass der Therapeut die Gefühle seines Gegenübers aushalten kann und die Kontrolle über die Situation behält. Der Patient muss absprachefähig sein und der Therapeut sich sicher fühlen. Unbedingt ist vorher eine „Stopp-Regel“ zu vereinbaren, d. h. der Therapeut kann den Prozess durch ein „Stopp“

unterbrechen. Beim Schlagen mit Stöcken oder Tennisschlägern ist auch unbedingt der Selbstverletzungsgefahr seitens des Patienten vorzubeugen.

Wir hatten an wenigen Beispielen erläutert, wie wir unter Einbeziehung von non-verbalen Interventionen an der Wahrnehmung, Steuerung und Kommunikation von Gefühlen arbeiten, um die strukturelle Nachreifung unserer Patienten zu unterstützen. Der Therapeut wird hierbei dem Patienten helfen, die Wahrnehmung eines Gefühls zu verbessern, es zu benennen, das Gefühl zu verstärken oder zu dämpfen. Immer muss sich der Therapeut auch in jeder therapeutischen Situation die Frage stellen, wie viel Unterstützung einerseits oder Konfrontation und Deutung andererseits angebracht sind. In jedem Fall wird der körpertherapeutischen Intervention das aufarbeitende, klärende und auch deutende Gespräch folgen mit dem Ziel einer gefühlsgetragenen Einsicht.

Eine Gefährdung der Patienten durch missbrauchende Berührungen muss selbstverständlich ausgeschlossen werden. Gerade bei körperlich oder sexuell misshandelten oder missbrauchten Kindern und Jugendlichen ist die Einbeziehung einer dritten Person bei derartigen Körperinterventionen ebenso zu erwägen, wie sie bei der ärztlichen Untersuchung selbstverständlich ist.

## 2.4 Zusammenfassung Kompetenzprofil

### 2.4.1 Wissen

Der Therapeut verfügt über gute Kenntnisse der OPD-KJ, insbesondere über die strukturellen Dimensionen

- Selbst- und Objekterleben,
- Steuerung,
- kommunikative Fähigkeiten.

Er verfügt über ein Wissen um die Bedeutung von Affekten im Allgemeinen, die Verbindung von Affekt und Körper, die Regulation und Fehlregulation von Affekten und über die Bedeutung der Affektorganisation und Kommunikation für und in dem therapeutischen Prozess. Er verfügt über Wissen und Kenntnisse hinsichtlich der Entstehung und Wirkungsweise des therapeutischen Arbeitsbündnisses.

### 2.4.2 Fähigkeiten

Der Therapeut ist fähig, seine eigenen Körperprozesse und seine Affektlage im jeweiligen therapeutischen Prozess wahrzunehmen, diese bezüglich der eigenen Situation, des therapeutischen Geschehens und der Situation des Patienten zu reflektieren und diese Analyse als Grundlage therapeutischer Interventionen zu nutzen.

Er verfügt über gute Fähigkeiten, mit seinen Patienten ein Arbeitsbündnis herzustellen, das vier Bereiche umfasst:



- die Arbeitsbeziehung,
- das affektive Band des Patienten zum Therapeuten,
- das empathische Verständnis des Therapeuten und sein Involvement (beinhaltet auch das affektive Band des Therapeuten zum Klienten),
- die Zielübereinstimmung und Orientierung an der gemeinsam zu lösenden Aufgabe.

Er ist fähig, den körperlichen und mimischen Ausdruck des Patienten zu deuten und körpertherapeutische Interventionen auch außerhalb eines alltagsorientierten Vorgehens (trösten, beruhigen) auf der Grundlage seiner körpersprachlichen Kenntnisse und einer körpertherapeutischen Zielsetzung zu gestalten.

Er verfügt über die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Gefühle, deren Steuerung und Kommunikation.

Der Therapeut verfügt über gute Fähigkeiten zur Wahrnehmung der Gefühle seines Patienten und bedient sich dabei nonverbaler natürlicher Beobachtungseinheiten, und er kann insgesamt dessen Affekterleben hinsichtlich Stärke, Vielfalt und Objektbezogenheit einschätzen.

### 2.4.3 Methode

Der Therapeut verfügt über ein methodisches Inventar, um die strukturelle Reifung seines Patienten zu fördern.

Er verfügt über methodische Möglichkeiten, den Patienten bei der Entwicklung, Korrektur und der weiteren Reifung seines Selbstwertregulationssystems zu unterstützen.

Er verfügt über sprachliche, mediale und körperbezogene Möglichkeiten, dem Patienten ein therapeutisches Beziehungsangebot zu machen, das die Blockaden, Ängste und Fähigkeiten des Patienten berücksichtigt.

Er verfügt über ein methodisches Instrumentarium, die Affekte des Patienten zu mobilisieren und ist gleichzeitig fähig, die mobilisierten Affekte zu ertragen, angemessen zu spiegeln und zu begrenzen. Darüber hinaus ist er in der Lage, die Auswirkungen seiner methodischen Interventionen einzuschätzen und zu kontrollieren.

## 3 Ausblick

Wir haben darauf hingewiesen, dass im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung selten die Heilung einer psychiatrischen Störung im Vordergrund steht, sondern es sehr viel häufiger um die Veränderung einer dysfunktionalen Bewältigungs- oder Anpassungsstrategie und die Beseitigung störenden Verhaltens geht, um die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus oder um die Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe oder eines Traumas. Leider steht



die Verbesserung struktureller Fähigkeiten nur gelegentlich im Fokus der Behandlung, obwohl es doch implizit oder explizit fast immer auch um die Wahrnehmung und Steuerung von Gefühlen bei unseren Patienten geht.

Ein mehrwöchiger Klinikaufenthalt stellt eine große Chance dar. Patienten befinden sich häufig in einer (Lebens-)Krise, sie leben zeitweilig in einem anderen System und sind generell in einem sehr entwicklungsfähigen Alter und sie gestalten immer Beziehungen zu Therapeuten und Betreuern. Diese Beziehungen stellen für uns Mitarbeiter ungeachtet unserer psychotherapeutischen und pädagogischen Ausrichtung einen trefflichen Rahmen dar, um strukturelle Nachreifung zu fördern.

Affekt- und Beziehungsregulation gründen sich im Wesentlichen auf Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, deren Steuerung und Kommunikation mit dem Gegenüber. Therapeuten können hier nach Maßgabe ihrer eigenen emotionalen und kommunikativen Kompetenzen sehr hilfreich sein.

Dieser Artikel soll uns anspornen, unsere therapeutischen Fähigkeiten im Sinne des Kompetenzprofils weiter zu entwickeln und die Entwicklung dieser Fähigkeiten auch zum elementaren Bestandteil psychotherapeutischer Weiterbildung zu machen.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Hans Huber.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern: Hans Huber.
- Damasio, A. R. (1997). *Descartes' Irrtum*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Ekman, P., Friesen, W. V. (1969). The repertoire of nonverbal behavior categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- Fleischhaker, C., Sixt, B., Schulz, E. (2010). *DBT-A Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*. Heidelberg: Springer.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Holodyski, M. (2006). *Emotionen – Entwicklung und Regulation*. Heidelberg: Springer.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. Plenum, New York (dt. 1981: *Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*).
- Krause, R. (1997). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lewis, M., Michalson, L. (1985). Faces as signs and symbols. In G. Zirin (Hrsg.), *The development of expressive behavior. Biological-environment interactions* (S. 153-180). Orlando: Academic press.
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Orlinsky, D. E., Howard, K. J. (1986). Process und outcome in psychotherapy. In A. E. Begin, S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Aufl.). New York: Wiley.
- Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (2010). Themenheft: Störungsspezifische Therapie bei strukturellen Störungen Jugendlicher, 59 (6).
- Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (2010). Themenheft: Entwicklung emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter, 59 (7).
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A., Streeck, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 435-452.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., Korte, A. (2007). Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) – eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 91-108.
- Strupp, H. (1993). The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 431-433.
- Sulz, S. K. D. (2006). Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper. In G. Marlock, H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Tasche, J., Weber, R. (2002). Braucht die Bioenergetische Analyse ein neues Paradigma? In *Forum der Bioenergetischen Analyse* (Band 1). Bonn: DVBA.
- Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung: Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter; mit einem Beitrag zur Hypothese der Emotionspezifität*. Wien: WUV-Universitätsverlag.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. med. R. Weber-Steinbach, Ruppiner Kliniken GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fehrbelliner Str. 38, 16816 Neuruppin; E-Mail: r.weber@ruppiner-kliniken.de

*Reinhard Weber-Steinbach, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Ruppiner Kliniken GmbH, Jens Tasche, freie Praxis.*