



Hoffmann • Hofmann

3. Auflage

Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater

Grundlagen und Anwendung



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

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 Selbstfürsorge in der Psychotherapie	24
2.1 Psychotherapie als Arbeit	24
2.2 Psychohygiene	25
2.3 Selbstfürsorge als dritte Ebene psychotherapeutischen Handelns	25
2.4 Fragebogen zur Selbsteinschätzung	26
2.5 Ziele der Selbstfürsorge bei Psychotherapeuten	28
2.6 Fünf dysfunktionale Einstellungen, die Selbstfürsorge 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
3.7.1 Wider den unkritischen Idealismus	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	114
4.6	Misstrauen, Überempfindlichkeit, Gereiztheit	122
4.7	Stressanfälligkeit: Typ-A-Verhalten	131
4.8	Stressanfälligkeit: Ich-Bedrohung	137
4.9	Stressanfälligkeit: Aufopferungsvolle Selbstlosigkeit	143
4.10	Sättigung, Verdrossenheit, Sinnkrise	145
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	174
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 Intervisionsgruppen 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 tiefsitzende 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 Hofmann 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 verstieg, 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 lebenswerter 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 Insektenstich 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 Schmerz-zentrum 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.« Dorrman (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 welcher vielschichtigen 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 Bagatelisierung, 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 Gefühlsaufwand, 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 Verhaltenstherapie-settings

In dem Augenblick, in dem Therapeutin und Patient sich auf die Durchführung einer Therapie geeinigt haben, stellt das Verhaltenstherapie-setting 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 Verhaltenstherapie-settings 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.

Zweifel, Klagen und die Mittel dagegen: Übungen und Arbeitsmaterial

Als ich gefragt wurde, wer ich denn nun wirklich sei, fiel ich vor Schreck rückwärts von der Empore herunter, denn ich hätte nur widersprüchliche Antworten geben können.
(Hermann Burger)

Anfängeromnipotenzfantasien

Psychologen und Ärztinnen, die sich zu Therapeuten und Beraterinnen ausbilden lassen, sind sozial engagierte Menschen, die, besonders am Anfang ihrer Laufbahn, mit einem großen Elan antreten, um in seelische Not geratenen Personen zu helfen. Dabei wird der Versuch, helfen zu wollen, oft gleichgesetzt mit dem Bestreben, ihre »Schützlinge zu heilen«, sodass ihnen danach ein gesundes, nahezu problemloses Leben möglich wird. Sie gehen dabei oft geradezu aktionistisch ans Werk, unter großer innerer Anspannung und ohne Schonung ihrer Energiereserven (siehe dazu Abschn. 3.8).

Diese höchst anspruchsvolle Haltung wird durch eine Reihe von Faktoren begünstigt. **Glücksforschung.** Da ist einmal der Einfluss der heute populär gewordenen Glücksforschung. So hat zum Beispiel Martin Seligman (1975), der bekannt wurde durch seine bahnbrechenden Arbeiten über experimentelle Neurosen (Stichwort »Erlernte Hilflosigkeit«) später eine radikale Wende vollzogen. Er hat sich einer »positiven Psychologie« zugewandt und vertritt die Ansicht, sie allein sei dazu in der Lage, Maßstäbe für eine Psychotherapie der Zukunft zu setzen. Der heute so geschätzte Jeffrey Young schlägt in dieselbe Kerbe. Er antwortete uns einmal auf die Frage, was denn seiner Meinung nach das letzte Ziel einer Therapie sei, kurz und bündig: »Making People happy« (2000). Was für ein Programm! (Sigmund Freud war da bescheidener. Er meinte, seine Psychoanalyse sei bestenfalls dazu in der Lage, neurotisches Elend durch *normales* menschliches Elend zu ersetzen).

Fachliteratur. Eine weitere Quelle eines systematisch überhöhten Anspruchs liegt in Teilen der Fachliteratur. Da ist einmal die Proliferation von *Manualen*. Manuale sind dann nützlich, wenn sie aufgefasst werden als das, was sie wirklich sind. Sie schildern stark vereinfachte Richtlinien für die idealtypische Therapie eines durchschnittlichen Patienten mit einer isolierten Störung. Aber oft werden die darin geschilderten Verläufe fälschlicherweise, v. a. von Anfängern, als Beschreibung *realer* Therapieabläufe angesehen. Wenn man sich strikt an die Empfehlungen des Manuals halte, so wird dann gefolgert, wisse man genau, was und in welcher Reihenfolge bei dem aktuellen Patienten getan werden müsse, um ein Höchstmaß an Kontrolle über das therapeutische Geschehen und dessen Ergebnisse zu erhalten (»In der ersten Stunde mache ich dieses, in der zweiten Stunde jenes« usw.). Wenn man dann im Laufe der Zeit merkt, wie unendlich komplexer der Umgang mit lebendigen Menschen, verglichen mit den Schablonen der Manualtherapie ist, und wieviel zusätzliche Faktoren dabei berücksichtigt werden müssen, dann wird diese Illusion gehörig erschüttert.

Überhöhte positive Erwartungen und überzogene Kontrollüberzeugungen werden auch durch viele der in der Literatur publizierten *Falldarstellungen* geweckt. Die meisten lesen sich so glatt, dass die darin beschriebene Therapie einem wie ein vergnüglicher Trip zu zweit in eine bessere Welt vorkommt. Die Patienten rufen ihren Therapeutinnen schon beim ersten Mal in der Tür zu: »Nun fordern Sie mich mal richtig, Frau Doktor«. Nach 50 Minuten kennt man sie in und auswendig, bis hin zu ihren intimsten Regungen. Hausaufgaben machen zu dürfen löst in ihnen eine solche Dankbarkeit aus, dass sie sie einem auf Büttenpapier präsentieren. Wenn sie nicht nach Expositionen lechzen (aber bitte mit Flooding!), dann sind sie dabei, ihr Wertesystem umzukrempeln, Partner, Beruf und Haustier auszuwechseln sowie die gängigen Welt-sprachen zu erlernen, weil sie ein für alle Mal kapiert haben, dass dadurch die Verstärkerkontingenzen wesentlich günstiger werden. Spätestens nach der 45. Stunde meist, ist alles vollbracht. Sie entfleuchen wieder in die paradiesischen Verhältnisse, aus denen für kurze Zeit etwas widrig geratene Umstände sie vertrieben hatten.

Verkennung der Routinepraxis. An vielen Stellen zeugen Literaturbeiträge auch von einer eklatanten Unkenntnis der realen therapeutischen Praxis. Es wird suggeriert, Therapie bestünde ausschließlich darin, ein vorgefertigtes Therapieprogramm »durch-zuziehen« und sich dabei auf nichts anderes einzulassen. So soll zum Beispiel jemand mit der Diagnose »generalisierte Angststörung« ausschließlich mit »Sorgenkonfron-tation« behandelt werden und das über Monate. Geht die Therapeutin daneben *auch* auf die täglichen Probleme des Patienten ein, wie Reaktionen nach kritischen Lebens-ereignissen, Beziehungsproblemen usw. (weil der Patient in seiner Not auch dabei Hilfe und Anregungen erwartet), so wird das als »mangelnde Therapeutinnencom-pliance« diffamiert. Als wir uns einmal darauf verstiegen, Verhaltenstherapeuten auch als eine Art »Lebensbegleiter auf Zeit« zu bezeichnen, stießen wir auf wütende Kritik: Therapeuten hätten die diagnostizierte Störung mit der Methode der Wahl zu behandeln und sonst nichts. Ein solches Verbot ist auch deshalb besonders unsinnig, weil die Beschäftigung mit den aktuellen Lebensthemen des Patienten ja auch die Gelegenheit bietet, die »Grundstörung« selbst zu behandeln, wenn auch oft mit zusätzlichen Mitteln. Eine solche Unkenntnis der therapeutischen Wirklichkeit wun-dert einen nicht sonderlich, wenn man an die Praxiskarriere der meisten Vertreter einer solchen angeblich puristischen Ansicht denkt. Meist auf irgendwelchen »Inspek-torenpöstchen« deponiert, erinnern sie sich nur noch sehr blass an den letzten lebendigen Menschen, der sie 45 Wochen hintereinander besucht hat, wenn so jemand überhaupt je ihren Elfenbeinturm betreten hat.

Identifizierung mit externen Heilserwartungen. Vor vielen Jahren suchte uns ein äußerst energisch auftretender Herr auf, stellte sich als Vater eines von ihm im Schlepptau mitgebrachten jungen Mannes vor, gegen den er unter anderem folgende Klagen vorzubringen hatte: Er verfolge keine geregelte Tätigkeit, stehe tagelang nicht aus dem Bett auf, bekäme angeblich Panik bei der geringsten Anforderung, bettele ständig bei der Mutter um Geld, sei grob zu der Katze und halte sich trotz allem für ein verkanntes Genie, das mit allen Mitteln zu fördern sei. Am Ende seiner Jeremiade stampfte er mit dem Fuß auf, schaute uns scharf an und forderte: Stellen Sie das ab!

Bringen Sie das in Ordnung! Und mit einer leisen, fast flehentlichen Stimme fügte der zu Rettende hinzu: »Aber schnell bitte. Ich darf keine Zeit verlieren«.

Dass ähnliche Ansprüche von der Klientel, zugegebenermaßen aus innerer Not heraus, an Psychotherapeuten herangetragen werden, weiß jeder, der in diesem Beruf tätig ist. Wie groß das Risiko ist, unreflektiert und unkritisch solche Heilserwartungen zu übernehmen, geht oft aus dem Vokabular hervor, dass angehende Therapeutinnen gebrauchen. Sie sprechen davon, dass Patienten ihren Therapeuten »Aufträge« erteilen würden. Daraus ginge hervor, was alles in deren Leben zu reparieren sei (bis hin zu: »Sorgen Sie dafür, dass meine Frau endlich wieder pariert«). Auch deren Wünsche bezüglich des Therapieablaufs seien weitgehend zu respektieren. So präsentierte uns einmal eine Supervisandin den folgenden schriftlichen »Wunschzettel« eines vermeintlichen Angstpatienten: »Termine grundsätzlich nur zwischen 14 bis 16 Uhr, gepolsterter Sessel, Rücken!, keine Maßnahme, bei der ich Angst haben muss, schon gar nicht draußen. Und immer systemisch denken, auch wenn Sie bloß Verhaltenstherapie machen!«. Der Kommentar der Kollegin dazu: »Wie kriege ich das bloß alles hin? Ich darf ihn nicht enttäuschen. Er ist schon so oft enttäuscht worden.« Distanziert man sich nicht gleich von solchen Ansprüchen, dann wird der Versuch, helfen zu wollen, implizit gleichgesetzt mit dem Abarbeiten eines Katalogs von Anforderungen, für deren Erfolg die Therapeutin die geeigneten Mittel bereitzustellen hätte. In einem solchen Fall schleicht sich in das Selbstbild der Therapeutin die Idee einer abhängigen Dienstleisterin. Dadurch würde eine Richtung eingeschlagen, bei der alle Protagonisten nur großen Enttäuschungen zu erwarten hätten. Denn bei einem solchen »Arrangement« bleibt es nicht lange. Früher oder später setzt sich die Therapeutin auf die eine oder andere Art zur Wehr und der Patient fällt aus allen Wolken (s. Abschn. 4.3).

Zweifel und Klagen

Die reale Praxis, d. h. der Umgang mit wahren Menschen, die tief in ihrer Geschichte und in ihren aktuellen Lebensumständen verwurzelt sind und daraus schmerzhaft, oft schwer zu korrigierende Fehlhaltungen entwickeln, erfordert eine Relativierung und Justierung einer Sturm- und Dranghaltung, wie sie für erste Therapieversuche typisch ist. Das Backen kleiner Brötchen und das Suchen nach gerade noch durchbohrbaren Brettern tritt immer mehr in den Vordergrund. Glanz und Glamour verblassen und mühsame, oft auch enttäuschende Fronarbeit »am Menschen« verscheucht die letzten Flausen. Was bleibt, ist eine ernste, verantwortungsvolle und schwierige Tätigkeit. Therapeuten werden dabei zwangsläufig anfällig für Unsicherheiten und Zweifel, die tief in ihr Selbstbild und ihr Selbstverständnis eingreifen können.

Was sie dann beschäftigt, welche Zweifel sie befallen und worüber sie sich am häufigsten beklagen, haben wir zur Genüge im Rahmen unserer Dozenten- und Supervisorentätigkeit erfahren. Wir haben dazu bei Kollegen und Kolleginnen auch eine kleine Umfrage veranstaltet mit der Bitte, drei Zweifel und Klagen aufzuschreiben, die für ihre jeweilige Befindlichkeit in der aktuellen Berufssituation repräsentativ sind (n= 38).

Auf die am häufigsten genannten wollen wir nun eingehen. Wir schildern kurz ihren Hintergrund und schlagen dann Anregungen und Übungen zu einem hilfreichen Umgang vor.

Die häufigsten Klagen sind:

»Ich gerate immer mehr unter Druck. Ich habe das Gefühl, meine Arbeit frisst mich auf.«

Grundlagen. Über den Hintergrund einer solchen Gefühlslage sind wir in diesem Buch an vielen Stellen eingegangen. Wir haben darüber berichtet, wie verschiedene Faktoren wie ein überhöhter Anspruch, Überaktivität und mangelhafte Energieausgabenregulation bei lang andauernden Patientenkontakten zu Ermüdung, Erschöpfung bis hin zu sozialem Rückzug und Burn-out führen können.

Anregungen und Übungen. Auch viele Mittel, mit solchen Gefühlen umzugehen, haben wir schon angesprochen.

Wir wollen dazu noch eine Reihe anderer Übungen vorschlagen:

AB 1: Die Bedeutung der Arbeit für Therapeuten

AB 2: Entkatastrophisierung meines Arbeitstages

AB 3: Anspruchsanpassung und Zieledifferenzierung

AB 4: Somatische Marker für einen zu hohen Aktivierungspegel

AB 5: Überblick: Maßnahmen für eine angemessene Energieausgabenregulierung

AB 6: Senkung des energetischen Aufwandes: Das Energiethermometer

AB 7: Senkung des energetischen Aufwandes: Protokoll für eine Therapiesitzung

AB 8: Einübung selbstfürsorglicher innerer Monologe und die Konsequenzen daraus

AB 9: Disput therapiebezogener irrationaler Glaubenssätze

AB 10: Anreicherung von Tageszielen

»Kann ich auch wirklich etwas für meine Patienten tun? Bin ich überhaupt gut genug?«

Grundlagen. Eigene Erfahrungen und solche im Umgang mit Kollegen zeigen, dass grundlegende Zweifel dieser Art meistens im Zusammenhang mit konkreten Frustrationen und Misserfolgsergebnissen auftreten. Man hat das Gefühl, in einer Therapie auf der Stelle zu treten, eine für wichtig gehaltene Veränderung tritt nicht ein, ein Patient beschwert sich über mangelhafte Fortschritte, es kommt zu Rückfällen, jemand bricht die Therapie ab oder man weiß einfach nicht mehr weiter. Im Anschluss an solche Episoden, bei denen Ziele nicht erreicht werden oder bei denen die Erfolge unserer Bemühungen hinter unseren Ambitionen zurückbleiben, kann es zu einer so starken Frustration kommen, dass wir in einer Art negativem Rundumschlag das Misserfolgserlebnis auf unser gesamtes Tun ausdehnen und alles infrage stellen. Das ist besonders dann der Fall, wenn es sich dabei um Patienten handelt, mit denen wir uns besonders identifizieren oder um Therapien, in die wir viel Mühe und Anstrengung investiert haben (Man spricht in diesem Fall auch vom sunk cost – effect: Je mehr ich in eine Sache investiert habe, desto stärker halte ich daran fest, weil ich davon ausgehe, dass meine Investitionen sich lohnen *müssen*). Auf die Art ergeben sich oft negative Auswirkungen auf unser gesamtes Selbstwirksamkeitserleben, einhergehend mit