

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
 C. Reimer, Gießen

Eva Jaeggi¹ · Christian Reimer²

¹ Berlin

² Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus
 Liebig Universität Gießen, Gießen

Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten

Angehörige von Heilberufen ganz allgemein sind, wie repräsentative Umfragen in der Bevölkerung immer wieder zeigen, hoch angesehen und genießen ein hohes Sozialprestige (von Sydow 2007). Insbesondere scheint dies für die Berufsgruppe der Mediziner zu gelten. Die so ausgedrückte gesellschaftliche Anerkennung geht allerdings auch mit hohen Erwartungen einher: Die Helfer müssen, in welcher Organisationsform auch immer, präsent und stets erreichbar sein. Sie sollen schnell und wirksam helfen – kurz gesagt: belastbar sein. Dass diese Anforderungen und die daraus resultierenden – oft chronischen – Stressoren auch eine Schattenseite haben können, rückt nur teilweise in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Innerhalb der einschlägigen medizinischen Fachliteratur beschäftigt man sich hierzulande immer noch zu wenig mit den Stressoren in den Heilberufen; Ausnahmen sind u. a. Heim (1992) und Fengler (1994). Im angloamerikanischen Sprachraum gibt es schon seit etwa 30 Jahren eine Fülle von Literatur zum Thema des „impaired physician“. Gemeint ist damit im Sinne einer eher allgemein gehaltenen Definition der in seinem Wohlbefinden und dadurch auch in seiner professionellen Leistungsfähigkeit beeinträchtigte Arzt. Insbesondere wird vielfach auf gesundheitliche Risiken durch Alkohol und/oder Medikamentenabusus

(Mundle et al. 2007), aber auch auf eine im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Suizidrate hingewiesen. Diese Befunde zum Sucht- und Suizidpotenzial sind gesichert. Immer wieder wird auch eine besondere Belastung der Partnerschaften bzw. der Ehen von Helfern, in der Regel am Beispiel von Ärzten, betont. Da aber in den entsprechenden Untersuchungen durchgängig Kontrollgruppen fehlen, gibt es bisher keine wissenschaftlich gesicherten Belege dafür, dass Partnerschaften von Helfern bzw. von Ärzten schwieriger sind als solche in vergleichbaren Berufsgruppen.

Heilberufe im Allgemeinen

Diese hier nur skizzenhaft angedeuteten Befunde könnten ein Beleg dafür sein, dass die Stressoren in den Heilberufen gravierend sind und dass die Lebensqualität der Heiler dadurch erheblich beeinträchtigt sein kann.

So wird bei Ärzten bereits zu Beginn ihrer Berufslaufbahn besonderer Einsatz, lange Präsenz und ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl vorausgesetzt (Heim 1991). Durchschnittliche Arbeitszeiten von ca. 55 h/Woche lassen weder Raum für ausreichende Entspannung noch für abwechslungsreiches Freizeitverhalten oder die Pflege sozialer Kontakte (Jurkat u. Reimer 2001).

Psychotherapeuten im Besonderen

Nicht alle diese Belastungen gelten für Psychotherapeuten, aber auch der Beruf des Psychotherapeuten ist nicht frei von Gefahren, ja er hält noch ganz besondere Schwierigkeiten bereit (Reimer 1997; Reimer et al. 2005). So bezeichnete schon Freud (1937) im Hinblick auf psychoanalytische Behandlungen zwei Jahre vor seinem Tod das Analysieren als den dritten „jener unmöglichen Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolges von vornherein sicher sein kann. Die beiden anderen sind das Erziehen und das Regieren“ (Freud 1937, S. 94). Es sei ja auch „unbestreitbar, dass die Analytiker in ihrer eigenen Persönlichkeit nicht durchwegs das Maß an psychischer Normalität erreicht haben, zu dem sie ihre Patienten erziehen wollen“ (Freud 1937, S. 93).

Empirische Arbeiten zur Thematik dieses Beitrages sind eher spärlich gesät (z. B. Hessel et al. 2006; Jaeggi 2001; Jaeggi 2005; Müller et al. 2003; Raskin et al. 2008; Reimer et al. 2005; Zur 1994). Ohne diese an anderer Stelle publizierten Befunde hier auflisten zu wollen, soll auf einige Ergebnisse kurz hingewiesen werden:

1. Die therapeutische Arbeit mit Patienten wird im Allgemeinen als befriedigend und erfüllend erlebt (Müller et al. 2003; Reimer et al. 2005).

2. Die Arbeitszufriedenheit der Psychotherapeuten – im Allgemeinen nicht schlecht – wird durch die Honorarsituati-

on psychotherapeutischer Leistungen beeinträchtigt (z. B. Reimer et al. 2005).

3. Die Lebenszufriedenheit ist bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten insgesamt eher mäßig, am besten noch bei den psychologischen Psychotherapeuten, am schlechtesten bei einer Vergleichsgruppe von rein somatisch tätigen Medizinnern. Insgesamt gleichen die ärztlichen Psychotherapeuten in den Variablen Arbeits- und Lebenszufriedenheit eher ihren psychologischen Kollegen als den rein somatisch arbeitenden ärztlichen Kollegen, die diesbezüglich am schlechtesten abschnitten (Raskin et al. 2008).

4. Eine empirische Befragung psychologischer Psychotherapeuten (Hessel et al. 2006) ergab eine schlechtere subjektive Gesundheit der Psychologenstichprobe im Vergleich mit einer Alters- und Bildungsgrad entsprechenden bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Die Autoren sehen diesen Befund u. a. im Zusammenhang mit der Arbeitssituation und -belastung (vorwiegend sitzende Tätigkeit, Erschöpfung, Persönlichkeitsmerkmale einer „Psychotherapeutenpersönlichkeit“ mit den Merkmalen Sensibilität/Verletzlichkeit/Bedürftigkeit).

Generell lässt sich unseres Erachtens sagen, dass in keinem anderen Fach innerhalb der medizinischen und psychologischen Disziplinen an die Persönlichkeit des Therapeuten und insbesondere an seine Integrität so hohe Anforderungen gestellt werden wie im Bereich der Psychotherapie. Die Verpflichtung zur Abstinenz ist ein Beispiel dafür. Welchen Druck diese Verpflichtung auch Freud schon früh bereitet haben mag, lässt sich einer Bemerkung entnehmen, die er als 27-jähriger in einem seiner Brautbriefe gemacht hatte: „Das Gesindel lebt sich aus und wir entbehren ..., um unsere Integrität zu erhalten“ (Freud 1960, S. 48).

Belastungen der Psychotherapeuten: Berufliche und private verschränken sich

Psychotherapeuten sind anhaltend allen Qualitäten seelischen Leidens ihrer Patienten ausgesetzt, müssen diese wahrnehmen, annehmen, aushalten und mit Geduld einer Bearbeitung zugänglich machen. Das setzt aufseiten des Therapeuten

voraus, dass er professionell souverän sowie selbst in einer psychischen und physischen Verfassung ist, die eine relative Ausgewogenheit, ein sicheres Ruhen in sich selbst gewährleistet. Ein derart gesunder und stabiler Psychotherapeut könnte seine therapeutische Kunst nach bestem Wissen und Gewissen ausüben und seinen Patienten Gewähr dafür leisten, dass er seine Macht und die Abhängigkeit von ihm und seinen Hilfsangeboten nicht missbraucht. Eine so anhaltend positive psychische Bilanz ist aber auch für Psychotherapeuten bestenfalls ein Idealzustand, insbesondere dann, wenn man sich einige der Problembereiche vergegenwärtigt, die in ihrem Arbeitsbereich, einem Dickicht komplizierter Subjektivität, auftreten können.

Was also macht das Spezifische unserer Arbeit im Vergleich mit der in anderen Fachdisziplinen der Heilberufe aus? Die ständige Konfrontation mit Krankheit, Leid und unterschiedlichen Formen von Schmerz ist gleich. Anders ist, dass wir uns fast ausschließlich mit persönlichen, privaten, emotionalen Qualitäten von Störungen unserer Patienten befassen, wie z. B. der Neigung zur Negativität, Verleugnung, Entwertung, Sucht, Suizidalität, Unsicherheit, Wut und Hass, Perversion, Depression und vielen anderen mehr. Was macht all das mit uns, die wir von unserer Professionalität her verpflichtet sind, geduldig zuzuhören, aufzunehmen, anzunehmen, zu verstehen, zu akzeptieren, Stand zu halten, konstruktiv zu bleiben, zu containen und so fort?

Jeder der im Bereich der Psychotherapie arbeitet, weiß aus eigener Erfahrung, wie belastend die Therapeut-Patient-Beziehung sein kann. Gründe dafür können sein:

1. die ständige Bedrohung der Grenzen und Integrität des Psychotherapeuten durch grenzgestörte Patienten;
2. die Verpflichtung, ein liebevolles tragfähiges Arbeitsbündnis auch gegen innere und äußere Widerstände aufrecht zu erhalten;
3. die Konfrontation mit eigenen Erinnerungen und unangenehmen biographischen Details, die durch die Auseinandersetzung mit der Biographie von Patienten ausgelöst werden können, und dadurch auch immer wieder ein Erkennen

zumindest partieller Gemeinsamkeiten mit den Patienten und daraus resultierenden Affekte;

4. relative wenige Erfolgserlebnisse in der Therapie zumindest im Hinblick auf Heilung sowie daraus resultierende Enttäuschungen und Kränkungen bis hin zu resignativen pessimistischen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Patienten. Denn dies ist ein weiteres Kennzeichen des Berufes: dass man „des Erfolges nie sicher sein kann“, wie Freud (1937) am Ende seines Lebens anmerkte. Rückfälle, nur halbe Erfolge, Unzufriedenheit bei Abschluss der Behandlung – das alles kann an einem Therapeuten nagen, wenn sich dies zufällig in einer bestimmten Zeit häuft. Dass auch Internisten oder Allgemeinpraktiker selten vollständige „Heilungen“ erzielen können, wird darüber vergessen. Immer wieder schwebt trotz besseren Wissens die Idealvorstellung eines „therapierten Menschen“, einer „Heilung“, einer „fully functioning person“ im Raum des Psychotherapeuten. Immer wieder erlebt man, wie brüchig die Erfolge oft sind und wie unvollkommen unsere Ziele erreicht werden. Dies zusammen mit der geringen Außenkontrolle macht unsicher und verführt Therapeuten oft dazu, sich über ihre Möglichkeiten und Qualitäten sehr im Unklaren zu sein;

5. die oben erwähnte Isolation, in der zumindest die Kernszenen des beruflichen Tuns stattfinden. Diese Situation lässt oft wenige Korrekturmöglichkeiten offen. Man validiert sich in seiner Tätigkeit allzu oft selbst und hat niemanden, der wirklich Einblick in die „Szenen“ bekommt. Dies gilt ganz besonders für Psychoanalytiker und andere psychodynamisch arbeitende Therapeuten, aber auch Verhaltenstherapeuten, Gestalttherapeuten oder Körpertherapeuten haben selten Zuschauer oder arbeiten mit Videoaufnahmen;

6. die „negative Energie“, wie Reimer (Reimer et al. 2005) dies metaphorisch ausdrückt, die von manchen Patienten ausstrahlt, kann bedrückend wirken. Es zehrt an der Lebensfreude, wenn man sich allzu sehr mit Depressiven, Borderline-Patienten oder Traumatisierten identifiziert. Und diese Identifikation geschieht sehr leicht: Man träumt von Patienten, man denkt an sie und vor allem hat man

oft ein schlechtes Gewissen, weil man vielleicht „zu wenig“ getan oder schlicht „vergessen“ hat.

In besonderer Weise haben Psychotherapeuten mit der Problematik von Feindseligkeit und Hass bei Patienten mit folgenden Störungen zu rechnen:

- narzisstische Persönlichkeitsstörungen,
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen,
- Suizidalität, insbesondere auch chronische Suizidalität,
- Depressivität mit der darin enthaltenen häufig latenten Feindseligkeit,
- Zwangssyndrome,
- autoaggressive Krankheitsbilder (z. B. Artefaktsyndrom, Masochismus, Sucht, Essstörungen).

Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit

Therapeuten machen sich zu wenig bewusst, was sie tagtäglich an negativer Energie aufnehmen und letztlich auch irgendwie verarbeiten müssen. Jeder kann für sich selbst überprüfen, wie weit er sich noch nach Feierabend gedanklich, in Gesprächen oder auch in Träumen mit Patienten und ihren Problemen weiter beschäftigt. Daran muss sich die Frage anschließen, was eine solche permanente emotionale Überbeanspruchung mit dem Therapeuten selbst macht. Oft kommen ja auch Schuldgefühle dazu, möglicherweise nicht genug für die Patienten getan zu haben. Irgendwie geraten Therapeuten leicht in die Rolle von Müttern und/oder Vätern, die in permanenter Sorge um ihre defizitären Kinder leben und nicht selten eine Art innerer Verpflichtung spüren, im Grunde rund um die Uhr verfügbar und ansprechbar sein zu müssen.

Die permanente Konfrontation mit psychisch gestörten Patienten kann für Psychotherapeuten, wenn sie selbst nicht gerade über eine sichere innere Stabilität verfügen, zu somatischen und/oder psychischen Symptomen führen, die ihrerseits die Qualität der Arbeit mit Patienten beeinträchtigen können. Somatische Symptome können z. B. sein: Anspannung/Verspannungen, Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafstörungen. Psychische Folgen können sich unterschiedlich manifestieren, so z. B. als aggressive Affekte

gegenüber Patienten (Feindseligkeit, Wut, Desinteresse) oder auch als hilflos-depressiv-ohnmächtig-resignative Stimmungen. Viele dieser Affekte drücken sich in Gegenübertragungsreaktionen aus, die wiederum die Qualität der therapeutischen Arbeit mindern können.

Eine typische Gegenübertragungsreaktion äußert sich in unbewusster Feindschaft und Feindseligkeit, die ein führendes Motiv für einen machtorientierten sadistischen Umgang mit Patienten sein können. Diese Affekte lassen sich häufig gegenüber solchen Patienten beobachten, die sich den Wirkmöglichkeiten des Psychotherapeuten zu entziehen scheinen und die dadurch bei ihm Gefühle von Frustration, Angst, Ablehnung und anderes mehr provozieren. Beispielhaft dafür sollen nur Sucht- und Suizidpatienten genannt werden, aber auch die so genannten Vorwurfspatienten, deren nicht enden wollende Anklagen, Beschuldigungen und Entwertungen heftige Gegenübertragungsgefühle auslösen können, da Therapeuten häufig große Mühe damit haben, die sadistische Projektion dieser Patienten anzunehmen und zu bearbeiten. In jüngerer Zeit hat Strupp (2000) in Resümierung von Psychotherapieergebnisstudien darauf hingewiesen, dass immer festzustellen gewesen sei, dass auch sehr erfahrene, langjährig tätige Psychotherapeuten Schwierigkeiten hätten, mit Feindseligkeit, und zwar sowohl aufseiten des Patienten als auch aufseiten des Therapeuten, adäquat umzugehen – mit verheerenden Effekten dieses Problems für das Behandlungsergebnis: „Professionelle Therapeuten reagierten häufig negativ und antitherapeutisch auf Feindseligkeiten der Patienten, obwohl sie eigentlich vertraut sein sollten mit den Konzepten der Übertragung und Gegenübertragung“ (Strupp 2000, S. 6). Diese Aussage von Strupp könnte zunächst einmal verwundern, da die Bandbreite latent oder offen geäußelter Feindseligkeiten in psychotherapeutischen Behandlungen bekanntlich groß ist.

Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll darauf hinweisen, dass Manifestationen von Feindseligkeit ein so häufiges Phänomen in psychotherapeutischen Behandlungen darstellen, dass Psychotherapeuten nicht nur immer mit ihr rech-

Psychotherapeut 2008 · 53:92–99
DOI 10.1007/s00278-008-0584-z
© Springer Medizin Verlag 2008

Eva Jaeggi · Christian Reimer Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten

Zusammenfassung

Es werden zunächst Belastungen genannt, die sich aus der Arbeit in der Psychotherapie ergeben können. Daraus werden Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit abgeleitet. Im zweiten Teil des Beitrags wird über persönliche, private Probleme von Psychotherapeuten berichtet und dargestellt, inwieweit sich diese störend auf die Therapien auswirken können.

Schlüsselwörter

Psychotherapeuten · Lebenszufriedenheit · Arbeitsbelastung · Private Probleme

Work load and life satisfaction of psychotherapists

Abstract

First, different sorts of strains resulting from psychotherapeutic work are discussed and from this, consequences for psychotherapeutic work are drawn. The second part of the article refers to the personal problems of psychotherapists and illustrates to what extent these problems may interfere with the psychotherapeutic process.

Keywords

Psychotherapists · Life satisfaction · Work load · Private problems

nen, sondern auch adäquat mit ihr umgehen können müssen, was nicht immer eine einfache Übung ist.

Zum Thema der Feindseligkeit soll noch die nicht so kleine Gruppe von Patienten erwähnt werden, die sich aus unterschiedlichsten psychodynamischen Gründen, die hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden können, durch die Psychotherapie vorübergehend oder länger anhaltend nicht wesentlich oder gar nicht im Sinne einer Besserung ihrer Beschwerden und ihres Lebensgefühls verändern können. Diese Patienten werden ihren Therapeuten leicht zu viel, sie nerven, man freut sich über Stundenabsagen, denkt an vorzeitige Beendigung der Therapie oder an Überweisung zu einem Fachkollegen einer anderen therapeutischen „Schule“.

Wir haben in Supervisionen von tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen immer einmal wieder von Ausbildungskandidaten Überlegungen gehört, bestimmte Patienten evtl. doch in eine Verhaltenstherapie zu vermitteln. Es handelte sich dabei fast immer um Patienten, durch die die Therapeuten sich geärgert und frustriert fühlten, weil sie trotz aller Empathie und Deutungen nicht profitieren konnten. Abgesehen davon, dass solche Überlegungen im Prinzip auch sinnvoll sein können, z. B. dann, wenn ein tiefenpsychologischer Psychotherapeut mit Angstpatienten an seine therapeutischen Grenzen geführt wird, manifestiert sich darin auch häufig ein Gegenübertragungshass auf die – reale oder vermeintliche – Feindseligkeit, auf eine vermutete Widerständigkeit des Patienten. Es ist schon erstaunlich, dass an solchen Punkten der Behandlung Wünsche nach Abschiebung auftauchen – erstaunlich deswegen, weil dabei immer wieder deutlich wird, dass Feindseligkeit, Hass und Aggression manchen Therapeuten „stinken“, sie damit nichts zu tun haben wollen. Hier drängt sich die Frage auf, warum das so ist.

Persönliche Probleme der Psychotherapeuten

Zur (1994) untersuchte die Auswirkungen der psychotherapeutischen Arbeit auf das persönliche und familiäre Leben von Psychotherapeuten. Primär sollte dabei der

Frage nachgegangen werden, ob die Angehörigen von Psychotherapeuten eher benachteiligt sind oder ob die Kenntnisse und Fähigkeiten des Psychotherapeuten im Hinblick auf Emotionen, Kognitionen und Verhalten tendenziell von Vorteil für das familiäre Zusammenleben sind. Der Autor beschreibt zunächst die Isolation, die durch den Therapierahmen vorgegeben werde, als möglichen Problembereich der psychotherapeutischen Arbeit; diese Isolation könne zur Erschöpfung führen. Dazu könnten auch bestimmte Verhaltensweisen von Patienten beitragen, wie die Äußerung von Selbstmordabsichten oder ein anhaltender depressiver Rückzug. Hinzu komme, dass die Arbeit des Psychotherapeuten nur selten unmittelbar greifbare Ergebnisse zeitige. Auch stellten die Projektionen der Patienten oft eine große Gefahr für den Therapeuten dar. Im Hinblick auf mögliche Auswirkungen der therapeutischen Praxis auf die Familie konstatiert der Autor, dass erlernte therapeutische Fähigkeiten oft im Rahmen der Familie angewendet und missbraucht werden. So könnten psychologische Interpretationen, Fragen und Erkundigungen, Distanzieren von den eigenen Gefühlen, absolutes und unkritisches Verstehen, das Verwenden von psychologischem Jargon, Labeln und Diagnosen sowie die emotionale Erschöpfung und die Eifersucht der Angehörigen auf die Aufmerksamkeit, die den Patienten, nicht aber ihnen entgegengebracht wird, negative Konsequenzen für das Familienleben haben. Jedoch stünde diesen negativen Auswirkungen auch eine Reihe denkbarer positiver Konsequenzen gegenüber: Durch ihr Wissen, ihr Training und ihre Arbeit in der Praxis, durch ein psychologisch bedachtes Vorgehen könnten Psychotherapeuten im Prinzip auch ein durchaus herausragendes Familienklima schaffen. Genau dies aber (s. unten) schafft – durch einen hohen Anspruch an sich selbst – noch besondere Probleme.

Es ist unbestreitbar, dass sich ganz bestimmte Persönlichkeiten zum Beruf des Psychotherapeuten hingezogen fühlen. Es sind häufig Individualisten, sensible und verletzte Menschen, die im Grunde selbst Hilfe suchen und dies unter dem Deckmantel der Ausbildung verstecken. Die Beschäftigung mit dem seelischen Leiden

des Anderen (des Patienten) ist gut geeignet, von sich selbst abzulenken. Andererseits können natürlich biographische Problemkonstellationen und das Wissen um die Hintergründe auch dazu führen, dass sich „Mitgefühl und Hilfsbereitschaft entwickeln können“ (von Rad 1996, S. 84). Ein sehr erfahrener Hochschullehrer aus dem Bereich Psychosomatik/Psychotherapie sagte einem von uns (C.R.) einmal, er habe den Eindruck, dass Weiterbildungsteilnehmer und -kandidaten besonders bedürftig seien; viele seien auch allein oder sonst wie unglücklich, und ihn wundere eigentlich nicht, dass Patienten zum Ausgleich des privaten Unglücks herangezogen würden.

Auf die Problematik des Missbrauchs von Patienten in Psychotherapien (sexueller Missbrauch, narzisstischer Missbrauch, ökonomischer Missbrauch) wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Die Psychotherapeutengemeinschaft hat sich in den letzten Jahren aus gegebenen Anlässen damit auseinandersetzen müssen; dies hat in verschiedenen Fachgesellschaften zur Formulierung und Verabschiedung von Ethikrichtlinien geführt (u. a. Reimer 2007).

Ohne verallgemeinern zu wollen, könnten wir vermuten, dass zumindest eine Reihe derer, die Psychotherapie als Beruf wählen, „verwundete Heiler“ (Gathmann u. Semrau-Lininger 1996) mit einem hohen Potenzial an Bedürftigkeit nach Akzeptanz und Zuwendung sind. Hier wäre zu fragen, was ein in dieser Weise bedürftiger Therapeut von seinen Patienten erwartet und haben möchte. Er könnte z. B. den Wunsch haben, gemocht, verehrt, geliebt zu werden, im Patienten ein Gegenüber zu haben, das bestätigt, bewundert, annimmt, aufnimmt usw. Bei bestehender Einsamkeit oder massiver Lebensunzufriedenheit des Therapeuten kann der Wunsch bestehen, den Patienten quasi als Partner, als Freund zu haben, den man braucht und der bleiben soll. Hier wäre die Gefahr einer narzisstischen Kollusion zu sehen, in der Therapien fast unendlich laufen und man sich nicht trennen kann. Separation wäre hier also aus der narzisstischen Bedürftigkeit des Therapeuten heraus unerwünscht.

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass Psychotherapeuten, die in hier nur kurz

skizzierter Weise ihre Bedürftigkeit an ihren Patienten ausleben, mit in der Therapie auftauchenden Gefühlen von Feindseligkeit nichts zu tun haben möchten und sie als störend empfinden, weil sie – scheinbar – die Harmonie, also das vermeintlich einverständliche Miteinander stören. Für Patienten ist das insofern katastrophal, als sie wieder auf ihren biographisch begründeten Feindseligkeits- und Hassgefühlen sitzen bleiben und Liebes- bzw. Aufmerksamkeitsentzug zu erwarten haben, so wie sie es auch schon in ihrer Kindheit erfahren haben.

Harte Daten sowohl aus den USA als auch in geringerem Maß in Deutschland über psychische Erkrankungen, Eheprobleme und Scheidungen bei Psychotherapeuten lassen allerdings nicht unbedingt darauf schließen, dass wir es mit einer Gruppe von Menschen zu tun haben, die ihr Leben besser in der Hand haben als der Durchschnitt der Bevölkerung. Die Daten (z. B. Guy 1987; Henry et al. 1971; Looney et al. 1980; Rudolf 2005) lassen sogar einen eher umgekehrten Schluss zu: dass „helfende Berufe“ (Fengler 1994) sehr belastet sind durch ihren Beruf und daher ziemlich viele Helfer irgendwann auch dekompensieren. Selbstmorde (Bronisch 2005), sexuelle und Partnerschaftsprobleme (von Sydow 2005) spielen bei Psychotherapeuten keine kleinere – manchen Daten zufolge eine größere – Rolle als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Die Zahlen allerdings schwanken in den einzelnen Untersuchungen beträchtlich.

Einer Studie von Nord et al. (2000) zufolge gehören Psychotherapeuten in hohem Maß einem Bindungsstil an, der von den Bindungstheoretikern als „vermeidend“ bzw. „unsicher gebunden“ bezeichnet wird. Dies entspricht übrigens den häufig anzutreffenden Beschreibungen und auch Karikaturen, die Außenstehende sich von Therapeuten machen. Das bedeutet, dass Psychotherapeuten sich oft als zwar offen für andere zeigen, aber selbst recht distanziert einer wirklich engagierten emotionalen Bindung gegenüberstehen. Ob dies eine „deformation professionelle“ ist oder schon von vornherein angelegt, muss offen bleiben. Den vielen Erzählungen zufolge, die wir über die Jugend von Psychotherapeuten haben, lässt sich allerdings vermuten, dass schon in

der Kindheit (paternalisierte Kinder, Helferkind etc.; Jaeggi 2001) sich eine gewisse Distanz anderen gegenüber als das beste Mittel vor allzu großer Vereinnahmung bewährt hat. Man ist also den Patienten/Klienten gegenüber offen und akzeptierend, oft von (vielleicht allzu viel) Helferwillen beseelt, aber auch die Abschottung ist wichtig. Dass man im eigenen privaten Leben dann oft ebenfalls eine gewisse Distanz aufbaut, scheint einsehbar. Die Partner von Psychotherapeuten sind – siehe Scheidungen! – nicht immer begeistert davon, dass der Andere zwar erklären und beschwichtigen kann, aber sich selbst nur schwer in die Emotionalität einer Beziehung hineinbegibt. Was Patienten (und Therapeuten selbst) oft irrtümlich für die wunderbare Beziehungsfähigkeit ihres Psychotherapeuten halten, lässt sich im Privaten, wo eine andere Art der Beziehungsfähigkeit verlangt wird, nicht durchhalten. Die private Beziehung, die gar nicht unbedingt so viel mit Empathie und Verständnis zu tun hat, sondern mit der Kompetenz, den Alltag zu gestalten, sich mit dem Anderen zu freuen und ihn an eigenen Freuden teilhaben zu lassen (neben – natürlich – der Objektkonstanz), wird von Psychotherapeuten nicht immer vorbildlich gelebt.

Das „Diagnostizieren und Therapeutisieren“ als Berufskrankheit scheint eben auch in privaten Beziehungen vieles zu vergiften. Scham und Zweifel über die eigene Beziehungskompetenz werden oft durch einen therapeutischen Beziehungsstil auch den eigenen Familienmitgliedern gegenüber abgewehrt, so als wären diese Patienten.

Die eher anekdotischen Beschreibungen und Typisierungen von Wheelis (1966), Rouslin u. Herron (1990), Schmidbauer (1995) und von Rad (1996) sprechen häufig diesen Punkt an: die Schwierigkeit, sich im Privaten der Therapeutenrolle zu entledigen, weil diese Rolle eben gerade in Krisenzeiten einen dichten Schutzmantel gibt. Man bleibt als Therapeut eben undurchdringlich, wenn man entsprechende Diagnostikkategorien zur Hand hat.

Dass dies eine nicht sehr geglückte Form der Lebensbewältigung ist, liegt auf der Hand. Kommt dazu noch das schlechte Gewissen, dass es mit Partnern und Kindern eben nicht besser „klappt“ als bei

den eigenen Patienten, dann hat man sich „Probleme zweiter Ordnung“ geschaffen, die wohl dazu beitragen können, dass man irgendwann an seinem Beruf und an sich selbst verzweifelt.

Zu Gewichtung und Bedeutung der Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten ist zu bedenken, dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob sie außerhalb der therapeutischen Beziehung eine befriedigende Liebesbeziehung oder aber den Wunsch haben, sich zu verlieben bzw. Liebe zu finden. Wenn also Liebe momentan nicht zum Außenleben der Therapeuten gehört, steigt die Gefahr, dass sie sie in der Therapie suchen. Hinzu kommt, dass auch Psychotherapeuten akute oder chronische Lebenskrisen haben können, die sich in einem Mangel an sozialen Kontakten, in Vereinsamung und in Zuständen erhöhter Verletzbarkeit, z. B. nach Trennungen, manifestieren können. In solchen Lebenssituationen kann die persönliche Problematik der Therapeuten, ihr Mangel an Lebensqualität in die Therapie hineinwirken und dann den Therapieprozess im beschriebenen Sinn stören.

In einer Studie, die mit Interviews arbeitete (Jaeggi 2001), fand man bei der tiefenpsychologisch geleiteten Auswertung über Fragen zur privaten Situation, zur Motivation sowie bei der Beurteilung von Kollegen und Patienten viele Inkongruenzen, sodass wir übrigens die im Allgemeinen im Interview geäußerte Zufriedenheit im Privatleben und im Berufsleben zumindest kritisch hinterfragen müssen. Denn dies ist ja einer der Vorteile (neben einer Reihe von Nachteilen) einer qualitativen Untersuchung: dass man Nebentöne, Ambivalenzen und Inkongruenzen bei sensibler Auswertung eher feststellen kann als bei Fragebogenuntersuchungen, an der sich sehr viele Therapeuten beteiligen.

Zwar sind viele Psychotherapeuten von sehr großem Ernst getragen, wenn sie von ihrem Beruf sprechen. Viele würden ihn auch wieder wählen. Es gibt aber, wie erwähnt, eben auch einige Seiten dieses Berufes, die wohl dazu beitragen, dass nicht jeder Psychotherapeut sich psychisch und sozial so gesund fühlt, wie er seine Patienten sehen möchte.

Das Positive – wohl dafür verantwortlich, dass viele den Beruf wieder wählen

würden – ist die Freiheit, die Flexibilität und die hohe Selbstbestimmtheit, die der Beruf bietet. Nicht ohne Grund wurde er immer wieder auch als ein „Kunsthandwerk“ bezeichnet, und außer einigen akademischen Lehrern ohne viel praktische Erfahrung wird er auch von den meisten Vertretern des Berufes so gesehen. Sich „nur“ an irgendwelche vorgeformten Regeln des Umgangs mit Patienten zu halten und Techniken strikt nach Anweisungen in einem Manual anzuwenden, das machen schlechte Therapeuten. Ein guter Psychotherapeut weiß, dass er immer wieder vorgegebene technische Regeln und theoretische Denkfolien situationsadäquat abwandeln muss, um erfolgreich zu sein. Dies kann neben der Freude am Kreativen allerdings manchmal auch zur Verunsicherung beitragen.

Ein weiteres Plus: Wenn ein Psychotherapeut an innerseelischen Prozessen interessiert ist, befriedigt der Beruf auch sehr viel an Neugier (evtl. Sensationslust), allerdings meist (hoffentlich) in sublimierter Form.

Die Nachteile aber sind ebenfalls groß (Reimer et al. 2005; Jaeggi 2001). Zusammen mit dem bei Psychotherapeuten oft anzutreffenden stark narzisstischen Persönlichkeitsanteil ergibt dies öfter eine sehr schwankende Einschätzung der eigenen Person: selbstkritisch bis größenwahnsinnig, überheblich und demütig zugleich – eine Mischung, die die Lebensfreude einschränken kann.

Demgegenüber steht der relativ hohe Anteil an zufriedener Eigenbeschreibung von Psychotherapeuten: Man ist zufrieden mit dem Beruf und mit seinem Leben, auch mit der Partnerschaft. Man beschreibt die eigene Person vorwiegend positiv (Ambühl et al. 1995). Sicherlich stimmt davon einiges, aber ebenso klar ist, dass hier soziale Erwünschtheit eine große Rolle spielt.

Denn genau dies ist es ja, was „man“ von Therapeuten verlangt und was auch Therapeuten meist von sich selbst verlangen. Mit viel Eigentherapie, Selbsterfahrung und Seminaren zur Erhöhung sozialer Kompetenz „müsste“ man eigentlich glücklich und zufrieden sein. Warum man dies (Jaeggi 2001) bei den Kollegen so oft vermisst? Der Anspruch an sich selbst scheint auch für die gar nicht

so geringe Burn-out-Quote verantwortlich zu sein (Fengler 1994; Willutzki et al. 1997). Psychotherapeuten teilen nicht nur mit den anderen Mitgliedern unserer modernen Gesellschaft die üblichen Probleme von Überlastung, müden Partnerschaften, Schwierigkeiten mit heranwachsenden Kindern; sie sind noch in überhöhten Anteilen damit beschäftigt, sich dieses „normale Unglück“ abwehrend zu erklären, sich zu bezichtigen oder mühsam vor anderen zu verbergen. Warum gelingt die Partnerschaft ebenso wenig wie bei den eigenen Patienten? Kottler beschreibt dies in seinem Tagebuch sehr selbstkritisch: In dem Jahr, in dem er sich in sehr feinfühlicher Weise mit seinen Patienten auseinandersetzt und manche Beziehung rettet, geht seine eigene Ehe in die Brüche (Bugental 1992).

Fazit für die Praxis

Viele Psychotherapeuten wissen um die Gefahren ihres Berufes und geben selbst an, was sie dagegen tun können. Supervision und Intervention scheinen geeignete Mittel – wenn, ja wenn man sie wirklich adäquat einsetzt. Denn dies wurde immer wieder einmal „gestanden“ (Möller 2001; Jaeggi 2001): dass man sich in diesen Gruppen nicht immer so frei äußere, wie es nötig sei, dass man manches verschweige (dies gilt v. a. für die Ausbildungstherapeuten), dass man sich auch vor Kollegen geniere und Ähnliches mehr. Funktioniert aber eine Supervisionsgruppe gut, dann ist sie natürlich eine große Hilfe. Das „gute Privatleben“ wurde selbstverständlich auch als ein wichtiger Ausgleich für den Berufsstress genannt. Hat man aber allzu hohe und sozusagen „berufsadäquate“ Ansprüche daran, dann kann eben auch das Privatleben wiederum eine Quelle von Verwirrung im Sinne der Probleme „zweiter Ordnung“ werden.

Dass die viel beschworene therapeutische Beziehungsfähigkeit, die ja als wichtigstes Wirkmedium in der Therapie immer wieder herausgehoben wird, etwas anderes sein könnte als eine private Beziehungsfähigkeit, scheint vielen Kollegen fremd. Es wäre aber wichtig, dass sie sich den Unterschied zwischen beruf-

licher und privater Beziehungsfähigkeit deutlicher klar machen. „Der ideale Therapeut und der ideale Mensch – das ist eins“ sagte einer unserer Gesprächspartner. Genau dies aber kann zu großer Unsicherheit führen. Der gute Therapeut, das ist, so meinen wir, die eine Sache. Ein „guter Mensch“ zu sein, wäre natürlich immer wünschenswert, aber nötig ist es nicht, um beruflich erfolgreich zu sein in diesem „unmöglichen Beruf“.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Christian Reimer

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Justus Liebig Universität Gießen
Friedrichstraße 33, 35392 Gießen
Christian.Reimer@psycho.med.uni-giessen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ambühl H, Orlinsky D, Buchheim P (1995) Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von Psychotherapeutinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 109–120
- Bronisch T (2005) Suizidalität der Psychotherapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf*. Schattauer, Stuttgart New York, S 116–122
- Bugental M (1992) Aus dem Notizbuch eines Psychotherapeuten. *Gemeinsame Reise ins Innere*. Edition Humanistische Psychologie, Köln
- Fengler J (1994) Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, 3. Aufl. Pfeiffer, München
- Freud S (1937) Die endliche und die unendliche Analyse. *Gesammelte Werke*, Bd 16. Imago, London, S 57–59
- Freud S (1960) In: Freud EL (Hrsg) *Briefe 1873–1939*. Fischer, Frankfurt aM
- Gathmann P, Semrau-Lininger C (1996) *Der verwundete Arzt – ein Psychogramm des Heilberufes*. Kösel, München
- Guy JD (1987) *The personal life of the psychotherapist*. Wiley, New York
- Heim E (1991) Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom* 55: 90–93
- Heim E (1992) Stressoren der Heilberufe. *Z Psychosom Med Psychoanal* 38: 207–226
- Henry WE, Sims JH, Spray SL (1971) *The fifth profession*. Joey-Bass, San Francisco
- Hessel A, Geyer M, Weidner K, Brähler E (2006) Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und relevanten Verhalten bei niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 51: 290–299
- Jaeggi E (2001) *Und wer therapiert die Therapeuten?* Klett-Cotta, Stuttgart
- Jaeggi E (2005) Das Privatleben der Psychotherapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf*. Schattauer, Stuttgart

- Jurkat HB, Reimer C (2001) Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweiz Ärztesz* 82: 1745–1750
- Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ, Barnhart FD (1980) Psychiatrists transition from training to career: stress and mastery. *Am J Psychiatry* 137: 5–32
- Möller H (2001) Was ist gute Supervision? Klett-Cotta, Stuttgart
- Müller P, Gunkel S, Kruse G (2003) Zufriedene Psychotherapeuten – Auch wenn es mit der Partnerschaft etwas hapert. Befragungsergebnisse Langeoog 2002. In: Kruse G, Gunkel S (Hrsg) Werte im Wandel – Wandel als Wert? Hannoverische Ärzteverlags Union, Hannover, S 311–330
- Mundle G, Jurkat HB, Reimer C et al. (2007) Suchttherapie bei abhängigen Ärzten. *Psychotherapeut* 52: 273–279
- Nord C, Höger D, Eckert J (2000) Bindungsmuster von Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 76–86
- Rad M von (1996) Psychotherapie als Beruf. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46: 83–89
- Raskin K, Jurkat HB, Vetter A, Reimer C (2008) Lebensqualität in Heilberufen – Ein Vergleich von niedergelassenen psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten mit niedergelassenen, somatisch orientierten Ärzten. In: Brähler E (Hrsg) Karriereentwicklung und berufliche Belastungen im Arztberuf. Schattauer, Stuttgart
- Reimer C (1997) Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut* 42: 307–313
- Reimer C (2007) Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 745–759
- Reimer C, Jurkat HB, Vetter A, Raskin K (2005) Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut* 50: 107–114
- Rouslin WS, Herron WG (1990) Narcissism and the therapist. Guilford, New York
- Schmidbauer W (1995) Helfen als Beruf. Rowohlt, Reinbek
- Rudolf G (2005) Symptome und Einstellungen von Therapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf. Schattauer, Stuttgart New York, S 123–132
- Strupp HH (2000) Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 5: 1–9
- Sydow K von (2005) Liebesbeziehungen von Psychotherapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg) Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf. Schattauer, Stuttgart New York, S 133–333
- Sydow K von (2007) Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 53: 322–333
- Wheeler A (1966) Wer wir sind und was uns bleibt. Kösel, München
- Willutzki U, Ambühl H, Cierpka M, Meyerberg J (1997) Zufrieden oder ausgebrannt: die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: Janssen PL, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) Psychotherapie als Beruf. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Zur O (1994) Psychotherapists and their families: the effect of clinical practice on individual and family dynamics. *Psychother Priv Pract* 13: 69–96

DGPPN: Auf die Pharmakotherapie von Depressionen kann man im Interesse der Betroffenen nicht verzichten

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) setzt sich in einer aktuellen Stellungnahme mit Medienberichten auseinander, die die Wirksamkeit der antidepressiven Pharmakotherapie anzweifeln. Anlass sind die Ergebnisse einer Studie von Irving Kirsch und Mitarbeitern, die am Department of Psychology der University of Hull, Großbritannien, entstanden ist und in der Fachzeitschrift *PLOS Medicine* (Public Library of Science Medicine, Bd. 5, e45) publiziert wurde.

Die Studienergebnisse von Kirsch und Mitarbeitern zeigen im Grunde nichts wirklich Neues. Denn zahlreiche Studien belegen, dass sich die Wirksamkeit eines Antidepressivums desto ausgeprägter von Placebo abgrenzt, je schwerer die Depression der untersuchten Patienten ist.

Diese Beobachtung haben Kirsch und Mitarbeiter nun an Zulassungsstudien, die der FDA vorgelegt worden waren, repliziert und interpretieren weiter, dass dabei die signifikante Überlegenheit der Antidepressiva gegenüber Placebo einer abnehmenden Wirkung von Placebo bei zunehmend schwerer Depression zuzuschreiben sei. Auch dies ist seit langem bekannt: Placebo wirkt desto weniger, je schwerer die Depression ist. Der von Kirsch replizierte Befund bestätigt gerade die Wirksamkeit von Antidepressiva insbesondere bei schwerer Betroffenen.

Entschieden widerspricht die DGPPN daher der Lesart in manchen Medien, selbst bei schweren depressiven Erkrankungen erzielten Antidepressiva keine klinische Wirkung im Sinne eines Nutzens für die Patienten, da der Unterschied zwischen den berücksichtigten Antidepressiva und Placebo so gering sei, dass es kaum Gründe gebe, diese Medikamente weiter zu verordnen. Allein vor dem Hintergrund der Suizidgefahr, die für viele Betroffene mit einer Depression einhergeht, ist für die DGPPN die Option einer Therapie mit Antidepressiva unverzichtbar. Statistiken belegen, dass zwischen zehn und 15 Prozent aller Patienten mit wiederkehrenden depressiven Phasen, die deshalb min-

destens einmal stationär behandelt werden, durch Suizid sterben.

Hinzuweisen ist zudem auf die Tatsache, dass das englische Wissenschaftlerteam nur eine kleine Auswahl von Antidepressiva in ihrer Analyse berücksichtigte: Fluoxetin, Venlafaxin, Nefazodon, Paroxetin. Eines dieser Antidepressiva - Nefazodon - wurde bereits vor Jahren wegen kritischer Nebenwirkungen vom Markt genommen. Von diesen Antidepressiva gingen Daten aus nur 35 Studien in die Analyse ein. Kirsch trägt dazu zwar vor, dass er sich auf diese wenigen zur FDA-Zulassung eingereichten Studien beschränkt habe, um jede Form von Studienselektion zu vermeiden. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass für die vorgestellten Antidepressiva inzwischen zahlreiche weitere Studien vorliegen, die von Kirsch aber nicht berücksichtigt wurden.

Für die DGPPN stellt der Präsident, Professor Dr. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, die Frage, ob in Studien gemessene mittlere Besserungsraten tatsächlich ein geeignetes Maß für die klinische Relevanz im Sinne eines Patientennutzens darstellen. „Den einzelnen Patienten interessiert doch“, so Gaebel, „welche Wahrscheinlichkeit ihm geboten wird, sich in einer Zeit von etwa sechs Wochen wieder gesund zu fühlen. Hier liegt der Unterschied zwischen einem Antidepressivum und Placebo typischerweise bei zehn bis 20 Prozent. Das bedeutet, es müssen fünf bis zehn Patienten mit dem Antidepressivum behandelt werden, um eine spezifisch dem Antidepressivum zuzuschreibende signifikante Besserung zu erzielen. Im Vergleich zu vielen anderen medizinischen Interventionen bedeutet dies eine beachtliche Wirksamkeit. Deshalb kann man im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht auf die Pharmakotherapie bei Depressionen verzichten.“

Hinzuweisen ist abschließend auf die Leitlinien der DGPPN zur Diagnostik und Therapie der Depression, die gegenwärtig überarbeitet werden und in Kürze in aktualisierter Fassung vorliegen.

Quelle: Professor Wolfgang Gaebel (Düsseldorf)