

Selbstsorge und Self-care

Über den Zusammenhang zwischen Helfen, Gesundheit und Wirksamkeit von PsychotherapeutInnen

Martin Brentrup

Zusammenfassung

In diesem Artikel geht der Autor der Frage nach, was wirksam in psychotherapeutischen Beziehungen ist. Er zeigt Ansätze präventiver Strategien und des Selbstmanagements für PsychotherapeutInnen (Self-care), aber auch hilfreiche Annahmen zum Helfen und zum Wandel (Selbstsorge). Dieser Blickwinkel fördert eine integrative Metatheorie der Psychotherapie.

Einleitung

Stellen Sie sich bitte vor: Sie sind PsychotherapeutIn¹ und sitzen in einem Seminar zum Thema „Lust am Arbeiten“. Und der Seminarleiter bittet Sie sich auf eine Vorstellungsübung einzulassen: „Vielleicht ist heute der richtige Zeitpunkt und Ihr innerer Raum ist frei genug, sich eine Phantasie und Gedanken zu erlauben... Stellen Sie sich einmal vor, dass Sie in einer Therapie als Therapeut sitzen und dass Sie deutlich empfinden, dass es gut läuft... Nehmen Sie bitte alle beteiligten Faktoren wahr, Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, Ihre Körperempfindungen, die Sie umgebende Situation... Legen Sie bitte diese Erfahrung für eine Weile an einem Ort ab, den Sie gleich wieder aufsuchen können... Wechseln Sie jetzt in Ihrer Vorstellung in eine gegenteilige Situation, eine Situation, in der Sie sich als Therapeut schlecht fühlen, es schlecht läuft, was gehört da dazu... Bitte wechseln Sie nun zwischen diesen inneren Bildern hin und her und beachten die Unterschiede in Ihren Empfindungen, Handlungen, beeinflussenden Faktoren...“

In Ermangelung einer Metatheorie zur Psychotherapie, die den Gemeinsamkeiten wie den Unterschieden gerecht wird und die Beiträge der Ansätze respektiert, stelle ich mir immer wieder folgende Fragen: Was ist alles hilfreich in Psychotherapien? Was lässt sich davon verallgemeinern über einzelne Klienten/Patienten hinweg? Was ist neben der Variabilität der TherapeutInnen das Verbindende und damit Grundlegende? Und aus welcher Perspektive wird Erfolg/Misserfolg wie definiert? Welche Rolle spielt dabei der einzelne Therapeut, die Methode, die Beziehung...? Welche Rolle spielt, ob es dem Therapeuten „gut geht“ (vgl. Schlippe 1990)?

Die Wirkfaktoren von Psychotherapien zu untersuchen ist eine sehr komplexe und perspektivenabhängige Aufgabe. Und es reicht wohl nicht aus, wenn es „dem Therapeuten

1) Ich verwende weibliche, männliche und die kombinierte Form im Wechsel.

gut geht“. Die Beziehungsdynamik des Helfens und die Einstellungen zu Rollen, Störungs- und Veränderungskonzepten und der therapeutischen Beziehung werden aber immer wieder als zentral für Erfolg und Wirksamkeit von Psychotherapie angeführt (z.B. Hain 2001).

Psychotherapie ist (noch) keine einheitliche Größe, mit dem Vorteil der Vielfalt und zumindest dem Nachteil, dass es nicht eine Lobby gibt, sondern verschiedene therapeutische Schulen mit Konkurrenz und Erklärungsnotständen. Auch die „erzwungene Heimatlosigkeit“ nach Anerkennung nur einzelner Verfahren im kassenärztlichen System ist keine gute Basis dafür, sich identifizieren zu können und trotzdem flexibel mit den Vorzügen anderer Verfahren auseinander zu setzen im Sinne eines integrativen, allgemeinen und differentiellen Psychotherapiebegriffes. Der verhinderte – weil „geregelte“ (Psychotherapeutengesetz)-Wettstreit der Ansätze erschwert zurzeit eine undogmatische Entwicklung, in der die wirkungsvollen Bausteine und Zugänge von PsychotherapeutInnen für sich optimal nutzbar gemacht werden könnten.

Meiner Meinung nach wird die Auffassung und Beobachtung zu wenig verfolgt, dass Patienten unterschiedliche Therapeuten/-schulen brauchen, weil sie nicht jeden Weg gleich gut begehen können. Das zeigt z.B. eine Untersuchung, die feststellte, dass sich die Menschen, welche die gleiche Diagnose bekommen, sehr darin unterscheiden, ob sie zu einem Verhaltenstherapeuten bzw. zu einem Analytiker gehen (Brockmann et al. 2001).

Auf der Suche nach zentralen Voraussetzungen dafür, dass Therapeuten ihre größtmögliche Wirksamkeit entfalten können, stieß ich auf die Begriffe Burn-out, Self-care und Selbstsorge. Burn-out steht für die Beobachtung, dass Helfen chronisch belastend für die Helfer sein kann. Self-care ist in diesem Zusammenhang ein Begriff, der zu einer präventiven Strategie des Selbstmanagements von PsychotherapeutInnen einlädt. Selbstsorge beschreibt eine allgemeine Einstellung zu Hilfe und Wandel („die Sorge um sich“ und „Selbstmächtigkeit“), die die Eigenverantwortung und Kompetenzen betont (Foucault 1986; Gussone, Schiepek 2000). Dies geschieht im Gegensatz zum Verständnis von Hilfe als notwendigerweise expertendefiniertes Angebot aufgrund von (Hilfs-)Bedürftigkeit.

Im Folgenden untersuche ich die Zusammenhänge zwischen dem, was ein gutes Sorgen für sich auf der Seite von Therapeuten begünstigt, und den daraus abgeleiteten Prämissen für die professionelle Haltung des Helfens sowie die Auswirkungen auf die Klienten/Patienten. Ich verfolge dabei drei Hypothesen:

1. Sowohl für die Gesundheit der PsychotherapeutInnen als auch für die Gesundung ihrer Patienten ist es hilfreich, wenn sie sich mit den Implikationen ihres Helfens auseinander setzen.
2. Wenn es PsychotherapeutInnen gelingt, mit den PatientInnen eine in der Interaktion zu den Klienten abgestimmte, „passende“ Haltung zur Hilfe zu entwickeln, kann man davon ausgehen, dass ihre Wirksamkeit zunimmt.

3. PsychotherapeutInnen, die sich mit ihrer Haltung des Helfens, den darin wiedergegebenen Überzeugungen und Handlungsorientierungen beschäftigen, schaffen sich zudem eine konstruktive professionelle Identität. Dies fördert die Arbeitszufriedenheit und die Wirksamkeit (vgl. Frank 1981; Zimmer 1983).

Was hilft PsychotherapeutInnen, hilfreich zu sein?

„Das ist mir zu negativ und defizitorientiert, wie kann man das denn ‚systemisch‘ sehen?“, fragte mich ein Teilnehmer eines Seminars zur so genannten Nachqual(-ifikation), als es um das Burn-out-Phänomen ging.

Self-care ist die ressourcenorientierte Wendung, die sowohl zeitlich nach einer „Welle“ in den 70ern als auch inhaltlich eine Wende in der Beschäftigung mit den berufsbedingten Problemen darstellt: weg vom Beklagen, hin zum Suchen nach Nützlichem.

Selbstsorge greift, wie oben beschrieben, weiter. Foucault (1986) hat Selbstsorge in seiner kritischen Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Entmündigung von Bürgern definiert. Hier ist sie als eine spezifische Haltung des Helfens gemeint, welche die Autonomie der Hilfs-bedürftigen wie die der Helfer betont. „Ich mache es so, wie es für dich und mich richtig ist“ ist eine der rituellen Formulierungen aus der Aufstellungsarbeit von Gunthard Weber (2000), die dazu passt.

Verschiedenste Untersuchungen der Psychotherapieforschung (u.a. Hubble et al. 2001; Grawe 2000; Hain 2001; Frank 1981) haben gezeigt, dass es weder ausreicht, Klientenmerkmale noch Therapeutenfaktoren, die Techniken oder die Beziehung getrennt zu sehen, um die Wirksamkeit erklären zu können. Diese Ergebnisse legen vor allem nahe, davon auszugehen, dass nicht die Methode richtig, überlegen oder wirksam ist. Ich gehe davon aus, dass es auch nicht sehr hilft, allein von einer quantitativen Gewichtung (z. B. Patienten-Merkmale 40%, Beziehung 30%, Hoffnung und Placebo 15%, Technik 15%, vgl. Hubble u.a. 2001, S. 9) auszugehen. Mich beschäftigt der Vorgang und die Dynamik der „Passung“ von Methode und Therapeut sowie der Passung zum Arbeitskontext und der Struktur des Klientensystems (Auftrag/Entwicklungsaufgabe). Wie schaffen Therapeut und Klientensystem zu diesem Zeitpunkt einen Kontext für Veränderung, der Entwicklung erlaubt oder sogar provoziert?

Selbstsorge ist zwar kein systemischer Begriff, aber doch ähnlich, indem er sich an einem Meta-Modell für Veränderung orientiert: Veränderung als eine reflexive Art, sich um die eigene Existenz zu kümmern; Therapeuten in einer Rolle als Förderer und Ermöglicher selbstorganisierender Prozesse. Hier gibt es viele Verbindungen zu artverwandten Begriffen (Strukturdeterminiertheit, Autopoiesie, Selbststeuerung nichttrivialer Systeme).

Selbstsorge, so verstanden, gibt Anhaltspunkte für Prävention von Helfern, aber eben auch für die Wirksamkeit durch das Modellsein und (Mit-)Erzeugen von Suchrichtungen bezüglich des Zustandekommens von Hilfe (Ressourcenorientierung). Den Kommunikations-

bedingungen in der therapeutischen Beziehung und den darin enthaltenen Freiheitsgraden für alle Beteiligten kommt große Bedeutung zu. Im Folgenden möchte ich Ansatzpunkte für diesen dynamischen Prozess des Zustandekommens von Hilfe darstellen.

Woher kommt der Präventionsgedanke für PsychotherapeutInnen?

Das Phänomen des „Ausbrennens“ als Folge eines langfristigen, zermürbenden Entwicklungsprozesses wird in mehreren Zusammenhängen beschrieben (Paarkonflikte, Arbeitslosigkeit, frauenspezifische Biografien, Management, vgl. Fengler 1991). Burisch (1988) hat 36 Berufsgruppen genannt, bei denen Burn-out berichtet wird. Es handelt sich v.a. um Berufe und Rollen, von denen Hilfe und emotionale Zuwendung erwartet wird.

Burn-out wird als Reaktion auf in der Arbeit erfahrene Beanspruchung definiert. Damit sind nicht nur Rückzug, (innere) Kündigungen, Minderung der Leistungsfähigkeit, Ausfallzeiten, sondern auch Störungen der psychophysiologischen Arbeitsfähigkeit gemeint. Allgemein ist die Balance zwischen Engagement und Verausgabung sowie die Beachtung der Sorge um das eigene Wohlbefinden betroffen.

Versuch einer Definition:

Burn-out – Zustand/Anzeichen eines Ungleichgewichtes zwischen Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit; Tendenz zur Lösung durch mehr-desselben (Engagement, Pflichtbewusstsein u.a.); Chronifizierung/Wiederholung von negativen Erfahrungen, (Selbst-) Attribuierungen mit der Folge physischer und seelischer Erschöpfung

Symptomatisch werden genannt:

- Gefühl der Wirkungslosigkeit
- schwindendes Engagement
- Zynismus
- Depressivität
- Erschöpfung und Arbeitsunlust
- Schuldgefühle und schlechtes Gewissen
- Zurücknahme von Kontakten
- Rückgang der Immunabwehr

Anfang der 70er Jahre begannen psychosoziale Berufsgruppen ihre eigenen Arbeitsbedingungen unter dem Blickwinkel des Ausbrennens zu untersuchen. Hellmann et al. (1986) fanden bei der Analyse von Ratings bei 227 Psychologen überwiegend fünf genannte Probleme:

- die therapeutische Beziehung nicht beenden können
- Terminprobleme
- übermäßiges Arbeitspensum
- Zweifel am eigenen Beruf
- Gefühle der Unzulänglichkeit

Ackerley et al. (1988) stellten unter 562 praktizierenden Psychologen bei mehr als einem Drittel ein hohes Maß an emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung fest. Die belasteten Psychologen klagten u.a. über mangelnden Einfluss auf das therapeutische Arrangement und fühlten sich von den Klienten überfordert. (Alle Untersuchungen aus Fengler, 1991, S. 112ff).

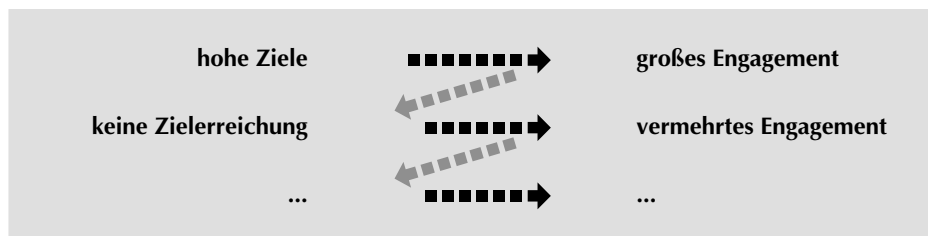
Das Gefühl des zunehmenden Kontrollverlustes am Arbeitsplatz wird häufig als vorausgehende Variable einer erhöhten Suizidrate von Ärzten genannt (König 2001).

Burn-out-begünstigende Faktoren

Wie finde ich heraus, was zu meinem persönlichen Burn-out oder zu meiner Self-care gehört? Burisch (in: Missel, Brauckmann, S. 34ff) schlägt vor, sich Mischungsverhältnisse vorzustellen: ein Kontinuum zwischen sog. „Selbstverbrennern“ und „Opfern der Umstände“.

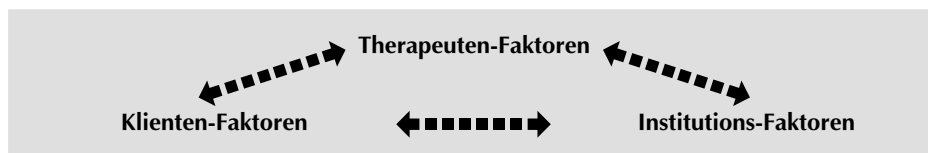


Dazu kann man sich Burn-out als sich aufschaukelnden Prozess vorstellen:



Ich halte es für hilfreich, von einem Wechselwirkungszusammenhang auszugehen: ein bestimmter Klient konfrontiert uns mit spezifischen Lebenserfahrungen und Bedürfnissen. Dies passt mehr oder weniger zu unserer Verfassung, Ausbildung, Grundüberzeugung, Erfahrung und wir bieten dem Klienten ein daraus resultierendes Beziehungsangebot dafür an. Diese Interaktion findet im jeweiligen Arbeitskontext statt, der sich wiederum darauf auswirken kann, was uns gelingt und belastet.

Aus der jeweiligen Perspektive gibt dies also Hinweise darüber, was verantwortlich dafür ist, bestimmte Ressourcen nicht nutzen zu können, so dass „Hilfe“ nicht zustande kommt.



Klientenbezogene Faktoren

Was auf der Seite der Klienten/Patienten trägt dazu bei, dass der Therapieprozess zur Belastung wird? Klienten, die nicht nach Ressourcen suchen, sie nicht nutzen oder ablehnen, werden als mehr oder weniger „schwierig“ wahrgenommen. Zusätzlich haben Kontextvariablen eine große Bedeutung für den Status des Klienten (Besucher/Klagender/Kunde). Die Bedeutung und der bisherige Verlauf der Symptomatik wie von vorherigen Therapien beeinflussen die „Spielräume“ in einer neuen Therapie. Hier lassen sich einige Faktoren kurz zusammenfassen:

- Im weitesten Sinne lassen sich hier alle „Nicht-Kunden“, eben „Besucher“ oder „Klagende“ aufzählen, die ihrerseits Motive haben, nicht Kunde sein zu wollen oder zu können
- Fremdmotiviertheit („geschickte“ Klienten, außenstehende Auftraggeber)
- Unklare oder abweichende Erwartungen bezüglich „Hilfe“ durch den Therapeuten
- Bedeutung von Therapiemotivation in seiner Funktion (Signal an Partner, „Bewährungshilfe“, Scheitern als Widerlegung von Vorwürfen u. ä.)
- Fehlende Bereitschaft, Hilfe anzunehmen: Ablehnung von Therapie oder der Eigendefinition als bedürftig – zeigt sich u.a. in: Ja-aber-Spielen, Besserwisserei, Theoretisieren, Suche nach Schwachstellen beim Therapeuten, Abbruchdrohungen
- Multiple Belastungen (Trennungen, Konflikte, Arbeitslosigkeit, Krankheiten)
-

Merkmale der therapeutischen Tätigkeit und der TherapeutInnen

In der Literatur werden immer wieder bestimmte Merkmale von TherapeutInnen und ihrer Art zu arbeiten als Ursachen für Burn-out beschrieben. Ich lege sie hier unter der Perspektive der Nichtnutzung von Ressourcen aus. Was kann dazu beitragen, dass Therapeuten in ihrer Arbeit ihre Ressourcen nicht genau suchen?

Ein Zugang kann die Untersuchung von prägenden Vorerfahrungen für die Berufswahl und bei der Entwicklung der Berufsauffassung und der -ausübung sein. Hier spielen entsprechende Erfahrungen und Muster im Zusammenhang mit dem familiären Umgang mit Helfen und Hilflosigkeit, Sorge und Fürsorge, Macht und Kontrolle, Anerkennung, Übernahme von Verantwortung, dem Umgang mit Belastung eine Rolle (vgl. Reich 1982).

Das so genannte **Helfersyndrom** konzentriert sich auf die These, nach der besonders Menschen, die eigene Hilflosigkeit abwehren und leugnen, in helfende Berufe gehen. Dort kann es ihnen dann gelingen, die eigene Hilfsbedürftigkeit in das Gegenüber zu projizieren. Die (erwartete und gebrauchte) Abhängigkeit und Dankbarkeit der Umsorgten stellt eine kompensatorische Ich-Aufwertung dar.

Der Ansatz des so genannten **Überengagements** (Freudenberger 1974) geht von einer Typisierung aus, in der diese Gruppe pflichtbewusst und engagiert zu viel, zu lange und zu

intensiv arbeitete. Als typische Gründe werden eine Kombination von innerem und äußerem Druck sowie Defiziten im persönlichen Umfeld („Arbeit als Zuhause“) genannt.

Ein anderer Ansatz bedient sich des Konzeptes der **gelernten Hilfsosigkeit**. Wenn Menschen beginnen, die Ursachen von Misserfolgen und bedeutsamen negativen Lebensereignissen in ihnen liegend (internal) und weitgehend unveränderlich (stabil) sowie als allgemein gültig (global) zu interpretieren, führt das zu depressiven Verstimmungen, Störungen des Selbstwertgefühls und einer Senkung des Aktivitätsniveaus.

Aus kommunikationspsychologischer Sicht kann **Hilfe paradox** wirken (Zimmer 1983). Helfen kann übergehen in Fremdkontrolle und damit Unselbstständigkeit eher fördern als abbauen. Der Therapeut kann nicht nicht beeinflussen, aber je mehr der Klient den Erfolg auf den Therapeuten und dessen Kompetenz zurückführt, desto unselbstständiger und abhängiger bleibt er. Das Bemühen des Therapeuten scheint sich dem zuwenden zu müssen, diese paradoxe Situation, durch Fremd- die Selbsthilfe zu erleichtern, zu reflektieren. Gesellschaftskritische Ansätze verstehen Burn-out als **Entfremdungsphänomen** in einer Lebensrealität, die keine wirkliche Sinnhaftigkeit des Helfens erlaubt. Helfer sind damit überfordert, Widersprüche und Modernisierungsfolgen auszugleichen.

Ermüdung kann auch als Folge der verkannten Versuche, Macht auszuüben, verstanden werden. Demnach möchten manche Helfer helfen als Gegenteil zum Machtausüben verstehen. Da psychosoziale Praxis aber immer in einem gesellschaftlichen Kontext auch soziale Kontrolle ist, werden die Widerstände und Probleme falsch eingeordnet und der vorhandene Einfluss gelehnt und nicht nutzbar eingesetzt (Gussone, Schiepek 2000).

In der christlich-abendländischen Tradition ist Sorge um und vorrangig für sich selbst nahe an etwas Unmoralischem. Die „gute“ Alternative ist die pastorale Macht „der Kümmerer“, die scheinbar selbstlos fürsorglich sind. Pastoralmacht setzt nicht auf Selbstsorge der Klienten sondern auf die Bereitschaft, sich „dem Hirten zu öffnen und auszuliefern“ (Keupp 2000).

Gemeinsam entwickelte implizite wie explizite Annahmen über Hilfe können auch als burn-out-fördernde Grundüberzeugungen im Arbeitsfeld existieren. Diese Sichtweisen liegen der angewendeten Haltung und Methodik zugrunde. Solche Behandlungsparadigmen können eine sehr wirksame Rolle spielen. Z.B. kann es sehr schwer sein, wenn man sich den Klienten als Träger eines Merkmals („das ist die Sucht“, „die frühe Störung“) vorstellt, womit man ihn weniger als Person mit Fähigkeiten und Eigenverantwortung betrachten kann. Je mehr daraus geschlussfolgert wird, sich nicht an den Zielen und Ressourcen der Klienten orientieren zu können, sondern dass Expertenkontrolle und Expertenverantwortung gefordert sind, desto belastender wird die Arbeit meist werden (Brentrup 1992).

Solche Behandlungsparadigmen sind teilweise immanent unerfüllbare oder belastende Aufträge und Überzeugungen von Psychotherapeuten:

- „Alle KlientInnen sind kooperativ und froh über mein Angebot.“
- „Ein guter Therapeut kann jedem helfen.“
- „Man muss sich nur genügend anstrengen als Therapeut, dann ist der Erfolg (die Veränderung der Klienten) garantiert.“
- „Wer gut ist als Therapeut, der hat keine Probleme mit seinen KlientInnen, dessen KlientInnen haben keine Probleme.“
- ...

Zusammenfassung begünstigender Merkmale bei TherapeutInnen:

- überhöhtes Anspruchsniveau, Perfektionismus
- Harmoniebedürfnis
- unreflektierte Beziehungsangebote mit stereotypen Rollen
- pessimistische Einstellung gegenüber dem Beruf
- Zweifel an der eigenen Kompetenz
- Fehlen von Fortbildung; Supervision und Austausch
- keine Überprüfung der Passung von Tätigkeit und (beruflichen) Zielen
- aussichtslose Kämpfe führen
- sich nicht aktiv mit anderen KollegInnen für Verbesserungen einsetzen
- ...

Institutionelle Aspekte

Chronische Stress- und Belastungsquellen können auch eng mit institutionellen Merkmalen zusammenhängen bzw. von ihnen mitbedingt werden. Institutionen, Leitungsstrukturen, Arbeitsplatzbeschreibungen, Rollenerwartungen, Glaubenssysteme in Bezug auf „Hilfe“, Bewertung und Arbeitsmoral u. ä. sind beeinflussende Faktoren, die Ressourcen mehr oder weniger bereitstellen, einengen oder verstellen. Beispiele:

- mangelnde Unterstützung für Berufseinsteiger
- Überforderung durch zu viele KlientInnen
- eintönige Arbeit
- bürokratische Einschränkungen
- fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten
- unklare Entscheidungsbefugnisse
- anhaltende Zerstrittenheit und fehlende Unterstützung im Team
- Bewertung nach wenig zu beeinflussenden oder absoluten Therapiezielen und Therapieschritten
- unklare Ziele, Rollenkonflikte,
- ...

Ansätze für eine (selbst-)sorgsame therapeutische Haltung und Selbstmanagement

Mit den beschriebenen Merkmalen und Mustern von Burn-out-Prozessen werden risikoreiche Ein- und Vorstellungen für diesen Beruf thematisiert (z.B. Helfen als Suche nach narzisstischer Befriedigung). Es liegt nahe, sich mit der eigenen Auffassung und Haltung zu befassen, wenn man als Therapeut vorbeugen möchte.

Anleitung zum Burn-out

Um einen Burn-out-Prozess so schnell und effektiv wie möglich zu erzeugen, hat jede/r seine eigenen Rezepte. Möglicherweise lassen sich auf diesem Wege die eigenen Ressourcen auch leichter finden. Also: Stellen Sie sich vor, Sie sollten möglichst ohne Umwege und Verzögerung heute alles so einrichten, dass es in einem Zustand mündet, den Sie als „ausgebrannt“ kennen oder beschreiben, was müssten Sie dafür tun?

Wer noch ein paar Anregungen braucht, kann hier welche finden:

1. *Helfen ist harte Arbeit! Dafür braucht man nichts, was einen ablenken könnte. Investiere nicht auch noch Energie in eine angenehme Atmosphäre in deinem Arbeitszimmer. Warum solltest du schließlich den Hauptteil des Tages in einer schönen und attraktiven Umgebung verbringen?*
2. *Glaube fest daran, dass ein Erfolg allein von dir abhängt! Und daran, dass du in jedem Fall erfolgreich sein kannst. Wenn Fortschritt und Veränderungen ausbleiben, liegt es also ausschließlich an dir! Versuche deine Klienten davon zu überzeugen, dass sie bei niemand sonst etwas Hilfreiches finden können, das ist schließlich auch illoyal! Nimm nie Hilfe an! Überforderung und Hilflosigkeit sind Gefühle für schwache Menschen! Aus diesen Gefühlen kann nichts Gutes entstehen, lehne sie ab!*
3. *Arbeite viel und lange, besonders auch abends und an Wochenenden. Wer gerne hilft und gebraucht wird, arbeitet natürlich auch an Feiertagen.*
4. *Schwere Fälle sind gerade richtig für dich! Mache ruhig drei bis vier hintereinander. Wer ein echter Helfer ist, denkt natürlich auch in seiner freien Zeit über die schweren Schicksale nach. Das Abendessen, ein Gespräch mit dem/der PartnerIn oder nachts um drei Uhr sind gute Gelegenheiten, in vertrackten Fällen nach Lösungen zu suchen.*
5. *Ein Urlaub im Jahr reicht aus, falls unbedingt nötig! Nimm aber auf jeden Fall genügend Fachliteratur mit und rufe regelmäßig in der Arbeitsstelle an, um sicherzugehen, dass keine Notfälle deine Präsenz erfordern.*
6. *Bleib deiner Schule oder Arbeitsrichtung treu! Gehe nicht davon aus, dass andere Arbeitsansätze dir etwas bieten könnten. Versuche möglichst geradlinig nach einer Methode zu arbeiten.*
7. *Achte vor allem auf die Defizite deiner Klienten. Denn es geht darum, diese genau zu erkennen und immer wieder hervorzuheben, um sie zu bearbeiten. Ressourcen und Stärken, die du möglicherweise erkennst, sind sicher nicht zuverlässig oder sogar nur ein*

Abwehrmuster. Lass es nicht zu, dass deine Klienten eigene Ideen entwickeln oder an schnelle Lösungen glauben. Achte darauf: sie wollen sicher deine Autorität und Interventionen sabotieren und unterlaufen. Stelle dich darauf ein, dass echte Therapie immer nur eine sehr lange und zähe Arbeit ist.

8. *Private Interessen sind natürlich zweitrangig für einen echten Helfer! Du solltest sie auf ein unbedingt nötiges Maß einschränken. Deine Klienten benötigen deine Energie und Zeit dringender! Und es ist ja sowieso nur richtig befriedigend, wenn du jemand geholfen hast.*

9. *Strebe nach Perfektion, suche den/die vollkommene/n PartnerIn, auch wenn es dein ganzes Leben dauert. Gib dich nicht damit zufrieden, einfach ein Mensch zu sein.*

10. *Glaube nicht wirklich an die Möglichkeit zum Wandel! Bleib skeptisch und freue dich ja nicht zu früh, wenn sich ein Klient positiv über seine Entwicklung äußert. Sei nicht so oberflächlich und weise Dank für Hilfe und Freude zurück. Sei nicht neugierig, ob etwas gut gegangen ist und genieße das nie als persönlichen Erfolg, sondern höchstens als Zufall.*

Hilfreiche Haltungen und Menschenbilder

Foucault (1986) untersuchte u. a. das Helfen aus soziologischer Sicht und forderte, Helfen nicht mehr in der Tradition der so genannten Pastoralmacht („fürsorgliche Belagerung“) zu definieren (s. o.). Die Sorge um die eigenen Ressourcen soll nicht mehr als Widerspruch zur Förderung von Menschen gelten (Motto: Mitgefühl ist unmoralisch, wenn man nicht mitleidet). Er definiert es als allgemeine Aufgabe des Menschen, die Sorge für den eigenen Lebensstil zu übernehmen. Daraus folgt, dass wer gut für sich sorgt, auch gut andere Menschen dabei unterstützen kann, ihr Leben in die eigenen Hände zu nehmen. Dieser Ansatz regt die Arbeit von Helfern mit sich selbst und den eigenen Ressourcen an.

Auch der Umgang mit dem Thema Macht und Verantwortung kann und soll sich dadurch verändern. Angehörige von helfenden Berufen lehnen nach dieser so genannten Pastoralen Helfereinstellung die eigene Macht ab, weil sie damit v. a. Manipulation und Unterdrückung assoziieren. Für ein flexibles, wirksames und sensibles Handeln erscheint es aber hilfreicher, eine bewusste Verantwortungsübernahme und Machtgebrauch („machen“) zu eröffnen und erlauben. Therapeuten sind sehr häufig in der Position, dass sie den Verhaltensspielraum ihrer Patienten einschränken können, mit Sanktionen drohen oder drohen könnten. Hier liegt ihre Macht, ob sie wollen oder nicht (vgl. Simon, Weber 1988). Meine Erfahrung lässt mich annehmen, dass die Gefahr eines Machtmissbrauches umso größer ist, je mehr der Therapeut seinen Erfolg / sein Glück vom Verhalten seiner Patienten abhängig macht. Burn-out-Reaktionen gehen deshalb auch oft in die Richtung einer grenzverletzenden, zynischen und vorwurfsvollen Haltung.

Grundannahmen über das Wesen der Störungen und Probleme, mit denen die Menschen zu uns kommen, deren Entstehung und Veränderbarkeit beeinflussen also unser Beziehungsangebot und Ausfüllen unserer Rolle. Ich halte eine respektvolle Haltung der

Selbstorganisationsfähigkeiten den Klienten gegenüber für angebracht und hilfreich. Eine solche Haltung orientiert sich an den Motivationen und Erklärungen der Klienten (Kundenorientierung), ohne sie zu übernehmen, und geht von der Selbstverantwortlichkeit der Klienten bei der Weiterentwicklung (Autopoiese, Ressourcenorientierung) aus (vgl. Schlippe, Schweitzer 1998, S. 116 ff).

Wie kann ich einen Prozess des Self-care in Gang setzen?

Bei der Beschäftigung mit diesem Bereich bin ich auf das verhaltenstherapeutische Konzept der euthymen Therapie gestoßen (Lutz 1996). Sinnigerweise kommt dieser Baustein v. a. aus der Arbeit mit süchtigen Menschen. Als Genussregeln werden hier definiert:

1. Nimm dir auch Zeit für Spaß, Freude und Genuss!
2. Warum sollte es dir nicht erlaubt sein, dass es dir gut geht?
3. Achte darauf, dass dein Wohlergehen genug Aufmerksamkeit bekommt! (nicht nebenher)
4. Weniger ist oft mehr...
5. Du darfst ausprobieren und aussuchen, was dir gut tut...
6. Lass dich Erfahrungen machen. Nutze deine Sinne!
7. Genießen kannst du immer und überall – alltäglich.

Um an dem Oberplan für „Selbstfürsorge“ zu arbeiten, geht es für Verhaltenstherapeuten zunächst um das Erlauben von Freude, Stolz und Wohlbefinden (welche Probleme, Lebensskripte, Überzeugungen stehen dem im Wege?).

Insgesamt soll Aufmerksamkeit neu fokussiert werden. Das Einüben positiver Selbstkommentierungen sowie das sich den positiven Emotionen stellen lernen (wie verhindert man ein Lob?) wird vorbereitet. Im Umgang mit Frustrationen wird gefördert, die negativen Erfahrungen zu umgrenzen (dieses Verhalten war in dieser Situation unpassend) und die Positiven zu generalisieren (ich bin in Ordnung).

Für das Selbstmanagement als Therapeut erscheint es mir genauso wichtig, wie bei Klienten, für Positiva Zeit und Raum zu schaffen. Z.B. indem ein bestimmter Zeitabschnitt geplant wird (Ausklingen des Tages), die Tagesstruktur angepasst wird (Pausen, kurze Unterbrechungen, Wichtiges vom weniger Wichtigem trennen, Routinen abbauen, Bewegung, Entspannung), im Verlauf einer Woche die Trennung von Arbeit und Freizeit ausgleichenden Charakter bekommt (Freunde, Hobbies, Genuss...) und eine langfristige Planung die heutigen Belastungen relativieren helfen (Urlaube, langfristige Entwicklungsdauern, Schritt-für-Schritt-Methode).

Ansätze aus dem Coaching und Selbstmanagement

Lustvoll arbeiten will gelernt sein – deshalb gehört zu den Ansätzen aus dem Coaching auch die Reflexion und Förderung von Motivation, des erlebten Sinns und Wertes der Arbeit, des

„richtigen“ Anspruchsniveaus, von Belastungsausgleichen, einem positiven Umgangs mit Misserfolgen, der Art der Selbstorganisation und des Zeitmanagements sowie der eigenen Karriereplanung. Hier nur ein paar Ideen:

- Ist es erlaubt (s.o.), dass **Arbeit Spaß** machen kann? Oder steht sie für den „Ernst“ des Lebens, den man erleiden muss?
- Welche **Perspektiven** bietet mir meine Arbeit? (Sicherheit, Image, Leistung/Anerkennung/Unabhängigkeit...)
- **Motivationstiefs** überwinden, sich selbst begeistern: Was hilft dabei, sich zu motivieren? Z.B. „gute“ Tage im Kalender markieren; Fehler/Schwächen erlauben; kleine Schritte ermöglichen mehr Erfolgserlebnisse; Aufgaben verstehen (für erfolgreiche Etappen/Aufträge sorgen); Balance zwischen Routine und Herausforderung; Gleichgewicht immer wieder herstellen – sich Zeit für sich nehmen; sich selbst belohnen; Rückmeldungen einholen; Abstand und Humor wiederfinden
- Stresserzeugende **Denkmuster** überprüfen (übliche verallgemeinernde Aussagen im „immer, nie, alle, keiner...-Stil“ auflisten und nach möglichem Gewinn und vermutlichem Schaden gewichten; Beispiel: ich schaffe das nie – Gewinn: muss mich nicht mehr anstrengen... Schaden: erfahre nie, ob ich es nicht doch geschafft hätte...); sich in Bescheidenheit üben (nicht nach Perfektion streben, sich nicht ausruhen auf bisherigen Fortschritten, nicht glauben, dass man schon alles „weiß“); sich selbst bilanzieren und Rechenschaft ablegen; Stärken/Schwächen erkennen und die Energie in die Stärken stecken
- Sich gut selbst **organisieren**: Rituale; Arbeitskultur; Pausen
- „Zeitdiebe“ herausfinden; **Zeitpläne** überprüfen; A-, B- und C-Prioritäten einführen; Pufferzeiten einplanen; Checklisten/Routinen entwickeln; persönliche Leistungskurve berücksichtigen; Unerledigtes sichtbar machen; Arbeiten delegieren; Erfahrungen anderer nutzen; aus Fehlern lernen; Wichtiges von Unwichtigem trennen; für ein äußerliches Ende der täglichen Arbeit sorgen...)
- **Belastungsausgleich** (Kuchendiagramm mit Einteilung von Anteilen für Beruf, Familie, Zeit für sich – Zentrum freilassen als Reserve; soziale Kontakte; Balance zwischen (körperlich/geistiger) Anstrengung und Erholung; Kontraste suchen und kultivieren; Urlaub...)
- ...

Stichworte für eine hilfreiche, selbstsorgende und verantwortungsbewusste Haltung

Was kann man tun, um sich zu überprüfen und Burn-out-Gefährdungen vorzubeugen? Trotz aller Vereinfachungen wage ich ein paar Stichworte:

- Arbeit mit einem Ansatz, der jedem Menschen zugesteht, autonom über sich selbst verfügen zu können, Rechte und Pflichten zu beanspruchen und zugleich auch bedürftig sein zu dürfen

- an die Selbstverantwortung und Kompetenz von Klienten anknüpfen
- Fokussierung auf Ressourcen von KlientInnen
- davon ausgehen, dass jedes Problem verschiedenartige Lösungen haben kann
- therapeutisches Handeln verstehen als Fördern vom Entwickeln der Lösungen sowie der Erweiterung von Handlungsspielräumen
- Überprüfen von institutionellen Bedingungen (Supervision), Handlungsspielräumen, Möglichkeiten der Selbstkontrolle und klarerer Erfolgskriterien für die Arbeit
- Überprüfen von Steuerungsmöglichkeiten bei chronischer Arbeitsüberlastung (Zeitmanagement, Coaching)
- Überprüfen der Hintergründe für Ungleichgewicht in Bezug auf Arbeit und Privates/Lust/Freizeit/Anerkennung/Selbstbestätigung
- Überprüfen von Idealbildern eines Helfers
- aktives Schaffen von Gegengewichten (Regeneration und Erholung) zum beruflichen Müssen durch privates Dürfen und Wollen (Freizeitaktivitäten, Kontakte), Leben aus „erster Hand“ mit eigenen Erfahrungen
- Zurücknehmen von Überverantwortlichkeit für „Erfolg“ in der Arbeit (s.o.)
- Überprüfen von aus der Arbeit übernommenen Normen und Erwartungen in private Beziehungen (Überforderung durch einseitige Gewichtungen von Versorgungswünschen, Fürsorglichkeit)
- akzeptieren, dass es manchmal langsam vorangeht, weil Entwicklung solche Phasen braucht
- Lust aufs Lernen behalten und fördern lassen durch entsprechende Lehrer
- bescheiden zustimmen, dass es immer wieder Neues zu lernen gibt
- Fehler sind auch nur Chancen zum Lernen
- sich selbst Rechenschaft gegenüber ablegen (Bilanz ziehen, Tagebücher, Auszeiten um auf Distanz zu sich gehen zu können)

Welche Implikationen und Wirkungen kann das Konzept der Selbstsorge haben?

Auch wenn die Beschreibung des Konzeptes der Selbstsorge kein Patentrezept oder gar Garantie für „gute Therapie“ sein kann, halte ich es doch für vertretbar zu behaupten, dass es sich lohnt, einem Burn-out mit einer verminderten Bereitschaft sich auf Patienten einzulassen vorzubeugen.

Die Beobachtung von Burn-out macht aufmerksam für eine Überprüfung der Art des Helfens. Damit kann ein Augenmerk auf positiv wirkende Arbeitshaltungen und -strategien gelegt werden. Von dieser Art von Hilfe haben Patienten dann m.E. auch mehr.

Insgesamt sehe ich mit dem Begriff der Selbstsorge (Verstanden als aktive Bereitstellung von notwendiger Unterstützung zur selbstgeleiteten Gestaltung von Gesundheit und Krankheit) auch konkrete (gesundheits-)politische Inhalte und Programme verbunden. Die Ausrichtung des so genannten Gesundheitssystems mit ihren Dienstleitern orientiert sich m.E. fast

ausschließlich an einem expertenorientierten, steuerbaren und von außen behandelbaren Gesundheitsbegriff. Der Begriff der Selbstsorge von Foucault ist meiner Meinung nach äquivalent zur radikalen Kritik Illichs (1995), der die Medikalisierung des Lebens kritisiert und darin die Gefahr der Entmündigung und Verschwendung von Ressourcen sieht. Die Konzepte von Selbstsorge, die Bedeutung von Beziehungsfaktoren und eine differenzielle Sichtweise auf Wirkfaktoren in Psychotherapien können ein sinnvolles Gegengewicht zur Definitionsmacht von Krankenkassen und einzelnen Lobbyisten darstellen, die sonst dazu neigen, sehr einseitig Bedarf, Qualität und Effizienz zu verstehen.

Eine Verständigung auf das Verbindende zwischen den verschiedenen Therapieschulen erscheint mir auf der Basis von Annahmen über das Selbstsorgetische beim Helfen produktiv und konstruktiv zu sein. So beschreiben z.B. Kächele u.a. (2001) auch für die Psychoanalyse viele neuere Tendenzen, die mit Respekt vor den Ressourcen und Stärken zu tun haben und die Motivation in der therapeutischen Beziehung betonen.

Diese Verbindungen und Brückenschläge führen eher dazu, dass sich Ausbildungskandidaten mit übergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie beschäftigen können. Ich erwarte, dass TherapeutInnen dadurch kompetenter, neugieriger, bescheidener und selbstsorgender im Umgang mit ihrer Arbeit und ihren Klienten sein werden (können).

Die Suche nach einer bestmöglichen, effektiven und auch kostengünstigen Psychotherapie wird m.E. auf keinen Fall bei Manualen und einzelnen Techniken fündig werden. Eine Konzentration auf diese Ebene bedeutet wahrscheinlich eher Ressourcenverschwendung.

Literatur

- Brentrup, M. (1992). „Süchtige“ Kliniken? In: Osterhold, G., Molter, H. [Hg.] Systemische Suchttherapie. Heidelberg: Asanger, S.187-216.
- Brockmann, J., Schlüter, Th., Eckert, J. (2001). Frankfurt-Heidelberger Langzeitstudie. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, Beutel, M. [Hg.] Langzeitpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S.271-276.
- Burisch, M. (1988). Das Burnout-Syndrom. Berlin: Springer.
- Eckert, J. (2001). Zum gegenwärtigen Stand und der Zukunft der Gesprächspsychotherapie. In: Peter, B., Kraiker, C. S.39-50.
- Fengler, J. (1991). Helfen macht müde. München: Pfeiffer.
- Foucault, M. (1986). Die Sorge um sich. Frankfurt: Suhrkamp.
- Frank, J.D. (1981). Die Heiler. Stuttgart: Klett.
- Grawe, K. (2000). Allgemeine Psychotherapie. In: Senf, W., Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, S.314-325.
- Gussone, B., Schiepek, G. (2000). Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen. Tübingen: dgvt.
- Hain, P. (2001). Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Heegner, F. (1992). Diagnostische und therapeutische Aspekte von innerer Ermüdung in der Beratungsarbeit. In: DAJEB Innere Ermüdung, Informationsrundschriften Nr. 187, S. 4-18.

- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. C. [Hg.] (2001). So wirkt Psychotherapie. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Huber, W. (2000). Entwicklung der integrativen Therapie. In: Senf, W., Broda, M. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, S. 290- 293.
- Illich, I. (1995). Die Nemesis der Medizin. München: Beck.
- Kächele, H., Albana, C., Buchheim, A. (2001). Aus der Vergangenheit über die Gegenwart in die Zukunft der Psychoanalyse. In: Peter, B. Kraiker, C., S. 15-28.
- Keupp, H. (2000). Vorwort zu Gussone, B., Schiepek, G.
- König, F. (2001). Suizidalität bei Ärzten. Deutsches Ärzteblatt 2001, Heft 47, S. 711f.
- König, K., Simon, F.B. (2001). Couch & Einwegspiegel. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Lutz, R. (1996). Euthyme Therapie. In: Margraf, J. [Hg.] Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Berlin: Springer, S. 335-352.
- Missel, P., Brauckmann, W. [Hg.] (1995). Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Peter, B., Kraiker, C. (2001). Zur Zukunft der Psychotherapie. Hypnose und Kognition, Band 18, Oktober 2001.
- Reich, G. (1982). Tabus und Ängste beim Umgang des Therapeuten mit seiner eigenen Familie. Z.psychosom. Medizin, 28, S. 393-406.
- Schippe, A. v. (1990). „Hauptsache, dem Therapeuten geht’s gut!“ Umgang mit problematischen Situationen in der Familientherapie. In: Brunner, E. J., Greitemeyer, D.: Die Therapeuten-Persönlichkeit. Wildberg: Bögner-Kaufmann, S. 72-77.
- Schlippe, A. v. (1992). Möglichkeiten der Selbst-Supervision. In: Moskau, G., Müller, G.F. [Hg.]: Virginia Satir. Wege zum Wachstum. Paderborn: Junfermann, S. 233-242.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (1998). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidbauer, W. (1997). Unsere kranken Therapeuten. Psychologie heute 9, S. 53-56.
- Schmidbauer, W. (1977). Die hilflosen Helfer. Reinbek: Rowohlt.
- Simon, F.B., Weber, G. (1988). Zwischen Allmacht, Ohnmacht und „macht nichts“! Familiendynamik 3, S. 270-274.
- Wagner, R.F., Becker, P. [Hg.] (1999). Allgemeine Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, G. (2000). Mündliche Mitteilung, Seminar zur Aufstellungsarbeit, Osnabrück.
- Weber, W. (2000). Wege zum helfenden Gespräch. München: Reinhardt.
- Zimmer, D. (1983). Empirische Ergebnisse der Therapieforschung zur Therapie-Klient-Beziehung. In: Zimmer, D. [Hg.]. Weinheim: Edition Psychologie, S. 12-28.
- Zimmer, D. (1983). Kommunikationstherapeutische Überlegungen zur Therapeut-Klient-Beziehung. In: Zimmer, D. [Hg.]: Die therapeutische Beziehung, Weinheim: Beltz, S. 114-129.

Martin Brentrup
Schloßstraße 49
49080 Osnabrück