

## DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IN DER STATIONÄREN PSYCHOTHERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

CHRISTIAN HERTEL

SHG-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie  
und -psychosomatik, Kleinblittersdorf

**ZUSAMMENFASSUNG:** Die therapeutische Beziehung wird in der Psychotherapieforschung als allgemeiner Wirkfaktor angesehen. Der Artikel diskutiert zentrale Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im stationären Setting im Hinblick auf die therapeutische Beziehung. Die Besonderheiten des stationären Settings, entwicklungspsychologische und rechtliche Aspekte, die Arbeit mit Bezugspersonen und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Kontext spezifischer Störungsbilder werden kurz dargestellt. Psychotherapeutische Techniken zur Gestaltung der Beziehung werden erläutert. Die berichteten Inhalte werden abschließend kurz diskutiert.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** therapeutische Beziehung, Kinder, Jugendliche, stationäre Behandlung, Psychotherapie

### THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN IN-PATIENT PSYCHOTHERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

**ABSTRACT:** Therapeutic relationship is regarded as a “common factor” in psychotherapy research. This article discusses central aspects of psychotherapy in children and adolescents in in-patient settings with regard to therapeutic relationship. The particularities of the in-patient setting, developmental and legal issues, work with care givers and the building of a therapeutic relationship in specific disorders are reviewed briefly. Psychotherapeutic techniques used to build a therapeutic relationship are explained. The reported issues will be discussed briefly at the end of the paper.

**KEYWORDS:** therapeutic relationship, children, adolescents, in-patient treatment, psychotherapy

Meine psychotherapeutische Tätigkeit übe ich in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. Behandelt werden von mir überwiegend Patienten in suizidalen Krisen, nach Suizidversuchen

oder tiefen Selbstverletzungen, in akut psychotischen Zuständen oder emotionalen Erregungszuständen mit aggressivem Verhalten. Psychotherapeutische Schwerpunkte meiner Tätigkeit sind die

dialektisch-behaviorale Therapie (Auer & Bohus, 2017) und Traumatherapie (traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009). Räumlich ist die Versorgung der Akut-Patienten von den regulären Psychotherapiepatienten<sup>1</sup> getrennt. Die meisten meiner Patienten sind im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, die überwiegende Zahl ist weiblich.

Während die Verhaltenstherapie der Gestaltung der therapeutischen Beziehung lange Zeit nur untergeordnete Bedeutung zumaß, wird diese heute wie bei vielen anderen Ansätzen (Psychoanalyse, klientenzentrierte Gesprächstherapie) als zentral angesehen (Hoffmann, 2018; Lammers, 2017; Borg-Laufs, 2019). Dies lässt sich auch vor dem Hintergrund eines zunehmend integrativen Denkens in der psychotherapeutischen Versorgung verstehen.

Im Folgenden werde ich einige Gesichtspunkte darstellen, die meiner Meinung nach zum Thema Beziehungsgestaltung im beschriebenen Kontext von Bedeutung sind.

### BESONDERHEITEN

#### DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG IN DER STATIONÄREN BEHANDLUNG

Das stationäre Behandlungssetting bringt einige Besonderheiten mit sich, die sich direkt auf die Beziehungsgestaltung auswirken.

Im Unterschied zum ambulanten Kontext ist zunächst festzuhalten, dass

das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient zeitlich stärker begrenzt ist (i. d. R. auf einen Zeitraum von mehreren Monaten). In dieser Zeit finden dafür intensive und häufigere Kontakte statt, als dies im ambulanten Setting möglich wäre. Dies bietet zahlreiche Chancen, insbesondere können bei gelingender Beziehungsgestaltung sehr belastende Themen bearbeitet werden. Bei auftretenden Krisen kann der zuständige Therapeut sofort intervenieren und den Patienten bei der Bewältigung unterstützen. Eine gelungene Krisenbewältigung kann eine sich entwickelnde Beziehung deutlich festigen.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der Anzahl der Personen, zu denen der Patient eine Beziehung aufbaut. Während im ambulanten Kontext der Therapeut als einzige Bezugsperson auftritt, steht der Patient im stationären Setting vor der Aufgabe, eine Beziehung zu einem gesamten Behandlungsteam aufzubauen. Dabei müssen zunächst die unterschiedlichen Berufsgruppen in ihrer Funktion kennen gelernt werden. Darauf aufbauend muss sich der Patient auf sehr unterschiedliche Persönlichkeiten und damit unterschiedliche Verhaltens-tendenzen einstellen. Dies kann Patienten zu Beginn vor erhebliche Herausforderungen stellen, bietet aber gleichzeitig erhebliche Chancen für den Fall, dass sich eine tragfähige Beziehung aufbauen lässt.

Während bei regulären Psychotherapieprozessen eine Beziehung langsam aufgebaut werden kann, stellt die Behandlung in akuten Krisen eine besondere Herausforderung an Patient und Therapeut. Für den Therapeuten steht in diesem Fall zunächst die Abwendung einer akuten Gefahr für den Patienten selbst oder sein näheres Umfeld im Fokus. Diese kann besonders im Zwangskontext einen Beziehungsaufbau deutlich

<sup>1</sup> Es hat sich nach Kenntnis des Autors bisher noch keine einheitliche Sprachregelung bzgl. der Geschlechterbezeichnung und der LGBT-Community herauskristallisiert. Insofern orientiert sich der Autor an der Schreibweise im Duden. Gemeint sind explizit alle Personen, unabhängig von biologischem Geschlecht und sexueller Orientierung. Die Mehrheit der behandelten Patienten in unserer Klinik ist weiblich.

erschweren. Die große Not der Betroffenen und der oft erhebliche Druck, eine schnelle Lösung herbeizuführen, können weitere bedeutsame Hürden darstellen. Entsprechend variieren die Erfahrungen von Patient zu Patient erheblich. Manche Patienten reagieren erleichtert, weil sie das Gefühl haben, zum ersten Mal höre ihnen jemand zu und verstehe sie. Andere begegnen dem Therapeuten (teilweise zu Recht) mit erheblicher Skepsis und Misstrauen.

Auch unter diesen schwierigen Vorzeichen ist eine korrigierende Beziehungserfahrung möglich. Ich erlebe als hilfreich und vertrauensbildend eine starke Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen der Jugendlichen. Dies erfordert vom Therapeuten auf der einen Seite eine sehr klare Haltung bzgl. der von ihm umzusetzenden Zwangsmaßnahmen und auf der anderen Seite maximale Zugewandtheit und Unterstützung. Dabei versuche ich mich insbesondere an den Zielen der Patienten und deren Sichtweise zu orientieren. Häufig können scheinbar unwichtige Maßnahmen eine gute Grundlage für den Aufbau der Beziehung sein. Viele Patienten können auf Nachfrage eindeutige und konkrete Wünsche formulieren. So wünschen sich viele ein Telefonat mit einer bestimmten Person (Eltern, Freund, Verfahrenspfleger, Richter), frische Kleidung oder ein Kuscheltier. Hierbei muss der Therapeut immer die Sicherheit des Patienten bzw. dessen Bezugspersonen in den Vordergrund stellen. Ein Setting, in dem der Patient die Erfahrung macht, seine Grundbedürfnisse werden (wenn auch nicht unbedingt befriedigt) trotz Zwangsmaßnahmen zumindest ernst genommen, hilft vielen Patienten, sich auf eine Behandlung einzulassen. Nicht nur beziehungsförderlich, sondern auch diagnostisch relevant ist es, die Sichtweise des Patienten zur Problematik zu explorieren. Sie stellt die Grundlage für die

Therapieplanung dar und führt häufig zu zunehmendem Vertrauen des Patienten gegenüber dem Therapeuten.

#### BESONDERHEITEN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG BEI JUGENDLICHEN PATIENTEN

Der Beziehungsaufbau zu jugendlichen Patienten wird oft überlagert von jugendtypischen Konflikten. Diese sind nicht als pathologisch, sondern als entwicklungstypisch anzusehen. Häufig geht es dabei um Regeln und Grenzen. Dabei kann es leicht passieren, dass die Eltern oder der Patient den Therapeuten heranziehen, um die eigene Position durch einen Experten untermauern zu lassen. Kommt es dabei tatsächlich zur Bildung einer Allianz, so wirkt sich dies schnell negativ auf die Beziehung zur jeweils anderen „Partei“ aus. Dies ist insbesondere dann schwierig, wenn tatsächlich unangemessene Anforderungen gestellt werden. Ich erlebe es in solchen Situationen als hilfreich die ganze Familie in ihrer Fähigkeit zur Aushandlung von Vereinbarungen zu unterstützen. Dabei geht es oft um Gesprächsregeln und das Finden von Kompromissen. Sollte ich eine fachliche Meinung zu einer Fragestellung haben, so gebe ich diese ab, möglichst ohne Anwesenheit der jeweils anderen „Partei“. So lassen sich die Befürchtungen und Ängste der Betroffenen zunächst auffangen und offen ansprechen.

Eine weitere Besonderheit ergibt sich aus der rechtlichen Stellung von Kindern und Jugendlichen. So wird das Kindeswohl im SGB VIII als hohes und zu schützendes Gut explizit formuliert (Forster, 2018). In Fällen akuter Kindeswohlgefährdung sind Psychotherapeuten verpflichtet ihre Schweigepflicht zu brechen und das Jugendamt zum Schutze des Patienten einzuschalten. Von Vorteil ist dabei das

stationäre Setting. So ist eine akute Gefahr in der Klinik (abseits von Suizidalität und Fremdgefährdung) häufig nicht gegeben, sondern gilt nur bei einer Rückkehr in das häusliche Umfeld. Dadurch hat das Behandlungsteam mehr Zeit zu reagieren, als dies etwa im ambulanten Setting der Fall ist. Konkret erkläre ich den Jugendlichen zunächst die rechtliche Situation und weise sie darauf hin, dass ich gezwungen bin zu handeln. Ich versuche dann zunächst die Befürchtungen und Ängste der Jugendlichen herauszuarbeiten. Ich erläutere den Patienten das genaue Vorgehen und beantworte ihre Fragen. Ich versuche dabei möglichst die Selbstwirksamkeit der Patienten aufrechtzuerhalten und ihnen soweit möglich die Chance zu geben, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Dabei geht es häufig darum zu klären, wer was, wann und wie erfährt und was konkret passiert. Für Jugendliche ist dabei oft die Frage wichtig, wem sie was erzählen müssen und wer dabei ist. Manche wünschen sich z. B. beim Gespräch mit dem Jugendamt von Stationspersonal begleitet zu werden. Obwohl der Bruch der Schweigepflicht eine schwerwiegende Belastung für die therapeutische Beziehung darstellt, konnten die meisten Jugendlichen das Vorgehen grundsätzlich nachvollziehen und waren auch danach bereit mit mir als Therapeuten weiter zu arbeiten. Trotzdem halte ich es für hilfreich, dieses Thema explizit mit den Patienten zu besprechen.

#### DIE BEZIEHUNG ZU DEN BEZUGSPERSONEN

Neben einer tragfähigen Beziehung zu den eigentlichen Patienten steht der Therapeut darüber hinaus vor der Aufgabe, auch zu den Bezugspersonen eine Beziehung aufzubauen. Dabei ist grundsätz-

lich eine große Vielfalt an Konstellationen möglich: getrennte oder zusammenlebende Eltern, Pflegeeltern, Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen, Geschwister, Großeltern u. v. m. müssen als zentrale Bezugspersonen in eine gelingende Therapie einbezogen werden. Mögliche Interessenkonflikte wurden bereits angedeutet. Eine besondere Schwierigkeit gilt hier dem Gleichgewicht zwischen Transparenz über den Ablauf der Therapie und der Verpflichtung zur Verschwiegenheit gegenüber den Bezugspersonen. Für mich hat sich hier bewährt grundsätzlich die Bedeutung der Schweigepflicht zu betonen. Vor Gesprächen mit den Bezugspersonen thematisiere ich explizit mit den Patienten, was ich gerne besprechen würde.

#### BESONDERHEITEN IN DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG IM KONTEXT SPEZIFISCHER STÖRUNGSBILDER

In Abhängigkeit von spezifischen Störungsbildern stellen sich teilweise besondere Herausforderungen an die Beziehungsgestaltung.

Patienten mit Borderline-Störung können erheblich zwischen Idealisierung und Entwertung des Therapeuten schwanken (Auer & Bohus, 2017). Behandlungsteams stehen hier vor der schwierigen Aufgabe, die Wahrnehmung des Patienten auf der einen Seite ernstzunehmen und diese auf der anderen Seite nicht zusätzlich zu verstärken. Im ungünstigsten Fall kann es auch zur Spaltung innerhalb des Behandlungsteams kommen, was häufig Supervision erforderlich macht.

Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung erleben die Traumakonfrontation als extrem belastend. Die überwiegende Zahl der Trauma-Patienten in unserem Haus ist weiblich. Für sie

ist es besonders belastend, die Konfrontation mit einem männlichen Therapeuten durchzuarbeiten. Die Täter sind häufig männlich, was die Beziehung zu Männern für die Patientinnen oft zusätzlich erschwert. Auch hier hat es sich für mich bewährt diese Schwierigkeiten explizit anzusprechen. Viele Patientinnen waren in der Lage, ihr Trauma-Narrativ dennoch durchzuarbeiten. Die Konstellation stellt die Patientin vor große Herausforderung, gleichzeitig bietet es die besondere Chance einer korrektiven Beziehungserfahrung.

Während die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung lange Zeit in der psychotherapeutischen Versorgung vernachlässigt wurde, finden sich zumindest Ansätze, diese Patienten besser zu versorgen (Sarimski, 2013). Die Vorgehensweise ist dabei an die Fähigkeiten der Patienten anzupassen (wie bei Patienten ohne kognitive Einschränkung). Dies erfordert häufig eine Anpassung des Sprachniveaus. Viele Patienten können ihre Probleme schlechter zum Ausdruck bringen, erleben es aber dennoch als entlastend, wenn ihnen zugehört wird.

Ähnliche Überlegungen lassen sich zu Patienten in akut psychotischen Zuständen anstellen. In dieser Phase der Therapie steht zumeist die medikamentöse Behandlung im Vordergrund (Lincoln, 2014). Für die Patienten stellt diese Zeit eine extreme Belastung dar, da sie ihrer eigenen Wahrnehmung und ihrem Denken oft nicht mehr trauen können. Für mich hat es sich bewährt in dieser Phase tägliche, aber kurze Kontakte zum Patienten zu haben. Längere Gespräche überlasten die Patienten häufig. Patienten mit Verdacht auf eine prodromale Entwicklung haben oft Angst, für verrückt erklärt zu werden. Entsprechend behutsam ist der erste Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem zu gestalten. Hier kann der Aufbau der Beziehung

eine wichtige Erfahrung für die Patienten sein, da erneute Krankenhausaufenthalte leider oft die Regel darstellen. Ganz ähnliche Erfahrung habe ich mit Patienten gemacht, die sich zum Drogenentzug in Behandlung begeben.

Eine Personengruppe, bei der der Beziehungsaufbau erschwert ist und gleichzeitig umso wichtiger ist sind alle Patienten, die nicht Deutsch sprechen (z. B. unbegleitete minderjährige Flüchtlinge). Viele dieser Patienten haben Angst vor psychiatrischen Kliniken und z. T. bereits sehr negative Vorerfahrungen gemacht. Therapeutische Arbeit mit dieser Klientel ist grundsätzlich mit Dolmetschern möglich (Abdallah-Steinkopf, 2017). Im Alltag sind diese jedoch oft nicht verfügbar, sondern lediglich bei den Therapiesitzungen anwesend (und das auch nur, wenn die Finanzierung geklärt ist). Nicht selten treten jedoch Schwierigkeiten auf, die außerhalb der regulär geplanten Sitzungen geklärt werden müssen. Um dennoch eine tragfähige Beziehung aufzubauen, habe ich von verschiedenen Mitteln nonverbaler Verfahren profitiert, die häufig im pädagogisch-pflegerischen Kontext angesiedelt sind (Abenteuer- und Erlebnispädagogik, ergo-, kunst- und sporttherapeutische Angebote). Besonders in Erinnerung geblieben ist mir ein Patient, bei dem der entscheidende Schritt (im Sinne einer vertrauensbildenden Maßnahme) im Rahmen der Krisenintervention ein kleines Fußballspiel mit dem Therapeuten war.

#### NEBENWIRKUNGEN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Das Thema Nebenwirkungen der Psychotherapie gewinnt erst langsam an Bedeutung im Kontext der Psychotherapieforschung (Margraf & Scholten, 2018). Auch im Zusammenhang der Beziehungsge-

staltung gilt es mögliche nachteilige Effekte für den Patienten zu verhindern. Viele Patienten haben nach längerer Zeit in einer Klinik große Angst vor der Entlassung. Ein zugewandter Erwachsener, der sich mehrmals pro Woche für die Probleme des Patienten interessiert, ist außerhalb der Welt der Psychiatrie nicht die Regel. Die stationäre Behandlung kann als künstlicher Schonraum erlebt werden, den viele Patienten nur noch ungern verlassen. Häufig kommt es zu temporären Verschlechterungen kurz vor der Entlassung und Symptome, die bereits rückläufig waren, treten wieder auf. Für mich hat es sich als hilfreich erwiesen, die Entlassung von Anfang an in der Therapieplanung zu berücksichtigen und den Patienten in diesen Schritt mit einzubeziehen. So sollte ein geplantes Entlassdatum bereits früh genannt werden, dabei jedoch zu Beginn auch eine gewisse Flexibilität in Abhängigkeit vom Verlauf betont werden. Auch sollte früh thematisiert werden, dass eine ambulante Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt eher die Regel als die Ausnahme darstellt.

Bei manchen Patienten erleben wir häufige Notaufnahmen nach bereits erfolgter stationärer Behandlung. Hier hat sich als hilfreich erwiesen, zwischen Krisenintervention und regulärer Psychotherapie zu unterscheiden und diese wenn möglich nicht ineinander übergehen zu lassen, sondern voneinander zu trennen.

#### KONKRETE MASSNAHMEN ZUR GESTALTUNG DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Als grundlegend hilfreiche konkrete Techniken zur positiven Gestaltung der therapeutischen Beziehung haben sich für mich vor allem maximale Transparenz und die Realisierung der Therapeutenvariablen nach Rogers erwiesen.

Dem Patienten gegenüber ein hohes Maß an Transparenz zu wahren, lässt sich als Orientierung an Grundbedürfnissen verstehen, wie sie z. B. von Grawe (1998) formuliert wurden (Sicherheit und Orientierung). Viele Patienten haben in ihrer Biografie genau die gegenteilige Erfahrung gemacht, dass sie ihrer Umwelt schutzlos ausgeliefert sind und nicht vorhersehbar ist, was mit ihnen passiert. Dabei geht es insbesondere um die Erläuterung von Abläufen, z. B. bei gutachterlichen Tätigkeiten, bei Zwangsmaßnahmen, Kooperation mit anderen Institutionen (Schule, Jugendamt, Fachärzte), aber auch dem Ablauf der Therapie selbst.

Die Umsetzung der Therapeutenvariablen Wertschätzung, Empathie und Echtheit (Reichert, 2011) stellt eine Herausforderung an das ganze Team dar. Gleichzeitig bieten sie jedem einzelnen Mitarbeiter ein wirksames Instrumentarium zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Wertschätzung und Empathie können Therapeuten gerade bei fremdaggressiven Patienten vor eine schwere Herausforderung stellen. Mir persönlich hilft dabei die Neugier, das Verhalten des Patienten vor dem Hintergrund seiner individuellen Biografie, Persönlichkeit und innerer Verarbeitungsmechanismen zu verstehen. Oft werden die schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten vor diesem Hintergrund zumindest nachvollziehbarer. Echtheit kann im Alltag ebenfalls eine Herausforderung darstellen, vor dem Hintergrund hoher Belastung am Arbeitsplatz. Erfahrungsgemäß merken Patienten, wenn ihre Therapeuten gestresst sind. Im günstigsten Fall lässt sich dies aufgreifen und für die Therapie nutzbar machen. Ungünstig kann es sich dagegen auswirken, wenn Patienten das Gefühl haben, ihren Therapeuten schonen zu müssen. Hier gilt es genau abzuwägen, welche „Dosis“ an Echtheit bzw. self-disclosure (Zvi-Bei-



man, 2013) für die Patienten verträglich ist.

Im Therapieverlauf kann die therapeutische Beziehung zusätzlich durch bereits erreichte Ziele und durch das Überstehen belastender Situation gefestigt werden. Patienten sind zu Recht stolz darauf, wenn sie im Rahmen von Expositionsverfahren angstauslösende Situationen wieder besser bewältigen können. Hilft der Therapeut den Patienten bei der Bewältigung belastender Situationen (z. B. dem Entschluss, aus dem häuslichen Umfeld in eine Wohngruppe zu ziehen), wirkt sich das i. d. R. positiv auf die weitere Zusammenarbeit aus.

### FAZIT

Psychotherapie ohne therapeutische Beziehung ist nicht möglich. Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung wird zu Recht als wichtige Voraussetzung für eine wirksame Psychotherapie angesehen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Die stationäre Therapie mit Kindern und Jugendlichen stellt dabei einige spezifische Anforderungen: die Besonderheiten im stationären Behandlungssetting, der Aufbau der Beziehung zu den Bezugspersonen, entwicklungstypische Aspekte sowie spezielle Erfordernisse der Beziehungsgestaltungen bei bestimmten Störungsbildern wurden dargestellt. Mögliche Nebenwirkungen und Anregungen zur konkreten Gestaltung der therapeutischen Beziehung wurden berichtet. Im psychotherapeutischen Alltag kann die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als unspezifischem Wirkfaktor nicht hoch genug eingeschätzt werden.

### LITERATUR

- Abdallah-Steinkopf, B. (2017). Zusammenarbeit mit Dolmetschern. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopf & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen* (S. 90–107). Stuttgart: Schattauer.
- Auer, A. K. v. & Bohus, M. (2017). *Interaktives Skillstraining für Jugendliche*. Stuttgart: Schattauer.
- Borg-Laufs, M. (2019). Erstkontakt und Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (S. 181–190). Berlin: Springer.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Forster, J. (2018). Berufsethische und rechtliche Aspekte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (S. 975–986). Berlin: Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, J. (2018). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 365–372). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagementtherapie*. Berlin: Springer.
- Lammers, C.-H. (2017). *Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung*. Weinheim: Beltz.
- Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.

- Margraf, J. & Scholten, S. (2018). Risiken und Nebenwirkungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 213–228). Berlin: Springer.
- Reichert, M. (2011). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie. In M. Perez & U. Baumann, M. (Hrsg.), *Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 476–498). Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2013). Psychologische Behandlungen. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhäuser, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung* (S. 264–280). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zvi-Beiman, S. (2013). Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 59–74.



**DR. CHRISTIAN HERTEL**  
SHG-KLINIKEN FÜR KINDER-  
UND JUGENDPSYCHIATRIE, -PSYCHOTHERAPIE  
UND -PSYCHOSOMATIK  
WALDSTRASSE 40  
D-66271 KLEINBLITTERSDORF  
E-MAIL: [c.hertel@sb.shg-kliniken.de](mailto:c.hertel@sb.shg-kliniken.de)