



Hoffmann • Hofmann

4. Auflage

Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater

Grundlagen und Anwendung



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Nicolas Hoffmann
Orber Str. 18
14193 Berlin
www.agadaz.de

Dr. Birgit Hofmann
Flemmingstr. 4
12163 Berlin
E-Mail: birgit.hofmann@t-online.de
www.agadaz.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29309-9 Print
ISBN 978-3-621-29310-5 E-Book (PDF)

4., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz
service@beltz.de
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: winyuu / Getty Images
Herstellung: Uta Euler
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag
(ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort zur 3. Auflage	11
1 Einleitung: Belastungen bei Psychotherapeuten und ihre Folgen	13
2 Selbstfürsorge in der Psychotherapie	24
3 Die zentralen Bestandteile psychotherapeutischer Arbeit	36
4 Dysfunktionale Therapeutenhaltungen und Wege zu ihrer Veränderung	83
5 Der Praxisraum als Arena	153
6 Therapeutische Kompetenzen als Komponenten von Selbstwirksamkeitserwartung	187
Anhang	199
Zweifel, Klagen und die Mittel dagegen: Übungen und Arbeitsmaterial	200
Literatur	211
Sachwortverzeichnis	216

Inhalt

Vorwort zur 3. Auflage	11
1 Einleitung: Belastungen bei Psychotherapeuten und ihre Folgen	13
1.1 Befindlichkeit und Lebensqualität von Psychotherapeuten	13
1.2 Belastungen bei der Ausübung von Psychotherapie	14
1.3 Der Teufelskreis des »Ausbrennens« und seine Konsequenzen	19
1.4 Konsequenzen der Befindlichkeit von Psychotherapeuten für die Patienten	21
1.5 Ansatzschwerpunkte unserer Selbstfürsorgemaßnahmen	22
2 Selbtfürsorge in der Psychotherapie	24
2.1 Psychotherapie als Arbeit	24
2.2 Psychohygiene	25
2.3 Selbtfürsorge als dritte Ebene psychotherapeutischen Handelns	25
2.4 Fragebogen zur Selbsteinschätzung	26
2.5 Ziele der Selbtfürsorge bei Psychotherapeuten	28
2.6 Fünf dysfunktionale Einstellungen, die Selbtfürsorge verhindern	30
3 Die zentralen Bestandteile psychotherapeutischer Arbeit	36
3.1 Der eigene Leib	36
3.2 Bewegung	38
3.3 Rhythmus	46
3.4 Der Raum	54
3.5 Der Blick des anderen	55
3.6 Die Zeit	59
3.7 Der Anspruch	63
3.8 Die Aktivität	75
3.9 »Schriftkram«	79
4 Dysfunktionale Therapeutenhaltungen und Wege zu ihrer Veränderung	83
4.1 Innere Haltungen	83
4.2 »Ansteckung«, Identifikation mit der Störung, mangelnde Distanz	85
4.3 Zu starke Involviertheit, Überidentifikation mit dem Patienten, mangelnde Abgrenzung	94
4.4 Starke Abhängigkeit, Verwöhnhaltung, Konfliktvermeidung	104

4.5	Unsicherheit, negative Selbstbewertung, Gefühl der Überforderung	113
4.6	Misstrauen, Überempfindlichkeit, Gereiztheit	122
4.7	Stressanfälligkeit: Typ-A-Verhalten	131
4.8	Stressanfälligkeit: Ich-Bedrohung	137
4.9	Stressanfälligkeit: Aufopferungsvolle Selbstlosigkeit	142
4.10	Sättigung, Verdrossenheit, Sinnkrise	144
5	Der Praxisraum als Arena	153
5.1	Der Torero und die Stiere	153
5.2	Selbstfürsorge im Umgang mit überflutendem Patientenverhalten	153
5.3	Selbstfürsorge im Umgang mit deprivierendem Patientenverhalten	173
6	Therapeutische Kompetenzen als Komponenten von Selbstwirksamkeitserwartung	187
6.1	Grenzen der Literatur	187
6.2	Selbstwirksamkeitserwartung von Psychotherapeuten	188
6.3	Welche Rolle spielt Selbstwirksamkeitserwartung bei Therapeuten?	188
6.4	Grundlegende therapeutische Haltungen und Kompetenzen	189
6.5	Wider die Inkompetenzüberkompensationskompetenz	196
Anhang		199
	Zweifel, Klagen und die Mittel dagegen: Übungen und Arbeitsmaterial	200
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	209
	Literatur	211
	Sachwortverzeichnis	216

Vorwort zur 3. Auflage

Weltweit gibt es Studien, die aufzeigen, dass die psychische Verfassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht gerade als ideal bezeichnet werden kann. Wenn Therapeuten sich treffen, egal zu welchem Anlass, dann tauchen unweigerlich bald die Themen »berufliche Überlastung«, »schwierige Patienten«, »Stress bei der Arbeit« und »Sinnkrise« auf. In den meisten Supervisions- und Interventionsgruppen wird darüber geklagt, wie schwer und mühsam es doch sei, Depressive »auszuhalten«, Aggressive in die Schranken zu weisen, »Nichtmotivierte« in Bewegung zu bringen oder Narzissten daran zu hindern, einen auszubooten und die Regie in der Therapie zu übernehmen. Werden die Gespräche etwas persönlicher, dann tauchen neben viel Idealismus, Verantwortungsgefühl und Engagement auch tief sitzende Frustrationen, Zweifel an der eigenen Berufsrolle und vielerlei Fluchtträume auf. Wer von ihnen sagt schon von seinem Beruf: »Das mache ich jetzt für die nächsten 30 Jahre – und das ist in Ordnung so«?

Eine alte, um Gerechtigkeit bemühte Regel besagt: »Wie du mir, so ich dir.« Können wir sie nicht variieren und einfach sagen: »Wie ich dir, so ich mir«? Wenn wir uns während unseres ganzen Therapeutendaseins um unsere Patienten bemühen, warum tun wir dann so wenig für uns selbst und haben allein bei dem Gedanken daran so ein merkwürdiges Gefühl? So als verschafften wir uns dadurch Vorteile und Erleichterungen auf dem Rücken unserer Patienten, so als würden wir dadurch elementare Regeln der Therapie verletzen oder außer Kraft setzen. Das Gegenteil ist der Fall. Viele Untersuchungen zeigen, dass das Wohlbefinden von Therapeuten auch ihren Patienten zugutekommt. Wer möchte schon bei einem gestressten, lustlosen und die Hälfte der Zeit erschöpften Therapeuten sein, der jeden Abend die Landkarte von Neuseeland mit ins Bett nehmen muss, um am anderen Morgen den Mut zu finden, überhaupt aufzustehen?

Es ist uns nicht leichtgefallen, etwas zum Thema »Selbstfürsorge« oder »Psychohygiene für Therapeuten« zu schreiben und herauszugeben. Erst nachdem wir Teile davon in Seminaren und bei Supervisionen vorgestellt und einige Kolleginnen gebeten hatten, unsere Entwürfe zu prüfen, fassten wir Mut und machten weiter.

Was können wir nun vorlegen? Wir stellen eine Vielzahl von Möglichkeiten und Ansätze zur Diskussion, die psychologisch fundiert und zum großen Teil aus der Verhaltenstherapie stammen. Sie sollen hilfreiche Werkzeuge sein, mit denen das eigene Befinden während der Therapie reguliert und die eigene Gesundheit geschützt werden kann. Wählen Sie die, die Ihnen geeignet erscheinen: Jeder von uns reagiert anders und spricht auf unterschiedliche Maßnahmen an – je nach Persönlichkeit, Menschenbild, Wertvorstellungen und dem jeweiligen Verständnis von Therapie und Selbstfürsorge.

Den Umgang mit einigen Störungsbildern und Typen von kritischen Situationen haben wir bewusst ausgeklammert, weil es dazu kompetente Spezialliteratur gibt. So haben wir uns nicht mit Problemen beim Umgang mit Kindern und Jugendlichen, Suchtpatienten, traumatisierten und psychotischen Menschen beschäftigt. Auch das Thema »Patientenmissbrauch« haben wir nicht behandelt. Wir haben nicht über institutionelle Probleme und auch nicht über die sogenannte Work-life-Balance geschrieben.

Die 3. Auflage unseres Buches haben wir durch einen Teil ergänzt, in dem wir auf die häufigsten Zweifel und Sorgen eingehen, die wir im Laufe der Jahre bei unseren praktizierenden Kolleginnen kennengelernt haben. Auch schon in der Ausbildung und in den ersten Stadien der Berufstätigkeit tauchen sie als zu befürchtende Schreckgespenster auf. Dazu liefern wir im Anhang 42 Arbeitsblätter mit Anregungen und Übungen, die vielleicht dazu in der Lage sind, diese Sorgen zu entschärfen. Diese Übungen und Arbeitsblätter erhalten Sie über den Download des E-Book inside. Zu all unseren Vorschlägen mussten wir auch an der einen oder anderen Stelle etwas »Psychologie« mitliefern oder wieder daran erinnern.

Noch einige Bemerkungen zur Klarstellung: Wenn wir von Therapeuten sprechen, dann meinen wir im Wesentlichen die Vertreter der grundwissenschaftlich-psychologisch fundierten Ansätze, die Hoffmann 1976 »psychologische Therapie« genannt hat. Der wichtigste dieser Ansätze ist die Verhaltenstherapie und das, was man heute unter »kognitiven Verfahren« versteht. Wir sind der Ansicht, dass viele unserer Vorschläge auch im Rahmen einer eher beratenden Tätigkeit eingesetzt werden können, da die Grenzen zwischen »Beratung« und »Therapie« doch eher fließend sind. Ab jetzt werden wir, wenn es um die psychotherapeutisch Tätigen geht, meist die weibliche Form wählen. Bei den Patienten haben wir uns, abgesehen von einigen Ausnahmen, für die männliche Form entschieden.

Zu großem Dank verpflichtet sind wir unseren Kolleginnen Pia Engl und Margarete Zannoni-Slottko, die Teile des Manuskripts gelesen und uns mit kompetenten Ratschlägen weitergeholfen haben. Schließlich möchten wir uns bei dem freundlichen Team des renommierten Hotels »Jagdschloss Waldsee« in Mecklenburg-Vorpommern bedanken, in dem wir die Neuauflage unseres Buches erstellt haben.

Berlin, im Oktober 2019

Birgit Hoffmann und Nicolas Hoffmann

1

Einleitung: Belastungen bei Psychotherapeuten und ihre Folgen

»Dass alle Mitglieder eine Kaution zu hinterlegen haben, die im Jenseits in anderer Währung zurückerstattet wird, stimmt meines Wissens nicht.«
(Hermann Burger)

1.1 Befindlichkeit und Lebensqualität von Psychotherapeuten

Es fehlt nicht an enthusiastischen Schilderungen und leichtfüßigen Metaphern, wenn es darum geht, die Tätigkeit des Psychotherapierens zu charakterisieren. So bemerkt Bellak (1974, S. 7, eigene Übersetzung) zu seinem Beruf: »Es gibt keinen besseren Standort, um die menschliche Natur zu studieren. Wenn wir einer Lebensgeschichte zuhören oder eine Symptomatik erheben, dann sitzen wir den ganzen Tag in der vordersten Reihe und können, wie niemand sonst, den menschlichen Dramen beiwohnen.«

Freud (1932) vergleicht, zumindest am Anfang seiner Karriere (später wird er anders darüber denken), seine Arbeit mit der Trockenlegung der Zuider-See: Überall dort, wo sich ursprünglich nur Wasser befand, soll fruchtbarer Boden gewonnen werden, aus dem dann blühendes Leben sprießen kann. Eine unserer Kolleginnen schließlich verlor vor einiger Zeit etwas die Bodenhaftung, als sie sich zu der Behauptung verstieß, der Berufsalltag von Psychotherapeutinnen würde darin bestehen, »von Seele zu Seele zu bummeln« – mit Strohhut, so stellen wir es uns vor, und mit einem kessen Liedchen auf den Lippen. Die Liste solcher liebenswerter Sottisen ließe sich noch lange weiterführen – doch kommen wir zurück zur Wirklichkeit.

Schon 1987 schätzte Guy (1987, S. 207f.) nach einer sehr konservativen Auswertung der damals vorliegenden amerikanischen Studien, dass »circa 10 % der dortigen Psychotherapeuten an diagnostizierbaren psychischen ›Störungen‹ leiden, 0,5 % Selbstmord begehen, 8 % alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängig sind und 8 % sich sexueller Übergriffe auf Klient(innen) schuldig machen – potenzielle Dunkelziffern einmal ausgeklammert«. Nach Zur (1994) sind ähnliche Trends hinsichtlich einer erhöhten Suizidalität für Psychologen und nach Black (1992) besonders auch für Psychologinnen erkennbar. Bei Letzteren ist die Suizidrate dreimal so hoch wie in der Normalbevölkerung. Bei den diagnostizierbaren psychischen Störungen dieses Personenkreises sind vor allem Angststörungen, Depressionen, schwere persönliche Probleme als Folge von Beziehungsschwierigkeiten sowie Suchtverhalten zu finden.

Eine neue Bezeichnung für psychische Schwierigkeiten ist hinzugekommen. Seit Freudenberger (1980) ist das Wort »Burnout« bei Psychologen, Beratern und Helfern in aller Munde, zumindest bei denen, die trotz ihrer mentalen und affektiven Erschöpfung noch in der Lage sind, es auszusprechen.

Fest steht: Die berufliche Ausübung psychotherapeutischer und ähnlicher Tätigkeiten ist mit psychischen Belastungen verbunden, die gravierende Konsequenzen für das

Wohlbefinden und die Gesundheit der Betroffenen haben. In einem Interview wurden Psychotherapeuten »acht intime Fragen« (Pfaffenschläger, 2004) gestellt. Die folgenden Antworten können als beispielhaft gelten: »Manchmal sind Symptome da, wie Ohrengeräusche, Immunschwäche, so dass ein Insektstich eine Blutvergiftung verursachen kann; Müdigkeit bis Erschöpfung, Schlafstörungen wegen Unruhe und Angst und nicht genug Kraft zum Durchhalten.« Oder: »Wenn dieser Zustand sich nicht mittelfristig ändert (d. h. in den nächsten drei bis fünf Jahren), wiegen Honorare Mühe und Risiken nicht auf ... Weder meine Kraft noch mein Selbstwertgefühl tolerieren das langfristig. Ich sehe nur die Alternative noch nicht, vielleicht wäre ich dann schon weg.« Der Zustand vieler Kolleginnen und Kollegen hat darüber hinaus Konsequenzen für ihre Angehörigen und vor allem auch für die Patienten. Beschäftigen wir uns zuerst mit der Art von Belastungen, denen Psychotherapeutinnen ausgesetzt sind.

1.2 Belastungen bei der Ausübung von Psychotherapie

Bei den Belastungen, die bei der Ausübung von Psychotherapie entstehen, können wir folgende Schwerpunkte unterscheiden, auf die wir in diesem Unterkapitel näher eingehen werden. Belastungen entstehen durch:

- lang andauernde Kontakte
- bestimmte Patientengruppen und -reaktionen
- die Therapeut-Patient-Beziehung
- Charakteristika des Verhaltenstherapiesettings
- Ermüdung, die zu Erschöpfung wird
- Anforderungen an Persönlichkeit und Haltung
- belastende Rahmenbedingungen

1.2.1 Belastungen durch lang andauernde Kontakte

Die Behauptung, schon der Kontakt an sich stelle eine der Hauptbelastungsquellen dar, erscheint auf den ersten Blick paradox. Eine solche Aussage darf unter keinen Umständen den Eindruck erwecken, als sei damit eine Diskriminierung oder gar Diffamierung von Psychotherapiepatienten beabsichtigt. Was gemeint ist, wird deutlich, wenn wir die Anforderungen an Psychotherapeutinnen mit denen an andere Berufsgruppen vergleichen.

Fehlen der schützenden Distanz. Psychotherapeutinnen sind ständig mit Leid, Schmerz und mit negativen Emotionen wie Angst, Trauer, Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und Wut konfrontiert. Die Gedankeninhalte, die damit geäußert werden, sind zu einem hohen Prozentsatz negativ, defätistisch, ja zeugen oft von Hoffnungslosigkeit bis hin zu Verzweiflung. Von Therapeutinnen wird ständig eine empathische Aufnahme dieser Äußerungen verlangt. Zwischen ihnen und dem Patienten gibt es kaum eine natürliche Distanz, wie sie etwa bei vielen Ärzten durch Hilfskräfte und technische Geräte hergestellt wird, die wie eine Art Puffer zwischen ihnen und den Patienten

stehen. Im Gegensatz dazu findet in der Psychotherapie eine ständige Auge-in-Auge-Konfrontation statt.

Mit-Leiden. Psychotherapeutinnen nehmen Gefühle wahr, halten sie aus und müssen sie dann auf irgendeine Art verarbeiten. Versuchen sie sich dabei emotional in Patienten einzufühlen, kommt es zwangsläufig bis zu einem gewissen Grad zu einem Mit-Leiden. Untersuchungen haben gezeigt (Singer & Frith, 2005), dass durch Mitleid das Schmerzzentrum im Gehirn aktiviert wird, das für die Verarbeitung eigener körperlicher Schmerzen verantwortlich ist. Das heißt, wenn wir die nötige Empathie aufbringen, empfinden wir den Schmerz anderer fast wie den eigenen. Diese »Ansteckung« ist umso stärker, je intensiver die Beziehung ist, die uns mit den anderen verbindet.

Gefahr des »Tunnelblicks«. Es gibt noch einen weiteren Belastungsfaktor, der sich direkt auf die Informationsverarbeitung im Gehirn von Psychotherapeutinnen auswirkt: Negative Emotionen aktivieren und hemmen andere Teile des Gehirns als positive. So führen positive Gefühle (Freude, Gemeinsamkeit, Zuneigung, Lust usw.) zur Aktivierung von Prozessen wie Intuition und Kreativität. Man ist eher in der Lage, eine Vogelperspektive einzunehmen und rasch zu handeln. Die im Therapieprozess häufigen negativen Emotionen wie Angst oder Trauer führen hingegen zum »Tunnelblick«. Man fängt an zu zerlegen, zu analysieren und dabei häufig zu »zersplittern«. Wenn keine Schutzmaßnahmen getroffen werden, kann die eigene Denk- und Handlungsfähigkeit durch die Überflutung mit den negativen Emotionen des Patienten beeinträchtigt, ja geradezu gelähmt werden.

Aktivierung unangenehmer Erinnerungen. Durch die Erfassung und Auseinandersetzung mit Emotionen, Ängsten und krankmachenden Lebensbedingungen der Patienten werden eigene unangenehme Erinnerungen wachgerüttelt (Reimer & Jurkart, 2001), die eingeordnet und deaktiviert werden müssen. Das kostet viel zusätzliche Energie.

Fazit. Eine Therapeutin wird im Laufe eines Arbeitstages mit der ganzen Palette der möglichen menschlichen Dramen, Verfehlungen und Unglücksfälle konfrontiert und muss sie zwangsläufig, sozusagen stellvertretend für den Patienten, bis zu einem gewissen Grad »durchleben«. Abwechselnd ist sie mit Krankheit, Tod, Mobbing, Arbeitslosigkeit, Untreue des Partners, Einsamkeit, Ansteckungsängsten, Panik vor Menschen und vielem anderen mehr konfrontiert. Schon an dieser Stelle ist ersichtlich, dass es für jeden Therapeuten unumgänglich ist, sich zu schützen und effiziente Bearbeitungsmechanismen zu erlernen.

1.2.2 Belastungen durch bestimmte Patientengruppen und -reaktionen

Neben dem Umgang mit »durchschnittlichem« Patientenverhalten gibt es Begegnungen, die besondere Belastungen mit sich bringen. Sie führen bei Therapeutinnen zu einer starken emotionalen Beanspruchung und stellen oft menschliche Grenzsituationen dar.

Suizidale Patienten. Der Suizidforscher Pohlmeier (1992, S. 169) hat schon vor Jahren auf die Ängste aufmerksam gemacht, die bei Psychotherapeuten aktiviert werden, die mit akut suizidalen Patienten konfrontiert sind. Er spricht von »fünf Formen der Angst,

die in diesem Praxisfeld zu bewältigen sind, nämlich die Angst vor der Ohnmacht, die Angst vor der Aggression, die Angst vor Tod und Sterben, die Angst vor Strafe und die Angst vor Identitätsverlust«. Dorrmann (1996) leitete die 293 Psychotherapeuten, die an seiner Untersuchung teilnahmen, dazu an, sich mit ihren Befangenheiten und Ängsten bezüglich des Themas »Patientensuizid« auseinanderzusetzen. Die ausgeprägtesten Ängste betrafen folgende Punkte:

- Angst vor den Konsequenzen des Patientensuizids
- Angst vor Fehleinschätzung und den damit verbundenen Konsequenzen
- Angst, keine Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben
- Angst vor der Verantwortung
- Angst vor möglichen aggressiven Impulsen des Patienten

Diese Ergebnisse zeigen, auf welch vielschichtige Art Therapeuten durch solche Begegnungen betroffen sind. Ihr Beruf besteht darin, dass sie in einer Art Dauerexposition mit solchen Situationen konfrontiert sind und unter allen Umständen eine »Reizüberflutung« zu verhindern versuchen müssen.

Aggressivität, Feindseligkeit, Hass. Ein zweites Reaktionsmuster von Patienten, das emotional extrem belastend sein kann, ist Aggressivität, Feindseligkeit und Hass, auch Therapeutinnen gegenüber. Strupp (2000) stellt fest, dass auch sehr erfahrene Psychotherapeuten große Schwierigkeiten haben, mit Feindseligkeit adäquat umzugehen, und dass ihr Wohlbefinden durch häufiges Auftreten solcher Patientenreaktionen entscheidend beeinträchtigt wird. Bei Krankheitsbildern wie narzisstischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bei Depressivität mit der darin enthaltenen, häufig latenten Feindseligkeit und bei autoaggressiven Krankheitsbildern wie Sucht, Essstörungen usw. ist mit einem solchen Verhalten geradezu zu rechnen.

Belastende Einstellungen. Neben den mit verschiedenen Krankheitsbildern assoziierten Symptomen gibt es Haltungen, die den meisten Menschen Schwierigkeiten bereiten, bei Psychotherapiepatienten aber stark ausgeprägt sind, z. B. die Neigung zu Bagatellisierung, Verleugnung und Entwertung, zu Negativismus und Zynismus. Hinzu kommt, dass diese Einstellungen praktisch von einem Tag auf den anderen in äußerste Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung umschlagen können. Dies kann Psychotherapeutinnen in ein »Wechselbad der Gefühle« stürzen.

1.2.3 Belastungen durch die Therapeut-Patient-Beziehung

Eine große emotionale Beanspruchung bis Überbeanspruchung ergibt sich aus der Forderung, mit bestimmten Patienten ein warmes, verständnisvolles und tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen und während der ganzen Therapie aufrechtzuerhalten. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die Summe der investierten Kräfte die der »eingenommenen« Kräfte (das, was in Form von positiver Zuwendung, Aufgreifen von Anregungen, Dankbarkeit usw. vom anderen zurückkommt) um ein Vielfaches übersteigt. Dann können Patienten zu Menschen mit einem besonders hohen »chronischen

Ermüdungswert« werden (Hoffmann, 1999). Den »Ermüdungswert«, den ein Mensch für uns hat, können wir mit einer Art Formel »berechnen«:

Ermüdungswert = (Ausmaß der ausgegebenen Kräfte – Ausmaß der eingenommenen Kräfte) pro Begegnung × Häufigkeit der Begegnungen

Die Gegenwart solcher Menschen, ob in der Psychotherapie oder im täglichen Leben, hat immer dieselben Auswirkungen: Wir sind zu komplizierten Reaktionen gezwungen und müssen ständig überlegen, wie wir uns verhalten sollen. Der Gefühlaufwand, der uns abverlangt wird, ist riesig. Bei vielen Patienten müssen wir dauernd aufpassen, ja kein falsches Wort zu sagen oder keine falsche Geste zu machen, weil wir ihre Empfindlichkeit und ihre Kränkbarkeit kennengelernt haben. Das ist sehr anstrengend und kann leicht ärgerlich machen, auch dann, wenn wir uns bewusst sind, dass diese Tendenzen ein Teil des jeweiligen Krankheitsbildes sind. Die Interaktion mit solchen Patienten wirkt zudem oft nach: Unsere Anspannung hält an und ist häufig auch mit Selbstzweifeln und einem schlechten Gewissen verbunden. In anderen Fällen bleiben Ärger und Frustration zurück und fast immer ein Zustand der Ermüdung, der weit über das hinausgeht, was wir investieren wollten.

Noch einmal: Wir fällen hiermit in keiner Weise ein negatives Urteil über Patienten, sondern beschreiben lediglich die Wechselwirkung zwischen ihrem Verhalten und dem unsrigen. Es geht um eine Charakterisierung der Folgen, die ein intensiver Umgang mit Patienten hat, vor allem dann, wenn wir keine ausreichende Selbstfürsorge betreiben.

1.2.4 Belastungen durch Charakteristika des Verhaltenstherapiesettings

In dem Augenblick, in dem Therapeutin und Patient sich auf die Durchführung einer Therapie geeinigt haben, stellt das Verhaltenstherapiesetting ein Behandlungsangebot dar, das sich in einigen Punkten stark, ja fast radikal von dem unterscheidet, was bislang im Bereich der Psychotherapie üblich war. Dieses Angebot ergibt sich einerseits aus der Grundstrategie der Verhaltenstherapie, andererseits aus den Bedingungen, unter denen frei praktizierende Therapeuten arbeiten (Hoffmann, 1992). Die wichtigsten Charakteristika des Verhaltenstherapiesettings werden im Folgenden erläutert.

Konkrete Erfolgserwartung. Die Verhaltenstherapeutin schlägt explizit vor, spezifische Veränderungen, etwa den Affekt oder das damit verbundene Verhalten des Patienten betreffend, zu bewirken. Als Ziele werden nicht Effekte in Aussicht gestellt, die vielleicht nobel klingen, aber doch recht schwammig sind, wie die Reifung der Persönlichkeit oder das Wachstum der Person, sondern konkrete, für den Patienten wünschenswerte Verhaltensziele wie die Eliminierung von Ängsten oder die Veränderung des Essverhaltens. Zwar ist der Behandlungsvertrag seiner Rechtsnatur nach ein »Dienstvertrag ohne Gesundheitsgarantie«, d.h., die Therapeutin schuldet nicht den Heilerfolg, sondern nur ihr bestes Bemühen darum. Das ändert jedoch nichts daran, dass beim Patienten konkrete Erwartungen geweckt werden. Auch wenn die Aussicht auf Erfolg verbal an Bedingungen wie eine ausreichende Mitarbeit des Patienten geknüpft wird, wirkt sich dies prinzipiell nicht auf das Angebot aus. Jeder Patient arbeitet aus seiner

Sicht ausreichend mit. Infolgedessen erwartet jeder Patient letztlich eine Heilung seiner Beschwerden und damit eine entscheidende Verbesserung seines Befindens, auch wenn die Therapeutin sich vorsichtiger ausdrückt. Darüber hinaus hat er oft das Bedürfnis zu verstehen, wie es zu seiner Erkrankung kam, und möchte für die Zukunft gegen ähnliche Probleme abgesichert sein.

Wissenschaftliche Fundierung und Transparenz. Dem Patienten wird eine therapeutische Vorgehensweise in Aussicht gestellt, die wissenschaftlich fundiert ist und sich bei ähnlichen Problemen bereits bewährt hat. Eine weitere Zusage ist die der größtmöglichen Transparenz der Vorgehensweise. In einer für den Patienten verständlichen Sprache will die Therapeutin eine Analyse der Probleme liefern und daraus Therapieverfahren ableiten, deren Funktionsweise einsichtig und nachvollziehbar ist. Fragen, ja sogar Kritik am Vorgehen, werden geradezu als Indiz für eine aktive Mitarbeit angesehen. Damit stellt sich die Therapeutin, zumindest was ihre Arbeit anbelangt, wie nie zuvor der Kritik durch ihre Patienten.

Erweiterung und Intensivierung der Kontakte. Das Programm der Verhaltenstherapie verlangt weiter, dass die Probleme in ihrem Gesamtzusammenhang gesehen und angegangen werden. Das führt z. B. zu Gesprächen mit Partnern, die eventuell instruiert werden, auf den Patienten einzuwirken. Oft begibt sich die Therapeutin in den natürlichen Lebensraum des Patienten, z. B. bei gemeinsamer In-vivo-Arbeit bei Phobien oder Zwängen. Dadurch ergibt sich eine weitere Intensivierung der Kontakte und damit ein Beziehungsangebot, dessen Konsequenzen bislang so gut wie gar nicht untersucht wurden.

Zeitdruck und Servicecharakter. Die Therapie wird für einen relativ kurzen Zeitraum geplant, der sich meist aus der Kassenregelung ergibt. In dieser Zeit sollen alle »Versprechen« eingelöst werden. Schließlich erwartet der Patient alle diese Leistungen umso selbstverständlicher, weil sie ihm als ein ganz normaler Service seiner Krankenkasse angeboten werden.

1.2.5 Ermüdung, die zu Erschöpfung wird

Ermüdungssignale für den besonderen Typ von Arbeit, die eine Psychotherapeutin leistet, sind nicht ausreichend im Bewusstsein repräsentiert, und es gibt keine klaren Kriterien dafür, wann Pausen oder die Beendigung der Arbeit (wenn sie denn möglich wären) angebracht wären. Bei zu viel körperlicher Arbeit treten z. B. Schmerzen in den Muskeln auf und signalisieren, dass der Organismus anfängt, sich überfordert zu fühlen. Bei geistiger Arbeit sind diese Signale schon unschärfer. Zwar können mentale Ermüdung und Sättigung auftreten, aber sie haben nicht den gleichen zwingenden Charakter wie die Ermüdungssignale bei körperlicher Aktivität. Bei emotionaler Arbeit sind die Signale, die eine Überforderung ankündigen, noch undeutlicher. Dadurch ist die Gefahr gegeben, dass die Arbeit so lange und so intensiv fortgesetzt wird, bis die Stimmungslage in Aversion, Feindseligkeit oder affektive Erschöpfung umschlägt.

Durch die besondere Form ihrer körperlichen, geistigen und emotionalen Arbeit und das typischerweise zeitversetzte Erleben der Überforderung haben Psychotherapeutinnen oft Mühe, ihren realen Zustand wirklich wahrzunehmen und so schnell und intensiv darauf zu reagieren, dass sie in der Lage sind, ausreichend zu regenerieren und negative Entwicklungen zu vermeiden.

1.2.6 Anforderungen an Persönlichkeit und Haltung

Von Psychotherapeutinnen wird verlangt, dass sie nicht nur die mit ihrem Beruf verbundenen technischen Vorgehensweisen souverän beherrschen und ständig neue dazulernen, sondern auch von ihrer Persönlichkeit her ein Modell für das bieten, was sie ihren Patienten vermitteln wollen. Es gilt als selbstverständlich, dass sie ausgewogen und integer sind und allen Versuchungen widerstehen, ihre Macht und die Abhängigkeit der Patienten zu missbrauchen. Schließlich werden auch an ihre Anteilnahme und Leidensfähigkeit große Ansprüche gestellt. Kernberg et al. (2005, S. IX) schreiben dazu: »Bei einem Internisten, der einen Patienten mit Pankreas-Karzinom verliert, findet es jeder normal, dass er danach rasch zur Tagesordnung zurückkehrt. Verlieren wir einen Patienten, insbesondere durch Suizid, hinterlässt das bei uns Spuren. Häufig kreiden wir uns den Tod eines Patienten an und vergessen dabei, dass wir Aufgaben angenommen haben, die die Gesellschaft wegen ihrer Unerträglichkeit an uns delegiert hat und die beinhalten, dass wir etwas behandeln, was nicht lokalisierbar und ohne jede Möglichkeit einer objektiven Beurteilung ist.«

1.2.7 Belastungen durch die Rahmenbedingungen

Große Belastungen können sich schließlich auch aus den Strukturen der Institutionen ergeben (Fengler, 2001), in denen Therapeuten arbeiten, oder aus der Notwendigkeit für freiberuflich Tätige, sich eine sichere Existenz aufzubauen, ohne sich total zu überlasten oder zum Scharlatan zu mutieren. Doch unser Hauptthema ist die Bewältigung der Belastungen, die aus dem direkten Kontakt mit den Patienten resultieren.

1.3 Der Teufelskreis des »Ausbrennens« und seine Konsequenzen

Durch die oben geschilderten Belastungen, unter denen psychotherapeutisch Arbeitende stehen, kann ein Teufelskreis entstehen, der schwerwiegende Konsequenzen für ihr Innenleben haben kann. Sehen wir uns zunächst das in Abbildung 1.1 skizzierte Modell des Ausbrennens an, bevor wir uns den Konsequenzen zuwenden.

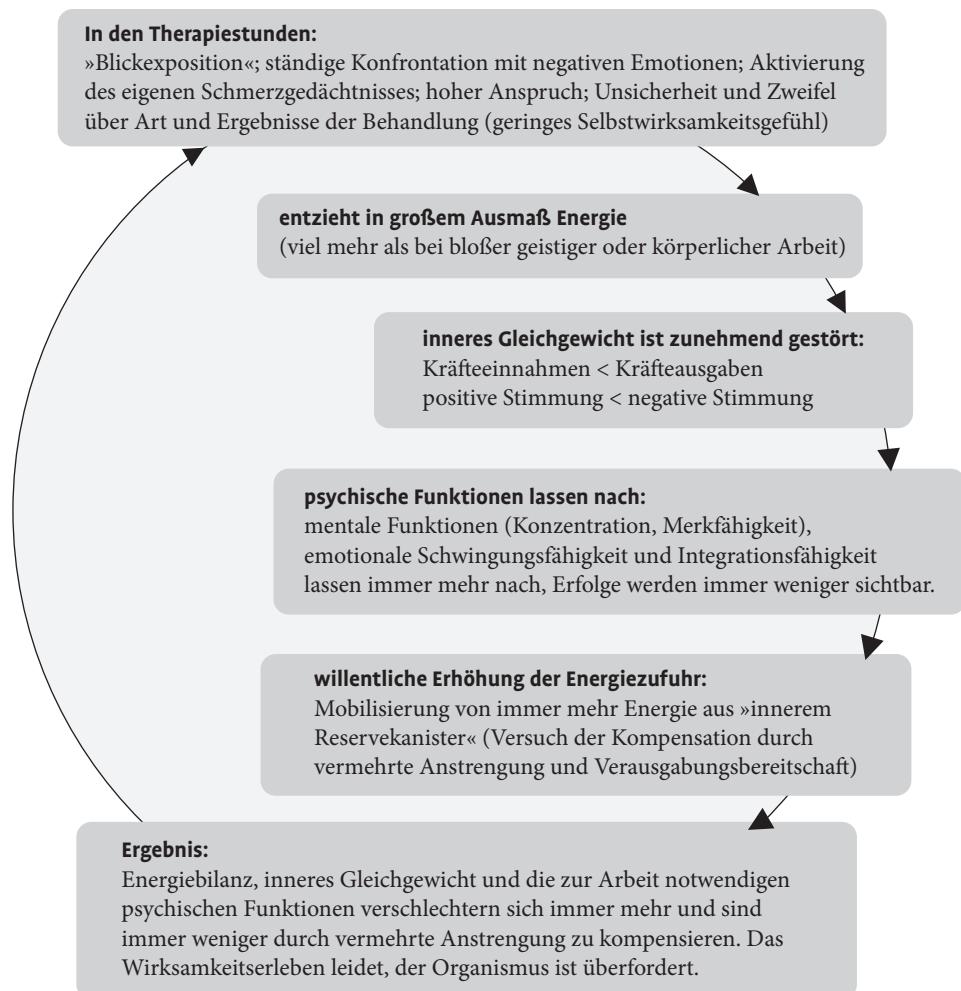


Abbildung 1.1 Teufelskreis des Ausbrennens bei psychotherapeutischer Tätigkeit

Auftreten von Hyperarousal und Intrusionen

Körperliche Phänomene. Wird die begrenzte Energiekapazität zu stark ausgeschöpft, treten oft sehr unangenehme Erlebnisse auf. Es kommt zu innerer Unruhe, Nicht-mehr-abschalten-Können, übermäßiger seelischer und muskulärer Angespanntheit. Die Energie kann sich nicht mehr sinnvoll auf etwas ausrichten. Man spürt sich nicht mehr und fühlt sich überfordert. Substanzen wie Alkohol, Schlaftabletten etc. können die Symptome nur partiell und vorübergehend mildern.

Psychische Phänomene. Auch die eigenen psychischen und körperlichen Grenzen werden immer weniger spürbar. Das Abgrenzungsvermögen im Patientenkontakt nimmt rapide ab, im Gegenzug dringen negative Emotionen und Geschichten von Patienten zu tief und nicht mehr kognitiv integrierbar ins eigene Bewusstsein ein. Die

Gefahr einer Überidentifizierung und einer sekundären Traumatisierung ist nun besonders groß.

Chronische Erschöpfung. Früher oder später kommt es zu chronischer Erschöpfung und manchmal auch zu »Gegenmechanismen« wie der Einnahme von Medikamenten und Drogen, die zu einer weiteren Verschlimmerung der Situation führen.

Das Umschalten in den Energiesparmodus und seine Folgen

Irgendwann setzt zum eigenen Schutz ein Gegenmechanismus ein: Die Seele schaltet in den »Schongang« um, damit die zum Überleben notwendige Energie erhalten bleibt. Dazu werden oft die im Folgenden geschilderten Abwehrmechanismen in Gang gesetzt.

Vermeidung von Mitleid. Es erfolgt ein inneres »Abklemmen« von energiezehrenden Prozessen wie Empathie und Mitleid in der Therapie. Man spricht auch von Mitleidsermüdung (Figley, 2002). Dadurch verliert man aber den emotional bedeutungsvollen Bezug zur Realität, und das Sinnerleben im Beruf vermindert sich immer mehr. Zunehmende Leere und Apathie machen sich breit: Die eigenen beruflichen Werte und früheren Ziele werden nicht mehr erfüllt. Man hat das Gefühl, »festzusitzen«.

Innere aggressive Auflehnung. Sättigungserleben tritt ein (»Ich kann die Patienten nicht mehr sehen, habe sie satt!«). Man ist nun nicht mehr willens – und dadurch auch nicht mehr fähig – zur Arbeit. Man verhärtet, fühlt sich sich selbst entfremdet, depersonalisiert, reagiert zynisch.

Sozialer Rückzug. Ein starker Wunsch nach Ruhe kommt auf. In der Folge werden eigentlich angenehme und hilfreiche soziale Kontakte zu Freunden, Bekannten, Kollegen etc. reduziert.

Fazit. Durch das Überhandnehmen des Energiesparmodus verringern sich die Möglichkeiten zu positiver Verstärkung und Kräfteinnahmen in Arbeit und Alltagsleben. Im schlimmsten Fall können psychische Krankheiten wie Depressionen und psychosomatische Krankheiten die Folge sein.

1.4 Konsequenzen der Befindlichkeit von Psychotherapeuten für die Patienten

Frank (2000) hat sich intensiv mit den Konsequenzen auseinandergesetzt, die das Befinden von Psychotherapeuten für ihre Patienten hat. Sie kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- ▶ Zahlreiche empirische Befunde zeigen, dass das Wohlbefinden der Psychotherapeuten eine wichtige Einflussgröße des Therapieerfolges ist. Psychisch gesunde Therapeuten, die sich wohl fühlen, erzielen positivere Handlungsergebnisse.
- ▶ Die Freundlichkeit, Offenheit, Wärme und die positive Unterstützung, zu der sie aufgrund ihrer Befindlichkeit in der Lage sind, haben einen sehr günstigen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung und fördern Fortschritte beim Patienten.

- ▶ Auch eine systematische Ressourcenaktivierung bei Patienten gelingt umso besser, je mehr sich die Therapeuten an ihrer eigenen Person mit diesem Thema beschäftigt haben und noch beschäftigen.
- ▶ Eine negative Befindlichkeit hindert therapeutisch Arbeitende daran, ihr ganzes therapeutisches Potential zu aktivieren und auszuschöpfen. Sie werden reizbar, ungeduldig und verlieren schnell das Interesse. Dieser Effekt ist umso deutlicher, je weniger Berufserfahrung ein Therapeut hat. Es ist also besonders wichtig, dass »Anfänger« von Anfang an dazu angeleitet werden, ihr Befinden durch eine konsequente Selbstfürsorge zu verbessern.
- ▶ Mangelndes Wohlbefinden bei Therapeuten beeinträchtigt Fortschritte in der Therapie und kann sogar zu Verschlechterungen bei Patienten führen.

1.5 Ansatzschwerpunkte unserer Selbstfürsorgemaßnahmen

Zweck unseres Buches ist es, Selbstfürsorgemaßnahmen vorzustellen, die in der Lage sind, praktizierende Therapeuten und Berater gegen den oben dargestellten Teufelskreis des »Ausbrennens« zu schützen. Sie setzen jeweils an den kritischen Belastungsschwerpunkten an und stellen wirksame Möglichkeiten dar, deren schädliche Konsequenzen zu vermeiden oder wenigstens abzumindern. Die Strategien und Vorgehensweisen, die wir schildern, sind von uns in unserer Arbeit mit Kollegen und Kolleginnen immer wieder erprobt und verbessert worden.

Wir werden im Folgenden eine tabellarische Übersicht der einzelnen Schwerpunkte geben.

Tabelle 1.1 Übersicht der einzelnen Schwerpunkte der Selbstfürsorgemaßnahmen

Kritische Belastungsschwerpunkte	Bewältigungsmöglichkeiten
Blickexposition	Abschn. 3.5 Der Blick des anderen
Konfrontation mit negativen Emotionen	Abschn. 4.2 Schutz gegen emotionale Ansteckung Abschn. 5.2 Umgang mit überflutendem Patientenverhalten Abschn. 5.3 Umgang mit deprivierendem Patientenverhalten
Aktivierung des eigenen Schmerzgedächtnisses	Abschn. 4.3 Schutz gegen zu starke Involviertheit, Überidentifikation mit dem Patienten, mangelnde Abgrenzung
Stressanfälligkeit	Abschn. 4.7 Schutz gegen Typ A –Verhalten Abschn. 4.8 Schutz gegen Ich-Bedrohung Abschn. 4.9 Schutz gegen aufopferungsvolle Selbstlosigkeit

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

Kritische Belastungsschwerpunkte	Bewältigungsmöglichkeiten
hoher Anspruch	Abschn. 3.7 Der Anspruch
mangelnde Selbstwirksamkeits-erwartung	Abschn. 4.5 Unsicherheit, negative Selbstbewertung, Gefühl der Überforderung Kap. 6 Therapeutische Kompetenzen als Komponenten von Selbstwirksamkeitserwartung
Energieentzug	Abschn. 4.3.4 Erhöhung der Abgrenzungsfähigkeit Abschn. 4.7.3 Selbsteinschätzung und Wege der Veränderung
Bilanz der Kräfte (Einnahmen < Ausgaben)	Abschn. 4.10.6 Verbesserung der Kräftebilanz
Stimmungsregulation	Abschn. 3.4 Der Raum Abschn. 4.8.3 Stimmungsregulation
Nachlassen der psychischen Funktionen	Abschn. 3.2 Bewegung Abschn. 3.3 Rhythmus Abschn. 3.6 Langeweile und organisierte Zeit Abschn. 4.10 Schutz gegen Sättigung, Verdrossenheit, Sinnkrise
willentliche Erhöhung der Energiezufuhr	Abschn. 4.7 gegen Typ A-Verhalten Abschn. 4.9 Stressanfälligkeit: aufopferungsvolle Selbstlosigkeit
Hyperarousal	Abschn. 3.3.4 Aktivierungsregulation aufgrund eigener Signale
Überaktivität	Abschn. 3.8 Die Aktivität
Ermüdung	Abschn. 3.1 Der eigene Leib Abschn. 3.2 Bewegung Abschn. 3.5 Der Blick des anderen Abschn. 3.6 Die Zeit
Sättigung, sozialer Rückzug	Abschn. 4.10 Sättigung, Verdrossenheit, Sinnkrise

Im Anhang stellen wir einen speziellen Übungsteil vor, der sich gegen die Hauptsorgen richtet, die Kolleginnen bei ihrer täglichen Arbeit und bei ihrem Wohlbefinden beeinträchtigen.

In einem ersten Schritt wollen wir die Notwendigkeit von Selbstfürsorgemaßnahmen noch einmal verdeutlichen und für eine innere Haltung werben, die sie als eine selbstverständliche Komponente der Therapie- und Beratertätigkeit anerkennt.

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 Fengler (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 Kapiteln 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 Missemmpfindungen, 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, Schuldge-

fühle 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 da-ran, »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 darstellt. 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-apathische 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 Langzeitschädigungen 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 konsequenteren 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 abgedeckten 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 »Berufs-

philosophie« 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 unentbehrlichen 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. Selbstdürsorgerische 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 beträchtlichen 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 affektgeladenes 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 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 Lern erfahrungen 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 eliminieren, 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 verriesen, 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.

3 Die zentralen Bestandteile psychotherapeutischer Arbeit

»Sie klagen ja, wenn ich Sie richtig verstehe, über eine scheintotenähnliche Pulslosigkeit, über die so genannte Scheintoten-Starre, Charakteristika, welche schon in den allerersten Darstellungen, die sich mit diesem vom Leben abgeschnittenen Seitental beschäftigen, nachzulesen sind.« (Hermann Burger)

Das Ausüben von Psychotherapie lässt sich unter dem Aspekt ihrer grundlegenden Momente beschreiben und analysieren. Daraus wollen wir selbstfürsorgliche Maßnahmen ableiten und vorstellen. Die zentralen Bestandteile der psychotherapeutischen Arbeit sind:

- der eigene Leib
- Bewegung
- Rhythmus
- der Raum
- der Blick des anderen
- die Zeit
- der Anspruch
- die Aktivität
- der »Schriftkram«

3.1 Der eigene Leib

3.1.1 Leib und Körper

Der Leib bildet die Basis unseres Selbsterlebens. Er ist auch der selbstverständliche und unbemerkte Hintergrund unserer Zuwendung zur Welt und zum anderen. Mit dem eigenen Leib zu empfinden und mit ihm in verschiedenen Situationen gegenwärtig zu sein, ihn dabei zu spüren und die eigenen Absichten durch ihn auszudrücken, sind grundlegende Formen unseres Erlebens und Daseins. Der Leib ist auch der »Resonanzkörper« für Atmosphären, die uns umgeben, und für Stimmungen und Gefühle, die wir erleben. Eindrücke und Ausstrahlungen werden leiblich gespürt, etwa als Sympathie und Wärme oder aber als Unbehagen, als Widerwille oder Ekel in Gegenwart von anderen (Fuchs, 2000).

Korporifizierung. Aus der Selbstverständlichkeit unseres leiblichen Erlebens können wir dann herausfallen, wenn wir in ein Außenverhältnis zu unserer unmittelbaren Leiblichkeit geraten. Dann tritt der »Leib, der wir sind«, aus seiner automatischen Tätigkeit heraus und verwandelt sich in den »Körper, den wir haben«. Diese Erfahrung wird von Fuchs (2000, S. 24) als »Korporifizierung« bezeichnet. Sie findet vor allem unter zwei Bedingungen statt:

- (1) Wir »bekommen« bei der Ausübung unserer Arbeit in der Regel dann einen Körper, wenn er uns durch unangenehme Empfindungen an seine Existenz