



Leseprobe aus: Hoffmann, Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater, ISBN 978-3-407-27949-9

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-27949-9>

2 Selbstfürsorge in der Psychotherapie

»Das Leben der meisten Menschen versandet in halbwegs gezogenen, halbwegs unterlassenen Konsequenzen.« (Hermann Burger)

2.1 Psychotherapie als Arbeit

Psychotherapeutinnen verpflichten sich zur Untersuchung und Behandlung der Patienten nach dem aktuellen Stand der psychologisch-medizinischen Wissenschaft. Es handelt sich dabei um eine Tätigkeit, die in vollem Umfang die Kriterien für Arbeit erfüllt: Sie ist fortgesetzt, verlangt Anstrengung und muss geordnet verlaufen. Als gelenkte Betätigung ist sie mehr als eine Antwort des Organismus auf die Reize des Augenblicks. Ihre Ausführung zu dem dafür vorgesehenen Zeitpunkt steht oft im Gegensatz zu den Bedürfnissen, die in dem Moment vorherrschen. Sie setzt dann den Einsatz einer volitionalen Verhaltenssteuerung voraus. Nicht selten wird sie als schwierig, kompliziert und ermüdend erlebt.

2.1.1 Arbeitsstörungen

Wie jede andere Form von Arbeit ist auch die psychotherapeutische Tätigkeit unter ungünstigen inneren und äußeren Bedingungen anfällig für Arbeitsstörungen. Arbeitsstörungen sind gravierende Probleme, die sich bei der Ausführung von Arbeitsaufgaben ergeben. Sie können negative Konsequenzen für die Ergebnisse der Arbeit haben, zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens führen oder zu einer Schädigung des arbeitenden Menschen in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht beitragen (Hoffmann & Hofmann, 2004a).

2.1.2 Gesundheitsschutz

Die Notwendigkeit, Arbeitsstörungen vorzubeugen oder sie gegebenenfalls zu beheben, hat seit geraumer Zeit die Aufmerksamkeit von Psychologen und Medizinern auf die Grenzen menschlicher Leistungsfähigkeit gelenkt. Als Ergebnis dieser Beanspruchungsforschung (z. B. Richter & Hacker, 1998) wurden in zahlreichen Berufsfeldern Richtlinien zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und

zu einer Gesundheitsförderung erlassen. Der Mensch wird dabei in der Regel als autonom handelndes Subjekt angesehen, das Potenzen und Stärken aktivieren kann, um sich gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und Kompetenzen zu schaffen bzw. zu erhalten. Zu diesem Zweck soll er angeleitet werden, Handlungs- und Gestaltungsspielräume zu erkennen und zu nutzen. In dem Zusammenhang sind auch Maßnahmen, die unter das Stichwort »Psychohygiene« fallen, von großer Bedeutung. Woher kommt dieser Begriff?

2.2 Psychohygiene

Ursprünge. Die Förderung der »geistigen Hygiene« wurde in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zu einer mächtigen kulturellen Bewegung. Sie erhielt vor allem in Amerika von 1907 an durch C. W. Beers, einen genesenen Geisteskranken, einen gewaltigen Aufschwung. Beers zog aus seinem eigenen Leiden Schlüsse auf die Einflüsse, die sich günstig oder ungünstig auf die seelische Gesundheit auswirken. Die großen Themen, mit denen man sich damals vor allem beschäftigte, waren die Bekämpfung des Alkoholismus, die Förderung von »gesunden Milieus« wie Sportvereinen oder Pfadfinderbewegungen, die Bekämpfung »ungesunden« sozialen Verhaltens wie exzessiver Sexualität. Die Ziele dabei waren die Senkung der Fallzahlen von »Psychopathen und Psychotikern« sowie die Entwicklung einer angemessenen Erziehung zur Vermeidung von »Nervosität« und krankhaften Charakterentwicklungen.

Weiterentwicklungen. In Deutschland beschäftigte sich Heinrich Meng in den 1950er Jahren intensiv mit den Zielsetzungen und Vorgehensweisen eines seelischen »Gesundheitsschutzes« als präventiver Maßnahme (Meng, 1958). Psychohygienische Überlegungen wurden in neuerer Zeit unter der Bezeichnung »Salutogenese« von Antonovsky (1987) wieder intensiv ins Gespräch gebracht. Schließlich führte Fessler (2001, S. 197) im Rahmen der Burnout-Diskussion bei psychosozialen Fachkräften den Begriff als Gegenimpuls zu beruflichen Deformationen wieder ein. Er versteht darunter »die Sammlung präventiver und kurativer Maßnahmen gegen äußere und innere Belastungen und Schädigungen im Leben von Helferinnen und Helfern«.

Selbstfürsorge. Wir gebrauchen in diesem Buch den Begriff Selbstfürsorge als Synonym für Psychohygiene und schließen uns der von Luise Reddemann (2005, S. 565) gegebenen Begriffsbestimmung an: »Ich verstehe darunter einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und das Ernstnehmen meiner Bedürfnisse.«

Wir möchten Psychotherapeutinnen und Beraterinnen dabei behilflich sein, bei der Ausübung ihres Berufes mehr als bisher auch ihre eigenen Bedürfnisse zu

berücksichtigen, negative Gedanken und Gefühle zu reduzieren, kurzum: ihr aktuelles und zukünftiges psychisches und körperliches Befinden zu verbessern und dadurch auch in ihrer Arbeit effektiver zu werden. Wir werden uns vor allem mit dem beschäftigen, was sie innerhalb ihres therapeutischen Alltags dafür tun können.

2.3 Selbstfürsorge als dritte Ebene psychotherapeutischen Handelns

Das gesamte psychotherapeutische Geschehen lässt sich auf drei Ebenen beschreiben und analysieren.

Inhaltliche Ebene. Die erste ist die inhaltliche Ebene zwischen Patient und Therapeutin. Auf dieser Ebene werden Informationen ausgetauscht, Probleme bearbeitet, und die Therapeutin bringt Interventionen in Gang, mit dem Ziel, den Zustand und die Lage des Patienten zu verbessern.

Beziehungsebene. Alles, was sich in der Therapie ereignet, ist gleichzeitig sowohl konkrete inhaltliche Arbeit als auch Beziehungsarbeit. Es gibt keine therapeutische Aktion, die nicht in einer bestimmten Art *mit dem Patienten* durchgeführt wird und auf die dieser nicht in einer bestimmten Weise reagiert. Also ist dabei auch die Beziehung tangiert. Auf der anderen Seite wäre der Begriff einer *reinen* Beziehungsgestaltung sinnlos. Alles, was sich zwischen Patient und Therapeutin ereignet, muss zwangsläufig einen Inhalt haben und nach bestimmten psychologischen Prinzipien vor sich gehen.

Ebene der Selbstfürsorge. Wir möchten dazu anregen, das therapeutische Geschehen noch unter einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten und plädieren dafür, eine dritte wichtige Ebene im Denken und im Verhalten der Psychotherapeutinnen zu etablieren: die Ebene der Selbstfürsorge. Selbstfürsorge dient der fürsorglichen Kontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens und der eigenen Befindlichkeit. Kurzum: Es handelt sich um psychohygienische Maßnahmen für Therapeutinnen. Wir schlagen vor, über die gesamte Zeit des direkten Kontaktes mit dem Patienten und in den Zeiten davor und danach bei Bedarf auf diese Ebene »umzuschalten« und sich selbst, wenn auch nur für kurze Zeit, in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei verlangt Selbstfürsorge eine absichtsvolle Lenkung der Aufmerksamkeit auf den aktuellen Moment. Es geht darum, den eigenen aktuellen physischen und psychischen Zustand rechtzeitig zu registrieren, zu werten und – im eigenen Interesse – eventuell notwendigen Korrekturen zu unterziehen. Letztlich kommt diese Arbeit auch den Patienten zugute, weil so die Resonanzfähigkeit, die Offenheit und die Tatkraft der Psychotherapeutin erhalten bleiben.

Welche Möglichkeiten Therapeutinnen haben, auf dieser Ebene eine Art psychohygienische Selbstbetreuung zu betreiben, wollen wir in den folgenden Kapi-

teln beschreiben. Dabei geht es nicht nur darum, zur Lösung drängender aktueller Probleme beizutragen. Wir möchten darüber hinaus generalisierbare Kompetenzen vermitteln, die Therapeutinnen befähigen, auch zukünftige problematische Situationen besser zu handhaben oder von vornherein zu vermeiden. Wir beginnen mit einem Fragenkatalog, anhand dessen wir die Notwendigkeit von Selbstfürsorge einschätzen können.

2.4 Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrer aktuellen Situation bei der Ausübung Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit:

- ▶ Fühlen Sie sich seit einiger Zeit immer mehr an den Rand Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit gedrängt? Ist Ihr Befinden oft ausgesprochen schlecht? Haben Sie wechselnde Missempfindungen, die Organe wie Herz oder Wirbelsäule betreffen? Verspüren Sie öfter nervöse Gereiztheit, Kopfschmerzen oder Ohrgeräusche?
- ▶ Treten bei, vor oder nach der Arbeit vermehrt negative Stimmungen und Gefühle auf? Erscheint Ihnen vieles von dem, was Sie zu tun haben, lästig, im schlimmsten Fall ausgesprochen unangenehm? Treten Angstgefühle, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle oder aber Ärger, Wut und Empörung vermehrt auf? Wechseln Perioden der Anspannung mit solchen der Gleichgültigkeit und Resignation?
- ▶ Haben Sie immer häufiger das Gefühl, rasch zu ermüden? Fühlen Sie sich schon vor oder kurz nach Beginn der Arbeit matt und energielos? Geraten Sie geradezu in einen Zustand der Erschöpfung und brauchen lange, bis Sie sich wieder einigermaßen erholt haben?
- ▶ Erleben Sie häufig Patienten als »nervend«, lästig oder als ungebührlich anspruchsvoll? Haben Sie oft das Gefühl, von ihnen missbraucht, ausgesaugt oder als »seelischer Mülleimer« benutzt zu werden?
- ▶ Kommen bestimmte Patienten Ihnen ausgesprochen bedrohlich vor? Entwickeln Sie geradezu Angst vor möglichem aggressiven Verhalten, Vorwürfen usw.? Sind Sie erleichtert, wenn Sie die Sitzung mit einem solchen Patienten ohne große Probleme hinter sich gebracht haben?
- ▶ Müssen Sie feststellen, dass Sie immer weniger echte Anteilnahme und Empathie für einige Patienten aufbringen? Wird Ihnen ihr Schicksal immer gleichgültiger? Haben Sie dann vermehrt das Gefühl, gerade noch eine Art »Dienst nach Vorschrift« abzuleisten?
- ▶ Gewinnen Sie immer weniger echte Befriedigung aus Ihrer Arbeit? Ziehen Sie sich dafür in zunehmendem Maße in andere Lebensbereiche zurück?

- ▶ Fangen Sie an, den Sinn Ihrer Arbeit abzuwerten? Entsteht Sättigung oder eine Trotzhaltung, die eine Beschäftigung damit immer mehr erschweren?
- ▶ Fängt Ihre therapeutische Tätigkeit an, eine zunehmende Belastung für Sie zu werden? Rücken ungeliebte Anteile wie »Schreibkram«, Honorarstreitigkeiten, institutionelle Schwierigkeiten usw. immer stärker in den Mittelpunkt? Kostet Sie Ihre Arbeit immer mehr Energie und zweifeln Sie nachhaltig daran, »dass das alles sich lohnt«?
- ▶ Verbinden Sie kaum noch positive Erwartungen und Perspektiven mit Ihrer Arbeit?
- ▶ Haben Sie kaum noch berufliche Pläne oder Projekte? Interessiert Sie der ganze Bereich immer weniger? Häufen sich Flucht- und Ausstiegsgedanken?
- ▶ Wenn Sie ehrlich zu sich selbst sind, stellen Sie dann fest, dass Sie Ihren Beruf als Therapeutin nur noch ausüben, weil Sie keine Alternative dazu haben?
- ▶ Bekommen Sie bei dieser Konfrontation mit Hinweisen auf mögliche Schwierigkeiten bei Ihrer Arbeit in zunehmendem Maße ein ungutes Gefühl? Erkennen Sie sich bei vielem wieder und sagen sich: »So ist das auch bei mir«?

Fazit. Viele Bedingungen, unter denen eine Tätigkeit ausgeübt wird, sind kaum oder nur schwer zu beeinflussen. Das gilt auch für unsere Arbeit als Psychotherapeuten. Dennoch kann es eine wichtige Hilfe sein, unsere Haltung und unser Verhalten so zu verändern, dass es positive Rückwirkungen hat. Wir wollen im Folgenden zunächst die wichtigsten Ziele der Selbstfürsorge bei der psychotherapeutischen Arbeit darstellen.

2.5 Ziele der Selbstfürsorge bei Psychotherapeuten

Die Selbstfürsorge bei psychotherapeutisch Arbeitenden hat vor allem folgende Ziele, die in diesem Kapitel erörtert werden sollen:

- ▶ Verhinderung übermäßiger physischer und psychischer Beanspruchung,
- ▶ Vorbeugung gegen arbeitsbedingte physische und psychische Erkrankungen,
- ▶ Verbesserung des Umgangs mit besonderen Belastungen,
- ▶ Vermeidung von negativen Rückwirkungen auf die Therapie,
- ▶ Verhinderung negativer Rückwirkungen auf das soziale Gefüge,
- ▶ Erhaltung und Förderung von Neugierde, Interesse und Freude.

2.5.1 Verhinderung übermäßiger physischer und psychischer Beanspruchung

In der Arbeitspsychologie hat sich ein Konzept entwickelt, demzufolge »Belastung« eine Einwirkungs- und »Beanspruchung« eine Auswirkungsgröße dar-

stellt. Als Belastungen werden objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren bezeichnet, als Beanspruchungen deren Auswirkungen im und auf den Menschen.

Formen der Fehlbeanspruchung. Wir haben im ersten Kapitel auf einige Belastungsfaktoren hingewiesen, denen Psychotherapeuten bei ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Ihre möglichen Auswirkungen darf man sich jedoch nicht als einem einfachen Reiz-Reaktions-Modell folgend vorstellen. Eine entscheidende Rolle für die Auswirkungen von Belastungen spielen ihre Vorhersehbarkeit, ihre zeitliche Struktur und vor allem die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sie zu beeinflussen. Gestalten sich diese Faktoren ungünstig, kann die Beanspruchung ein kritisches Maß überschreiten. Als negative Folgen von Belastung finden wir dann verschiedene Formen von Fehlbeanspruchungen. Die wichtigsten sind nach Richter und Hacker (1998):

- ▶ *Psychische Ermüdung* im Sinne einer durch andauernde, vorwiegend psychisch beanspruchende Arbeitstätigkeit bedingten Beeinträchtigung, wobei negative Emotionen stark zunehmen.
- ▶ Ein *Monotonie-Zustand*, in dem die Situation als eintönig, langweilig und abstumpfend und die Zeit als lang erlebt wird. Die Aufmerksamkeit lässt nach und es stellt sich eine gleichgültig-apatheische Haltung ein, die in einen »Kampf mit der Schläfrigkeit« übergehen kann.
- ▶ *Stress*, als dessen Leitmerkmal ein Zustand angstbedingter, erregter Gespanntheit mit Desorganisationstendenzen in der Informationsverarbeitung und der gesamten Tätigkeitsregulation sowie affektiven Entgleisungen gilt.
- ▶ *Burnout*, von Maslach (1982) als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit definiert, das vor allem bei Personen auftreten kann, die mit Menschen arbeiten. Es besteht eine enge Verwandtschaft zu chronischer Ermüdung und emotionaler Abstumpfung.

Ein wichtiges Ziel unserer Überlegungen zur Selbstfürsorge besteht also darin, das Repertoire des Umgangs mit Belastungen so zu verbessern, dass solche negativen Formen von Überbeanspruchung möglichst vermieden werden können.

2.5.2 Vorbeugung gegen arbeitsbedingte physische und psychische Erkrankungen

Für das Praktizieren von Psychotherapie gilt wie für jede Arbeit die Feststellung von Richter und Hacker (1998, S. 5), dass »die stetige Zunahme negativer Auswirkungen ungenügend gestalteter Arbeitsprozesse Phänomene wie Stress, psychische Ermüdung oder Burnout mit ihren pathologischen Langzeitschädigun-

gen zunehmend in das Zentrum rückt«. Wir sehen in gezielten Maßnahmen der Selbstfürsorge einen wichtigen Beitrag zu einem in diesem Sinne definierten Gesundheitsschutz.

2.5.3 Verbesserung des Umgangs mit besonderen Belastungen

Bestimmte Patientengruppen wie depressive und aggressive Menschen, Persönlichkeitsgestörte usw. konfrontieren Therapeutinnen mit besonderen Problemen und werden von ihnen als Belastungsquellen identifiziert und gefürchtet. Das kann im Extremfall dazu führen, dass geradezu phobische Reaktionen auf ganze Patientengruppen oder Störungsbilder entstehen – bis hin zur konsequenten Ablehnung jeglicher Arbeit mit ihnen. Wie auch immer jede Kollegin ihren individuellen Spielraum bei der Zusammensetzung ihrer Patientenschaft gestaltet: Sie wird sich mit Phänomenen wie Depression, Suizidalität usw. befassen müssen. Ebenso muss sie in der Lage sein, kritische therapeutische Standardsituationen zu bewältigen, die sich in jeder Therapie ereignen können.

2.5.4 Vermeidung von negativen Rückwirkungen auf die Therapie

Eine Reihe von Studien (s. dazu Frank, 2000) hat gezeigt, dass eine negative Befindlichkeit Therapeuten daran hindert, ihr gesamtes Potential zu realisieren. Werden überlastungsbedingte Störungen chronisch, können Fehlentwicklungen die Folge sein, die sich in der Therapie auf mannigfaltige Weise auswirken. So kann es zu verfehlten Ansprüchen kommen, zu einer Fehlkonzeption der eigenen Rolle oder zu »Theorien« über Patienten, die deren objektiver Situation nicht gerecht werden, aber eine Schutzfunktion für die Therapeutin haben.

So werden z. B. Klagen über körperliche Beschwerden oft abwertend als »Somatisierung« abgetan, mit der Implikation, dass sich die Patienten damit auf eine niedrige – eben die körperliche – Ebene begeben, um sich nicht auf der höheren psychischen Ebene ihren Problemen stellen zu müssen. Oder ein erschöpfter, depressiver Patient, der nicht gleich alle guten Vorschläge der Therapeutin realisiert, wird als »unmotiviert« diffamiert. Solche Störelemente möglichst zu vermeiden ist eines unserer Ziele.

2.5.5 Verhinderung negativer Rückwirkungen auf das soziale Gefüge

Psychotherapeutische Professionalität führt nicht unbedingt dazu, dass mit der eigenen Familie besser oder kompetenter umgegangen wird. Die häufige eigene

Verstrickung in die Probleme des sozialen Umfelds verhindert oft die Distanz und den Überblick, die dazu notwendig wären. Noch gravierender wird die Situation, wenn Therapeutinnen, die unter einer übermäßigen und schlecht abgeforderten Beanspruchung leiden, dann im Privatleben mit den kleinen und großen Problemen ihrer Partner konfrontiert werden. Neben der Gereiztheit und Ungeduld, die typisch sind für alle Überforderten, egal, welchen Beruf sie ausüben, kommt es dann zu zusätzlichen Komplikationen: Sie werden zu Hause mit Repliken der Einstellungen, Ängste, Defizite usw. konfrontiert, mit denen sie sich bei ihren Patienten ohnehin schon den ganzen Tag herumgeschlagen haben. Dadurch werden Sättigung, Frustration und Entmutigung wesentlich stärker. Fazit: Alles, was dazu führt, dass Therapeutinnen weniger Stress, Enttäuschungen und Frustrationen in ihrem Berufsalltag empfinden, wird sich letztlich positiv auf ihre sozialen Beziehungen auswirken.

2.5.6 Erhaltung und Förderung von Neugierde, Interesse und Freude

Der Stellenwert positiver Emotionen bei der Arbeit von Psychotherapeutinnen wird allgemein zu wenig gewürdigt. Dabei erfüllen positive Emotionen vielerlei Funktionen: Erstens können sie als antagonistische Emotionen zu Niedergeschlagenheit, Gereiztheit oder Langeweile herangezogen werden. Zweitens stellen sie einen wichtigen Aspekt der »seelischen Einnahmen« dar, die das Gegenstück zu den »seelischen Ausgaben« bilden. Und drittens sind sie auch Garantien dafür, dass die Arbeit nicht zur bloßen seelenlosen Routine wird und den Therapeutinnen das Gefühl erhalten bleibt, dass ihre Arbeit insgesamt eine menschlich sehr fordernde Tätigkeit ist.

2.6 Fünf dysfunktionale Einstellungen, die Selbstfürsorge verhindern

Wer vorhat, seine Haltung gegenüber einem so wichtigen Lebensbereich wie der Berufsgestaltung zu verändern und gewonnene Erkenntnisse in die Tat umzusetzen, sollte zunächst darüber nachdenken, welche Hindernisse sich ihm dabei in den Weg stellen könnten. Dabei ist einmal an äußere Hindernisse zu denken, die vor allem die Rahmenbedingungen und die Organisation der bisherigen therapeutischen Tätigkeit betreffen. Hier möchten wir jedoch in erster Linie auf die inneren Hindernisse eingehen, die sich einer Verbesserung der Selbstfürsorge in den Weg stellen können: Einstellungen, Glaubenssätze, Ansprüche und Tabus,

die die persönliche »Berufsphilosophie« der Therapeutin (und ihres Umfeldes) ausmachen. Die Philosophie, die jemand in Bezug auf seine Arbeit hat, gibt Auskunft darüber, wo er seine Rechte und seine Pflichten sieht und wie er eigenes und fremdes Verhalten bewertet. Schließlich sagt sie ihm, was für ihn wichtig, vorrangig oder gar unabdingbar ist, was er unter welchen Umständen tun darf und was er sich keinesfalls erlauben kann.

Gespräche, die wir mit Kollegen und Kolleginnen über das Thema »Notwendigkeit von Psychohygiene bei Therapeuten« geführt haben und führen, hinterlassen einen recht zwiespältigen Eindruck. Einerseits betonen fast alle die Dringlichkeit solcher Maßnahmen und führen immer wieder persönliche Erlebnisse an, die zeigen, welchen Belastungen sie bei welchen Episoden in ihrer Arbeit ausgesetzt sind. Doch sobald konkrete Maßnahmen zur Sprache kommen, deren Einsatz ihre Situation unserer Ansicht nach verbessern könnte, stoßen wir zwar auf Neugierde und Interesse, aber auch auf Zurückhaltung und Bedenken. Diesen liegen im Wesentlichen fünf Einstellungen zugrunde, die im Folgenden kurz erläutert und kommentiert werden sollen.

2.6.1 »Ich darf nicht egoistisch sein und mich in den Mittelpunkt stellen«

Unser Kommentar. Als egoistisch bezeichnen wir Verhaltensweisen, die durch das Ziel motiviert sind, ausschließlich zum eigenen Vorteil zu handeln, ohne Rücksicht auf die Folgen, die sich daraus für andere ergeben. Aus der Sicht einer Therapeutin ist eine solche Haltung in jeder Weise inkompatibel mit den Absichten, die sie verfolgt: Sie hat explizit den Auftrag, ihren Patienten zu nutzen, und hat diesen Auftrag übernommen, d. h. zu ihrer Aufgabe gemacht. Darüber hinaus sind die wesentlichen Verstärkungsmodalitäten für ihre Tätigkeit (in Form von Geld, Anerkennung, Selbstwerterhaltung usw.) darauf gerichtet, dass sie Erfolge im Sinne dieser Zielsetzung vorweisen kann. Würde die Therapeutin in ihrem Handeln egoistisch auf jede Rücksicht gegenüber dem Patienten verzichten, hätten wir es mit einem grundlegend pervertierten Vorgehen zu tun, das den Namen Psychotherapie nicht verdiente.

Mit »Selbstfürsorge« ist aber nicht egoistisches Verhalten im vorher definierten Sinne gemeint. Ihr Auftrag verlangt von Ihnen, dass Sie Ihren therapeutischen Intentionen auch dann folgen, wenn sie mit der momentanen Emotion (z. B. Ärger über ein Patientenverhalten) nicht vereinbar sind. Das nennen wir Selbstkontrolle. Der Begriff hat eine gewisse Ähnlichkeit mit Ausdrücken wie »Selbstüberwachung« und »Selbstdisziplin«. Trotz des leicht martialischen Beigeschmacks solcher Begriffe haben wir es dabei mit einer für Therapie unent-

behrlichen Einstellung zu tun. Doch auch sie stößt an ihre Grenzen, wenn sie mit der Forderung einhergeht, dass man sich in einer sozialen Interaktion *ausschließlich* mit dem anderen (dem Patienten) befassen soll. Ein solcher Anspruch erforderte, wenn man ernsthaft versuchen würde, ihm gerecht zu werden, ein solches Ausmaß an Selbstverbiegung, dass er zu Selbstentfremdung oder Alienation führen müsste.

Alienation und ihre Folgen. Alienation (s. Guevara, 1994) hat vor allem dann, wenn sie lange andauert, folgende Beeinträchtigungen zur Folge:

- ▶ Störung der Planung von bedürfnisbefriedigendem Verhalten (»Ich komme nie dazu, mich weiterzubilden, weil ich nie die notwendigen Schritte plane.«)
- ▶ Häufige negative gedankliche Intrusionen (»Ich kann diesen interessanten Artikel nicht in Ruhe lesen, weil ich ständig von unangenehmen Gedanken unterbrochen werde.«)
- ▶ Störung der Einleitung von entlastenden Handlungen (»Ich möchte mal wieder abends ausgehen, aber ich komme nicht dazu.«)
- ▶ Störung der Ablösung von arbeitszentrierten Themen (»Ich kann mich abends nicht genug entspannen, weil ich ständig an die Arbeit denke.«)

Fazit. Selbstfürsorgereiche Maßnahmen sind allein schon deshalb notwendig, um ein Abgleiten in die Selbstentfremdung zu vermeiden. Der Versuch, ganz darauf zu verzichten, erweist sich als eine Illusion und kann sich auf Therapeutinnen wie auf Patienten schädlich auswirken.

2.6.2 »Ich habe keine Zeit ... Das kostet doch nur Kraft«

Unser Kommentar. Dieses »Argument« haben wir doch schon gehört – und zwar von vielen Patienten, die wir mit der Notwendigkeit konfrontieren, etwas an ihren festgefahrenen Haltungen und Verhaltensweisen zu verändern! Es wird selbst dann ins Feld geführt, wenn der aktuelle Zustand nicht zufriedenstellend ist und zu Nachteilen führt. Auch dann werden erst einmal negative Kognitionen und Erwartungen geweckt und die möglichen »Kosten« von Veränderungen fallen als Erstes ins Auge. Frühere eigene, wahrscheinlich zu kurzfristige und schlecht geplante »Lösungsversuche« treten ins Gedächtnis, die nicht nur »nichts gebracht«, sondern – frustrationsbedingt – sogar den Eindruck erweckt haben, die Situation nur noch zu verschlimmern. Resignation machte sich breit, und alles blieb beim Alten. Auch ein neuer Versuch wird nichts bringen, denkt man – und leidet weiter.

Wir haben glücklicherweise alle gelernt, bei Patienten in einem solchen Fall nicht vorschnell und ungerechtfertigterweise mit vernichtenden Deutungen (in Wirklichkeit will er ja keine Verbesserung; er hat wahrscheinlich einen beträcht-

lichen sekundären Krankheitsgewinn; in seiner mangelnden Mitarbeit zeigt sich lediglich seine versteckte Aggressivität mir gegenüber, es gibt etwas Zerstörerisches in ihm, sodass er sehenden Auges in sein Verderben rennt) und dergleichen »Küchenpsychologie« mehr zu reagieren.

Fazit. Wenn wir Patienten gegenüber nicht so reagieren, sollten wir auch nicht bei uns selbst vorschnell die Flinte ins Korn werfen. Versuchen wir doch, solche Bedenken auf unserem weiteren Weg abzubauen. Steigern wir unsere Selbstwirksamkeitserwartungen mit dem Ziel, uns den Problemen zu stellen und gemeinsam nach Mitteln zu suchen, um Abhilfe zu schaffen.

2.6.3 »Aber die Gegenübertragung wird doch behindert!«

Unser Kommentar. An dieser Stelle muss zuerst ein häufiges Missverständnis geklärt werden: Übertragung bezeichnet einen Prozess, bei dem Gefühle, Einstellungen oder Impulse, die gegenüber Menschen aus der eigenen Vergangenheit empfunden wurden, in der Gegenwart auf andere Menschen projiziert werden, auf die sie, objektiv betrachtet, gar nicht »passen«.

Wenn ich z. B. als Kind von einem Lehrer auf eine traumatisierende Art schikaniert und gepeinigt worden bin, so interpretiere ich heute vielleicht das Verhalten meines Vorgesetzten mir gegenüber als extrem autoritär, gängelnd und beleidigend – auch dann, wenn Außenstehende das nicht nachvollziehen können. Ich erlebe fast alles, was er tut, als Schikane und unterstelle ihm böse Absichten, obwohl sein Verhalten, objektiv gesehen, eine solche Interpretation nicht rechtfertigt. In diesem Falle haben wir es mit einer Übertragungsreaktion zu tun.

Übertragung in der Therapie. Übertragung ist ein Phänomen, das in allen sozialen Interaktionen auftreten kann. In der Psychotherapie ist aufgrund der Dichte und des affektgeladenen Charakters vieler Interaktionen die Wahrscheinlichkeit solcher Reaktionen besonders groß. Freud (1912), der dieses Phänomen der Übertragung als Erster beschrieben hat, sah darin sowohl eine wichtige Informationsquelle als auch einen potenziellen Störfaktor bei der Therapie. Übertragungsreaktionen bei einem Patienten können wichtige Informationen über seine Vergangenheit und über seine aktuellen sozialen Beziehungen liefern. Auf der anderen Seite sind sie aber auch ein Bestandteil seines Widerstands und können seine Bereitschaft, bei der Therapie mitzuarbeiten, beträchtlich stören.

Gegenübertragung in der Therapie. Parallel dazu besteht Gegenübertragung der klassischen Deutung zufolge in einer unangemessenen oder irrationalen Reaktion von Therapeuten auf Patientenverhalten. Auch hier liegen die Ursachen in der Vergangenheit – in diesem Fall der der Therapeutin. In diesem Sinne sah

Freud auch die Gegenübertragung in erster Linie als ein Hindernis an, das sich störend auf die Therapie auswirkt. Er leitete Therapeuten dazu an, die eigenen Gegenübertragungsreaktionen zu erkennen und zu überwinden, weil seiner Ansicht nach kein Therapeut weiter vorankommen kann, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es erlauben. Später wurde auch die Gegenübertragung als potenzielle Quelle von Informationen über die eigene Vergangenheit aufgefasst und nicht nur als ein negatives Phänomen, das unter allen Umständen abgebaut werden muss (für eine ausführliche Diskussion des Begriffs s. Stirn, 2002).

Probleme der Begriffserweiterung. Die Möglichkeit von Missverständnissen entsteht heute dadurch, dass die Begriffe »Übertragung« und »Gegenübertragung« »verbessert« wurden. Sie werden nicht mehr im ursprünglichen Sinne als verzerrte, unangemessene Reaktionen auf den Interaktionspartner angesehen, sondern als Instrumente, die korrekte und wichtige Informationen über die gegenwärtige Situation liefern. Diese Erweiterung raubt den Begriffen ihre spezifische Bedeutung: Alles, was Patienten gegenüber ihren Therapeuten denken und empfinden, wird Übertragung genannt, und alles, was im Therapeuten vorgeht, wird unter Gegenübertragung subsumiert.

Fazit. Gegenübertragungsreaktionen enthalten sicherlich Aussagen über meine eigene Vergangenheit und über die Art, wie sie meine Persönlichkeit geprägt hat. Sie zeigen mir auch an, wie ich in diesem Kontext Patienten erlebe, aber ich muss sie nicht unter allen Umständen »stehenlassen«, auch wenn das auf Kosten meines Befindens und meiner Gesundheit geht.

2.6.4 »Eigene Schwierigkeiten müssen doch thematisiert werden«

Unser Kommentar. Die Interventionsform, die hier angesprochen wird, heißt »Beziehungsklären«. Dabei wird die therapeutische Beziehung selbst zum Thema der therapeutischen Arbeit. Geklärt werden sollen dabei vor allem die Beziehungserfahrungen des Patienten in der Therapie und seine oft widersprüchlichen Beziehungserwartungen an die Therapeutin. Der Akzent liegt dabei ganz im Sinne der »Unmittelbarkeit« auf dem Hier und Jetzt. Das Ziel, das damit verfolgt wird, ist ein doppeltes: Es geht einmal um den Versuch, störende Einflüsse auszuschalten, aber auch darum, dem Patienten neue Lernerfahrungen im konstruktiven Bewältigen von Beziehungsstörungen zu ermöglichen.

Trotz der Bedeutung, die eine solche Vorgehensweise gelegentlich hat, können wir darin unter keinen Umständen ein Allheilmittel sehen, durch das alle negativen Einflüsse des Patienten auf die Therapeutin abgestellt würden. Hätte man vor, all diese Einflüsse durch »Beziehungsklären« abzuschwächen oder zu elimi-

nieren, so würde die »Arbeit an der therapeutischen Beziehung« zwangsläufig einen Stellenwert einnehmen, der der inhaltlichen Arbeit sehr schnell abträglich würde. Auch wenn man die zentrale Rolle der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie inzwischen erkannt hat, darf sie nicht dermaßen in den Mittelpunkt gerückt werden, dass für alles andere kaum noch Zeit bleibt.

Fazit. Maßnahmen im Sinne einer Therapeuten-Psychohygiene sollten also weiter eine zentrale Rolle spielen, auch wenn das gelegentliche Ansprechen bestimmter Themen im Sinne von Beziehungsklärung eine wichtige Ergänzung darstellt.

2.6.5 »Ich habe alles im Griff«

Unser Kommentar. Wenn das so ist: herzlichen Glückwunsch! Wir wollen Ihnen diese Ansicht nicht vermiesen, möchten Ihnen aber einiges zu bedenken geben. Fengler (2001, S. 47) schreibt: »Am stärksten gefährdet sind vermutlich diejenigen Helferinnen und Helfer, die ihre Belastung nicht mehr spüren und erleben. Hier scheint eine psychophysiologische Rückmeldung zu fehlen, die Belastungssignale angemessen anzeigt. Entsprechend ist eine Selbstkorrektur erschwert: Wer nichts fühlt, fühlt sich auch nicht pausenbedürftig und urlaubsreif und kann nichts gegen die Belastung unternehmen.« Auch die Stressforschung hat Erfahrungen mit einem spezifischen Reaktionstyp, der bei Belastungen vor allem »defensive Angst- und Stressbewältigungsmechanismen« einsetzt. Solche Menschen berichten über nur schwache emotionale Beeinträchtigungen, obwohl ihre körperlichen Stressreaktionen offensichtlich sind.

Gesundheitliche Gefahren. Ein solcher defensiver Bewältigungsstil kann Untersuchungen zufolge (s. Kohlmann, 2003) über verschiedene Pfade mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden sein. Die verstärkte kardiovaskuläre Reaktivität ist mit der Gefahr der späteren Entwicklung von Gesundheitsschäden verbunden. Das vergleichsweise schwache subjektive Belastungserleben (in Verbindung mit starken objektiven Belastungsreaktionen) hemmt die Realisierung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Gesundheitsschädliches Verhalten im Sinne von Risikoverhalten wird an den Tag gelegt, um Stärke und Unverletzbarkeit vorzutäuschen.

Fazit. Ein defensiver Bewältigungsstil (und die damit einhergehende kognitive Vermeidung) scheint zwar vor allem im Dienste des Selbstwertschutzes zu stehen, kann aber beträchtliche negative Konsequenzen haben.