



Rohwetter

Wege aus der Mitgeföhlsmlüdigkeit

Erschöpfung vorbeugen in
Psychotherapie und Beratung



BELTZ

Einführung

Ein Anfang: Mitgeföh auf Reisen

Nach einem abenteuerlichen, bunten Tag in Indiens romantischster Stadt Udaipur sitze ich entspannt auf der Dachterrasse des Hotels, trinke erfrischendes Fresh-Lime-Soda und schreibe ein paar Ansichtskarten. Am Tisch hinter meinem Rücken sitzt ein junges Mädchen, allein, ich habe sie beim Hereinkommen gesehen, sie mag gerade zwanzig Jahre alt sein. Ich höre sie halblaut telefonieren. Ihre Stimme ist von einer starken Eindringlichkeit. Ich höre sie Sätze sagen, wie: »Nein, ich habe nicht meine Tage« – »Hör mir doch mal zu« – diesen Satz wiederholt sie öfter, steigert sich »Lass mich doch erst mal erzählen«. Sie scheint mit ihrer Mutter zu telefonieren, um ihr zu erzählen, dass sie sich in Indien allein, fremd und unglücklich fühlt. Es ist schrecklich für sie in Indien, sie versteht nichts, alles ist so fremd. Nein, sie kann nicht nach Hause kommen, sie hat erst 18 Tage der drei Monate um, die ihr der Vater erlaubt und finanziert hat.

Ich erinnere mich an die Geschichte einer Patientin, Marie, die im gleichen Alter mit einer Freundin durch Indien gereist ist. Auch sie war unglücklich, versuchte sich dadurch zu stabilisieren, dass sie all ihre Dinge in penibler Ordnung hielt. Am Ende der Reise hielt Marie das Chaos dieses fremden Landes nicht mehr aus. Sie fiel in eine psychotische Episode. Zum Glück behielt ihre Freundin einen klaren Kopf. Es gelang ihr, Marie zu beruhigen, beide kamen in der nächsten Stadt in einem teurem und deshalb »ordentlichem« Hotel unter – und buchten einen früheren Flug nach Deutschland zurück, wo es Marie nach kurzer psychiatrischer Behandlung wieder gut ging. Es trat auch keine weitere psychotische Episode auf.

Das alles ging mir durch den Kopf, als ich das junge Mädchen hinter meinem Rücken telefonieren hörte, mit ihrer leisen, unterdrückten Verzweiflung. Gerne wäre ich zu ihr gegangen und hätte gesagt: »Fahr nach Hause, Kleine! Hier geht es nicht um deinen Vater, hier geht es um dich. Und in Indien Probleme zu bekommen, ist keine Schande!« Ich habe es nicht getan, der Impuls verflog, als sich eine andere junge Frau zu ihr an den Tisch setzte. Und doch dachte ich in den nächsten Tagen immer wieder an sie. Sie tat mir sehr leid in ihrem Konflikt, der Angst, nachzugeben oder dem Vater zu beweisen, dass sie allein drei Monate lang in Indien überleben könnte.

Analyse meiner Situation

So gingen mir in den nächsten Tagen verschiedene Fragen immer wieder durch den Kopf. Ich beschäftigte mich damit, warum mich diese kleine Szene so berührte. – Auch in Therapien ist es so, dass uns an den Erzählungen von Patienten manchmal bestimmte Aspekte besonders berühren. Diese sind wertvoll für die Arbeit mit uns selbst, ich betrachte sie als Therapiegeschenke, die die Patienten uns machen. Wenn

wir uns zu diesen manchmal nur kleinen Geschichten ähnliche Fragen wie die folgenden stellen, erfahren wir meist etwas Neues über uns selbst.

Ich stellte mir also folgende Fragen:

- ▶ Wann hatte ich das letzte Mal für eine Patientin so ein spontanes, tiefes Mitgeföhlf?
- ▶ Oder war das schon ein Mitleiden?
- ▶ Und wie genau oder fließend ist die Grenze zwischen beiden?
- ▶ Wäre dieses Geföhlf in einer therapeutischen Behandlung oder psychologischen Beratung »unprofessionell« gewesen?
- ▶ War ich überidentifiziert? Und wenn ja, an welcher Stelle meiner Psyche hatte mich das junge Mädchen erreicht?

Ich ließ mir Zeit – schließlich war ich auf einer wunderbaren Reise durch Indien –, die Fragen zu beantworten, auch deshalb, weil das Geföhlf für die andere Person anhielt. Langsam fand ich Antworten auf meine Fragen:

- (1) Diese Art von Mitgeföhlf war mir nicht gänzlich verloren gegangen, ich empfand es allerdings nicht mehr durchgängig für alle Patienten. Im Gegenteil, von den über fünfzig Patienten, mit denen ich pro Quartal Kontakt habe, lösen nur wenige dieses Geföhlf aus. Und das sind eher Menschen mit besonderen Problemen, z. B. zwei Asperger-Patienten. Die Klage über unglückliche Kindheiten macht mich schnell ungeduldig. Ich möchte mich lieber mit *gesunden* Ich-Anteilen verbünden, deshalb arbeite ich gern mit der Ego-State-Therapie.

Während ich mir diese Gedanken mache, wundere ich mich über mich selbst. Ich habe doch noch erlebt, dass das Leiden, das Durchleben alten Leidens in der Therapie heilsam sei. Inzwischen weiß ich, dass es nicht so einfach funktioniert. Im Gegenteil: Aus der Traumatherapie wissen wir, dass das distanzlose ständige Durchleben alten Leidens wie eine Retraumatisierung wirken kann. Das Gehirn unterscheidet nicht ausreichend, ob das Unglück gerade geschieht oder nur ein erinnertes ist und produziert dieselben Neurotransmitter (kundigere Neurobiologen mögen mir diese vereinfachende Darstellung nachsehen).

Ich gebe zu, ich vollzog gern diesen Paradigmenwechsel und beschäftigte mich lieber mit guten Objekten, Ressourcen und Resilienz. Natürlich gelingt das nicht immer und auch die ängstlichen, verletzten, traumatisierten Ego-States müssen zu ihrem Recht kommen. Ihnen dazu zu verhelfen, ist mir zunehmend schwerer gefallen – bis ich mich zu der Akzeptanz durchgearbeitet habe, dass dieser Teil der Arbeit grundlegend und unverzichtbar ist. Gleichzeitig hole ich aber immer häufiger die gesunden erwachsenen Ich-Anteile der Patienten mit ins Boot. So wird die Therapie weniger zu einem polarisierten Verhältnis zwischen einem gesunden und einem kranken Menschen, sondern mehr zu einer gemeinsamen Arbeit am selben Projekt.

So hat sich auch mein berufliches Selbstverständnis verändert. Ich bin distanzierter geworden, auch kühler. Das erleichtert mir die Arbeit. Bin ich aber emotional zu wenig beteiligt, beginne ich, gelangweilt und ungeduldig zu werden. Dann wird es Zeit für eine Reflektion: Wo stehe ich gerade persönlich? Was fehlt, was ist mir zuviel?

- (2) War mein Gefühl dem jungen Mädchen gegenüber schon ein *Mitleiden*? Nein, das war es nicht. Ich litt ja nicht, war mir sehr wohl des Unterschiedes zwischen unseren beiden Positionen bewusst. Schließlich machte ich diese Reise freiwillig und gern. Eigentlich war ich sogar ein bisschen neidisch: Ich hätte gern jemanden gehabt, der mir eine dreimonatige Reise finanzierte. Mit diesem Teil meiner eigenen Geschichte habe ich die Szene unbewusst (auch) wahrgenommen. Habe ich ihr deshalb keine Hilfe angeboten? – Sie war wirklich sehr verzweifelt. – Aus Therapien kenne ich sehr wohl Ärger über Patienten, die es doch *gut haben* und das nicht zu schätzen wissen. Gleichwohl weiß ich, wie subjektiv diese Einschätzung ist, wie geprägt von meinen Maßstäben und Wünschen, was ein Mensch braucht, um es *gut zu haben* und wie viel ihm trotzdem fehlen kann.
- (3) Die Grenze zwischen Mitleid und Mitgefühl ist sehr fließend, wie wir alle wissen. Selbst in den Wörtern drückt sich der Unterschied nur ungenau aus. Mitleiden würde bedeuten: Ich leide so, wie du leidest. Das wäre bei keiner helfenden Tätigkeit wünschenswert, im schlimmsten Fall würde es bedeuten, dass sich zwei Ertrinkende aneinander klammern und dabei vergessen, dass einer von beiden (hoffentlich) schwimmen kann. Besser scheint es mir, das professionelle Mitgefühl wie im nachfolgenden Kasten zu definieren.

Definition

Professionelles Mitgefühl

Ich weiß, dass du leidest. Ich kann mir vorstellen, dass das schmerzhaft für dich ist. Und ich weiß auch, dass es nicht *mein Leiden* ist. Ich möchte mit dir zusammen einen Weg suchen und finden, wie du aus deinem Leiden herauskommen kannst.

Dieses professionelle Mitgefühl wird oft auch Empathie genannt. Das ist die Bereitschaft, aufgrund eigener Erfahrungen zu verstehen, wie der andere sich fühlen mag. Dabei sollte sich die Bereitschaft, zu helfen, entwickeln. Zur professionellen Empathie gehört nicht nur das Wissen um die eigene Erfahrung, sondern auch deren Reflexion – und die Verarbeitung der Erfahrungen, beziehungsweise das Wissen darum, dass etwas vielleicht doch noch nicht vollständig verarbeitet ist. Im Falle meiner Begegnung mit dem unglücklichen Mädchen in Indien wird mir deutlich, wie schnell ich immer noch neidisch bin auf Menschen, die es vermeintlich *besser (leichter) im Leben haben* als ich. Und: Nein, ich hatte kein Mitleid mit ihr. Geblieben ist nur ein leichtes Bedauern, ihr nicht gesagt zu haben, wie mutig es auch sein könnte, nach vierzehn Tagen wieder nach Hause zu fahren und dem Vater zu sagen: »Indien ist nichts für mich. Ich kann dir einen Teil deines Geldes wiedergeben«.

- (4) Meine Gefühle wären in einer therapeutischen Beziehung insoweit nicht ganz professionell, da ich sie in keiner Weise infrage gestellt habe – in einer laufenden Therapie hätte ich das getan (wenn sie deutlicher geworden wären). Sinnvoll ist es bei solchen Unsicherheiten immer, den Konflikt in einer vertrauten Intervention darzustellen – oder auch im Gespräch mit einer guten Freundin.

- (5) Ich fühlte mich diesem jungen Mädchen so nah, dass man durchaus von Überidentifikation sprechen kann. Ich fühlte mich sehr verbunden mit ihrer Abenteuerlust – und auch mit ihrer Angst vor dem Vater. Letzteres machte mich aber eher ärgerlich, weil ich aus meinem eigenen Leben (und natürlich aus der Anamnese vieler Patienten) weiß, wie sehr Angst die Entfaltung der Persönlichkeit behindern kann. Kurz: Ich wollte nicht, dass diese junge Frau Angst hat! Sie sollte entweder Indien genießen oder mit gutem Gefühl nach Hause fahren können. Mein Mitgefühl war also von vielen Aspekten geprägt, aber keineswegs von einer Mitgeföhlsmüdigkeit.

Und jetzt Sie!

Wenn eine Patientin Sie besonders beschäftigt, können Sie sich fragen, ob Sie vielleicht gerade ein Therapiegeschenk erhalten haben, das Ihnen zu einem neuen Stück Selbsterkenntnis verhilft, ob Sie gerade auf Ihre Mitgeföhlsmüdigkeit gestoßen sind – oder ob Sie persönliche Probleme haben, die Ihnen das achtsame Arbeiten erschweren. Arbeitsblatt 1 gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihre eigenen persönlichen Probleme zu betrachten und herauszufinden, ob es sich um eine (beginnende oder vorhandene) Mitgeföhlsmüdigkeit handeln könnte.

Im Folgenden finden Sie eine Aufzählung von belastenden Momenten im Leben von Beratern und Therapeutinnen:

- ▶ Erfolgsdruck, Arbeitsüberlastung, Überforderung
- ▶ Ja-aber-Klienten, suizidale Klienten, Beratungsresistenz
- ▶ fehlende Existenzsicherheit/zeitlich begrenzte Arbeitsverträge
- ▶ mangelnde Altersversorgung/Verarmungsangst
- ▶ Klienten, die »Druck« machen/emotional erpressen
- ▶ Klienten, die keine Verantwortung für sich übernehmen wollen oder können
- ▶ formale Anforderungen (Berichte, Anträge, Konzeptarbeit)
- ▶ kranke (oder keine) Putzfrau
- ▶ Abwertung durch die Klienten
- ▶ zu viel Verantwortung für »Gesamtbetrieb« (außer Klienten auch Verwaltung, Hausmeistertätigkeit)
- ▶ jammernde, wehleidige Klienten
- ▶ Not nicht mehr ertragen wollen/können, Überdrüssigkeit/Hilflosigkeit
- ▶ der Wunsch, *in Ruhe gelassen* zu werden (im Beruf)
- ▶ der Wunsch, *in Ruhe gelassen* zu werden (im Privatleben)
- ▶ der Wunsch, *in Ruhe gelassen* zu werden (überhaupt)
- ▶ eigene Krankheiten, Schwäche, Müdigkeit, Erschöpfung
- ▶ kontrollierende Klienten
- ▶ *unangenehme* Geföhle wie Ängste, Scham etc.
- ▶ Sorge um Beziehungen
- ▶ Unzuverlässigkeiten, Zeitdruck
- ▶ Verantwortung abgebende Eltern oder Partner
- ▶ Klienten mit schwierigen sozialen Kontakten, die Lösungen erschweren
- ▶ Druck durch Internet (Bewertung)
- ▶ Möglichkeit der Denunziation durch Patienten
- ▶ Einmischung durch andere Institutionen (Ärzte, Ämter)
- ▶ ...

Sie können diese Liste beliebig um Ihre eigenen Themen/Belastungen verlängern.

Nun bitte ich Sie, alle für Sie relevanten Begriffe in nachfolgendem Schema unterzubringen.

1. Äußere Belastungen in meinem Privatleben	2. Emotionale Belastungen/Gefühle – ganz persönlicher Art
3. Formale Belastungen im Beruf	4. Belastungen, die im Wesentlichen durch die Klientel entstehen

Diese Aufteilung kann den ersten diagnostischen Hinweis liefern, ob es sich eher um eine depressive Erkrankung (die meisten Begriffe stehen in den Quadraten 1 und 2), ein Burnout (Quadrate 3 und 4), eine Mitgefühlsmüdigkeit (Quadrate 2 und 4) oder eine sekundäre Traumatisierung handelt (Quadrat 4).

I Theoretisches – Was Sie über Mitgeföhlsmüdigkeit wissen müssen

- 1 Diagnose Mitgeföhlsmüdigkeit
- 2 Kleine Wortspiele – Etymologisches
- 3 Theorien zur Mitgeföhlsmüdigkeit
- 4 Verletzte Heiler und hilflose Helfer



Diagnose Mitgefühlsmüdigkeit

1

1 Diagnose Mitgeföhlsmüdigkeit

Bei der Mitgeföhlsmüdigkeit erlischt etwas, das bei sonst noch vorhandener Arbeitsfähigkeit das Wesen der helfenden Beziehung ausmacht. Das unterscheidet dieses Syndrom auch von der Sekundären Traumatisierung.



Die Therapeutin verliert ihre Fähigkeit, mitzuschwingen, mit dem Leid des Patienten im Kontakt zu bleiben ohne mitzuleiden, aber auch, ohne ungeduldig oder gelangweilt zu sein.

1.1 Eine einfache Definition

Eine anschauliche Definition zum Thema bietet Michael E. Harrer (2013) in seinem Buch Burnout und Achtsamkeit. Er schreibt: »Man kann sich den Auswirkungen kaum entziehen, den ein enger Kontakt mit leidenden Menschen hat. Wenn man sich in sie einföhlt, entsteht als natürliche Reaktion Mitgeföhlsgefühl, definiert als der Impuls, ihr Leiden zu lindern und zu helfen« (S. 290). Demzufolge bedeutet Mitgeföhlsmüdigkeit das Erlöschen dieses Antriebs.

Definition

Mitgeföhlsmüdigkeit ist das Erlöschen des Antriebs zu helfen, zu unterstützen oder gar zu lindern. Wir können das Leiden unserer Klientel nicht mehr nachfühlen, sondern beginnen, es innerlich abzuwerten im Sinne von: »So schlimm ist es doch gar nicht, guck doch mal, wie gut du es hast« oder auch streng und hart: »Das ist Bequemlichkeit, sie müsste einfach nur ...« Geföhle wie Ungeduld, Langeweile, Stress und Überforderung werden spürbar.

Diese Geföhle sind leicht festzustellen, z. B. an dem einfachen Wunsch, sich einer schwierigen therapeutischen Situation zu entziehen, sei es durch Gedanken an das Mittagessen oder den Impuls, eine Sitzung vorzeitig zu beenden, vielleicht sogar, die Therapie unter einem Vorwand zu beenden. Eine Falldarstellung macht deutlich, was genau ich mit Mitgeföhlsmüdigkeit meine und zeigt auch, dass es sich dabei eher nicht um eine sekundäre Traumatisierung handelt. Berichtet hat mir diese Geschichte eine Kollegin, die seit vielen Jahren in der Drogenhilfe arbeitet.