

# **Therapeutenspezifische Persönlichkeitsaspekte und die therapeutische Beziehung**

**Ableitungen für die Arbeit im Mehrpersonensetting**

**Abschlussarbeit** im Rahmen der ZSB-Weiterbildung  
„MAS ZSB in Systemischer Beratung und Pädagogik“

Eingereicht im **ZSB Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, Bern**  
von

Thomas Lampert

Pfäfers, 9. Januar 2018

**Referent: Markus Rusch, Sozialarbeiter FH, Systemtherapeut ZSB**

Kontakt: Thomas Lampert · St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd · Klosterweg 1 · 7312 Pfäfers  
081 303 63 21 · [thomas.lampert@psych.ch](mailto:thomas.lampert@psych.ch)

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung am ZSB Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, Bern verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung des ZSB.

Viel wichtiger als das, was der Therapeut tut, ist, wer der Therapeut ist.

Duncan et al. 2010

## Zusammenfassung

Die teilstrukturierte, leitfadenorientierte Befragung psychiatrisch tätiger Fachleute wurde auf Basis einer persönlichen Einschätzung zum Einbezug signifikanter Bezugspersonen in die Behandlung sowie zur Bedeutung therapeutenpezifischer Persönlichkeitsaspekte auf therapeutische Beziehungsgestaltung geführt. Die Interviewten messen therapeutenpezifischen Persönlichkeitsmerkmalen eine hohe Bedeutung für die Beziehungsgestaltung bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen zu. Dies ist erkennbar als implizites Handlungswissen mit klaren Bezügen zur zitierten bindungsbasierten, systemischen Literatur.

Die Interviewten geben eine hohe Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen an. Es zeigt sich jedoch auch eine Verunsicherung in komplexen Beratungssituationen: dort wo Ablehnung, Konflikte, ein unklarer Auftrag oder unklare Beziehungsaspekte zu Angehörigen wirken, sinkt die Selbstsicherheit. Es ergibt sich durch die vorliegende Arbeit jedoch kein Hinweis, ob diese Verunsicherung mit einem fehlenden oder zurückhaltenden Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung in Zusammenhang gesetzt werden kann. Wie in den Interviews betont und in der Literatur kongruent beschrieben, fassen Beziehungsaspekte im Einzel- wie im Mehrpersonensetting auf derselben Basis. Bei der Arbeit im Mehrpersonensetting erhöht sich jedoch die Komplexität der Beziehungsgestaltung. Hier sollen psychiatrisch Tätigen konsequent, ungeachtet deren Profession oder Provenienz, die hilfreichen Konzepte zur Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting sowie die Grundlagen der Arbeit im Mehrpersonensetting vermittelt werden. Auf dieser Grundlage fördern Intervision, Supervision und Übungsmöglichkeiten das explizite Erfahrungswissen, was prozedurales Handlungswissen aktiviert. Dies kann weiter durch Selbsterfahrung verbessert werden, indem die Persönlichkeitsentfaltung das eigene Kohärenzerleben stärkt und hilft, eigenen Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit diese nicht in den therapeutischen Prozess transportiert werden.

Getragen wird diese Arbeit von einer positiven Grundhaltung gegenüber Angehörigen. Hier können die Institutionen mit verbindlichen Konzepten eine Grundlage schaffen und Standards formulieren, auf welchen die Zusammenarbeit mit Angehörigen fusst. Der als Empfehlung formulierte Qualitätsstandard könnte künftig als konzeptuelle Grundlage für eine verbindliche Umsetzung der Zusammenarbeit mit Angehörigen genutzt werden. Auch von einer Vertiefung von Fachwissen und praktischen Übungen in der Gesprächsführung im Mehrpersonensetting könnten psychiatrisch Tätige in ihrer Grundausbildung mit der Entwicklung spezifischer Kompetenzen profitieren.

Die Begrenzung der Angehörigenarbeit sollte sich in einer modernen psychiatrischen Versorgung weniger an den Fragen nach Profession oder Provenienz, sondern als multiprofessionelle Angelegenheit, am Auftrag, den Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen psychiatrisch Tätiger orientieren, damit die Bedürfnisse der Familien und Lebensgemeinschaften berücksichtigt werden können.

Die Validität der vorliegenden Arbeit ist dahingehend begrenzt, dass lediglich Aussagen von Fachleuten einer Institution anhand einer Selbsteinschätzung berücksichtigt sind. Die Anfragen zu den Interviews erfolgten zufällig in Bezug auf Profession, Provenienz, Geschlecht und Berufserfahrung, jedoch unter Berücksichtigung aller Behandlungsbereiche.

Keywords: Arbeit im Mehrpersonensetting; therapeutische Beziehung; therapeutespezifische Persönlichkeitsaspekte; Mentalisierungsfähigkeit; Empathie und Mitgefühl

# Inhaltsverzeichnis

## 1. Einleitung

1.1 Motivation	8
1.2 Fragestellung	8
1.3 Zielsetzung	9
1.4 Abgrenzung	9

## 2. Ausgangslage

2.1 Die psychiatrische Versorgung im Wandel – auch für Angehörige	10
2.2 Der Einbezug von Angehörigen in die psychiatrische Behandlung	11
2.2.1 Qualitätsstandard Angehörigenarbeit	12
2.2.2 Zufriedenheitsbefragung hcri	13
2.3 Was Angehörige brauchen	13
2.4 Fazit der Ausgangslage	13

## 3. Theoretische Konzepte

3.1 Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie	14
3.2 Therapeutespezifische Persönlichkeitsaspekte - eine einflussreiche Variable	17
3.3 Reife als qualitatives Produkt der Reflexion von Lebenserfahrung	20
3.4 Entwicklung in Beziehungen	20
3.5 Vertrauen in Beziehungen	21
3.6 Mentalisierung und epistemisches Vertrauen	23
3.7 Empathie und Mitgefühl	24
3.7.1 Empathie	25
3.7.2 Mitgefühl	25
3.8 Fazit aus den theoretischen Konzepten	26

## 4. Praxisteil

4.1 Methode	28
4.2 Ergebnisse der Befragung	29
4.2.1 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen	29
4.2.2 Eigene Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen	30
4.2.3 Prämissen einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit Angehörigen	30
4.2.4 Faktoren, welche einen guten Therapeuten auszeichnen	31
4.2.5 Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten	31

4.2.6 Bedeutung der genannten Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen in Bezug auf das Mehrpersonensetting	31
4.2.7 Grundlegende Herausforderungen zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting	32
4.2.8 Angaben zur Wichtigkeit spezifischer Schulung und Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonensetting	32
<b>5. Schlussteil</b>	
5.1 Reflexion und Synthese	33
5.1.1 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen	33
5.1.2 Eigene Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen	34
5.1.3 Prämissen einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit Angehörigen	34
5.1.4 Fertigkeiten und therapeutenspezifische Persönlichkeitsvariablen im Einzel- und Mehrpersonensetting	35
5.1.5 Grundlegende Herausforderungen zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting	35
5.1.6 Angaben zur Wichtigkeit spezifischer Schulung und Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonensetting	36
5.2 Diskussion der Ergebnisse	37
5.3 Schlussfolgerungen	39
<b>6. Literaturverzeichnis</b>	40
<b>7. Anhang</b>	
7.1 Fragebogen	46
7.2 Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen	48
<b>8. Selbständigkeitserklärung</b>	50

# 1. Einleitung

## 1.1 Motivation

Angehörigenarbeit war schon immer Bestandteil in der psychiatrischen Behandlung – irgendwie. Angehörigenarbeit ist Bestandteil zahlreicher Leitbilder und Konzepte in der psychiatrischen Versorgung. Angehörigenarbeit wird in verschiedenen Behandlungsleitlinien als Good Clinical Practice betont. Entsprechend elementar scheint die Zusammenarbeit mit Angehörigen in psychiatrischen Behandlungen zu sein.

Dennoch zeigen sich im Alltag Vorbehalte. Angehörige werden instrumentalisiert oder sie werden ausgegrenzt. Der gezielte Einsatz eines wichtigen therapeutischen Prinzips, dem Einbezug der sozialen Ebene, findet so nicht statt (Hoff 2014). Dabei stehen als Begründung oft die Betonung der Verschwiegenheitspflicht, knappe personelle und zeitliche Ressourcen oder fehlende Kompetenzen (sich auf eine bestimmte Stelle oder Person verbundene Berechtigungen und Pflichten beziehend) für die fehlende Zusammenarbeit mit Angehörigen im Fokus.

Angehörige begegnen uns psychiatrisch Tätigen in unserer täglichen Arbeit. Persönliche Erfahrungen weisen jedoch oft weniger auf die angeführten Hemmnisse zur Einbeziehung Angehöriger hin – vielmehr sind wir oft verunsichert, wie wir mit Angehörigen umgehen sollen. Dieser Verunsicherung liegt die zentrale Frage zu Grunde, inwieweit eine Verunsicherung in der therapeutischen Beziehung und somit Persönlichkeitsvariablen psychiatrisch Tätiger mit einem fehlenden oder zurückhaltenden Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung in Zusammenhang gesetzt werden können. Die Beziehung zwischen Therapeut<sup>1</sup> und Patient wird in der Literatur als grundlegender Wirkfaktor in der Psychotherapie<sup>2</sup> beschrieben (Rogers 1961, Grawe 1998). Diese Beschreibungen beziehen sich mehrheitlich auf die Dyade Therapeut – Patient. Auch im Mehrpersonensetting, bei familientherapeutischen Interventionen etwa, wird diesem Wirkfaktor dieselbe zentrale Grundlage beigemessen (Willi 2005 in Rössler (Hrsg.) 2005). In Anlehnung an den in der Fussnote beschriebenen Umstand der Unterscheidung zwischen Psychotherapie und Beratung finden sich in der Literatur Hinweise zur therapeutischen Beziehung: "Da Psychotherapie und Beratung (...) zahlreiche Überschneidungen aufweisen, wird (...) davon ausgegangen, dass die Befunde zu Wirkfaktoren bei Psychotherapie auch auf Beratungsprozesse zutreffen" (Boeger 2009, S.20). Sowohl im Kontext von Psychotherapie als auch Beratung sei eine vertrauensvolle Beziehung Voraussetzung.

## 1.2 Fragestellung

Welche Bedeutung messen psychiatrisch Tätige therapeutenspezifischen Persönlichkeitsmerkmalen für die Beziehungsgestaltung bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen<sup>3</sup> in der stationären psychiatrischen Behandlung zu?



### 1.3 Zielsetzung

Die Befragung ergründet, wie psychiatrisch Tätige die Bedeutung therapeutenspezifischer Persönlichkeitsmerkmale für die Beziehungsgestaltung beim Einbezug signifikanter Bezugspersonen<sup>4</sup> des Indexpatienten in die stationäre psychiatrische Behandlung einschätzen und welchen Einfluss sie auf den Einbezug von Angehörigen sowie die Gesprächsgestaltung haben. Diese Einschätzungen werden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Bedeutung und Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung und therapeutenspezifischer Persönlichkeitsvariablen verglichen. Aus der zusammenfassenden Bewertung sollen praxisrelevante Überlegungen für eine Sensibilisierung psychiatrisch Tätiger für eigene Persönlichkeitsvariablen, Ausbildungsfragen sowie strukturelle Bedingungen abgeleitet werden können.

### 1.4 Abgrenzung

In der vorliegenden Arbeit werden keine patientenspezifischen Einflussfaktoren auf die therapeutische Beziehung berücksichtigt. Die Auseinandersetzung bezieht sich auf die Behandlung im Kontext der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Die Validität der vorliegenden Arbeit ist dahingehend begrenzt, dass lediglich Aussagen von Fachleuten einer Institution anhand einer Selbsteinschätzung berücksichtigt sind. Die Anfragen zu den Interviews erfolgten zufällig in Bezug auf Profession, Provenienz, Geschlecht und Berufserfahrung, jedoch unter Berücksichtigung aller Behandlungsbereiche.

<sup>1</sup> Zugunsten eines einheitlichen Abbildes wird die männliche Form verwendet. Die Ergebnisse der Betrachtungen berücksichtigen keine geschlechterspezifischen Unterscheidungen. Die weibliche Form wird dann explizit verwendet, wenn sich die Aussage exklusiv auf das weibliche Geschlecht bezieht oder bei der wörtlichen Wiedergabe von Zitaten.

<sup>2</sup> In der Literatur sowie in Forschungsarbeiten wird vorrangig die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor in der Psychotherapie beschrieben. Der Begriff Psychotherapeut ist gestützt auf die Artikel 95 Absatz 1 und 97 Absatz 1 der Bundesverfassung nach Bundesgesetz über Psychologieberufe eine geschützte Bezeichnung. Der Begriff Therapeut ist gesetzlich nicht geschützt kann entsprechend nicht ausschliesslich einer bestimmten Berufsgruppe zugeordnet werden. Die verwendeten Begriffe 'therapeutische Beziehung', 'Therapeut' umfassen in der Folge die verschiedenen psychiatrisch tätigen Berufsgruppen der Psychologen, Ärzte und Pflegefachleute sowie die Beziehungsaspekte in ihrer Arbeit mit Patienten.

<sup>3</sup> Der Begriff Mehrpersonengespräch bezeichnet im Rahmen dieser Arbeit ausschliesslich den Einbezug von signifikanten Bezugspersonen in den Behandlungsprozess und gilt als Synonym für den Einbezug von oder die Zusammenarbeit mit Angehörigen.

<sup>4</sup> Der Begriff signifikante Bezugspersonen bezeichnet im Rahmen dieser Arbeit Menschen, welche sich in ihren wichtigen Beziehungen in hohem Masse gegenseitig beeinflussen. Diese Beeinflussung kann sich in ressourcenreicher oder konfliktuöser Gestalt zeigen.

## 2. Ausgangslage

### 2.1 Die psychiatrische Versorgung im Wandel – auch für Angehörige

Psychische Erkrankungen und auch die psychiatrische Versorgung haben eine lange Historie. Die Konnotationen zur Psychiatrie waren bis Ende des 20. Jahrhunderts vorrangig negativ. Erst mit der Psychiatriereform in den Achtziger Jahren wurde der Fokus von Verwahrung hin auf Therapie und Rehabilitation gelegt. Selbst dieser Prozess nahm Jahrzehnte in Anspruch, das Stigma einer psychischen Erkrankung ist – auch für Angehörige – weiterhin hoch; gesellschaftlich negative Zuschreibungen wie Willensschwäche, Faulheit sowie Charakterschwäche durchdringen auch die moderne Psychiatrie. Dazu hat die Psychiatrie als spannungsreiche Schnittstelle von individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen, Ansprüchen und Werten in ihrer historischen Entwicklung selbst beigetragen (Hoff 2017), auch indem verschiedene psychiatrische Konzepte diese Sicht bis heute hartnäckig zementierten und trotz Aufklärung aufrecht hielten (Mayer 2009). Auch haben diese Konzepte Angehörigen zumindest eine Teilschuld angelastet: Ende der Vierzigerjahre bis in die Achtzigerjahre mit dem Konzept der schizophrenogenen Mutter oder später im Suchtbereich mit dem der Co-Abhängigkeit der leere Flaschen entsorgenden Ehefrau. Die Beschreibung von Aufrechterhaltungsbedingungen wird entsprechend mit ursächlichen Faktoren verwechselt. "Die Belastungen der Familien werden zwar inzwischen durchaus gesehen, dennoch hat jeder schon einmal die Kommentare eines Kollegen hinter vorgehaltener Hand gehört: 'Kein Wunder, dass die krank ist – bei den Eltern!' " (Scherer & Lampert 2017, S.53).

Die Angehörigenbewegungen im deutschsprachigen Raum entstanden in den Siebziger Jahren aus Isolation und Überforderung heraus (Sauer 2011). Auch nach dem „Freispruch der Familie“ (Dörner 1982) setzte sich diese weiter für eine Öffnung, Demokratisierung und verbesserte Versorgung von psychisch kranken Menschen ein. Damals wie auch heute noch erfolgt ein Grossteil der Betreuung psychisch kranker Menschen durch Angehörige: 50 – 90% der schwer psychisch kranken Menschen leben unmittelbar nach der Akutbehandlung bei ihren Angehörigen (Lauber et. al 2003), Schätzungen zufolge werden zwei Drittel der chronisch psychisch kranken Menschen von und in ihren Familien betreut (Franz, Meyer & Gallhofer 2003). Auch wenn sich die Lage allgemein verbessert hat, sind Angehörige wichtige Bezugspersonen im Leben psychisch kranker Menschen, welche durch die Erkrankung selbst in hohem Masse belastet sind. Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen ein höheres Ausmass an Stress auf, leiden häufiger an Depressionen, zeigen eine geringere Lebensqualität und eine schlechte körperliche Gesundheit (Hirst, 2005). Ehepaare mit einem erkrankten Partner nehmen sich negativer wahr und zeigen negativere Interaktionen. Dies zeichnet sich einer höheren Scheidungsrate ab (Coyne 1990 zitiert nach Lenz, 2010, S.5), was für die Entwicklung der Kinder einen Belastungsfaktor darstellt.

## 2.2 Der Einbezug von Angehörigen in die psychiatrische Behandlung

Aus den jahrzehntelangen negativen Zuschreibungen der Rolle der Angehörigen in der Psychiatrie geht eine Verunsicherung in der Zusammenarbeit mit Angehörigen hervor (Scherer & Lampert 2017). Zwar ist der Umgang mit vertraulichen Informationen (Schweigepflicht) klar geregelt (StGB Art. 321 2017), dennoch bleibt eine Unsicherheit in der Art der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Es können dabei drei Strategien charakterisiert werden: Abgrenzung, Instrumentalisierung und Einbindung (Hoff 2014). Die Strategie der Abgrenzung betont die 'Störung der Therapie' durch Angehörige als Aussenstehende. Eine restriktive Auslegung des Begriffes der therapeutischen Beziehung untermauert dieses Erleben zusätzlich, überstrapaziert den Begriff der Patientenautonomie und betont letztlich einen falschen Machtanspruch des Therapeuten, dass ein Patient 'sein' Patient sei (ebd.). "Mit der Ausgrenzung der Angehörigen wird die Bedeutung der sozialen Ebene deutlich unterbewertet, gar missachtet. Therapierelevantes Potenzial liegt brach, negative Auswirkungen auf die familiären Beziehungen nach einem Austritt aus der stationären Behandlung sind wahrscheinlich..." (Hoff 2014 zitiert nach Scherer & Lampert 2017, S.54). "Die Strategie der Instrumentalisierung wiederum ernennt Angehörige zu Co-Therapeuten. Die unkritische Überdehnung des Therapiebegriffs und des zugrundeliegenden therapeutischen Prinzips erklärt alles zur Therapie" (Hoff 2014, S. 15). "Die Einbindung von Angehörigen in die Behandlung ist ein gezielter Einsatz eines wichtigen therapeutischen Prinzips, des Einbezugs der sozialen Ebene. Dieser Schritt bezeugt den Respekt für die Bedürfnisse und Belastungen von Angehörigen. Die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten entlasten das gesamte System und haben letztlich positive Auswirkungen auf die Interaktion und familiären Beziehungen nach einer Behandlung" (Hoff 2014 zitiert nach in Scherer & Lampert 2017, S.54). Eine Einbeziehung Angehöriger in die psychiatrische Behandlung "ist die logische Folgerung, mitunter auch weil die Behandlungsergebnisse verbessert werden" (Pitschel-Walz et al. 2003 zitiert nach Rössler 2004, S. 393). "Es ergeben sich Hinweise, dass Patientinnen mit einer überlastungsbedingten depressiven Symptomatik, die im Rahmen der stationären Behandlung zusätzlich konsequent paartherapeutisch behandelt werden, signifikant bessere Behandlungsergebnisse erzielen, als die, die ohne Einbeziehung des Partners behandelt werden" (Nickel et al. 2004). Auch weiterführende Untersuchungen belegen die Wirksamkeit des Einbezugs von signifikanten Bezugspersonen in eine Behandlung, wie etwa ein Überblick der bis Ende 2005 publizierten kontrollierten, randomisierten (oder parallelisierten) Outcome-Studien zur Wirksamkeit von systemischer Therapie / Familientherapie bei klinischen Störungen des Erwachsenen- sowie des Kindes- und Jugendalters zeigt (von Sydow et al. 2008).

In der Praxis sind drei verschiedene Felder des Einbezugs von Angehörigen zu beobachten (Scherer & Lampert 2017): Alltags- und Basiskontakte, Psychoedukation, Beratung und Fremdanamnese sowie systemisch orientierte Gespräche. Während bei der Wissensvermittlung und Anamneseerhebung die Beziehungsebene weniger zentral scheint, dominiert dieser Aspekt in den beiden andern Formen des Einbezugs. Die Unterteilung schreibt traditionell Alltags- und Basiskontak-

te eher beratend Tätigen, systemisch orientierte Gespräche eher therapeutisch Tätigen zu. Die Begrenzung der Angehörigenarbeit sollte sich in einer modernen psychiatrischen Versorgung jedoch weniger an den Fragen nach Profession oder Provenienz, sondern als multiprofessionelle Angelegenheit, am Auftrag, den Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen psychiatrisch Tätiger orientieren.

Ein Blick in die Zukunft setzt für die Angehörigenarbeit gewisse Fragezeichen. Während 2017 am SGPP-Kongress Bern und am WPA-Kongress Berlin hauptsächlich psychopharmakologische und neurobiologische Aspekte im Vordergrund standen – von welchen Angehörige direkt oder indirekt ebenfalls profitieren können - betont auch eine modulare Psychotherapie die Angehörigenarbeit nur tangential, nämlich mit transdiagnostischen Konzepten, welche die grundlegenden allgemeinen Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung integrieren. Diese universell angewandten therapeutischen Prinzipien müssen wegen zunehmender Manualisierung in den Ausbildungen psychiatrisch Tätiger jedoch betont und aufsubstituiert werden (Bohus 2017). Das Klassifizierungssystem ICF, welches ab 2018 im neuen ICD-11 integriert wird, scheint sich dahingehend bereichernd auf die Angehörigenarbeit auszuwirken, indem es mit den Kontextfaktoren die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Angehörigen betont (Ptyushkin 2017). Wie die Zusammenarbeit jedoch gelingt, scheint weitgehend von den bekannten Wirkfaktoren wie der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und therapeutenzentrierten Persönlichkeitsaspekten abhängig.

### **2.2.1 Qualitätsstandard Angehörigenarbeit**

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen wird als wichtiges, erwünschtes Behandlungselement betont, in den konzeptuellen Beschreibungen psychiatrischer Institutionen wird sie teils als Behandlungselement erwartet (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz 2012). Der als Empfehlung beschriebene Qualitätsstandard Angehörigenarbeit des Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz beschreibt 15 Kriterien auf fünf Ebenen. Die Ebenen *Kompetenzen der Mitarbeitenden* sowie *die Zusammenarbeit mit Angehörigen* betonen nebst Hinweisen auf fachliche Fähigkeiten auch personale Skills der psychiatrisch Tätigen, welche sich an einer generellen Haltung orientieren (siehe auch 2.3).

In den St.Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd besteht ein Konzept für die Angehörigenarbeit in der Institution. Darin sind Hinweise zur Grundhaltung gegenüber Angehörigen sowie Minimalstandards in der Zusammenarbeit mit Angehörigen beschrieben. Ein spezifischer Standard betrifft die Einverständniserklärung des Patienten, Angehörigen einen Brief zu senden, in welchem sie eingeladen sind, sich bei Fragen zu melden. Ebenfalls sind die zuständigen Behandlungspersonen und die Telefonnummer der Behandlungsstation explizit erwähnt. Die aktuellste Stichprobenerhebung (Lampert 2017b) ergab, dass bei 33% der Patienten der Angehörigenbrief versandt wurde, 77% der zur Einverständniserklärung befragten Patienten erteilten eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber explizit genannten Angehörigen.

### **2.2.2 Zufriedenheitsbefragung hcri**

Untersuchungen zur Zufriedenheit des Einbezugs von Angehörigen in eine stationäre psychiatrische Behandlung zeigen eine grundsätzlich hohe Angehörigenzufriedenheit, dennoch auch ein Verbesserungspotential auf (hcri 2017). Dieses ist hauptsächlich im Bereich *Information* mit der aktiven Information zu den zuständigen Behandlern, Informationen zu Veränderungen sowie Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige zu verorten. Im Bereich von *Settingswechseln* resultiert ebenfalls ein Informationsdefizit. Bei einem Rücklauf von 15.3 % der Fragebögen kann kritisch angemerkt werden, dass hochgerechnet (Stichprobe St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd) wegen fehlender Schweigepflichtsentbindungen lediglich Rückmeldungen von 9% der Angehörigen im Befragungszeitraum im Ergebnis integriert sind (Lampert 2017a). In der Klinik St.Pirminsberg (St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd) entsprach bei 84.5% der befragten Angehörigen die Zusammenarbeit eher schon oder sehr den eigenen Vorstellungen, 93.1% attestierten den Behandlungsteams einen freundlichen und respektvollen Umgang.

### **2.3 Was Angehörige brauchen**

Die unter der Leitung von Matthias Angermeyer an der Universität Leipzig durchgeführte Leipziger Angehörigenstudie (Jungbauer et al. 2001) beschreibt drei Themenbereiche, was Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung brauchen. Nebst einer individuellen, ausführlichen und verständlichen Beratung zeitnah zum Krankheitsbeginn mit klaren Hinweisen zu konkreten Fragestellungen im Umgang mit der Erkrankung wird ebenfalls die Wichtigkeit von längerfristigen Kooperationen mit einem kontinuierlichen Informationsaustausch mit festen Ansprechpartnern und einer Behandlungsplanung in Absprache mit Angehörigen skizziert. Ein dritter Themenbereich kennzeichnet die generelle Haltung gegenüber Angehörigen, welche von psychiatrisch Tätigen eine aktive, engagierte, partnerschaftliche, empathisch und verständnisvolle Kontaktsuche zu den Angehörigen fordert.

Diese generelle Haltung Angehörigen gegenüber legt ein Augenmerk auf die Fragestellung, inwieweit therapeutenspezifische Persönlichkeitsmerkmale diesen Themenbereich beeinflussen.

### **2.4 Fazit der Ausgangslage**

Angehörigen wurde lange Zeit zumindest eine Teilschuld an der Erkrankung eines Familienmitgliedes angelastet. Diese Zuschreibungen halten sich bis heute hartnäckig, teilweise selbst in Fachkreisen (Scherer & Lampert 2017). Die vielfältige Gestalt der Zusammenarbeit mit Angehörigen ermöglicht unterschiedliche Zugänge. Fachleute sind teils verunsichert oder es herrschen unterschiedliche Vorstellungen, wie Angehörige in die Behandlung mit einzubeziehen sind. Die Angehörigenzufriedenheit wird zwar erhoben, doch kann nur ein kleiner Teil der Angehörigen erreicht werden (hcri 2017). Tendenziell sind dies eher Angehörige in einer intakten Beziehung zum Patienten. Untersuchungen belegen, dass der Einbezug von Angehörigen die Behandlungsqualität verbessert und den Bedürfnissen von Angehörigen entspricht. Auch kann der Einbezug eine Minderung der

Belastungen bewirken, den Umgang mit der Erkrankung und die Lebensqualität aller Beteiligten verbessern (Pitschel-Walz et al. 2003, Nickel et al. 2004, von Sydow et al. 2008). Eine konzeptualisierte, an Qualitätsmerkmalen und Angehörigenbedürfnissen orientierte, verbindliche Angehörigenarbeit kann dieses Bestreben unterstützen (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz 2012, hcri 2017). Fachleute sind dabei für universell angewandte therapeutische Prinzipien zu sensibilisieren, da die Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung modulare, psychopharmakologische und neurobiologische Aspekte zunehmend stärker betont (Bohus 2017).

### **3. Theoretische Konzepte**

#### **3.1 Die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie**

"Aus der Perspektive der Psychotherapieforschung und der klinischen Forschung hat sich gezeigt, dass interpersonalen Aspekten im Therapieprozess grösste Bedeutung zukommt" (Stucki 2004, S. 45). Wesentliches Gefäss dafür ist die Beziehung zwischen Patient und Therapeut, eine differentielle Beziehungsgestaltung ist dabei notwendig, um das Potential dieses therapeutischen Wirkfaktors möglichst optimal auszuschöpfen (ebd.). Der Therapeut sollte interpersonale Kompetenzen haben, das eigene Verhalten in der therapeutischen Beziehung je nach individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten flexibel zu gestalten. Auch bei interaktionell schwierigen Patienten sollte der Therapeut in der Lage sein, eine tragende, stabile Beziehung aufzubauen (ebd. S. 46).

Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist eine spezielle Form von Beziehung; Befunde aus der Psychotherapieforschung unterstreichen die Wichtigkeit der Beziehungsqualität. Strauss & Willutzki (2013) bezeichnen die Bedeutung einer guten Therapiebeziehung für ein gutes Therapieergebnis als das am besten gesicherte Ergebnis der Therapieforschung. Therapeuten unterscheiden sich eher im gezeigten Beziehungsverhalten (interpersonelle Kompetenzen) als in ‚technischen Fähigkeiten‘, beruflicher Erfahrung oder einer theoretischen Orientierung. "Das Wohlbefinden des Therapeuten korreliert systematisch mit dem Behandlungserfolg, relevante Aspekte scheinen Respekt, Echtheit, Empathie und Konkretheit zu sein: ein freundlicher zugewandter Beziehungsstil. Eher schädlich: überwiegend konfrontativ, kritisierend, abwertend, Rigidität (extreme Strukturierung) und methodenfixiertes Vorgehen" (Strauss & Willutzki 2013 zitiert nach Heiniger-Haldimann 2015). Brisch schreibt über die Theorie der bindungsbasierten Psychotherapie die Vermutung, "dass in der therapeutischen Beziehung durch Veränderungen der Affekte, der Kognitionen und des Verhaltens auch die Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten reifen. (...) die Bindungsrepräsentation des Erwachsenen kann sich durch neue Bindungserfahrungen verändern (Brisch 2015, S. 121). Die therapeutisch sichere Bindungsbasis ermöglicht einen affektiven

'Neubeginn' im Sinne einer 'korrigierenden emotionalen Erfahrung'. Sie ist Grundvoraussetzung für die Bearbeitung von alten maladaptiven Bindungsmustern" (ebd. S.131).

"Die bisherige Datenlage spricht nach Wampold dafür, dass die Wirkung von Psychotherapie sich am ehesten durch ein holistisches Modell beschreiben liesse. Es sieht Psychotherapie als einen sozialen Prozess gegenseitiger Einwirkungen im Rahmen einer Klient-Therapeut-Beziehung, die hoch emotional besetzt und durch Vertrauen geprägt ist" (Wampold 2001 zitiert nach Mallin 2010, S. 38). Mallin beschreibt das therapeutische Können als kontext- und situationsabhängig, welches meist implizite Veränderungen nach sich zieht. "Es ist ein implizites umfassendes Wissen und lässt sich nur in einem langen Erfahrungsprozess aufbauen" (ebd. S. 313).

Mallin beschreibt eine gute therapeutische Arbeit als ein "wechselseitiges Durchdringung von epistemischem Wissen, Alltagswissen und Können (...). Therapeuten müssen u. a. Prozesse in Gang setzen, Denkanstöße geben, prägnant sein, ermutigen, Nähe und Distanz regulieren, sich einfühlen, provozieren, Differenzen herausarbeiten, eine gemeinsame Sprache finden, stützen, Vertrauen und Sicherheit schaffen und ihre Botschaften in Metaphern und einer guten Portion Humor verpacken. Sie sollten ihre Klienten im prozessualen Kontext immer wieder neu motivieren... Und diese ihre Fähigkeiten sind - (eine Binsenwahrheit) - durch die Persönlichkeit der Therapeuten, ihrer Lebens- und Beziehungserfahrungen und dem Alltagswissen geprägt" (Mallin 2010, S. 313).

Liechti & Liechti beschreiben, dass die Beziehungsgestaltung als die wichtigste Aufgabe in der Psychotherapie gesehen werden kann (Liechti & Liechti 2011, S. 39). Analog zum Konzept der 'mütterlichen Feinfühligkeit' nennen sie die 'therapeutische Feinfühligkeit' als Instrument der Feinregulierung der therapeutischen Bindung: die Wahrnehmung von Verhaltensweisen und Mitteilungen des Klienten und diese aus dessen Perspektive richtig zu verstehen, eine prompte und passgenaue Reaktion für eine positive Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Respekt klientenseits sowie das Anstreben einer zielgerichteten Partnerschaft.

Dittrich bringt es mit einer Aussage von Bruce Wampold, der US-amerikanischen Antwort auf Klaus Grawe, auf den Punkt: "Im Vortrag 'What (really) works in therapy?' fasste er noch einmal seine zentralen Erkenntnisse zusammen: Psychotherapie ist ein sozialer, auf Beziehung beruhender Lernprozess" (Wampold 2017 zitiert nach Dittrich 2017, S. 276).

### **Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie**

Die geschichtliche Entwicklung der Beziehungsgestaltung in der systemischen Therapie hat eine bewegte Geschichte hinter sich und war eingangs geprägt durch die Schuldzuweisung an die Eltern, gefolgt durch eine manipulative Beziehungsgestaltung in der strategischen Familientherapie. Die 'Up-Position' des Beraters diente später dazu, dass der Therapeut in einer Expertenrolle allmählich die Führung in der Familie übernimmt (Willi 2005 in Rössler (Hrsg.) 2005, S. 60-63). Die therapeutische Beziehung wurde später von der Mailänder Gruppe auch wissenschaftstheoretisch bearbeitet. Dabei war insbesondere die Unterscheidung der Kybernetik 1. und 2. Ordnung wichtig. Nach der Einführung der Kybernetik 2. Ordnung ist der Therapeut "nicht ein aussenstehender Be-

obachter der Familie, er ist vielmehr ein Element des therapeutischen Systems oder Problemsystems, das alle jene Menschen umfasst, die am gemeinsamen Problem und dessen Lösung beteiligt sind" (ebd. S. 64). Dies veränderte das Selbstverständnis systemischer Therapeuten, indem der Therapeut nicht mehr der Experte für die richtige Lösung für die Familie ist.

"Systemische Therapeuten sind gewohnt, in verschiedenen Settings zu arbeiten, im Einzel-, Paar- oder Familiensetting, bzw. im flexiblen Wechsel zwischen diesen" (ebd. S. 66). In der stationären psychiatrischen Versorgung orientiert sich die Gestaltung des Gesprächssettings an wechselnden, fluiden Bedürfnissen, Ressourcen und Bedingungen – sowohl seitens des Patienten, des Therapeuten und des Umfelds. Als deutliche Herausforderung für die Beziehungs- und Prozessgestaltung konzentriert sich die Auseinandersetzung nicht exklusiv und andauernd auf ein Zweiersetting, sondern findet in flexibler Gestalt auch in unterschiedlichen, wechselnden Konstellationen statt. "Der Therapeut muss sich deshalb im Mehrpersonensetting wesentlich aktiver und direkter verhalten als im Setting der Einzeltherapie. Er muss auf der einen Seite das therapeutische Geschehen so weit im Griff behalten, dass es nicht destruktiv entgleist, er muss auf der anderen Seite den Patienten ermöglichen, offener miteinander zu sprechen" (ebd. S. 66). "Mit Hilfe des Therapeuten sollen die Patienten lernen, Offenheit zu kombinieren mit Respekt und mit der Begründung negativer Gefühle in der eigenen Betroffenheit und Verletzung. Der Therapeut ist hier oft in der Funktion des Übersetzers und Umformulierers" (ebd. S. 66).

"Häufige Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung der Paartherapie liegen in einer ebenbürtigen Zuwendung des Therapeuten zu beiden Klienten und in der Fähigkeit, beide Klienten in gleichem Masse zu persönlichen Veränderungen in der Therapie herauszufordern. Der Wechsel des Settings von der Einzeltherapie zur Paartherapie verändert die therapeutische Beziehung für die drei davon Betroffenen in grundlegender Weise. Der Primärpatient verliert die Exklusivität der Beziehung zum Therapeuten, der ihm in der Einzelsitzung ungeteilt zur Verfügung steht. Der Patient muss sich in seinen oft emotionsgeladenen Beschreibungen seines Partners stärker an die Realität halten und in all seinen Äusserungen die Reaktionen des Partners mitbedenken" (ebd. S. 67).

Der zentrale Begriff der Neutralität wird im systemischen Ansatz durch jenen der 'Allparteilichkeit' ersetzt (Boszormegny-Nagy 1978, Stierlin 1978) oder der 'ausgleichenden Parteilichkeit' (Willi 1978). "Die aktive Nachfrage im Sinne einer allparteilichen, kurzzeitigen Verbündung bestätigt die Bewertung der gemachten Erfahrungen ('Validierung'), indem sie Lösungsversuche ebenso würdigt wie Gefühle, Grenzen, Sorgen und Bedürfnisse. Der Therapeut sollte in der Lage sein, die Partei eines Mitglieds zu ergreifen und dann nacheinander die der anderen Mitglieder ebenso; er darf sich dem Anspruch irgendeines Mitglieds auf Verdienst, Anerkennung oder Gerechtigkeit nicht verschliessen. Die Kunst liegt indes darin, die Parteilichkeit allparteilich auszuüben, sodass alle Beteiligten emotionale Nähe und Verstandensein erleben, ohne dass der Therapeut dadurch seine Manövrierefreiheit einbüsst." (Boszormeny-Nagy & Sparks 2006 zitiert nach Scherer & Lampert 2017, S. 88).



In beziehungsökologischer Sicht wird angenommen, "dass die Person sich im Gestalten ihrer Beziehungen entwickelt, so ist die Entwicklung des Patienten in der therapeutischen Beziehung von besonderer Bedeutung" (Willi 2005 in Rössler (Hrsg.) 2005, S. 70). "Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung steht dann modellhaft für die anstehenden Entwicklungsschritte in der Partnerbeziehung" (ebd. S. 80). Simon schreibt, dass "wer darauf hin ausgebildet worden ist, sich in andere Menschen einzufühlen, hat natürlich grosse Schwierigkeiten, wenn er vor der Aufgabe steht, sich nicht nur in einen Menschen, sondern in vier oder fünf (...) einzufühlen. Die Komplexität explodiert, vor allem, wenn er auch noch versucht zu verstehen, wie das Tun des Einen das Tun des Anderen ist, d.h. wie die Wechselbeziehungen des Erlebens sind. Wer von solch einem – ja durchaus legitimen – Ansatz ausgeht, landet fast zwangsläufig bei der Einzeltherapie. Die systemischen Ansätze... richten den Fokus der Aufmerksamkeit hingegen auf die Spielregeln der Interaktion und Kommunikation. Vorannahme ist, dass die psychischen Prozesse der Mitglieder des Systems an die Dynamik der Kommunikation gekoppelt sind, d.h. wenn sich deren Spielregeln verändern, ändert sich auch die Symptomatik" (Simon 2017).

Liechti & Liechti beschreiben, dass "therapeutisches Handeln im Mehrpersonensetting 'prozedurales' (= Handlungs-) Wissen aktiviert, das heisst, diese Art der Therapie hat viel mehr etwas zu tun mit Schuhebinden, Autofahren, Bügeln oder Auf-einen-Baum-Klettern als mit einer Theorie über Tatsachen (Faktenwissen). Die Dynamik (...) fordert Fachpersonen, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten" (Liechti & Liechti 2011, S. 58).

### **3.2 Therapeutenspezifische Persönlichkeitsaspekte - eine einflussreiche Variable**

"Als 'vergessenen Wirkfaktor' bezeichnet Wampold die Person des Therapeuten: gute und schlechte Therapeuten unterscheiden sich in ihrem Arbeitserfolg erheblich" (Wampold 2017 zitiert nach Dittrich 2017, S. 276). Diese These untermauert er mit einer psychopharmakologischen Studie (McKay, Imel & Wampold 2006), Antidepressiva wurden gegen Placebos getestet. "Dabei war der Effekt der Person, die die Psychopharmaka verordnete und austeilte, grösser als der Effekt der Substanz: die besten Psychiaterinnen erzielten mit Placeboeinsatz deutlich bessere Effekte als die schlechtesten Psychiater mit sehr wirksamen Antidepressiva" (Dittrich 2017, S. 276-277). Persönlichkeitsvariable spielen in jedem Beruf eine entscheidende Rolle für den Berufserfolg und die berufliche Zufriedenheit. Gerade in Sozial- und Gesundheitsberufen wiegt die Gewichtung wesentlich höher, da in diesen die zwischenmenschliche Beziehung Voraussetzung des professionellen Handelns ist (Fiegl 2016). Die intra- und interpersonelle Intelligenz ist von besonderer Bedeutung (Fischer 2011), da Psychotherapie als emotional hoch besetzte Beziehungsform anzusehen ist, welche eine hilfeschuchende Person vertrauensvoll mit einem Therapeuten eingeht. Rieken (2011) beschreibt, dass Psychotherapie ebenso Gemeinsamkeiten mit künstlerischer Tätigkeit aufweist. Das blosses Erlernen von Behandlungstechnik allein ist unzureichend für die wirkungsvolle therapeutische Arbeit: "Man benötigt so etwas wie Spürsinn und Intuition" (Rieken 2011 zitiert nach Fiegl 2016, S. 13). Dabei haben Psychologie und Psychotherapie einander einiges zu bieten. Während

Objektivität in der Psychologie wichtige Grundlage ist, ist in der Psychotherapie das Einfühlen in die sehr subjektive Welt der Klienten Arbeitsgrundlage (Deurzen-Smith 1995, S. 147); "es sei wichtig, dass Psychotherapeuten nicht dem Bedürfnis nach Gewissheit und Glauben an unverrückbare wissenschaftliche Wahrheit haben" (Deurzen-Smith 1995, zitiert nach Fiegl 2016 S. 13). Grossmann beschreibt psychotherapeutische Kompetenz als "Fähigkeit der Therapeutin, spezifische Potentiale ihres Wahrnehmens, Erlebens, Handelns und Interagierens in einer Therapiesituation zu realisieren" (Grossmann 2008, S.127).

In einer Metastudie von Hill und Knox wird Forschungsliteratur zum Thema Psychotherapieausbildung und ihre Effektivität erfasst (Hill & Knox, 2013, S. 775-805, zitiert nach Fiegl 2016, S. 20). Rogers (1942) beschrieb "Eigenschaften wie Wärme, Empathie, Echtheit als Basis psychotherapeutischer Prozesse, welche gelehrt werden könnten. Später korrigierte er die Aussage, indem er diese Eigenschaften als nicht lehrbar bezeichnete, sondern mitzubringen seien" (Rogers 1957 zitiert nach Hill & Knox, 2013 zitiert nach Fiegl 2016, S. 20). Diese These wurde später jedoch widerlegt (Truax & Carkhuff 1967), "dass diese Fähigkeiten durch Schulung und Helping Skills in der Therapieausbildung doch lehr- und lernbar wären" (Fiegl 2016, S.20). Fiegl (2016) resümiert die Auswertung der oben beschriebenen Untersuchungen, "dass ausschliesslich von einer Förderbarkeit, und nicht von einer Lernbarkeit ausgegangen werden kann" (ebd. S. 20).

In der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie ist umfangreich belegt, dass "die 'Passung' zwischen Psychotherapeut und Patient und die Beziehungskompetenz des Psychotherapeuten das essentielle Agens der Psychotherapie ist" (Orlinsky, Grawe & Parks 1994 zitiert nach Fiegl 2016, S. 22) und impliziert, dass "die Persönlichkeitsentwicklung einen zentralen Raum einnimmt" (ebd.). Passung beschreibt die "Abstimmung des therapeutischen Vorgehens mit störungsbezogenen und nicht störungsbezogenen Patientenmerkmalen wie Bedürfnisse, Ressourcen oder Beziehungsverhalten" (Pfammatter 2014, S. 69).

"Als wichtigster Wirkmechanismus in der Psychotherapie wird die Beziehung zwischen Patient und Therapeut beschrieben, mit den Aspekten methodenübergreifenden Therapeutenvariablen, eine warme, wertschätzende und angstfreie Beziehung zum Patienten herstellen zu können. Therapeuten-spezifische Persönlichkeitsmerkmale mit Modellfunktion sind persönliche Sicherheit, Selbstakzeptanz, Angstfreiheit und Frustrationstoleranz" (Orlinsky, Grawe & Parks 1994 zitiert nach Fiegl 2016, S. 23). Dies schliesst auch eine hohe Beziehungsprozess- und Inhaltskompetenz (Grossmann 2008) mit der Bereitschaft zur Selbstreflexion und die Vernetzung in sozialen Beziehungen mit ein. Auch Cierpka et al. (1997) beschreiben ein empathisch-unterstützendes Beziehungsangebot und die Fähigkeit, einen besonderen zwischenmenschlichen Raum zu gestalten und sich auf eine für den Patienten massgeschneiderte Beziehung einzulassen. Zusammengefasst lassen sich "Toleranz, Empathiefähigkeit, Beziehungsfähigkeit, Zuhören können, Selbstreflexivität, Flexibilität, sich auf andere Menschen und deren Defizite einlassen zu können" (Fiegl 2016, S. 23) als grundlegende persönliche Eigenschaften beschreiben, welche in der Entwicklung eines Menschen herausbilden. "Diese personalen Eigenschaften sind nicht in Studium oder Ausbildung erlernbar, sondern entsprechen einer erworbenen Haltung" (ebd.).

Fachlich-konzeptuelle Kompetenz, personelle Kompetenz und Beziehungskompetenzen beschreiben Strauss & Bähler (2009) als notwendige Kernkompetenzen von Psychotherapeuten. Fiegl (2016, S. 25) fasst Beschreibungen verschiedener Autoren in drei Phasen zusammen. Die von Unsicherheit, Ängstlichkeit, Zweifeln und Leistungsdruck geprägte Anfangsphase wird gefolgt von einer Desillusionierung über die Ausbildung, aufkeimenden Autonomiebestrebungen, einer kritischen Haltung gegenüber Theorien mit Wechseln zwischen Selbstüberschätzung und Selbstzweifeln. Die dritte Phase beschreibt als Identitätsentwicklung die Entwicklung und das Vertrauen in einen eigenen Stil mit einer erfahrenen Selbstwirksamkeit und dem Erkennen und Akzeptieren von Grenzen – die Theorie wird mit Erfahrung verbunden.

Rindermann beschreibt emotionale Kompetenz als die Fähigkeit zum "Erkennen eigener Gefühle, zum Erkennen der Gefühle von andern, zum Umgang mit eigenen Gefühlen und zum Ausdruck von Gefühlen" (Rindermann 2009, S. 3), welche als Grundlage für soziale Kompetenzen zu verstehen ist, da sowohl das Erkennen eigener Gefühle als auch der Gefühle anderer Voraussetzung für einen kompetenten Umgang damit ist. Diese emotionale Kompetenz erinnert stark an das Mentalisierungskonzept (3.6).

Kritische Stimmen bemerken, dass "die Arbeiten von Wampold (2001) und Lambert (2013) zeigen, dass die Therapeutenpersönlichkeit nur einen moderaten Anteil an der Ergebnisvarianz von Therapieergebnissen hat" (Koddebusch 2016, S. 101). Auch die Ergebnisse Koddebuschs Arbeit (2016) weisen darauf hin. Anders, wie es Wampold (2017) in seinem Vortrag von einem 'vergesenen Wirkfaktor' beschreibt, nennt es Hermann (2017) bemerkenswert, "dass der Therapeut in der Psychotherapieforschung und bei der Suche nach entscheidenden Wirkfaktoren ausser Acht gelassen wurde (...). Die Datenlage zeigt, dass der Therapeut von allen bisher untersuchten Variablen der robusteste Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Wie Wampold und Brown (2005) hervorheben, ist der Anteil an der Ergebnisvarianz, der durch den Therapeuten erklärt werden kann, mit 8-9% grösser als durch die Therapieallianz erklärte (5%) und ungleich grösser als die durch Modell und Technik aufgeklärte Varianz (1%). Zunehmend wird der Therapeut aber nun als kritische Grösse in der Therapiegleichung gesehen" (Hartmann 2017, S. 73).

Loos (2012) schreibt zum Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und therapeutespezifischen Persönlichkeitsvariablen, dass "der Therapeut, seine Erfahrung und sein Angebot zur therapeutischen Beziehung (...) eine vorübergehende Quelle der sozialen Unterstützung darstellt (Loos 2012, S. 5). Persönliche Eigenschaften und die Anwendung bestimmter Techniken hängen positiv mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung im Verlauf einer therapeutischen Beziehung zusammen. Solche persönlichen Merkmale beinhalten Flexibilität, Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauenswürdigkeit, Empathie, Interesse und Offenheit. Jedoch beruhen diese Ergebnisse häufig nur auf korrelativen Analysen ohne Berücksichtigung konfundierender Variablen wie Beurteilerbasis oder Messzeitpunkt der Erhebung" (ebd. S. 11).

### **3.3 Reife als qualitatives Produkt der Reflexion von Lebenserfahrung**

"Reifung kann als Prozess der Persönlichkeitsentwicklung verstanden werden, der die für den psychotherapeutischen Beruf erforderlichen Kompetenzen bereitstellt" (Fiegl 2016, S. 147). Dabei ist Reife nicht mit Lebenserfahrung gleichzusetzen. "Die Notwendigkeit einer Selbsterfahrung als wichtiger Teil der Ausbildung wird gerade dahingehend argumentiert, dass es darum geht, eigene Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit man sie eben nicht in den therapeutischen Prozess transportiert. Das bedeutet, es geht vordringlich um die Fähigkeit und Bereitschaft, sich selbst in Frage zu stellen und über die eigene Person zu reflektieren" (ebd.). Frank et al. (2015) schreiben in der Auswertung ihrer Untersuchungen zur Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung, "dass Selbsterfahrung über alle therapeutischen Orientierungen und Kohorten hinweg nach wie vor als unbedingt notwendiger Ausbildungsbestandteil erlebt wird. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung profitieren AusbildungskandidatInnen psychotherapeutischer Ausbildungsgänge in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, Kompetenzentwicklung und professionellen Beziehungsgestaltung in hohem Masse von selbsterfahrungsorientierten Anteilen in ihrer Ausbildung" (Frank et al. 2015, S. 126).

Als Kennzeichen der Reife fasst Fiegl Experteninterviews mit ausreichendem Realitätsbezug, Frustrationstoleranz, geringer narzisstischer Bedürftigkeit, einem kontrollierten Umgang mit Gefühlen zusammen. "Reife hiesse psychische Belastbarkeit, Bindungsfähigkeit, Eigenverantwortung (Selbstorganisation), eine Idee der Selbstwirksamkeit und Gestaltungsfähigkeit zu haben" (Fiegl 2016., S. 148). Reife kann somit nicht automatisch mit Zunahme des Alters erreicht werden, sondern es braucht eine besondere Form der Auseinandersetzung, ein hohes Mass an Selbstreflexion" (Fiegl 2016, S. 165).

### **3.4 Entwicklung in Beziehungen**

"Beziehungen werden (...) nicht als feste Gebilde verstanden, sondern als sich stetig entwickelnde. Der amerikanische Familientherapeut Lyman C. Wynne (1985) übertrug die Idee der Stufenabfolge der Entwicklung auf die Ebene von Beziehungssystemen und postuliert eine Abfolge in vier Stufen: Das Bindungs-Fürsorge-Verhalten, Kommunizieren, das gemeinsame Lösen von Problemen sowie die Gegenseitigkeit" (Scherer & Lampert 2017, S.67). "Systemische Therapie versucht die Entwicklungsstufen in Beziehungssystemen zu berücksichtigen. Ist die Basis eines affektiv-vertrauensvollen Anschlusses geschafft, kann sich die Beziehung auf einer nächsten Stufe weiterentwickeln (ebd. S. 68). Das gemeinsame Lösen von Problemen meint, ein klares Verständnis für Aufgaben und Zuständigkeiten zu entwickeln. Ein gemeinsames Fällen wichtiger Entscheidungen verhilft zur Lösung von Problemen und bei der Bewältigung von Meinungsverschiedenheiten, die letztlich alle Beteiligten etwas angehen. Grössere Veränderungen können somit gemeinsam gemeistert werden. Gegenseitigkeit in Beziehungssystemen setzt die Klarheit über die eigenen Bedürfnisse sowie die des Gegenübers voraus. Sie beinhaltet das gegenseitige Respektieren von Unabhängigkeit und ermöglicht individuelle Entwicklungen bei bestehender Ausgewogenheit von

Selbstständigkeit und Verbundenheit" (ebd. S 70). Die bindungsbasierte systemische Therapie regt die Entwicklung in den familiären Beziehungen an und fördert diese zugunsten fairer Prozesse und einer Autonomieentwicklung der einzelnen Individuen bei gleichzeitiger Verbundenheit.

### **3.5 Vertrauen in Beziehungen**

"Die umfassende und umfangende Liebe der frühen Bezugspersonen, die sie dem Kind entgegenbringen und in ihm das Gefühl einer vertrauensvollen Einstellung in die Umwelt begründen", beschreibt Hartmann als ein 'Weltvertrauen' (Hartmann 2011, S. 68 ff. zitiert nach Küchenhoff 2017, S. 15). 'Ur-Vertrauen' oder 'basic trust' (Erikson 1959) gründet in der Bindungstheorie im Konzept der Feinfühligkeit, welches auf den umfangreichen Untersuchungen und Arbeiten von Ainsworth (1974/2003) fusst. Dieses Fundament der Bindungstheorie beschreibt das Bedürfnis von emotionaler Sicherheit nach Nähe und Schutz bei Bedrohung ('sicherer Hafen') sowie den Rückhalt bei der Exploration ('sichere Basis') (Grossmann & Grossmann 2012, S. 57). Die allmähliche Verinnerlichung dieser Erfahrungen (Emotion, Kognition, Bedeutungszusammenhänge) nennt Bowlby 'Internale Arbeitsmodelle' (Bowlby 1973/2006). Innere Arbeitsmodelle beschreiben Erfahrungen, in denen Erwartungen des Verhaltens einer bestimmten Person gegenüber dem Selbst gespeichert sind. Diese werden vom Kind zunehmend verinnerlicht und in ein Gesamtbild integriert. Sie ermöglichen dadurch die Vorhersage zukünftigen Erlebens und werden somit zum Inbild für die Bildung späterer Beziehungen. "Der Erwerb sicherer Arbeitsmodelle von Bindung wirkt sich (...) als protektiver Faktor in der Entwicklung aus: Sichere Arbeitsmodelle sind mit einer adaptiven Form der Emotionsregulation verbunden, führen zu einem stabileren Selbstwertgefühl und sind mit einer besseren Qualität sozialer Beziehungen verbunden (Bowlby 1983, Sroufe 1989, Grossmann & Grossmann 1995)" (Scheidt 2012, S. 98 zitiert in Senf (Hrsg.) & Broda (Hrsg.) 2012). "Bindungssicherheit und exploratives Verhalten gehören eng zusammen" (ebd. S. 101). Der Autor nennt strukturelle Unterschiede zwischen der therapeutischen Beziehung im Erwachsenenalter und der Beziehung zu den frühen primären Bindungspersonen. "Es sind gerade die strukturellen Unterschiede zwischen diesen beiden Beziehungsfeldern, die das ermöglichen, was Bowlby als das Relativieren der internalen Arbeitsmodelle von Bindung bezeichnet hat" (ebd. S. 102). Bowlbys Vorstellung der Überprüfung und Relativierung internaler Arbeitsmodelle orientiert sich am Konzept des sozialen Lernens. "Dabei erweisen sich die aus der Kindheit stammenden Arbeitsmodelle als nicht mehr adaptiv, das heisst sie stellen keine gelingende Anpassung an die Anforderungen der aktuellen sozialen Umwelt mehr dar" (ebd.) und "sind Inhalte des prozeduralen, nicht des deklarativen Gedächtnisses. Sie laufen automatisiert und unbewusst ab" (ebd.). Empirische Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch der Bindungsstil des Therapeuten einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Die Ergebnisse von Tyrell et al. (1999) "weisen darauf hin, dass vermeidende Patienten sich besser entwickelten und zufriedener waren, wenn sie von hyperaktivierenden, aber sicher gebundenen Therapeuten betreut wurden, während sich das umgekehrte Muster bei verwickelten Patienten zeigte" (Scheidt 2012, S. 104 zitiert in Senf (Hrsg.) & Broda (Hrsg.) 2012). Entsprechend kann da-

von ausgegangen werden, dass sich ein sicheres internes Arbeitsmodell von Bindung des Therapeuten günstig auf die therapeutische Beziehung und auf das Therapieergebnis auswirkt.

Dieses aus dem frühkindlichen Beziehungsvertrauen stammende Vertrauen ist Grundlage einer Selbstsicherheit in die eigene Wahrnehmung und das eigene Denken. Aus dem frühen wechselseitigen Vertrauen, entwickelt sich ein 'epistemisches Vertrauen' (Fonagy & Luyten 2011): "Was als kognitive Funktion sich verselbstständigen wird, hat seine Wurzeln im Weltvertrauen, und das wiederum resultiert aus dem von anderen geschenkten Vertrauen." (Küchenhoff 2017, S. 15). Hauptsächlich die Kehrseite ist in der Praxis prominent: "Wenn das Vertrauen verloren geht und dieser Verlust das Verhältnis zur Welt erschüttert, dann kann er so grundlegend werden, dass den eigenen Wahrnehmungen und Gedanken nicht mehr getraut werden kann. So greift ein fehlendes Urvertrauen sogar die psychische Struktur an" (ebd.).

Vertrauen ist also ein wechselseitiges Geschenk in Beziehungen: "Wir vertrauen denen, die uns vertrauen, und wir vertrauen ihnen, indem wir auf Vertrauen, das in uns gesetzt wird, mit Vertrauen antworten" (Dalferth 2013, S. 287 zitiert nach Küchenhoff 2017, S. 16). "Vertrauen kann entstehen und es kann vergehen, sich im Überfluss oder als Mangel präsentieren; es ist eingelassen in einen interpersonalen Prozess, in Beziehungsgeschichten. Es wird immer wieder auf die Probe gestellt und dadurch bestätigt, wenn es herausgefordert wird. Vertrauen bestätigt sich nur dort, wo es auch riskiert wird." (Küchenhoff 2017, S. 16).

"Wer Vertrauen erweist, nimmt Zukunft vorweg. Er handelt so, als ob er der Zukunft sicher wäre" (Luhmann 1989, S. 8). So gesehen ist das Phänomen des Vertrauens an die Möglichkeit der Antizipation geknüpft: "Ich nehme vorweg, dass der Mensch, welchem ich vertraue, dieses Vertrauen auch weiter verdienen wird, ich ihm weiterhin vertrauen kann" (Küchenhoff 2017, S. 16). "Grundlage allen Vertrauens ist die Darstellung des eigenen Selbst als einer sozialen, sich in Interaktionen aufbauenden, mit der Umwelt korrespondierenden Identität" (Luhmann 1989, S. 59). Entsprechend kann ich demjenigen vertrauen, der sich selbst verstehen kann und dieses Selbstverständnis in die Interaktion einbringt. Die Grundlage des Vertrauens ist demnach die Darstellung des eigenen Selbst.

### **Das Vertrauen des Therapeuten**

Ein Therapeut muss in der Lage sein, selbst Vertrauen zu haben und dieses dem Patienten wechselseitig auch zur Verfügung zu stellen. Bei einer therapeutenzentrierten Betrachtung stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen dieses Vertrauen entstehen kann. Küchenhoff (2017) benennt dabei das methodologische Vertrauen in die eigene Manövrierfähigkeit in den eigenen Therapieansätzen. Die Therapieforschung beschreibt die Adhärenz des Therapeuten an die angewandte Therapiemethode als wesentlichen Erfolgsfaktor. Weiter beschreibt er das Vertrauen in den Patienten als ein wechselseitiges Geschenk in Beziehungen. Der Therapeut kann so Vertrauen entwickeln, indem er aufmerksam bleibt und ein Bild von Möglichkeiten entwerfen kann, die er bei seinem Patient sieht oder ahnt. Vertrauen wird somit dann besonders zur Herausforderung, wenn die therapeutischen Ziele erst miteinander gefunden werden müssen (ebd.).

Längerfristige therapeutische Beziehungen sind durch Übertragungsfaktoren von Vertrauensverlust bedroht. Zu Beginn der Therapie kann die Beziehung unpersönlich sein, schreibt Küchenhoff (2017), weil "das tiefe Misstrauen, das die zwischenmenschlichen Erfahrungen in der Lebensgeschichte des Patienten durchsetzt hatte, auf Abstand gehalten werden konnte" (ebd. S. 18). Dieser Abstand verringert sich, wenn bekannte Zweifel oder destruktive Gefühle Eingang in die therapeutische Beziehung finden. "Dann wird auch in der Behandlung das Vertrauen angegriffen, und nur wenn es diese Angriffe übersteht, kann die Therapie überleben. Das wird nicht nur einmal, sondern immer neu der Fall sein" (ebd. S. 18).

Küchenhoff (2017, S. 18) fasst die Merkmale des Vertrauens in therapeutischen Beziehungen zusammen, indem er Vertrauen als wechselseitige Gabe zwischen Therapeut und Patient bezeichnet. Es wird nicht vorausgesetzt, sondern durch Krisen seiner Infragestellung hindurch oder Zerstörung (neu) erarbeitet. Weiter, dass sich Vertrauen durch ein verlässliches therapeutisches Setting stützen, aber nicht absichern lässt sowie dem therapeutischen Gespräch kreative Spielräume ermöglicht.

### **3.6 Mentalisierung und epistemisches Vertrauen**

"Mentalisieren heisst, sich auf die 'inneren Zustände' in sich selbst und im anderen zu beziehen" (Brockmann & Kirsch 2010, S. 279), "sich selbst von aussen und die andere oder den anderen von innen zu sehen" (Brockmann & Kirsch 2015, S. 13). Die psychische Fähigkeit des Wahrnehmens und Interpretierens menschlichen Verhaltens auf der Basis intentionaler Aspekte wie Gefühle, Wünsche und Überzeugungen ist zentral und ermöglicht, ein kohärentes Bild seiner selbst und anderen zu entwickeln (ebd.) Mentalisieren wird in Verbindung zur systemischen Therapie sowohl als intrapsychische Fähigkeit als auch in hohem Masse als eine interaktionelle Fähigkeit gesehen; die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierungskonzeptes sind eng verbunden mit den Erkenntnissen Bowlbys (ebd. S.14). Mertens schreibt, dass Mentalisierung und reflexive Kompetenz der Eltern noch wichtiger scheinen als die mütterliche Feinfühligkeit (Mertens 2012 zitiert nach Brockmann & Kirsch 2015, S. 15). " Aus dem Blickwinkel des Mentalisierungskonzeptes wird Bindung nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentationssystems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulierung von Affekten und für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist" (Taubner 2008 zitiert nach Brockmann & Kirsch 2015, S. 15). "Die therapeutische Beziehung öffnet einen sozialen Lernprozess, von dem der Patient zwischen den Behandlungsstunden profitiert. Mentalisierung fördert dabei die Sicht des Patienten als eigenständige Person, die für sich selbst gültige Erfahrungen macht. Wenn der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hineindenkt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, um etwas Neues zu wagen und mit dem Psychotherapeuten zu kooperieren. Mentalisieren fördert epistemisches Vertrauen" (Brockmann & Kirsch 2015, S. 18). "Mentalisieren ist eher eine Einstellung als eine Fertigkeit, eine forschende Haltung (...)" (Fearon et al. 2009 zitiert nach Brockmann &

Kirsch 2015, S. 19). "Mentalisieren fördern bedeutet die Exploration der eigenen Innenwelt, die einfühlsame Erforschung der Welt des anderen und der gemeinsamen Beziehung. Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird dabei am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun" (Brockmann & Kirsch 2015, S. 19). Die Autoren beschreiben auf der Interventionsebene die Einnahme des 'Standpunkt des Nichtwissens' zur gemeinsamen Erforschung der äusseren und inneren Welt. Detektiv Colombo hat seine Technik meisterhaft dargestellt, indem er rhetorisch tiefstapelnd eine entscheidende, scheinbar naive Frage stellte (ebd.). Das beschriebene Mentalisierungskonzept – in der Konzeptualisierung auf den dyadischen Kontext bezogen – integriert eine bindungsbasierte systemische Sichtweise mit intrapsychischen wie auch interaktionellen Aspekten. Der wohlwollende und anschlussfähige Einbezug der relevanten Bezugspersonen unterstützt einen Prozess der Annäherung zur Schaffung einer sicheren Basis, welche es Betroffenen ermöglicht, sich auf Veränderungen erst einzulassen.

Das sich von Peter Fonagy und Eia Asen in Entwicklung befindliche Konzept des epistemischen Vertrauens (Epistemic trust) steht in engem Zusammenhang mit der Bindungstheorie und kann als Erweiterung deren verstanden werden (Dittrich 2017, S. 277). Zentral ist dabei die Wahrnehmung. "Ein Mensch mit hoch ausgeprägtem epistemischem Vertrauen neigt dazu, Informationen von anderen unhinterfragt zu glauben und anderen grundsätzlich Wohlwollen zu unterstellen. Am anderen Ende der Skala begegnen Menschen mit hoch ausgeprägtem epistemischen Misstrauen Dritten mit grosser Skepsis. Beide Ausprägungen sind riskant; die gesunde Balance bezeichnet Fonagy (Fonagy & Allison 2014) als 'epistemische Wachsamkeit': eine vorsichtig-kritische Einstellung gegenüber der Welt und denen, die uns etwas Neues lehren oder uns von etwas Neuem überzeugen wollen" (Dittrich 2017, S. 277). Mentalisierung, die Fähigkeit zur Reflexion, kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet damit einen 'epistemischen Super Highway' für soziales Lernen und Veränderungen (Fonagy & Allison 2014). "Epistemisches Vertrauen oder Misstrauen ist aber nicht nur ein Persönlichkeitsmerkmal des Empfängers. Auch Qualitäten des Senders spielen eine Rolle: Menschen unterscheiden sich in dem Ausmass, indem es ihnen gelingt, epistemisches Vertrauen bei Dritten zu erzeugen. An dieser Stelle wird das Konzept therapierelevant: eine gute Therapeutin löst bei ihren Patienten epistemisches Vertrauen aus, was deren Bereitschaft fördert, von ihr zu lernen und sich auf die Therapie einzulassen" (Dittrich 2017, S. 277).

### **3.7 Empathie und Mitgefühl**

"Empathie heisst: Ich fühle das, was ein anderer Mensch fühlt. Mitgefühl bedeutet: Ich kümmere mich um den anderen, ich Sorge für ihn. Empathie kann dabei parteiisch oder gar fanatisch machen" (Bloom 2015, S.1). Entsprechend liegt das Plädoyer für mehr Mitgefühl, weil das Individuum freier ist, klarer sehen kann: moralische Entscheidungen können besser mit Mitgefühl als mit Empathie getroffen werden. Während die Empathie vorrangig die Emotion betont, steht kalte, nüch-



terne Rationalität einen Gegenpol dar. Mitgefühl dagegen liegt irgendwo dazwischen: es spricht das Herz an, integriert jedoch auch die Vernunft (ebd.).

### **3.7.1 Empathie**

Die aus dem griechischen Wortstamm 'em' (hinein) und 'pathos' (Leiden) stammende Zusammensetzung 'empathia' beschreibt die Fähigkeit des sich Hineinfühlens in die Gemütszustände anderer. Während früher die Grundlage ausschlaggebend war, dass Menschen ausschliesslich aufgrund ihrer Lebenserfahrung rational erfassen können, wie sich ihr Gegenüber fühlt, hat die Hirnforschung dieses Bild revidiert (Singer & Bolz 2013). Neurologen entdeckten, dass die sogenannten 'Spiegelzellen' das Erleben und die Emotionen von anderen widerspiegeln. Diese messbaren Vorgänge werden als Empathie bezeichnet und bilden die Basis unseres sozialen Wesens. Sie stehen im Kontrast zu Eigennutz und Narzissmus. Mit der Voraussetzung zur Empathiefähigkeit werden wir wahrscheinlich geboren, zumindest ist sie bereits früh im Gehirn angelegt (ebd.). Bereits nach der Geburt erfahren Babys in der sozialen Interaktion Wissen über verschiedene Emotionen. Vorsprachliches Lernen orientiert sich an der Wiedererkennung bestimmter Merkmale und Muster (von Salisch 2002); Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkindern beschäftigen sich vorrangig an diesem Aspekt. Diese Entwicklungspotenziale implizieren, dass Einfühlungsvermögen und auch Mitgefühl ähnlich wie Intelligenz gezielt gefördert und trainiert werden können (Schick zitiert nach Meyer-Hermann 2017, S. 1). Entsprechend kann die eigene Achtsamkeit sensibilisiert werden. Eigene Emotionen und Körperempfindungen werden frühzeitig bemerkt und eingeordnet, was ermöglicht, achtsamer und offener auf andere zu reagieren, beispielsweise durch Mentales Training für Erwachsene (Singer & Bolz 2013). Die Förderung dieser Kompetenzen erinnert an das Konzept der Mentalisierung. "Mentalisieren ist die menschliche Fähigkeit, sich auf sich selbst und andere als Personen mit inneren Zuständen wie Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen zu beziehen. Erst dadurch wird das Verhalten anderer Menschen bedeutungsvoll und sinnhaft" (Brockmann & Kirsch, 2010, S.283). Ekman unterscheidet zwischen kognitiver und emotionaler Empathie: "Kognitive Empathie lässt uns erkennen, was ein anderer fühlt. Emotionale Empathie lässt uns fühlen, was der andere fühlt, und das Mitleiden bringt uns dazu, dass wir dem anderen helfen wollen ..." (Ekman 2007, S. 249)

### **3.7.2 Mitgefühl**

Aus neurowissenschaftlicher Perspektive können innerhalb der umfassenderen Auffassung von Mitgefühl drei Bereiche unterscheiden werden: Präsenz, Affekt und Perspektive (Bornemann & Singer 2013, S. 194). Die Präsenz bezeichnet ein Fundament der weiteren Bereiche, welches aus Aufmerksamkeit sowie innerer Körperbewusstheit besteht. Sie zielt somit auf das Hier und Jetzt. "Präsent zu sein bedeutet, sich der eigenen Gedankentätigkeit bewusst zu sein, sie willentlich auf die augenblickliche Situation zu richten und sie dort zu halten" (ebd. S. 187). Im Zusammenhang von Mitgefühl spielt die Körperbewusstheit eine wichtige Rolle als Grundlage für das Erkennen von Emotionen in uns selbst und anderen. Im affektiven Bereich unterscheiden die Autoren zwi-

schen drei Ebenen, die für Mitgefühl entscheidend sind: "Gefühle des Wohlwollens und der Herzenswärme erzeugen, schwierige Emotionen akzeptieren und mit ihnen sein, und prosoziale Motivation" (ebd. S. 189). Prosoziale Motivationen und Handlungsbereitschaft sind integrale Merkmale von Mitgefühl. Der Bereich der Perspektive kann "in drei Teilprozessen, nämlich Metakognition (Übernahme einer speziellen Perspektive auf die eigenen seelischen Prozesse und Gedanken 'Beobachtung zweiter Ordnung'), Perspektivübernahme auf das Selbst und verschiedene Selbst-Anteile sowie Perspektivübernahme auf andere. Alle diese Teilprozesse haben gemein, dass sie eine gewisse 'Fluidität' des kognitiven Systems erfordern: Sie verlangen vom Individuum, sich von dem zu lösen, was zu einem bestimmten Zeitpunkt als Wirklichkeit erscheint, und eine alternative Perspektive einzunehmen" (ebd., S. 193).

Masha Linehan (1996) beschreibt angelehnt an Ekman (2007) kognitive und emotionale Empathie zwei Formen der Bewusstheit, eine emotionale und rationale Bewusstheit. Der so genannte 'wise mind', ein 'intuitives Wissen und Verstehen' als Schnittmenge beider Bewusstseinsanteile beschreibt eine Verbindung von gefühlsgeleiteten und vernunftgesteuerten Prozessen als stimmige, vertraute Wahrnehmung.

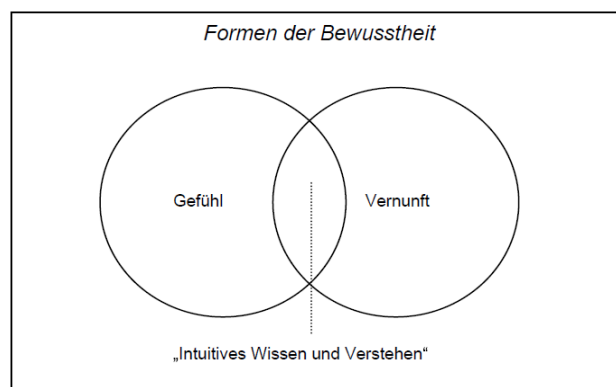


Abbildung 1: *Formen der Bewusstheit*; Linehan 1996

"Unter Empathie versteht man das einfühlende Verstehen, das nichtwertende Eingehen, also das echte Verständnis einer Person" (Kreuzinger 2000). Das nichtwertende Eingehen impliziert rationale Prozesse und erinnert gemäss der vorangegangenen Erörterung eher an den Begriff des Mitgefühls. In dieser Definition der Empathie wird es dem Therapeuten möglich, sich auf sein Gegenüber einzulassen und so die Welt aus dessen Augen zu betrachten. Entsprechend bemüht er sich, „den Klienten in seinem Erleben (und seinen damit verbundenen Werthaltungen, Motiven, Wünschen und Ängsten) zu verstehen.“ (Kirr 1989, S. 205)

### 3.8 Fazit aus den theoretischen Konzepten

Für die hilfreiche Begleitung von Entwicklungsprozessen kann aus der beschriebenen Optik die Präsenz, bestehend aus Achtsamkeit und innerer Körperbewusstheit, für das Erkennen von Emotionen in uns selbst und anderen als Grundlage bezeichnet werden. Der affektive Bereich wohlwollender Emotionen, die Akzeptanz schwieriger Emotionen sowie die prosoziale Motivation und Handlungsbereitschaft sind integrale Merkmale von Mitgefühl (Bornemann & Singer 2013). Mitgefühl als emotionale Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit zum Erkennen eigener Gefühle, zum Erkennen der Gefühle von andern, zum Umgang mit eigenen Gefühlen und zum Ausdruck von Gefühlen. Diese sind als Grundlage für soziale Kompetenzen zu verstehen, da sowohl das Erkennen

eigener Gefühle als auch der Gefühle anderer Voraussetzung für einen kompetenten Umgang damit ist (Rindermann 2009). Diese Aspekte der Mentalisierung, sich auf die 'inneren Zustände' in sich selbst und im anderen beziehen zu können, einerseits, sind grundlegend für die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Kontext (Brockmann & Kirsch 2010/2015). Andererseits ermöglichen die eigenen Bindungserfahrungen interne Arbeitsmodelle, wodurch die Vorhersage zukünftigen Erlebens möglich und somit zum Inbild für die Bildung von Beziehungen wird. Dieses aus dem frühkindlichen Beziehungsvertrauen stammende Vertrauen ist Grundlage einer Selbstsicherheit in die eigene Wahrnehmung und das eigene Denken (Bowlby 1973/2006). Aus dem frühen wechselseitigen Vertrauen entwickelt sich ein 'epistemisches Vertrauen', welches für Therapeuten wie für Patienten gleichermaßen bedeutend ist (Fonagy & Luyten 2011). Ein Patient kann demjenigen vertrauen, der sich selbst verstehen kann und dieses Selbstverständnis in die Interaktion einbringt. Die Grundlage des Vertrauens ist demnach die Darstellung des eigenen Selbst (Küchenhoff 2017). Die Persönlichkeit des Therapeuten – persönliche Sicherheit, Selbstakzeptanz, Angstfreiheit und Frustrationstoleranz, aber auch psychische Belastbarkeit, Bindungsfähigkeit, Eigenverantwortung (Selbstorganisation), eine Idee der Selbstwirksamkeit und Gestaltungsfähigkeit zu haben beinhaltend – scheint somit grundlegend für die Initiierung therapeutischer Entwicklungsprozesse und hat Modellcharakter. Diese personalen Eigenschaften sind nicht in einer Ausbildung erlernbar, sondern entsprechen einer erworbenen Haltung, welche jedoch gefördert werden kann (Fiegl 2016). Dies geschieht durch die Einbettung und Verknüpfung von theoretischen Konzepten, Reflexion und Selbsterfahrung. Das Vertrauen in einen eigenen Stil mit einer erfahrenen Selbstwirksamkeit und dem Erkennen und Akzeptieren von Grenzen – die Theorie wird mit Erfahrung verbunden – bezeichnet 'epistemische Wachsamkeit': eine vorsichtig-kritische Einstellung gegenüber der Welt und dem, was sie uns Neues lehren oder uns von etwas Neuem überzeugen möchte (Fonagy & Allison 2014, Dittrich 2017). Diese Prämissen gelten sowohl für die Arbeit im Einzelsetting wie auch im Mehrpersonensetting.

Weiter sollte der Therapeut für die therapeutische Beziehungsgestaltung interpersonale Kompetenzen haben, was sich im Mehrpersonenkontext deutlich hervorhebt: In der stationären psychiatrischen Versorgung orientiert sich die Gestaltung des Gesprächssettings an wechselnden, fluiden Bedürfnissen, Ressourcen und Bedingungen – sowohl seitens des Patienten, des Therapeuten und des Umfelds. Als deutliche Herausforderung für die Beziehungs- und Prozessgestaltung konzentriert sich die Auseinandersetzung nicht exklusiv und andauernd auf ein Zweiersetting, sondern findet in flexibler Gestalt auch in unterschiedlichen, wechselnden Konstellationen statt. Dies erfordert Flexibilität und Steuerungskompetenzen, dass der Prozess einerseits nicht destruktiv entgleist, auf der anderen Seite es dem System ermöglicht, offen miteinander zu sprechen. Dies ermöglicht eine Entwicklung in Beziehungen: Indem die Person sich im Gestalten ihrer Beziehungen entwickelt, so ist die Entwicklung des Patienten in der therapeutischen Beziehung von besonderer Bedeutung. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Prozesssteuerung stehen dann modellhaft für die anstehenden Entwicklungsschritte in Beziehungssystemen (Willi 2005).

Diese Initiierung von Entwicklungen in Beziehungssystemen berücksichtigt, was signifikante Bezugspersonen von einer psychiatrischen Behandlung erwarten: die aktive, engagierte, partnerschaftliche, empathisch und verständnisvolle Einbindung in die Behandlung des Patienten (Jungbauer et al. 2001). Gerade, weil Angehörigen als wichtige Bezugspersonen oft grossen Belastungen ausgesetzt sind und die familiären Beziehungen darunter leiden (Lauber et. al 2003, Franz, Meyer & Gallhofer 2003, Hirst 2005, Coyne 1990 zitiert nach Lenz 2010). Fehlendes gesellschaftliches wie auch fachliches Verständnis, die sich hartnäckig haltende (Teil-)Schuldinduktion und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erschweren diese Vorhaben oftmals.

## 4. Praktische Anwendung

### 4.1 Methode

Befragung von 26 psychiatrisch tätigen Fachleuten der Professionen Pflege, Medizin und Psychologie aller Behandlungsbereiche in der Psychiatrischen Klinik St.Pirminsberg, St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd. Anhand teilstrukturierten, leitfadenorientierten Interviews mit zwei Skalierungsfragen und offenen Fragen wurden auf Basis einer persönlichen Einschätzung Fragen zum Einbezug signifikanter Bezugspersonen in die Behandlung sowie zur Bedeutung therapeutenspezifischer Persönlichkeitsaspekte auf deren Einbezug in die stationäre psychiatrische Behandlung des Indexpatienten ergründet. Die Interviewprotokolle wurden auf bestimmte Fragestellungen (Fragen des Leitfadens) hin untersucht, die Inhalte aus den verschiedenen Protokollen wurden zusammengefasst, strukturiert und die verschiedenen Perspektiven verglichen und ausgewertet.

Ableitungen praxisrelevanter Schlussfolgerungen sind in einer kritischen Diskussion und zusammenfassenden Bewertung im Schlussteil ersichtlich.

Beruf	Berufserfahrung			Total
	> 5 Jahre	5 -10 Jahre	< 10 Jahre	
Arzt	2 Personen	0 Personen	3 Personen	5 Personen
Psychologe	4 Personen	2 Personen	1 Person	7 Personen
Pflegefachmann	3 Personen	4 Personen	7 Personen	14 Personen
Total	9 Personen	6 Personen	11 Personen	26 Personen

Tabelle 1: Ausbildung und Berufserfahrung nach Ausbildungsende der aktuellen Tätigkeit

## 4.2 Ergebnisse der Befragung

Die Rückmeldungen aus den Leitfadenterviews als Selbsteinschätzung betonen vorrangig implizites Erfahrungs- und Handlungswissen. Explizite Fachbegriffe tauchen lediglich als Einzelaussage mit dem Konzept der Allparteilichkeit sowie der Mehrfachnennung rund um die Roger'schen Grundvariablen auf.

### 4.2.1 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Frage: 'Arbeiten Sie mit Angehörigen zusammen?'

Einbezug Beruf	nie	selten	manchmal	meistens	immer	Total
Arzt	0 Personen	0 Personen	1 Person	4 Personen	0 Personen	5 Personen
Psychologe	0 Personen	0 Personen	2 Personen	5 Personen	0 Personen	7 Personen
Pflegefachmann	0 Personen	1 Personen	4 Personen	8 Personen	2 Personen	14 Personen
Total	0 Personen	1 Person	7 Personen	17 Personen	1 Person	26 Personen

Tabelle 2: Die Häufigkeit des Einbezugs von Angehörigen in die Behandlung

Die Befragung zeigt, dass Angehörige oft von den zuständigen Behandlern in die Behandlung miteinbezogen werden. Zurückhaltung korreliert bei den Berufsgruppen Arzt / Psychologe mit einer geringen Berufserfahrung / fehlender spezifischer Fortbildung. Zurückhaltende Pflegefachleute haben hingegen auch eine Berufserfahrung von teils mehr als 10 Jahren. Einzelvoten bei einem zurückhaltenden Einbezug begründen dabei die Vorliebe für eine Arbeit im Einzelsetting bei starker Betonung der Beziehungsarbeit mit dem Patienten im Einzelsetting. Während bei den Berufsgruppen Arzt / Psychologe alle Befragten (100%; n=11) die Gesprächsleitung übernehmen, sind es bei den Pflegenden nur 7% (n=1), 19% (n=5) betonen eine initiative, aktive Gesprächsteilnahme. Entsprechend führen Pflegefachpersonen formale Mehrpersonengespräche meist im Setting des Kernteams Behandlung (Einzeltherapeut und pflegerische Bezugsperson) durch. Alle Interviewten arbeiten in Mehrpersonengesprächen mit Angehörigen zusammen (Leitung oder Co-Leitung), ebenfalls wird die Voraussetzung der Entbindung der Schweigepflicht von sämtlichen Interviewten explizit erwähnt. Die Zusammenarbeit mit Kindern (über alle Interviewfragen) erwähnen lediglich 15% (n=4) explizit. Während sich bei den Berufsgruppen Arzt / Psychologe die Kontakte zu Angehörigen grösstenteils auf Telefonate und geplante Mehrpersonengespräche beziehen, arbeiten Pflegenden in vielen weiteren nicht formalisierten Situationen im Sinne von Alltagskontakten mit Angehörigen zusammen: in Aufnahme- und Eintrittssituation, Austrittssituationen, nach Wochenendurlaube sowie bei Besuchen. Eine spezielle Art der Zusammenarbeit auf einer Behandlungsstation sind Angehörigenabende, an welchen das Behandlungsteam Angehörigen im Beisein

der Patientengruppe das Behandlungskonzept erläutert und auf Fragen eingeht. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen in Abwesenheit des Patienten (ohne Telefonanrufe) erwähnten 12% (n=3), jedoch nur als Sonderfall. Telefonkontakte nannten 17 Personen explizit (65%); Rückmeldungen zu Telefonanrufen zeigen, dass die Initiative des Anrufs hauptsächlich von den Angehörigen ausgeht. Als wesentliche Schwerpunkte des Gesprächsfokus in der Zusammenarbeit mit Angehörigen werden genannt (n=46): Anamnese / Informationen / Psychoedukation (36%, n=16), Besuche / nach Urlauben / Alltagskontakte (27%, n=12), Beziehung / Zusammenleben / Erwartungen (22%, n=10), Eintrittssituation (11%, n=5), Austrittssituation (4%, n=3). Mehrfach wird betont, dass die Gespräche im Mehrpersonenkontext nicht als eigentliche Paar- oder Familientherapien im klassischen Verständnis zu verstehen sind.

#### 4.2.2 Eigene Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Frage: 'Fühlen Sie sich selbstsicher in der Zusammenarbeit mit Angehörigen?'

Sicherheit \ Beruf	nein	eher nicht	eher schon	ja, sehr	
Arzt	0 Personen	0 Personen	2 Personen	3 Personen	5 Personen
Psychologe	0 Personen	1 Person	4 Personen	2 Personen	7 Personen
Pflegefachmann	0 Personen	1 Person	7 Personen	6 Personen	14 Personen
Total	0 Personen	2 Personen	13 Personen	11 Personen	26 Personen

Tabelle 3: Das Gefühl der Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Eine grosse Mehrheit (92%, n=24) der Interviewten fühlt sich eher sicher oder sicher in der Zusammenarbeit mit Angehörigen, dies unabhängig von der Berufserfahrung und spezifischer Fortbildung (Mehrpersonensetting / Angehörigenarbeit). Die Unsicherheit steigt bei 50% (n=13), wenn die Beziehung noch nicht hergestellt ist zu den Angehörigen oder in herausfordernden Situationen (Konflikte, Konfrontation etc.) und korreliert teils mit einer geringen Berufserfahrung (< 5 Jahre). Als Faktoren, welche Sicherheit vermitteln, werden genannt (n=66): Positive Beziehungsaspekte (26%, n=17), Erfahrung (18%, n=12), Fachwissen / Supervision (17%, n=11) Haltung / Wichtigkeit (18%, n=10), klarer Auftrag (10%, n=7), aktive, kooperative Zusammenarbeit (9%, n=6), eigene Erfahrungen als Angehöriger (5%, n=3).

#### 4.2.3 Prämissen einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Frage: 'Was ist aus Ihrer Sicht eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen?'

Die Frage nach einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen wird schwerpunktmässig die grundsätzlich offene Haltung gegenüber Angehörigen, der Informationsaustausch wie auch Zeit und Raum für Gespräche genannt. Als Faktoren einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen werden genannt (n=130): offene Grundhaltung / Interesse / Verständnis (24%, n=31), Informationsaus-

tausch / Psychoedukation (15%, n=19), Raum, Zeit, Verfügbarkeit (11%, n=15), Arbeit an Beziehungen / Prozessen (9%, n=12), sich selbst zurücknehmen, Distanz (9%, n=12), klarer Auftrag (7%, n=9), aktiver Einbezug (7%, n=9), Kundenorientierung (6%, n=8), Vermittlung von Hilfen (5%, n=7), wiederholter Einbezug (4%, n=5), Patientenzentrierung (2%, n=3).

#### **4.2.4 Faktoren, welche einen guten Therapeuten auszeichnen**

- *Frage: 'Was zeichnet einen guten Therapeuten / Berater aus?'*

Die Frage, was einen guten Therapeuten auszeichnet, wird von der Mehrheit (85%, n=22) der Interviewten ohne die spezifische Rückfrage, ob es das Einzelsetting oder Mehrpersonensetting betrifft, beantwortet. Die offen gestellte Frage wurde mit keinem Hinweis ergänzt. Folgende Antworten werden gegeben (n=199): Eine Mehrzahl der Antworten (57%, n=114) betreffen Faktoren, welche sich die Persönlichkeit des Beraters beziehen (Roger'sche Grundvariablen, Mentalisierungsfähigkeit, positive Charaktereigenschaften), gefolgt von wissens- und handlungsorientierten Variablen (Fachwissen, Auftrag, Umsetzung, Skills; 21%, n=42), Abgrenzung / Distanz (8%, n=15), Autonomieförderung / Ressourcen- / Entwicklungsorientierung (8%, n=15) sowie verhaltensspezifische Faktoren (Verfügbarkeit, zuhören, Kontinuität, 6%, n=13).

#### **4.2.5 Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten**

- *Frage: 'Welche Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten / Beraters schätzen Sie als günstig / wichtig ein für seine Arbeit?'*

Anschliessend an die Frage, was einen guten Therapeuten auszeichnet, folgt die Frage nach günstigen Persönlichkeitsmerkmalen des Therapeuten für seine Arbeit. Dabei überschneiden sich die Rückmeldungen zu Frage vier und Frage fünf. An Introversion, den 'sicheren Hafen' und Schutz erinnernde Faktoren wenden ihre Aufmerksamkeit stärker auf das Innenleben des Therapeuten (gelassen, ruhig, gefestigt, etc.) und sind mit 51% (n=65) am stärksten vertreten, gefolgt von auf die Roger'schen Grundvariablen (28%, n=36) gerichtete Faktoren und an Extraversion, die 'sichere Basis', Rückhalt und Exploration erinnernde Faktoren (Neugierde, Interesse, prosoziale Motivation etc.; 21%, n=27).

#### **4.2.6 Bedeutung der genannten Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen in Bezug auf das Mehrpersonensetting**

- *Frage: 'Haben die bei Frage 4 und Frage 5 beschriebenen Fertigkeiten / Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten / Beraters bei der Arbeit im Mehrpersonensetting (Einbezug wichtiger Bezugspersonen) dieselbe Bedeutung?'*

27% der Interviewten (n=7) geben an, dass die Fertigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale ohne Einschränkungen oder Ergänzungen dieselbe Bedeutung haben. 61% der Interviewten (n=16) geben an, dass die Fertigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale grundlegend dieselbe Bedeutung haben, jedoch im Mehrpersonensetting spezielle Aspekte zu berücksichtigen sind. 12% der Interviewten (n=3) geben eine unterschiedliche Bedeutung an. Die beiden Gruppen zusätzlich zu berück-

sichtiger Aspekte (61%) sowie der unterschiedlichen Bedeutung (12%) beziehen sich jedoch auf dieselben Unterschiede zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting (n=37). Eine Mehrzahl der Antworten betreffen die Notwendigkeit einer stärkeren Strukturierung / Steuerung / erhöhte Komplexität (43%, n=16) sowie Aspekte der Beziehungsgestaltung / Parteilichkeit / Neutralität (35%, n=13), gefolgt von spezifischen Kompetenzen und Wissen (14%, n=5) sowie der Notwendigkeit einer erhöhten Flexibilität (8%, n=3) im Mehrpersonensetting.

#### 4.2.7 Grundlegende Herausforderungen zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting

- *Frage: 'Welche grundlegenden Herausforderungen stellen sich einem Therapeuten / Berater im Mehrpersonensetting im Unterschied zur Arbeit im Einzelsetting?'*

Die spezifische Nachfrage nach grundlegenden Herausforderungen verfeinert die bei 4.2.6. beschriebenen Ergebnisse (n=102). Häufigste Nennung betrifft die grössere Komplexität / Herausforderung in der Steuerung im Mehrpersonensetting (36%, n=37), die herausforderndere Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting (35%, n=36), gefolgt von der Notwendigkeit einer klareren Strukturierung der Themen / Ziele (14%, n=14), der Notwendigkeit einer klareren Strukturierung der Zeit (11%, n=11), der Notwendigkeit einer klareren Grenzsetzung (3%, n=3) sowie als Einzelnennung (1%) unterschiedliche Ansprüche an die Infrastruktur.

#### 4.2.8 Angaben zur Wichtigkeit spezifischer Schulung und Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonensetting

- *Frage: 'Sind spezifische Fort-, Weiter-, und Ausbildung für die Arbeit im Mehrpersonensetting wichtig? Welche Bedeutung messen Sie der Selbsterfahrung im Zusammenhang mit der Arbeit im Mehrpersonensetting zu?'*

Fortbildung \ Beruf	keine	wenige Tage (0-5)	mehrere Tage (>5)	Postgraduale systemische Weiterbildung	Total
Arzt	1 Person	3 Personen	0 Personen	1 Personen	5 Personen
Psychologe	2 Personen	2 Personen	0 Personen	3 Personen	7 Personen
Pflegfachmann	5 Personen	6 Personen	3 Personen	0 Personen	14 Personen
Total	8 Personen	11 Personen	3 Personen	4 Personen	26 Personen

Tabelle 4: Von den Interviewten absolvierte spezifische Fort- / Weiterbildung in den Bereichen Mehrpersonengespräche / Angehörigenarbeit

73% der Interviewten (n=19) geben an, dass sie eine Fort- oder Weiterbildung zur Arbeit mit Angehörigen / im Mehrpersonensetting als wichtig erachten. Dies deckt sich jedoch nicht mit eigener Fort- und Weiterbildungserfahrung (vergl. Tabelle 4): lediglich 27% (n=7) haben eine Fort- oder Weiterbildungserfahrung zur Arbeit mit Angehörigen / im Mehrpersonensetting von mehr als fünf Tagen absolviert. Auf die Frage zum Bedarf an Fortbildung / Schulung (n=40) betrifft die häufigste Nennung Übungsmöglichkeiten / Supervision (35%, n=14), Sensibilisierung / Haltung (25%, n=10), Fachwissen / Konzepte (20%, n=8), sowie Steuerung / Gesprächsführung (20%, n=8). Fünf Personen (19%) bemängeln explizit die fehlende Einbindung der Arbeit im Mehrpersonensetting / Ange-



hörigenarbeit in die Grundausbildung.

Positive Aspekte der Selbsterfahrung (Prozess der Selbsterfahrung, in welchem der Therapeut die anzuwendenden Arbeitsweisen und Methoden an sich selbst erfährt) messen 96% der Interviewten (n=25) eine wichtige Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang (n=27) betreffen die häufigste Nennung Mentalisierungsaspekte (48%, n=13), gefolgt von Aspekten der Abgrenzung (30%, n=8) sowie Aspekte zum eigenen Umgang mit Problemen (22%, n=6). Dabei wird Selbsterfahrung als grundlegend wichtig bezeichnet, ungeachtet ob in der Arbeit im Einzel- oder Mehrpersonensetting.

## **5. Schlussteil**

### **5.1 Reflexion und Synthese**

#### **5.1.1 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen**

In den Interviews ergeben sich keine Hinweise auf die in der Motivation und Ausgangslage beschriebene Ausgrenzung von Angehörigen aus einer stationären psychiatrischen Behandlung (Scherer & Lampert 2017). Bezogen auf die beschriebene spannungsreiche Schnittstelle von individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen, Ansprüchen und Werten in der historischen Entwicklung der Psychiatrie (Hoff 2017), Schuldinduktionen sowie Stigmatisierung durchdringt die Interviews eine wertfreie, offene Haltung gegenüber Angehörigen, grundiert durch einen engagierten, empathischen und verständnisvollen Stil. Im Narrativ beziehen sich die Interviewten auf die Limitierung des Einbezugs durch knappe Ressourcen und die zeitliche Begrenzung des stationären Aufenthaltes. Vorrangig werden bei der Einbeziehung Informationsvermittlung / Psychoedukation oder sich durch den Kontext ergebende Alltagskontakte (Eintrittssituation, Rückkehr aus dem Urlaub) genannt; sich auf Beziehung, das Zusammenleben oder die Erwartungen fokussierte Gespräche betreffen weniger als ein Viertel der Nennungen. Die Initiative bei Telefonanrufen geht vorrangig von Angehörigen aus; keine Hinweise haben sich ergeben, auf wessen Initiative der Einbezug von Angehörigen in Gespräche erfolgt. In der Literatur finden sich Hinweise auf die Notwendigkeit einer proaktiven Einbeziehung von Angehörigen seitens der Fachleute (Jungbauer et al. 2001). Im Zusammenhang mit der hohen Zufriedenheit der befragten Angehörigen (hcri 2017) in der Zusammenarbeit kann interpretiert werden, dass die Initiative der Fachpersonen als ausreichend gesehen wird, auch wenn die Befragung Angehörige von 91% der Patientenfälle nicht berücksichtigt (Lampert 2017a). Die hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Angehörigen – 69% der Interviewten arbeitet meistens oder immer mit Angehörigen zusammen – lässt auf eine Sensibilisierung durch das umfangreiche Konzept der Angehörigenarbeit in der Institution und die Stabsstelle Koordination Prävention und Angehörigenarbeit mit ihren Angeboten schliessen; insbesondere der explizite Minimalstandard der schriftlichen Information der Angehörigen durch das

Behandlungsteam mittels eines standardisierten Briefes kann als Faktor für die Angehörigenzufriedenheit interpretiert werden.

### **5.1.2 Eigene Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen**

Die Ergebnisse der Interviews tangieren die in der Motivation und Ausgangslage beschriebenen Einschätzungen, dass eine persönliche Unsicherheit bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen den Einbezug von Angehörigen limitiere (Scherer & Lampert 2017). Diese Prämisse wird durch das vorliegende Ergebnis widerlegt, da sich 92% der Interviewten eher sicher oder sicher fühlen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Im Narrativ wird mehrfach betont, dass eine zunehmende Komplexität, Konflikte oder eine (noch) fehlende Beziehung zu den Angehörigen die Unsicherheit erhöht. Die Interviews lassen jedoch keine Aussage zu, inwieweit diese Konstellationen zum Tragen kommen. Auch werden die formalen Mehrpersonengespräche mehrheitlich im Setting des Kernteams Behandlung (Einzeltherapeut und pflegerische Bezugsperson), also mit einer dualen Gesprächsleitung durchgeführt, was einen weiteren Einfluss auf das Gefühl der Sicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen bewirken könnte. Dieser Umstand, dass eine duale Gesprächsleitung die Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen erhöht, wird in den Interviews jedoch nicht explizit erwähnt.

Wichtigster Faktor (26% der Nennungen), welcher die Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen vermitteln, sind Beziehungsaspekte zu Angehörigen. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung korreliert und korrespondiert mit der Persönlichkeit des Therapeuten (Loos 2012). Nebst interpersonellen Kompetenzen fördern dabei Selbstakzeptanz, Frustrationstoleranz, emotionale Kompetenzen und Selbstreflexion die Selbstsicherheit, Angstfreiheit (Orlinsky, Grawe & Parks 1994), das Vertrauen in einen eigenen Stil (Fiegl 2016) und eine erlebte Selbstwirksamkeit, was sich in den Interviews im Faktor der Erfahrung widerspiegelt.

### **5.1.3 Prämissen einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit Angehörigen**

Für eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen betreffen 33% der Rückmeldungen Persönlichkeitsvariablen des Beraters. Entscheidend sind die persönliche Haltung und Sensibilität für die Situation und Anliegen von Angehörigen. Eigene Erfahrungen als Angehöriger spielen lediglich eine untergeordnete Rolle (12% der Interviewten erwähnen eine eigene Betroffenheit als Angehöriger), was auf die Wichtigkeit einer hohen Empathiefähigkeit und des Mitgefühls hinweist (Singer & Bolz 2013, Ekman 2007, Bornemann & Singer 2013). Das Konzept des Mitgefühls wird dadurch betont, dass in den Interviews auch klare Hinweise zur emotionalen Abgrenzung der Beratenden gegeben wurden (Bloom 2015). Für die Fähigkeit des Mitgefühls sind wiederum therapeutenspezifische Persönlichkeitsvariablen und Fertigkeiten wie die Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion sowie die Perspektive ausschlaggebend für die therapeutische Beziehungsgestaltung.

Das Item 'Patientenzentrierung' meint, dass bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen die Bedürfnisse des Patienten im Fokus stehen sollten. Diese Nennungen stehen im Bezug zu Begriffen wie

Parteilichkeit, Neutralität oder Allparteilichkeit (Boszormegny-Nagy 1978, Stierlin 1978, Willi 1978). Auf diesen Fokus wird unter 4.2.6 sowie 5.2 eingegangen.

Während Psychoedukation und Informationsaustausch weniger mehrpersonensettingspezifisches Wissen voraussetzt, betont die Arbeit an Beziehungen / Prozessen vorrangig implizites, prozedurales Handlungswissen. Dieses ist förderbar mit spezifischer Schulung in der Arbeit im Mehrpersonensetting, sowie Berufs- und Selbsterfahrung. Es fordert Fachpersonen, Prozesse zu erkennen und hilfreich zu begleiten (Liechti & Liechti 2011).

#### **5.1.4 Fertigkeiten und therapeutespezifische Persönlichkeitsvariablen im Einzel- und Mehrpersonensetting**

Die offen gestellte Frage, was einen guten Therapeuten auszeichnet, wird von 85% der Interviewten ohne Hinweise auf das Setting beantwortet. Dies impliziert, dass grundlegende Fertigkeiten und Eigenschaften sowohl für das Einzel- wie auch das Mehrpersonensetting eine ähnliche Bedeutung haben (Willi 2005). Erst die explizite Nachfrage unter 4.2.6 zeigt, dass lediglich 27% der Interviewten dem ohne Vorbehalte zustimmen. Die beiden Gruppen zusätzlich zu berücksichtigender Aspekte sowie der unterschiedlichen Bedeutung beziehen die Abweichung mehrheitlich auf technische Aspekte und Interaktionsaspekte bezogene Faktoren. Diese fordern den Berater auf, präsent zu sein, sich abzugrenzen oder Stellung zu beziehen und klarer zu intervenieren (Willi 2005). Dies bedeutet, sich mit seiner Person und seinen Kompetenzen sichtbarer zu machen – was Selbstvertrauen voraussetzt – und wiederum als Basis für Vertrauen gilt (Luhmann, 1989, Küchenhoff 2017). Auf die Frage, was einen guten Therapeuten / Berater auszeichnet, beziehen sich 65% der Nennungen auf persönlichkeitsorientierte Faktoren. Dies zeigt, dass die Interviewten diesen Faktoren eine hohe Bedeutung zumessen. Bei der expliziten Frage nach der Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen werden vorrangig Faktoren erwähnt, welche mit Sicherheit und Beruhigung konnotiert werden können, ähnlich der mütterlichen Feinfühligkeit als prompte Reaktion (Ainsworth 1974/2003). Die auf die Roger'schen Grundvariablen gerichteten Merkmale werden teils schlagwortartig, ohne spezifische Ausführung oder Hinweise auf deren Bedeutung erwähnt. Allen genannten Persönlichkeitsaspekten scheint gemein, dass sie das Vertrauen in die Beziehung zum Patienten fördern und somit als grundlegend für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gesehen werden können.

#### **5.1.5 Grundlegende Herausforderungen zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting**

Ergänzend zu den unter 5.1.4 bereits beschriebenen Unterschieden zwischen dem Einzel- und Mehrpersonensetting, welche sich auf Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen beziehen, bezeichnen bei der expliziten Nachfrage alle Interviewten grundlegende zusätzliche Herausforderungen im Mehrpersonensetting. Grundlegende zusätzliche Herausforderungen im Einzelsetting wurden keine erwähnt. Es kann von einer höheren Komplexität in der Prozesssteuerung und Beziehungsgestaltung ausgegangen werden. Wie schon unter 5.1.2 erwähnt, gehen diese erhöhten Anforderungen mit einer Abnahme der Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen

einher. Zentral ist die Verunsicherung in der Beziehungsgestaltung – wie unter 4.2.6 beschrieben – im Zusammenhang mit der Ausübung der Parteilichkeit einerseits. Einzelvoten reichen von der Rolle als Anwalt des Patienten bis hin zur Neutralität. Diese Herausforderung betrifft 71% der Nennungen. Andererseits gibt es auch Hinweise auf fehlendes spezifisches Fachwissen, welches sich auf die bereits oben beschriebenen Dilemmata bezieht. Insgesamt kann auch im Zusammenhang mit der Fragestellung nach grundlegenden Herausforderungen wie unter 5.1.4 beschrieben die Notwendigkeit einer hohen Präsenz und klaren Strukturierung des Gesprächs angeführt werden.

### **5.1.6 Angaben zur Wichtigkeit spezifischer Schulung und Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonensetting**

Angehörigenarbeit war schon immer Bestandteil in der psychiatrischen Behandlung – irgendwie. Dieser in der Einleitung formulierte Satz scheint durch die Auswertung der Frage nach spezifischer Schulung für die Arbeit im Mehrpersonensetting zum Tragen zu kommen. Während eine deutliche Mehrheit der Interviewten angibt, dass sie eine Fort- oder Weiterbildung zur Arbeit mit Angehörigen / im Mehrpersonensetting als wichtig erachten, deckt sich dies jedoch nicht mit eigener Fort- und Weiterbildungserfahrung für die Arbeit mit Angehörigen / im Mehrpersonensetting (vergl. Tabelle 4). Dieser Umstand wirkt sich nur wenig (abgesehen bei psychiatrisch Tätigen mit wenig Berufserfahrung) auf die Selbstsicherheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen aus. Diese hohe Selbstsicherheit bezieht sich wie aus dem Narrativ ersichtlich jedoch weniger auf komplexe, konfliktuöse Gesprächssituationen oder auf den Beginn einer Behandlung im Mehrpersonensetting. Auch bei einem unklaren Auftrag sinkt die Selbstsicherheit einzelner. Bei insgesamt 13 Personen (50%) gibt es Hinweise auf Verunsicherung in diesen Konstellationen. Davon sind mehrheitlich psychiatrisch Tätige mit weniger als zehn Jahre Berufserfahrung seit Ausbildungsende betroffen. Aus dieser Auswertung und zahlreicher Wortmeldungen kann interpretiert werden, dass Erfahrung ein wesentlicher Faktor für die Zunahme von Selbstsicherheit in der Arbeit mit Angehörigen / im Mehrpersonensetting ist. Insbesondere bei den Fachpersonen, welche eine systemische postgraduale Weiterbildung absolviert haben, sind keine Hinweise auf Verunsicherung zu verzeichnen. Nebst der Schulung im Sinne von Weiterbildung gibt es zahlreiche Hinweise auf den positiven Effekt von Übungsmöglichkeiten und Supervision. Dies unterstützt den Faktor der Erfahrung dahingehend, dass mit Reflexion und zunehmender Verfeinerung der Arbeitsmethoden die erlebte Selbstwirksamkeit steigt.

Der Fokus der Selbstreflexion wird auch im zweiten Teil der Frage mit der Frage nach Selbsterfahrung zentral. Ähnlich wie bei der Frage nach Fort- oder Weiterbildung messen dieser ein grosser Teil der Interviewten (96%) eine wichtige Bedeutung zu. Mehrheitlich die Berufsgruppe der Pflegefachleute unabhängig der Berufserfahrung, jedoch teils auch Ärzte und Psychologen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung, haben keine Selbsterfahrung absolviert. Rückmeldungen zur Selbsterfahrung betonen vorrangig Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung, was in der Literatur mit einer Zunahme von Reife (Fiegl 2016), und Persönlichkeitsentfaltung, Kompetenzentwicklung und professioneller Beziehungsgestaltung (Frank et al. 2015) beschrieben wird. Eine spezifische

Wichtigkeit der Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonenkontext oder eine spezifische familienorientierte Selbsterfahrung für die Arbeit im Mehrpersonenkontext kann anhand der Rückmeldungen nicht eruiert werden: Selbsterfahrung wird als grundlegend wichtig bezeichnet, ungeachtet ob in der Arbeit im Einzel- oder Mehrpersonensetting.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

Befunde aus der Psychotherapieforschung unterstreichen die Wichtigkeit der Beziehungsqualität; die Bedeutung einer guten Therapiebeziehung für ein gutes Therapieergebnis als das am besten gesicherte Ergebnis der Therapieforschung (Strauss & Willutzki 2013). Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen aus den Interviews: eine gute Zusammenarbeit mit dem Patienten wird durch eine tragfähige therapeutische Beziehung möglich, welche in einem hohen Masse durch die Persönlichkeitsaspekte des Therapeuten beeinflusst wird. Dies wird auch in der theoretischen Erörterung ersichtlich, beziehen sich therapeutespezifische Faktoren für die Beziehungsgestaltung doch stärker auf die Persönlichkeit des Therapeuten als auf die Ergebnisvarianz durch die Therapieallianz oder durch Modell und Technik (Loos 2012, Hartmann 2017; vergleiche auch im Anhang 7.2 Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen). In der Literatur findet sich eine lange Historie zur Frage, ob personale Eigenschaften wie Wärme, Empathie, Echtheit als Basis psychotherapeutischer Prozesse gelehrt werden können (Roger 1942). Heute wird davon ausgegangen, dass ausschliesslich von einer Förderbarkeit, und nicht von einer Lernbarkeit dieser Eigenschaften gesprochen werden kann (Fiegl 2016). Persönlichkeitsvariablen können als ein bedeutender Prädiktor für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung gesehen werden (Loos 2012), Wampold (2017) beschreibt ihn als 'vergessenen Wirkfaktor'. Diese Prämissen wurden vorrangig in der Arbeit im Einzelsetting untersucht. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Mehrpersonensetting eine ähnliche Tragweite beigemessen werden kann; darüber hinaus gestaltet sich die Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting als komplexer und anspruchsvoller (Willi 2005). Dies wird durch die Interviews bestätigt und ist häufige Nennung als Faktor der Verunsicherung in der Zusammenarbeit im Angehörigen. Hier wird aus den Rückmeldungen der Interviews mit den Hinweisen zur Parteilichkeit resp. Neutralität ein Spannungsfeld ersichtlich, welches die Manövrierfähigkeit des Beraters einengen kann. In der Therapie wird ein Leid beklagt, welches sich oft auf die Ebene des Zusammenlebens auswirkt. Einseitige Parteilichkeit oder distanzierte Neutralität kann die therapeutische Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting hemmen, erschweren oder gar verunmöglichen und zu einer Gefährdung der therapeutischen Allianz führen. Hilfreiche Konzepte wie die 'Allparteilichkeit' (Boszormegny-Nagy 1978, Stierlin 1978) oder die 'ausgleichende Parteilichkeit' (Willi 1978) wirken dieser Gefahr entgegen. Diese Konzepte müssen vermittelt und geübt werden. Wesentliche Grundlage hierfür ist die Mentalisierungsfähigkeit des Beraters, sich auf die 'inneren Zustände' in sich selbst und im anderen beziehen zu können. Sie kann im Mehrpersonensetting sowohl als intrapsychische Fähigkeit als auch in hohem Masse als eine interaktionelle Fähigkeit gesehen (Brockmann & Kirsch 2010). Das Mentalisie-

rungskonzept gründet in den Erkenntnissen Bowlbys (1973/2006): Bindung wird nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentationssystems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulierung von Affekten und für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist (Taubner 2008). Der Einfluss internaler Arbeitsmodelle des Therapeuten auf das Therapieergebnis ist empirisch belegt (Tyrell et al. 1999). Für die Förderung des Mentalisierens gibt es keinen besseren Weg, als es selbst zu tun (Brockmann & Kirsch 2015). Dies bedeutet, auf die Affekte des Gegenübers eingehen zu können, was im Mehrpersonensetting nur durch 'Allparteilichkeit' oder 'ausgleichende Parteilichkeit' gelingen kann. Mentalisierung kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet einen 'epistemischen Super Highway' für soziales Lernen und Veränderungen (Fonagy & Allison 2014). Um das Spannungsfeld der Parteilichkeit kurzzeitig aushalten zu können, scheint epistemisches Vertrauen zentral. Epistemisches Vertrauen oder Misstrauen ist nicht nur lediglich Persönlichkeitsmerkmal des Empfängers. Gelingt es dem Therapeuten bei ihren Patienten epistemisches Vertrauen auszulösen, fördert dies deren Bereitschaft, von ihm zu lernen und sich auf die Therapie einzulassen (Dittrich 2017). Diese Erfahrung kann im Mehrpersonensetting geradezu multipliziert werden und fördert die Entwicklung in Beziehungen. Die Fähigkeit des Beraters, Mitgefühl zu empfinden gilt dabei als Basis und ermöglicht erst Mentalisierung und das Auslösen epistemischen Vertrauens. Die Basis für ein bindungsbasiertes Arbeiten im Mehrpersonensetting setzt spezifisches Fachwissen voraus. Die fehlende Grundlage der Konzepte der 'Allparteilichkeit' oder 'ausgleichenden Parteilichkeit' birgt die Gefahr der Manövrierunfähigkeit des Therapeuten. 'Allparteilichkeit' oder 'ausgleichende Parteilichkeit' ist als Prozess zu verstehen, weniger als festes Gebilde. Mit dieser Arbeit nimmt der Berater eine kurzzeitige Koalition in Kauf, diese Schiefelage gilt es kurzzeitig aufrecht zu erhalten, was ein gewisses Mass an Flexibilität und Gelassenheit, aber auch eine innere Distanz erfordert. Sich dieser Schiefelage gewahr zu sein bedeutet, inneren Zuständen achtsam zu begegnen wie auch achtsam auf die inneren Zustände des Gegenübers einzugehen. Hier setzt die systemische Therapie und Beratung mit geschickter (zirkulärer) Fragestellung an: weniger das 'sich in andere Menschen einfühlen' steht im Fokus, sondern das Augenmerk soll sich aufgrund der Komplexität auf die Interaktion und Kommunikation richten (Simon 2017). 'Was denken Sie, Herr Meier, was würde Ihre Frau dazu sagen, wenn sie ihren Sohn so wütend sieht bei Ihrer Auswahl: Arbeit oder Auszug?' Dabei steht nicht lediglich Fachwissen im Vordergrund: wie in den Interviews betont wird, sind auch Übungsmöglichkeiten und Supervision für die Umsetzung und Etablierung des eigenen Stils wichtig, um Prozesse zu erkennen und hilfreich begleiten zu können. Neben Fachwissen und Skills ist die Fähigkeit, sich auf innere Zustände zu beziehen wie beschrieben zentral. Eigene Emotionen und Körperempfindungen werden frühzeitig bemerkt und eingeordnet, was ermöglicht, achtsamer und offener auf andere zu reagieren; gefördert wird dies beispielsweise durch Mentales Training für Erwachsene (Signer & Bolz 2013). Diese Prozesse werden auch durch Selbsterfahrung gefördert: Ausbildungskandidaten psychotherapeutischer Ausbildungsgänge profitieren in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, Kompetenzentwicklung und professionellen Beziehungsgestaltung in hohem Masse von selbsterfahrungsorientierten Anteilen (Frank et al.

2015). Entsprechend vereinigt die Arbeit im Mehrpersonensetting Anforderungen an mehrere Dimensionen: die Mentalisierungsfähigkeit, sich auf eigene 'innere Zustände' und die des Andern zu beziehen, die Prozess- wie auch die Beziehungsgestaltung sowie die inhaltliche und zeitliche Strukturierung. Einerseits kann dem Zusammenspiel dieser Dimensionen eine ausserordentliche Komplexität attestiert werden, zumindest unter erschwerten Bedingungen, andererseits erhebt die systemische Therapie und Beratung den Anspruch, dies möglichst unauffällig zu tun. Vielleicht wird dem Mehrpersonengespräch gerade deshalb nicht die Aufmerksamkeit zuteil, welcher es bezogen auf die Herausforderungen eigentlich bedarf.

Psychiatrisch Tätige in der Klinik St.Pirminsberg messen therapeutespezifischen Persönlichkeitsaspekten eine hohe Bedeutung zu für die therapeutische Beziehungsgestaltung. Die Beziehungsgestaltung im Einzelsetting unterscheidet sich jedoch nicht direkt von der Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting. Sie ist eher als Erweiterung von Fertigkeiten zu sehen, welche die eigene Emotionsregulation und Abgrenzung in den Vordergrund rücken, da der Fokus stärker auf die Prozessbegleitung und damit auf die Rolle des Moderators, des Übersetzers und Umformulierers gelegt wird. Dies wird im Narrativ der Interviews deutlich und wiederholt betont.

#### **5.4 Schlussfolgerungen**

Die interviewten psychiatrisch Tätigen messen therapeutespezifischen Persönlichkeitsaspekten eine hohe Bedeutung für die Beziehungsgestaltung bei der Durchführung von Mehrpersonengesprächen zu. Dies ist erkennbar als implizites Handlungswissen mit klaren Bezügen zur zitierten Literatur. Dieses meist unbewusste, prozedurale Wissen ist für eine wirksame therapeutische Beziehungsgestaltung zentral und fusst auf den Persönlichkeitsmerkmalen des Beraters. Es zeigt sich jedoch auch eine Verunsicherung in komplexen Beratungssituationen: dort wo Ablehnung, Konflikte, ein unklarer Auftrag oder unklare Beziehungsaspekte zu Angehörigen wirken, sinkt die Selbstsicherheit. Es ergibt sich durch die vorliegende Arbeit jedoch kein Hinweis, ob diese Verunsicherung mit einem fehlenden oder zurückhaltenden Einbezug von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung in Zusammenhang gesetzt werden kann. Wie in den Interviews betont und in der Literatur kongruent beschrieben, fussen Beziehungsaspekte im Einzel- wie im Mehrpersonensetting auf derselben Basis. Bei der Arbeit im Mehrpersonensetting erhöht sich jedoch die Komplexität der Beziehungsgestaltung. Hier sollen psychiatrisch Tätigen konsequent, ungeachtet deren Profession oder Provenienz, die hilfreichen Konzepte zur Beziehungsgestaltung im Mehrpersonensetting sowie die Grundlagen der Arbeit im Mehrpersonenkontext vermittelt werden. Auf dieser Grundlage fördern Intervision, Supervision und Übungsmöglichkeiten das explizite Erfahrungswissen, was prozedurales Handlungswissen aktiviert. Dies kann weiter durch Selbsterfahrung verbessert werden, indem die Persönlichkeitsentfaltung das eigene Kohärenzerleben stärkt und hilft, eigene Erfahrungen, Gefühle, Vorstellungen zu reflektieren, damit sie nicht in den therapeutischen Prozess transportiert werden. Auch von einer Vertiefung von Fachwissen und praktischen Übungen in der

Gesprächsführung im Mehrpersonensetting könnten psychiatrisch Tätige in ihrer Grundausbildung mit der Entwicklung spezifischer Kompetenzen profitieren.

Getragen wird diese Arbeit von einer positiven Grundhaltung gegenüber Angehörigen. Hier können die Institutionen mit verbindlichen Konzepten eine Grundlage schaffen und Standards formulieren, auf welchen die Zusammenarbeit mit Angehörigen fusst. Der als Empfehlung formulierte Qualitätsstandard könnte künftig als konzeptuelle Grundlage für eine verbindliche Umsetzung der Zusammenarbeit mit Angehörigen genutzt werden. Die Begrenzung der Angehörigenarbeit sollte sich in einer modernen psychiatrischen Versorgung weniger an den Fragen nach Profession oder Provenienz, sondern als multiprofessionelle Angelegenheit am Auftrag, den Kompetenzen und zeitlichen Ressourcen psychiatrisch Tätiger orientieren, damit Bedürfnisse der Familien und Lebensgemeinschaften berücksichtigt werden können.

## 6. Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974/2003): Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: "Sozialisation" als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen. In: Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (Hrsg.) (2003): *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta,

Bloom, P. (2015): *Empathie blendet uns*. Zeit Online. Zugriff am 20.09.2017:  
<http://www.zeit.de/2015/49/psychologie-empathie-terror-mitgefuehl-interview/komplettansicht>

Boeger, A. (2009): *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte*. Stuttgart: Kohlhammer

Bohus, M (2017):. *Modulare Psychotherapie - ein Modell für die Zukunft*. SGPP-Kongress 2017, Bern

Bornemann, B.; Singer, T.: Das ReSource-Modell des Mitgefühls. Eine kognitiv-affektive neurowissenschaftliche Perspektive in: Signer, T., Bolz, M. (Hrsg.) (2013): *Mitgefühl – In Alltag und Forschung*. München: Max Planck Society

Boszormeny-Nagy, I. & Sparks, G. (2006): *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta

Bowlby, J. (1973/2006): *Trennung. Zorn und Angst*. München: F. Reinhardt

Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Berlin: Fischer

Brisch, K. H. (2015): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Brockmann J. & Kirsch, H (2010):. Konzept der Mentalisierung. Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. Zeitschrift *Psychotherapeut*, 2010-55, Issue 4, S. 279–290

Brockmann J. & Kirsch, H (2015):. Mentalisieren in der Psychotherapie. Zeitschrift *Psychotherapeuten Journal*, 1/2015, S.13-22

Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Stand 01.08.2016); Zugriff am 02.08.2017:  
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20091366/>



- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1937): *Schweizerisches Strafgesetzbuch*. Stand 1. September 2017. Zugriff am 21.09.2017: <https://www.edoeb.admin.ch/datenschutz/00768/00808/00831/index.html?lang=de>
- Cierpka, M., Orlinsky, D., Kächle, H. & Buchheim, P. (1997): Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 42(5), S. 267-268. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 23). Münster: Waxmann
- Coyne, J.C. & Downey, G. (1990): Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76
- Dalferth, J. (2013): *Selbstlose Leidenschaften*. Tübingen: Mohr Siebeck
- Dittrich, K. (2017): Systemische Forschung: Grundlagen der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*. PP 16, Ausgabe Juni 2017, Seite 276
- Dörner, K., Egetmeyer, A. & Koenning, K. (1995): Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. 3., korr. Auflage der Neuausgabe von 1995, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001
- Duncan, B., Miller, s., Wampold, B. & Hubble, M. (2010): *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy, 2nd Edition*. Washington, D.C.: American Psychological Association, Find out how to improve your outcomes from leading researchers.
- Ekman, P. (2007): *Gefühle lesen*. München: Elsevier, Spektrum Akademischer Verlag
- Erikson, E. H. (1959): *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press (dt: (1966): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp)
- Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie*. Münster: Waxmann
- Fischer, G. (2011): Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Giessen: Psychosozial-Verlag
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2009): Mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie (SMART): Eine Integrative Familientherapie für Kinder und Jugendliche. In J. Allen, P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT Handbuch Konzepte und Praxis* (S. 285-313). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014): *The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship*. *Psychotherapy* 51/3 S. 372-380
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2011): Die entwicklungspsychologischen Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung in *Kindheit und Adoleszenz: Ein Forschungsbericht unter dem Blickwinkel der Mentalisierungstheorie*. *Psyche – Z Psychoanal.* 2011;65:900–52.
- Frank, Ch., Gahleitner, S.B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, K., Märtens, M., Schigl, B., Pieh, Ch., Böckle, M. & Leitner A. (2015): Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojektes „Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“. *resonanzen-journal*, 02/2015, S. 114-130. Zugriff am 28.12.2017: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/375/326>
- Franz, M., Meyer, T. & Gallhofer, B. (2003): Belastungen von Angehörigen schizophoren und depressiv Erkrankter – eine repräsentative Studie, in: Fegert, JM., Ziegenhain, U. (Hrsg.): *Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland*. Wien: Berlitz, 2003; 215–230

- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. (2008): *Nachdenken über Ausbildung. Systemische Notizen; Jubiläumsausgabe*. Wien: Lehranstalt für systemische Familientherapie der Erzdiözese Wien
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2012): *Bindung – das Gefüge psychischer Sicherheit*. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hartmann, M. (2011): *Praxis des Vertrauens*. Frankfurt: Suhrkamp
- Hartmann, U. (Hrsg.) (2017): *Sexualtherapie: Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Berlin: Springer
- hcri (2017): *Angehörigenbefragung Psychiatrie*. Unveröffentlichte Auswertung. Zürich: health care research institute AG
- Hill, C. & Knox, S. (2013): *Training and Supervision in Psychotherapie*. In Lambert, M. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapie and Behavior Change* (6. Auflage, S. 775-811). New York: John Wiley & Sons. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 20). Münster: Waxmann
- Hirst, M. (2005): *Carer distress: a prospective, population-based study*. *Soc Sci Med* 2005; 61(3): 697–708
- Heiniger-Haldimann, B. (2015): *Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten*. Zugriff am 06.11.2017: <https://www.klaus-grawe-institut.ch/blog/beziehung-zwischen-patienten-und-therapeuten/>
- Hoff, P. (2014): *Zur Rolle der Angehörigen in der psychiatrischen Behandlung: Störenfriede, Co-Therapeuten oder ... ?*. Referat Fachtagung Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie. Zugriff am 21.09.2017: [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen\\_fachleute/referate/nap\\_tagungen/2014\\_Referat\\_Hoff.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/nap_tagungen/2014_Referat_Hoff.pdf)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2017, Stand 24.05.2017): *Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren*. Zugriff am 02.08.2017: [https://www.iqwig.de/download/N14-02\\_Abschlussbericht\\_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen\\_V1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf)
- Jungbauer J., Bischof J., Angermeyer M.C. (2001): *Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker*. *Psychiat Prax* 2001; 28: 105–114.
- Kirr, J. (1989): *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz
- Koddebusch, Ch. (2016): *Therapeutische Kompetenz*. Theoretische Grundlagen, Erhebungsmethoden und Wirksamkeit in der Praxis. Inaugural-Dissertation. Giessen. Zugriff am 01.01.2018: [http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2016/12261/pdf/Koddebusch\\_Christine\\_2016\\_08\\_30.pdf](http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2016/12261/pdf/Koddebusch_Christine_2016_08_30.pdf)
- Kreuziger, A. (2000): *Die Grundhaltungen der Personenzentrierten Gesprächstherapie*. Zugriff am 18.12.2017: <https://www.carlrogers.de/grundhaltungen-personenzentrierte-gespraechstherapie.html>
- Küchenhoff, J. (2017): *Vertrauen in Beziehungen*. *Zeitschrift SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY*, 2017; 168(1): 14-18
- Lambert, M. J. (Hrsg.) (2013): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. ed). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.

- Lampert, Th. (2017a): *interne Auswertung der Angehörigenzufriedenheitsbefragung hcri*. Pfäfers: St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- Lampert, Th. (2017b): *interne Auswertung der Angehörigenbriefe*. Pfäfers: St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C. & Rössler W (2003): Determinants of burdens in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18(6): 285–289
- Lenz, A. (2010): *Ressourcen fördern – Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- Liechti J. & Liechti-Darbellay M. (2011): *Im Konflikt und doch verbunden*. Heidelberg: Carl-Auer
- Linehan, M.M. (1996): *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Luhmann, N. (1968/1989): *Vertrauen – Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke
- Mallin, U. (2010): *Therapeut-Klient-Interaktion: Einstellungen und Interventionen*. Inauguraldissertation der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln. Zugriff 30.10.2017: <http://www.psychologie-bonn.de/downloads/Diss-Buch-mallin-gekuerzt.pdf>
- Mayer, K. (2009): *Vorurteile und ihre Wirkungen in der Medizin*. Zugriff am 21.09.2017: <http://www.neuro24.de/vorurt.htm>
- McKay, K.M., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2006): Brief report Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92 (2006) 287–290
- Meyer-Hermann, J. (2017): *Herzenswarm – wie man Empathie lernt*. Zeitschrift Fritz und Fränzi. Zugriff am 13.09.2017: <https://www.fritzundfraenzi.ch/erziehung/elternbildung/herzenswarm-wie-man-empathie-lernt?page=1>
- Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (Hrsg.) (2011): *Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie – Eine Empfehlung*. Zugriff am 02.08.2017: [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP\\_QS\\_2012.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP_QS_2012.pdf)
- Nickel, M., Nickel, C., Tritt, k., Lahmann, C., Leiberich, P., Loew, Th., Rother, W. (2004): *Stationäre Behandlung von Frauen mit überlastungsbedingter depressiver Erkrankung – beeinflusst das Einbeziehen des Partners die Behandlungsergebnisse? Eine randomisierte, prospektive, kontrollierte Studie*. Zugriff am 02.10.2017: [https://www.researchgate.net/profile/Claas\\_Lahmann/publication/244787979\\_Stationare\\_Behandlung\\_von\\_Frauen\\_mit\\_überlastungsbedingter\\_depressiver\\_Erkrankung\\_-\\_beeinflusst\\_das\\_Einbeziehen\\_des\\_Partners\\_die\\_Behandlungsergebnisse\\_Eine\\_randomisierte\\_prospektive\\_kontrollierte\\_Stud/links/5551e82708aeaaff3bef4328.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claas_Lahmann/publication/244787979_Stationare_Behandlung_von_Frauen_mit_überlastungsbedingter_depressiver_Erkrankung_-_beeinflusst_das_Einbeziehen_des_Partners_die_Behandlungsergebnisse_Eine_randomisierte_prospektive_kontrollierte_Stud/links/5551e82708aeaaff3bef4328.pdf)
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994): Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In Bergin, A. & Garfield, S.: *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Bd.4, S. 270-376). New York: John Wiley & Sons. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 22-23). Münster: Waxmann
- Pfammatter, M. (2014): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Vorlesung. Zugriff am 26.10.2017: [http://www.upd.unibe.ch/research/seminarthemen/Vorlesung\\_Pfammatter\\_Wirkfaktoren\\_31\\_3\\_14.pdf](http://www.upd.unibe.ch/research/seminarthemen/Vorlesung_Pfammatter_Wirkfaktoren_31_3_14.pdf)

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W (2003): *Psychoedukation Depression – Manual für Therapeuten von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.

Ptyushkin, P. (2017): *Praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in Psychiatrie und Psychotherapie: Vorteile und Herausforderungen*. SGPP-Kongress 2017, Bern

Rieken, B. (2011): Psychotherapiewissenschaft, Hermeneutik und das Unbewusste. In Rieken, B. (Hrsg.) *Alfred Adler heute; zur Aktualität der Individualpsychologie* (S. 41-59), Münster: Waxmann. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie*. Münster: Waxmann

Rindermann, H. (2009): Emotionale-Kompetenz-Fragebogen: Manual. Göttingen: Hogrefe. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 38). Münster: Waxmann

Rogers, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personal change. *Journal of Consulting Psychology*, 2(21), S. 95-103

Rogers, C. R. (2014): *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 19. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart 2014 (Original: *On becoming a Person*. Houghton Mifflin, Boston 1961).

Rössler, W. (2004): *Psychiatrische Rehabilitation – Band 1*. Heidelberg: Springer

Rössler, W. (Hrsg.) (2005): *Die Therapeutische Beziehung*. Heidelberg: Springer

Sauer, B. (2011): Der Einfluss der Angehörigenbewegung - Gespräch mit Martin Achmüller, Vorstand des Südtiroler Verbandes Angehöriger und Freunde psychisch Kranker. Zugriff am 21.09.2017: [http://arbeit.psychiatrische-landschaften.net/wp-content/uploads/2011/10/sauer\\_achmueller.pdf](http://arbeit.psychiatrische-landschaften.net/wp-content/uploads/2011/10/sauer_achmueller.pdf)

Scherer, E., Lampert, Th. (2016): Angehörigenarbeit in der Institution. Zeitschrift *Psychiatrie & Neurologie*, 2016-4, S. 10-12

Scherer, E., Lampert, Th. (2017): *Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag

Simon, F.B. (2017): *Simons systemische Kehrwoche: Warum Einzeltherapie schwieriger ist als systemische Familientherapie*. Zugriff am 06.11.2017: <http://www.carl-auer.de/blogs/kehrwoche/warum-einzeltherapie-schwieriger-ist-als-systemische-familientherapie/>

Singer, T. & Bolz, M. (Hrsg.) (2013): *Mitgefühl. In Alltag und Forschung*. München: Max Planck Society

Sroufe, L. A. (1989): Relationships, self, and individual adaptation. In A. J. Sameroff (Hrsg.) & R. N. Emde (Hrsg.): *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 70 – 94). New York: Basic Books

Stierlin, H. (1978): *Delegation und Familie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Strauss, B. & Willutzki, U. (2013). Bedeutung des Therapeuten für den Therapieerfolg. *Psychotherapeut*: 5: 425-437.

Strauss, B. & Bähler, E. (2009): Das Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). *Psychother Psych Med*, 59, S. 175-176. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 24). Münster: Waxmann

- Stucki, Ch. (2004) *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten*. Intuitive Reaktionen, Patientenerfahrung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern. Bern: Selbstverlag. Zugriff am 30.10.2017: [http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/04stucki\\_c.pdf](http://www.zb.unibe.ch/download/eldiss/04stucki_c.pdf)
- Taubner, S. (2008): *Einsicht in Gewalt*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Truax, C. & Carkhuff, R. (1967): *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: IL: Aldine. In Fiegl, J. (2016): *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie* (S. 20). Münster: Waxmann
- Tyrrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Falot, R. D. (1999): Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725–733.
- von Salisch, M. (2002): *Emotionale Kompetenzen entwickeln*. Stuttgart: Kohlhammer
- von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2008): Wie wirksam ist Systemische Psychotherapie/Familientherapie? *Forum Psychotherapeutische Praxis* (2008), 8, pp. 20-27. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B. E. (2001): *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005): Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Wampold, B. E. (2017): „What (really) works in therapy?“ Vortrag Internationale Systemische Forschungstagung, Heidelberg
- Willi, J. (1978) *Therapie der Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt
- Willi, J. (1996): *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013): *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Wynne, L. C. (1985): Die Epigenese von Beziehungssystemen: Ein Modell zum Verständnis familiärer Entwicklung. *Familiendynamik*, 10, 2, S. 112-146
- Zöller, E., Schick, A. & Bischoff A. (2008): *Unschlagbar - Das Buch, das dich gegen Gewalt stark macht*. Frankfurt a.M.: Fischer

## 7. Anhang

### 7.1 Fragebogen

#### **Befragung psychiatrisch tätiger Fachleute zum Einbezug von wichtigen Bezugspersonen / Angehörigen in die stationäre psychiatrische Behandlung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Befragung richtet sich im Rahmen einer Abschlussarbeit *MAS Systemische Beratung und Pädagogik* am Zentrum für Systemische Therapie und Beratung in Bern an psychiatrisch tätige Fachleute in der stationären Psychiatrischen Versorgung in der Klinik St.Pirminsberg Pfäfers. Sie beleuchtet Fragen zur Zusammenarbeit mit signifikanten Bezugspersonen von hospitalisierten Patienten.

Der Begriff Mehrpersonensetting bezeichnet im Rahmen dieser Arbeit ausschliesslich den Kontext zum Einbezug von signifikanten Bezugspersonen in den Behandlungsprozess und gilt als Synonym für den Einbezug von oder die Zusammenarbeit mit Angehörigen.

Der Begriff signifikante Bezugspersonen bezeichnet im Rahmen dieser Arbeit Menschen, welche sich in ihren wichtigen Beziehungen in hohem Masse gegenseitig beeinflussen. Diese Beeinflussung kann sich in ressourcenreicher oder konfliktuöser Gestalt zeigen.

Die Befragung erfolgt anonym, es werden statistische Angaben erhoben. Die Befragung dauert zwischen 30 und 60 Minuten.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

1. Arbeiten Sie mit Angehörigen zusammen?

- nie                       selten                       manchmal                       meistens                       immer

2. Fühlen Sie sich selbstsicher in der Zusammenarbeit mit Angehörigen?

- nein                       eher nicht                       eher schon                       ja, sehr

3. Was ist aus Ihrer Sicht eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen?

4. Was zeichnet einen guten Therapeuten / Berater aus?

5. Welche Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten / Beraters schätzen Sie als günstig / wichtig ein für seine Arbeit?

6. Haben die bei Frage 4 und Frage 5 beschriebenen Fertigkeiten / Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten / Beraters bei der Arbeit im Mehrpersonensetting (Einbezug wichtiger Bezugspersonen) dieselbe Bedeutung?

7. Welche grundlegenden Herausforderungen stellen sich einem Therapeuten / Berater im Mehrpersonensetting im Unterschied zur Arbeit im Einzelsetting?

8. Sind spezifische Fort-, Weiter-, und Ausbildung für die Arbeit im Mehrpersonensetting wichtig? Welche Bedeutung messen Sie der Selbsterfahrung im Zusammenhang mit der Arbeit im Mehrpersonensetting zu?

#### **Statistik**

- Psychologe                       Pflegefachmann                       Arzt

Berufserfahrung seit Ausbildungsabschluss aktueller Beruf

- < 5 Jahre                       5-10 Jahre                       > 10 Jahre

Spezifische Fort- und Weiterbildung Angehörigenarbeit / Mehrpersonensetting:

## 7.2 Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen

Diese Auflistung von Fertigkeiten und Persönlichkeitsvariablen aus dem theoretischen Teil umfasst 78 Hinweise, was ein Therapeut tun oder wie ein Therapeut sein sollte, wenn er seine Arbeit gut machen möchte, sowie zusätzliche sechs Hinweise für das Mehrpersonensetting. Sieben Hinweisen sollte er besser nicht Folge leisten.

### Ein guter Therapeut sollte:

- Ein gutes Wohlbefinden haben
- Ein freundlich zugewandter Beziehungsstil
- Interpersonelle Kompetenzen haben
- Respekt haben
- Echt sein
- Kongruent sein
- Empathisch sein
- Wärme ausstrahlen
- Konkret sein
- Fähigkeiten besitzen, Prozesse in Gang setzen
- Rückmeldungen und Denkanstöße geben
- Prägnant sein
- Ermutigend sein
- Nähe und Distanz regulieren können
- Sich einfühlen können
- Eine starke Arbeitsbeziehung haben
- Differenzen herausarbeiten können
- Eine gemeinsame Sprache finden
- Stützen
- Vertrauen und Sicherheit schaffen
- Botschaften in Metaphern ausdrücken
- Eine gute Portion Humor haben
- Immer wieder neu motivieren können
- Verhaltensweisen und Mitteilungen des Klienten wahrnehmen
- Verhaltensweisen und Mitteilungen des Klienten aus dessen Perspektive richtig verstehen können
- Eine prompte, passgenaue Reaktion für eine positive Erfahrung von Selbstwirksamkeit haben
- Eine zielgerichtete Partnerschaft anstreben
- Persönliche Sicherheit haben
- Sich selbst akzeptieren können
- Angstfrei sein
- Ein hohes Mass an Frustrationstoleranz aufweisen
- Sich selbst reflektieren
- Ein empathisch-unterstützendes Beziehungsangebot machen können
- Kooperativ sein
- Tolerant sein
- Beziehungsfähig sein
- Zuhören können
- Ziele verfolgen können
- Flexibel sein
- Sich auf andere Menschen und deren Defizite einlassen können
- Vertrauen in einen eigenen Stil haben
- Sich selbst als wirksam erfahren
- Grenzen erkennen und akzeptieren können



- Eigene Gefühle erkennen
- Gefühle von Anderen erkennen
- Mit eigenen Gefühlen umgehen können
- Eigene Gefühle ausdrücken können
- Entwicklungen in Beziehungen anregen können
- Über ausreichend Realitätsbezug verfügen
- Eine geringe narzisstischer Bedürftigkeit aufweisen
- Psychisch belastbar sein
- Bindungsfähig sein
- Eigenverantwortung übernehmen können
- Gestaltungsfähig sein
- Konflikte korrigieren können
- Selbstsicher sein
- Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und das eigene Denken haben
- Sich selbst darstellen können
- Vertrauen haben und dies zur Verfügung stellen können
- Methodologisches Vertrauen in die Manövrierfähigkeit in den eigenen Therapieansätzen haben
- Die Fähigkeit, sich auf sich selbst und andere als Personen mit inneren Zuständen wie Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen beziehen zu können
- Präsent sein
- Aufmerksam sein
- Eine innere Körperbewusstheit haben
- Wohlwollend und wertschätzend sein
- Schwierige Emotionen akzeptieren können
- Integer sein
- Prosoziale Motivation und Handlungsbereitschaft besitzen
- Mentalisieren können
- Epistemischem Vertrauen auslösen können
- Das therapeutische Vorgehen auf Bedürfnisse, Ressourcen oder Beziehungsverhalten abstimmen können

**Ein guter Therapeut sollte im Mehrpersonensetting zusätzlich:**

- Allparteilich sein
- Aufmerksam auf die Spielregeln der Interaktion und Kommunikation sein
- Die Funktion des Moderators übernehmen können
- Funktion des Übersetzers und Umformulierter übernehmen können
- Den kleinsten gemeinsamen Nenner finden
- Prozesse erkennen und hilfreich begleiten können

**Ein guter Therapeut sollte nicht:**

- Überwiegend konfrontieren
- Taktlos provozieren
- Kritisieren
- Abwerten
- Rigide sein und extrem strukturieren
- Methodenfixiert vorgehen
- Ein Bedürfnis nach Gewissheit und Glauben an unverrückbare wissenschaftliche Wahrheit haben

## 8. Selbständigkeitserklärung

**MAS-Arbeit:** **Therapeutespezifische Persönlichkeitsaspekte und die therapeutische Beziehung - Ableitungen für die Arbeit im Mehrpersonensetting**

**Im Studiengang:** **MAS Systemische Beratung und Pädagogik**

### Selbständigkeitserklärung Studierender

Erklärung des MAS-Studierenden Thomas Lampert Falknisweg 9, 7302 Landquart

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäss verwendeten Gedanken, Aussagen und Argumente sind unter Angabe der Quellen (einschliesslich elektronischer Medien) kenntlich gemacht. Die vorliegende Arbeit oder Auszüge daraus wurden in keiner anderen Prüfung vorgelegt.

Landquart, 9. Januar 2018  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Verfassers)

### Herausgabeerklärung Studierender

Die vorliegende MAS-Arbeit darf

- Uneingeschränkt herausgegeben werden
- Nur unter Aufsicht der Betreuungsperson oder der Studiengangleitung eingesehen und nicht vervielfältigt werden
- Nicht herausgegeben werden

Landquart, 9. Januar 2018  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Verfassers)

### Herausgabeerklärung Betreuungsperson

Die vorliegende MAS-Arbeit darf

- Uneingeschränkt herausgegeben werden
- Nur unter Aufsicht der Betreuungsperson oder der Studiengangleitung eingesehen und nicht vervielfältigt werden
- Nicht herausgegeben werden

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungsperson)